

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1832.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBÉ.

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

MM. A. LESAGE,  
A. MARIEN.

—•••••  
Tous ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LESAGE, Rédacteur en chef  
46, Avenue Laval, Montréal.

---

Vol. XL

1er FEVRIER 1911

No 2

---

## MEMOIRES

### LES ALBUMINURIES INTERMITTENTES CURABLES D'ORIGINE DIGESTIVE

(Fin)

Par le Dr ALBERT LESAGE,

Professeur suppléant de Pathologie interne et de Clinique Médicale,  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dans un article précédent, j'ai étudié la question des albuminuries d'origine gastro-intestinale surtout au point de vue expérimental. (1)

J'ai essayé de démontrer, en analysant les travaux des expérimentateurs, que la présence d'albumine dans les urines n'indique pas toujours une lésion rénale. Très souvent, cette albumine est due à une digestion incomplète, soit à cause d'une alimentation défectueuse, soit à cause d'une insuffisance d'action des ferments digestifs — qualité ou quantité — Nous avons vu, aussi, que ces albumines non modifiées irritaient le rein au passage et qu'elles y provoquaient des lésions passagères ou permanentes suivant la disparition ou la persistance des troubles gastro-intestinaux.

A l'appui de ces affirmations, je citais en les résumant, les belles expériences de Chiray, de Paris, démontrant que la muqueuse intestinale peut, en dehors de toute élaboration digestive, laisser passer des substances albuminoïdes, et que ce passage se fait d'autant plus facilement que les ferments digestifs sont absents

(b) Voir *Union Médicale*, Fév 1910.

ou peu actifs. Et je terminais ce premier chapitre par les conclusions suivantes :

1° L'introduction par la voie gastrique ou recto-intestinale d'albumine hétérogène produit de l'albumine dans un grand nombre de cas ;

2° Cette albuminurie est plus constante lorsqu'il y a diminution ou disparition des ferments digestifs ;

3° Cette albumine passe à travers la muqueuse intestinale dans le sang où elle provoque une hyperglobulie limitée aux extrémités, de là dans le rein, où elle provoque des lésions légères qui guérissent complètement si elle dure peu, ou graves et permanentes si elle dure plus longtemps. Dans ce dernier cas, elle conduit à la néphrite interstitielle ;

4° Cette albuminurie est provoquée surtout par l'albumine de l'œuf, par le lait et une suralimentation excessive ;

5° L'identification de cette albumine est faite au moyen de sérums précipitants de même provenance ;

6° Enfin la présence des ferments digestifs empêche, dans la plupart des cas, l'apparition de l'albuminurie.

Étudions ensemble, à la lumière de ces faits nouveaux, quelques uns de nos malades, en les faisant défiler, les uns après les autres, avec le cortège de symptômes propres à chacun d'eux. Nous allons constater, pour ainsi dire *de visu*, combien il importe de se rendre bien compte de tout avant d'opérer à l'aveuglette dans un sens ou dans l'autre sans thérapeutique définie.

Nous sommes donc d'accord pour admettre que dans le groupe des albuminuries fonctionnelles, il y a une place importante à faire aux albuminuries digestives.

Deux ordres de faits se présentent à notre observation :

C'est, d'une part, l'albuminurie qui correspondrait aux cas où l'ingestion de certains aliments tels que *le lait* ou *le blanc d'œuf* est suivie d'albuminurie.

C'est, d'autre part, l'albuminurie digestive proprement dite, qui serait toujours liée à une atteinte quelconque des voies digestives, et qui a été étudiée et mise en lumière par Bouchard et ses élèves, chez les gens qui souffrent de dilatation de l'estomac, soit passive, soit active à la suite de sténose du pylore, etc. . .

Les affections aiguës ou chroniques de l'intestin ont, sur ces albuminuries, la même influence que les affections gastriques.

En somme, pour peu qu'on analyse ces faits on voit qu'il s'agit toujours de malades neurasthéniques et dyspeptiques, chloro-anémiques, gastro-hépatiques, gros mangeurs, chez lesquels on observe exclusivement ou spécialement après les repas, en particulier le dîner, une albuminurie légère, intermittente et bénigne, sans cylindrurie.

Il semble qu'elle ne comporte pas un pronostic grave, au moins immédiatement.

Je vous ai dit plus haut comment, jusqu'à ces derniers temps, on en expliquait le mécanisme, je n'y reviens pas. Ces vues théoriques ne sont pas satisfaisantes parce qu'elles n'expliquent qu'un petit nombre de faits.

Le professeur Robin, à Paris, a été le premier à émettre l'hypothèse, plus rationnelle, que les organes digestifs insuffisants laissent passer dans la circulation une certaine quantité d'albumine alimentaire et que c'est elle qu'on retrouve dans les urines.

Or, nous avons vu que toute albumine étrangère non synthétisée, introduite dans le torrent circulatoire est aussitôt éliminée *eu provoquant une légère irritation des reins*.

D'autre part, il résulte des faits notés ici que la muqueuse intestinale est susceptible de laisser passer en nature des albumines étrangères que le rein éliminera.

Dès lors, nous tenons en main les éléments nécessaires à la solution du problème. Supposons que, pour une raison quelconque, les ferments digestifs insuffisants n'ont pu élaborer qu'imparfaitement les albuminoïdes. Ceux-ci arrivent ainsi au contact de la muqueuse intestinale encore non modifiés. Ils sont absorbés dans le sang et aussitôt rejetés par le rein en donnant lieu à l'albuminurie.

Chez un sujet normal, l'ingestion gastrique de substances albumineuses en quantité modérée ne saurait produire d'albuminurie, parce que ces substances subissent, dans l'estomac et l'intestin, une élaboration complète grâce à laquelle elles peuvent être absorbées sans danger dans l'organisme. Pour produire l'albuminurie chez un tel sujet, il faudra donc donner une quantité exagérée de substances albuminoïdes si bien, qu'une partie de celles-ci arrive au gros intestin non encore élaborée.

C'est ce qu'un expérimentateur, Heile, a démontré chez des chiens en 1903. Ayant fixé à la paroi abdominale la fin de l'in-

testin grêle et le commencement du gros intestin, il constate alors que, normalement, l'intestin grêle résorbe 98% de l'albumine quand l'animal reçoit sa ration d'entretien. Par contre, si la ration est surabondante, il passe environ 1/7 de l'albumine ingérée dans l'intestin. Or, si vous vous rappelez que la muqueuse intestinale est perméable pour ces albumines, et que le gros intestin est dépourvu de ferments digestifs, vous comprenez pourquoi vous aurez de l'albuminurie dans ces cas.

C'est ce qui arrive chez le gros mangeur.

Mais entrons maintenant sur le terrain pathologique. Il n'est plus besoin d'invoquer une absorption exagérée de matières protéiques.

Chez tous ces malades — sans le savoir bien souvent — dilatés, dyspeptiques, neurasthéniques, les ferments digestifs sont mal ou insuffisamment sécrétés, ils ne suffisent plus à leur tâche, et même en présence d'une ration normale, ils laissent échapper une partie des substances soumises à leur action.

Mais, me direz-vous, comment expliquer que chez des sujets en apparence sains, l'absorption de 5 ou 6 blancs d'œufs le matin à jeun détermine de l'albuminurie? Il semble qu'une albumine aussi simple doit être facilement et complètement élaborée par les ferments digestifs.

Pourquoi passe-t-elle dans le sang et les urines?

Je m'explique :—

On a constaté que l'albumine de l'œuf coagulée par la chaleur est rapidement digérée par le suc pancréatique mélangé d'une faible quantité de suc intestinal, par contre l'ovalbumine crue résiste très énergiquement à la digestion styptique. Il faut des mélanges extrêmement riches de suc intestinal, si bien que si l'on ajoute une certaine quantité d'ovalbumine à du suc pancréatique, elle empêche leur action sur elle-même et sur les autres albuminoïdes tels que la caséine et la gélatine

On voit donc que la digestion intestinale de l'ovalbumine est mal assurée et l'on commence à comprendre pourquoi elle peut si facilement produire de l'albumine.

Mais il y a plus, et sa digestion s'opère dans des conditions aussi défectueuses. Carnot et Chassevant ont montré que, une fois dissoute dans l'eau pure, l'albumine d'œuf passe immédia-

tement, après son ingestion gastrique, dans le duodénum, sans séjour modificateur au niveau de l'estomac. Il n'en est pas de même lorsqu'elle est coagulée et hachée, c'est-à-dire lorsqu'on se place dans les conditions habituelles de la digestion des albuminoïdes. (1) Alors, elle se dépose sur les parois de l'estomac et y subit l'action du suc gastrique dans les conditions normales. Ainsi, de ces différents travaux, il ressort que l'ovalbumine crue échappe totalement à la digestion gastrique et résiste à la digestion intestinale. Elle arrive donc dans l'intestin presque à l'état naturel, et, dans ce cas, les faits sont analogues à ceux que nous avons réalisés par l'injection intestinale de blanc d'œuf. Nous avons vu avec quelle facilité les albuminoïdes naturels sont susceptibles de traverser la muqueuse intestinale et nous pouvons comprendre maintenant le pourquoi de ces albuminuries par ingestion gastrique de blanc d'œuf, d'albuminuries en apparence paradoxales.

D'une façon générale, d'ailleurs, il est probable que tel est le secret de beaucoup de ces curieuses histoires où l'on voit, chez un même sujet, un même aliment tel que le lait, le fromage, la viande, produire à tout essai de fortes albuminuries.

On peut facilement admettre que les ferments digestifs ne transforment pas de façon égale tous les aliments azotés ingérés par l'estomac, car, sans cela, on ne comprendrait pas que des albuminoïdes différents et égaux en somme au point de vue chimique aient une valeur alimentaire très différente, ce qui est, est en réalité. Il est bien certain, par exemple, qu'à poids égal la caséine, d'une part, la myosine et la fibrine, d'autre part, ont des valeurs nutritives toutes différentes. Il faut donc tenir compte de l'action plus ou moins parfaite de ces ferments digestifs. Lorsque, du fait de la qualité ou du volume de la substance ingérée, leur action est insuffisante, l'albuminurie digestive est constituée. Elle résulte également du fait que leur sécrétion se tarit ou diminue au cours des affections gastro-intestinales. Nous croyons qu'en envisageant les choses de cette façon, on arrive à une notion plus simple, plus vraie et plus univoque des albuminuries digestives et alimentaires. Et, de plus, on se rend mieux compte de l'orientation que doit suivre la thérapeutique dans ces affections.

Nous avons vu, plus haut, (2) comment il avait suffi de join-

(1) *Loc. cit.*

(2) Voir *Union Médicale*, Fév. 1910.

dre à un lavement de blanc d'œuf une notable quantité de trypsine pour empêcher l'animal de devenir albuminurique. La trypsine, sensibilisée par le suc intestinal a digéré d'albumine.

En présence de ces cas, la thérapeutique doit donc surtout et avant tout suppléer à l'insuffisance fonctionnelle de l'élaboration digestive.

Dans cette voie, on est assuré du succès.

Je m'en vais essayer de vous en fournir des preuves.

L'influence des actes digestifs sur les albuminuries fonctionnelles ou organiques, transitoires ou permanentes est donc un fait bien établi, si bien établi même que chez un albuminurique, il y a peu d'années, et même de nos jours encore, personne n'eut osé ou n'oserait proposer autre chose que le régime lacté.

Toutefois, à concevoir les choses comme nous l'avons fait, il n'apparaît pas évident que, dans tous les cas, ce régime lacté doive être favorable aux malades qui le subissent.

Classiquement l'indication du lait est basée sur la nécessité de mettre dans l'intestin un produit simple dont l'élaboration ne dégage pas des poisons végétaux ou animaux qui, absorbés par la veine porte, iraient irriter le rein.

Or, pour nous, nous l'avons vu, l'action aggravante exercée par la digestion sur l'albuminurie tient non pas tant à l'absorption de toxines alimentaires qu'à la pénétration dans le sang des substances albuminoïdes non élaborées qui passent à travers le rein. Dès lors, le régime le meilleur est celui qui assurera l'élaboration la plus parfaite des albumines introduites, et si, en pratique, le lait doit assez souvent répondre à ce desideratum, il n'apparaît pas évident que toujours, et dans tous les cas, il doive constituer l'aliment de choix.

En effet, mon attention, a été, depuis longtemps attirée sur un fait qui vous a peut-être frappés vous aussi ; c'est l'augmentation ou la persistance de l'albumine et l'aggravation des symptômes chez certains albuminuriques à qui on impose la diète lactée absolue. Vous savez la répulsion de certains malades pour le lait, or, l'insuccès du régime lacté semble en rapport avec ce dégoût invincible. Ne sait-on pas, en effet, que les impressions morales influent sur la sécrétion des ferments digestifs. Or, dans ces cas, le dégoût du lait entraîne une insuffisante sécrétion des ferments digestifs suivie, comme conséquence, d'une mauvaise élaboration

de son albumine. Grâce à la perméabilité de l'intestin elle passe en nature dans le sang, puis dans le rein pour être rejetée comme albumine étrangère, grossissant ainsi le poids des albumines éliminées et exagérant la lésion du rein par le surcroît de travail qu'elles imposent à celui-ci.

*Obs. I. Pneumonie, incompatibilité du lait.* (Chiray) Voici, à ce propos, l'observation d'une jeune femme de 28 ans traitée pour une pneumonie à qui on impose la diète lactée. Elle s'en accomode très mal, elle le vomit et définitivement le refuse.

Ses urines sont albumineuses.

Or, la cessation du lait amène un changement complet.

Au bout de trois jours l'albumine avait disparu de ses urines.

*Obs. II. Fièvre typhoïde, dégoût du lait et des œufs, diarrhée, albuminurie, on donne de la viande saignante à mastiquer, les troubles cessent, guérison au bout d'une semaine (enfant 12 ans).*

*Obs. III. Suralimentation.* — L'abbé X... ne peut plus dire sa messe. Il a des maux de tête, étourdissements, engourdissements, insomnie, troubles digestifs, constipation, etc.

Albuminurie à cause d'un régime carné excessif et d'une insuffisance des ferments digestifs.

Réduction des viandes, eau, exercice.

Guérison au bout d'un mois.

Surcharge alimentaire, hypoferments.

Ces observations jointes à tant d'autres démontrent, il me semble, que l'intolérance de certaines gens pour le régime lacté tient à la mauvaise élaboration digestive du lait et que l'apparition ou l'accroissement de l'albuminurie consécutive au régime lacté tient en partie au passage direct de la caséine du lait dans le sang, puis dans l'urine.

Chez d'autres, où un régime carné excessif apporte un excès d'albuminoïdes non modifiés par les sucs digestifs, nous voyons l'albumine persister ou disparaître à volonté suivant la diète qu'ils suivent.

Ces cas doivent être plus fréquents qu'on ne le croit. D'ailleurs lorsque vous rencontrez des urines qui précipitent à froid par l'acide acétique, pensez à une albumine d'origine digestive.

Les néphritiques eux-mêmes sont exposés à voir leurs troubles augmenter pour les mêmes raisons.

A ce propos, permettez-moi de vous lire deux observations démonstratives empruntées à Chiray.

Nous avons eu entre les mains, ces derniers temps, deux malades de ce genre. Il nous a paru qu'ils vérifiaient pleinement nos hypothèses.

*Antécédents héréditaires.* — Le père était un goutteux avéré. Il avait eu de nombreux accès dont il lui restait des déformations articulaires et des tophi. Il est mort d'une crise d'angor pectoris.

M. R..., 52 ans. Néphrite goutteuse.

La mère a succombé aux suites d'un cancer.

*Antécédents personnels.* — Le malade a toujours été un bon vivant. Il n'a eu aucune maladie sérieuse dans la jeunesse et l'âge adulte. C'est vers 45 ans qu'il présenta sa première attaque de goutte. Depuis ce temps, il n'a pas passé une seule année sans subir des atteintes plus ou moins marquées.

*Maladie.* — Il y a trois ans, en 1902, qu'ont débuté les premiers signes d'artério-sclérose rénale, essoufflement, pollakiurie, œdèmes fugaces des malléoles et des paupières. En même temps, le malade accusait une gêne précordiale et, dès ce moment, le cœur paraissait très hypertrophié. Par l'auscultation, on percevait un bruit de galop, et l'examen du pouls révélait une tension considérable.

Dès ce moment, les urines renfermaient 1 gramme à 1 gr. 50 d'albumine par litre et s'élevaient au volume total de 2 litres. C'est alors que fut institué pour la première fois le régime lacté absolu, et, peu de temps après, on assista à une première crise d'urémie. Brusquement survint une violente douleur de tête, avec sensation de tension oculaire, une grande agitation, surtout nocturne, des vomissements et un peu de diarrhée. En même temps, les urines diminuaient de quantité et devenaient très fortement albumineuses. Cette première crise fut traitée par l'application de dix sangsues sur la région rénale et la diète hydrique. Au bout de 48 heures, une abondante émission d'urine en marqua le terme; les urines renfermaient 4 grammes d'albumine par litre, et, trois jours durant, leur volume quotidien fut de trois à quatre litres. Puis, la diurèse revint au taux primitif et l'albumine à 1 gramme ou 1 gr. 50 par litre. Le malade avait d'ailleurs adopté un régime d'alimentation lacto-végétarien, mais il prenait habituellement plutôt du lait.

Pendant les années 1903 et 1904, des crises semblables à la précédente survinrent de temps à autre, et, chaque fois, le malade constata leur coïncidence avec des cures de lait toujours mal sup-



portées. Chaque fois il fut traité et soulagé par d'abondantes émissions sanguines. Entre temps, les urines se maintenaient à leur taux ordinaire, de même que l'albuminurie.

Au début de 1905, notre sujet fut définitivement soumis à un régime mixte, œufs, légumes et viandes blanches en petite quantité. Ses urines furent examinées de très près. L'albumine demeura au taux de 1 gr. à 1 gr. 50 par litre, la diurèse à 2 ou 3 litres. Il ne semblait donc pas que le régime nouveau ait augmenté l'albuminurie. A ce moment, et dans le but d'obtenir un engraissement plus rapide, un médecin conseilla au malade de prendre deux fois par jour du lait concentré par l'ébullition, de façon à avoir absorbé à la fin de sa journée près de 4 litres de lait. Au bout d'une semaine de ce régime, la langue devint *saburrale*, le malade se sentit mal à l'aise, son mal de tête augmenta, ses urines diminuèrent, et, brusquement, il tomba dans une crise urémique plus intense que toutes celles qu'il avait subies jusqu'alors. Les urines s'étaient raréfiées (1 litre 1/2), le taux de l'albumine s'élevait à 4 gr. 50 par litre.

C'est alors que nous pûmes observer ce malade. Un régime fut institué dans lequel le lait formait une bonne part, mais où nous autorisions en outre un peu de poisson, de légumes et de fruits cuits. En même temps le malade devait absorber, à chaque prise de lait, alternativement une cuillerée de lab-ferment et un cachet de 1 gr. de pancréatine ou de 0 gr. 25 de trypsine. Sous l'influence du régime nouveau, l'albuminurie diminua rapidement et elle tomba à 0 gr. 50 par litre, c'est-à-dire plus bas qu'elle n'avait jamais été. Le taux des urines s'élevait à 3 litres. En même temps, les forces se relevaient et ce traitement fut suivi d'une période de bien-être que cet homme n'avait pas connu depuis longtemps. Nous l'avons suivi pendant un mois, au bout duquel nous l'avons perdu de vue. Dernièrement, nous avons appris qu'il venait de succomber à une crise d'urémie sur laquelle nous n'avons pu obtenir de détails.

— Ces observations ne montrent-elles pas que dans le régime des albuminuriques, il faut tenir compte, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici des aptitudes digestives des malades. Le régime le meilleur est celui qui assure l'élaboration la plus parfaite des aliments ingérés. On ne peut méconnaître impunément l'importance des susceptibilités individuelles à ce point de vue.

Il est évident aussi que la prohibition du blanc d'œuf chez les

néphritiques ou dans d'autres cas est une mesure parfaitement justifiée et non une vue théorique, comme on paraît souvent le croire.

### CONCLUSIONS

Il est facile, il me semble, de tirer de ces faits expérimentaux et cliniques des conclusions pratiques et applicables à nos malades.

Puisque nous savons que certaines albumines passent directement de l'estomac ou de l'intestin dans le sang sans subir de modifications au contact des sucs digestifs, soit à cause de leur insuffisance, soit à cause de leur absence, nous pouvons conclure que tous les albuminuriques ne sont pas des néphritiques. En effet, des organes digestifs en mauvais ordre, une suralimentation excessive et prolongée, ou même passagère, peuvent provoquer l'apparition d'une albuminurie susceptible de disparaître par une diète appropriée.

Mais cette diète appropriée ne doit pas être, toujours et nécessairement, la diète lactée, car celle-ci peut élever le taux de l'albumine dans les urines, elle provoque même, dans certains cas, des accidents urémiques dûs au passage de la caséine directement de l'intestin dans le sang à travers la muqueuse intestinale normale.

Nous devons donc, à l'avenir, dans tous les cas d'albuminurie, en rechercher la cause avec soin; établir quelle est la capacité digestive du malade. On conseille, de rechercher, en même temps, si l'albumine précipite à froid par l'acide ascétique ou simplement par la chaleur.

Une étude plus approfondie de ces malades nous permettra de formuler des principes diététiques raisonnables et plus conformes aux faits, conséquemment plus rassurants pour l'avenir.

Nous n'oublierons pas, non plus, que l'alimentation rectale, avec ces idées nouvelles, se présente sous un nouveau jour. Jusqu'à maintenant on entretenait des doutes sur son utilité.

On sait pourquoi aujourd'hui.

Comme les colons sont dépourvus de ferments digestifs, et que ces derniers sont indispensables pour modifier les albumines contenues dans les lavements alimentaires, et en favoriser l'absorption, presque impossible autrement, nous n'oublierons pas, chaque fois que nous serons forcés d'alimenter ainsi nos malades, d'ajouter un de ces ferments v. g. la trypsine à la dose de 0 gr. 50 centigr. Et

nous serons surpris de constater que cette méthode d'alimentation suffit amplement à la ration d'entretien d'un grand nombre de malades chez qui l'estomac refuse toute nourriture.

Tels sont les principaux faits qui se dégagent de ce travail sommaire que nous compléterons au fur et à mesure que nos observations nous le permettront.

Si on veut bien, pour avoir une vue d'ensemble sur ce sujet, relire la première partie, publiée dans l'Union Médicale de février 1910, on verra comment l'expérimentation est venue aider la clinique en jetant des clartés nouvelles sur cette question si vaste et si attrayante.

---

## REVUE GENERALE

---

### TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LA MEDICATION

D'EHRlich "606". (1)

(Fin)

#### II. — Valeur de la méthode.

1° Succés. — Chancre. — J'ai traité nombre de malades, dont quelques-uns sont actuellement en cours de traitement, pour un ou plusieurs chancres génitaux ou extra-génitaux: l'action du "606" m'a paru singulièrement rapide.

L'ulcération se dessèche rapidement, en quelques jours, 4 à 6 environ, puis elle pâlit et s'épidermise, et tout est terminé 10 ou 12 jours après l'injection.

Je dois vous signaler ici un phénomène assez remarquable, et sur lequel le docteur Jeanselme a également insisté:

Le lendemain de l'injection, le chancre entre en turgescence, devient rouge, suintant, parfois un peu douloureux, mais tout rentre dans l'ordre en quelques jours, et le processus de guérison se déroule normalement.

C'est surtout dans un cas de chancres multiples de la verge qu'il m'a été donné d'assister à ces différentes transformations. Non seulement ces phénomènes inflammatoires se sont produits, mais j'ai pu observer, pendant trois ou quatre jours consécutifs,

(1) Par M. Emery, dans le *Bulletin de la Société de l'Internat de Paris* Voir Ire partie dans *Union Médicale* janvier 1011.

des douleurs extrêmement vives précédant le moment de la guérison.

Après la cicatrisation, l'infiltration nodulaire sous-jacente, quoique sensiblement ramollie et diminuée de volume, persistait encore.

Néanmoins, si parfois l'induration chancreuse persiste assez longtemps, il est d'autres cas où la disparition de l'accident primitif et de son substratum est complète et extrêmement rapide. Témoin deux cas de chancre de la lèvre et un cas de chancre de l'amygdale, dont nous donnons plus loin l'observation. Chez l'un des malades, l'ulcération chancreuse, seulement épidermisée à la suite d'un traitement mercuriel par les injections solubles, s'était ouverte de nouveau dès la suspension du mercure. Or, 48 heures après l'injection de "606", il ne restait plus trace de la lésion.

La médication semble surtout devoir rendre de signalés services dans les cas de phagédénisme les plus rebelles au traitement mercuriel. Nous avons traité, dans le service du professeur Gaucher, avec une dose relativement faible (30 centigr.) un malade atteint de chancre phagédénique de la verge, lequel entra en voie de réparation presque immédiatement. Nous devons ajouter toutefois qu'en raison de la faible dose injectée l'accident ne tarda pas à récidiver, mais nous sommes convaincu qu'une deuxième injection en viendra définitivement à bout.

Les bubons inguinaux semblent rétrocéder avec une certaine lenteur. Parfois même ils persistent d'une façon insolite, gardant, comme le dit le docteur Jeanselme, le volume d'une petite noisette; mais, bien souvent aussi, leur disparition est extrêmement rapide, précédant même la cicatrisation du chancre. Nous sommes d'ailleurs convaincu que l'injection intra-ganglionnaire, pratiquée constamment par Duhot, doit hâter leur disparition.

En résumé, l'attaque de l'accident primitif par le "606", à ne considérer que cette première manifestation *objective* de la syphilis en elle-même, m'a paru, je m'empresse de le déclarer, beaucoup moins impressionnante que pour nombre d'autres accidents syphilitiques. Mais cette efficacité relativement émoussée du "606" sur les accidents primitifs s'explique, selon moi, non par l'impuissance spécifique du médicament, mais par des raisons anatomo-pathologiques toutes locales, probablement par les thromboses vasculaires qui s'opposent partiellement à l'apport du médicament au contact des spirochètes.

Cependant l'infection syphilitique a déjà franchi les limites du chancre et de ses quelques satellites, et nous avons maintes fois constaté l'action curative certaine de l'arsénobenzol sur cette affection même dans les cas où l'accident primitif ne semblait que faiblement influencé. La seule conclusion pratique que l'on puisse tirer de cette observation est la nécessité, si l'on veut vraiment tenter une stérilisation rapide et complète de la syphilis, de joindre, comme le propose Blaschko, le traitement local du chancre et l'injection intra-ganglionnaire au traitement général (exérèse, destruction au galvano-cautère, et même traitement mercuriel local).

### Accidents secondaires.

Nombreux sont les cas d'accidents secondaires pour lesquels j'ai employé le " 606 ". Eh bien, il convient de signaler en première ligne l'action extraordinairement efficace de cette préparation pour les accidents muqueux de tout siège et de toute nature. Les simples plaques muqueuses des amygdales et du voile du palais, les syphilides érosives ou superficiellement ulcéreuses des lèvres s'effacent comme par enchantement; vingt-quatre, trente-six heures après l'injection, il n'en reste plus trace, quelquefois même douze heures après son administration.

Les syphilides vulvaires et péniennes, surtout quand elles ont pris le type végétant et lorsqu'elles sont depuis longtemps baignées, irritées et entretenues par des écoulements de voisinage, sont d'une guérison plus lente, mais l'action du médicament n'en est pas moins exceptionnellement rapide encore. Des cas de syphilides vulvaires très étendues furent radicalement guéris et cicatrisés en l'espace de huit à douze jours, sans autres soins locaux que de simples bains de propreté!

Les syphilides végétantes isolées ou conglomérées régressent, fondent, disparaissent à peu près dans le même espace de temps. Dès vingt-quatre heures même, on constate parfois un début de dessèchement. Certaines d'entre elles disparaissent cinq à six jours après l'injection.

*Cette extraordinaire sûreté et rapidité d'action du " 606 " sur les accidents éminemment contagieux est à mettre en relief, en raison du rôle considérable et primordial que cette particularité est destinée à jouer dans la prophylaxie de la syphilis.*

Les accidents éruptifs de la période secondaire subissent aussi

très rapidement l'influence bienfaisante du "606". Les syphilides maculeuses cèdent en général plus vite que les formes papuleuses et surtout que les formes papulo-granuleuses ou lichénoïdes.

Néanmoins, nous avons vu disparaître chez un de nos malades une éruption de syphilides papuleuses lichénoïdes des deux avant-bras, tellement tenaces que la médication mercurielle qu'il avait suivie en son pays d'origine et à la Bourboule, d'où le docteur Sersiron me l'adressait, n'avait fait que l'atténuer d'une façon très passagère. Or, ce malade, dont je puis vous présenter actuellement les photographies, a été guéri en moins de 10 jours.

Je pourrais vous citer plusieurs succès de même ordre: néanmoins, il m'a paru que, dans quelques cas, le traitement mercuriel intensif, à savoir: l'emploi du calomel ou du biiodure de mercure à haute dose, pouvait soutenir la comparaison, comme intensité et rapidité d'action, avec le "606".

Il convient de noter ici que les injections de "606" déterminent sur la peau des sujets atteints d'éruptions spécifiques secondaires une réaction qui a surtout été signalée par Herxheimer. Il est très fréquent de voir, pendant les premiers jours qui suivent l'injection, des taches maculeuses, s'il s'agit d'une roséole se congestionner, perdre une coloration plus fortement rosée, augmenter même de volume, et parfois s'entourer de nouveaux éléments maculeux éruptifs. S'il s'agit de syphilides papuleuses de différents types, ces éléments éruptifs s'entourent d'une sorte d'auréole, d'un *halo* rosé, qui donne à l'effection le caractère d'une aggravation subite. Cette éruption surajoutée disparaît rapidement, entraînant avec elle la guérison des accidents spécifiques. Herxheimer est loin de considérer ces cas fréquents, mais non constants, comme un signe défavorable à la guérison; ils sont, au contraire, à ses yeux, l'annonce d'une régression rapide des accidents.

Quatre de mes malades seulement ont présenté très nettement cette réaction, à des degrés différents: l'un d'eux, sur les régions génitale et péri-génitale, sous la forme d'un exanthème confluent particulièrement accentué autour du chancre, exanthème douloureux, cuisant, accompagné d'un certain degré d'œdème du scrotum et du pénis: tout est rentré dans l'ordre au moment de la cicatrisation du chancre. Les trois autres ont présenté des érythèmes noueux urticarisés ou discrètement morbilliformes qui n'ont duré que fort peu de temps. Que dire des syphilides secondaires

graves, de celles que nous appelons les *sypphilides malignes précoces*, sypphilides putuleuses, ulcéreuses, ecthymateuses, framboësoïdes? Pour celles-ci surtout, la médication par le " 606 " est un véritable triomphe, que leurs manifestations soient uniques, en petit nombre, ou généralisées. C'est dans les affections de cette nature que l'action cicatrisante et éminemment réparatrice du " 606 " se fait le plus complètement et le plus rapidement sentir, et cela d'autant mieux, que les désordres généraux et les troubles fonctionnels dont souffrent habituellement de tels patients, s'améliorent et disparaissent aussi vite que les lésions cutanées et muqueuses se réparent. L'on verra, dans les observations que j'ai rapportées, plusieurs cas de malades ayant réparé leurs lésions ulcéreuses, notamment des lésions ulcéreuses faciales, en l'espace de quelques jours.

Tel est particulièrement le cas d'un de mes malades, qui, malgré un traitement mercuriel institué avec la plus grande sévérité, puis un traitement thermal au cours duquel la cure fut poursuivie avec acharnement, présenta des récidives incessantes de sypphilides ulcéreuses mutilant littéralement la figure. Pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'administration du " 606 ", il constata lui-même avec désespoir que les lésions ne subissent aucune modification. Brusquement, au sixième jour, les ulcérations se desséchèrent, et en moins de trois jours la réparation cicatricielle fut complète. Il faut noter ici, comme je l'ai remarqué souvent, que le processus de guérison s'est effectué par à-coups.

On peut parfois se montrer étonné de l'inactivité apparente du traitement chez les sujets porteurs de lésions recouvertes d'épaisses croûtes. En réalité, le travail de réparation se fait au-dessous d'elles, et lorsque celles-ci tombent après quelques jours, l'on est heureusement surpris de trouver en leur lieu et place une surface parfaitement cicatrisée; cette réparation peut être lente ou imparfaite, mais ces échecs partiels sont exceptionnels et ne se voient guère qu'après une seule injection.

Néanmoins, c'est à propos de cas de ce genre que nous déclarons avoir observé les plus grandes variations dans la rapidité de la régression. Ainsi est-ce sur ces irrégularités et sur ces échecs partiels, que nous nous basons actuellement pour considérer, suivant l'opinion d'Ehrlich lui-même, la méthode de Wechselmann, où le

médicament est administré à l'état de suspension aqueuse, comme devant être condamnée au moins en tant qu'injection unique.

J'ai enregistré de magnifiques guérisons, quoique un peu lentes pour les formes infiltrées et non ulcérées de syphilides tuberculeuses en placard. J'ai soigné une malade du docteur Lacapère qui était atteinte de syphilides tuberculeuses en placards des deux bras; non seulement les surfaces encore ulcérées se sont cicatrisées en quelques jours, mais, après deux semaines environ, toute l'infiltration en nappe avait disparu, la peau s'était amincie et avait repris sa souplesse normale, mieux encore, actuellement la pigmentation cutanée tend à disparaître de jour en jour.

C'est précisément sur des faits de cet ordre, de même que sur certains accidents tertiaires dont nous parlerons plus loin, tels que: arthropathies et synovites spécifiques, ostéo-périostites anciennes, scléroses linguales, etc., que s'est basé le professeur Ehrlich pour déclarer que sa préparation avait non seulement une action destructive des spirochètes et la propriété de donner naissance à des anticorps, mais encore présentait une action résolutive spéciale sur les infiltrats néoplasiques spécifiques de tout siège et de toute nature (1).

A côté de certaines manifestations secondaires, qui ne sont autres que des lésions de tertiairisme précoce, et sur lesquelles la médication mixte (iodure de potassium et mercure) ne laisse pas que d'avoir une action curative très énergique et relativement rapide, il existe d'autres manifestations remarquables par leur tenacité et leur résistance prolongée à tous les anciens traitements.

Je veux parler des formes invétérées profondes et étendues de kératose syphilitique palmaire et plantaire.

Or, j'ai obtenu des résultats comparables à ceux que j'avais observés dans le laboratoire du professeur Ehrlich, à savoir: la guérison de deux cas de syphilides kératosiques palmaires et digitales qui avaient résisté à tous les traitements mercuriels.

L'un d'eux, notamment, avait été traité par moi pendant plus d'une année, à l'aide d'injections de calomel, sans que j'aie pu obtenir la moindre modification. Or, en moins de huit jours, il ne restait plus à leur niveau qu'une légère coloration rosée de la

(1) Gaston était amené tout récemment à formuler les mêmes hypothèses à propos de la fonte véritablement miraculeuse d'une tumeur du médiastin.



peau. Le second malade avait également subi sans profit une médication intensive de plus de deux années.

Un autre de mes malades présentait une onyxis généralisée aux doigts et aux orteils, et rebelle également à la médication mercurielle la plus intensive: trois jours après l'injection, la sensation de tension douloureuse que le malade éprouvait à l'extrémité des doigts avait complètement disparu, et, une semaine après, la repousse d'ongles sains s'effectuait d'une façon normale; la guérison de ce malade n'est pas encore, à l'heure actuelle, chose accomplie. Je vous citerai encore, en insistant particulièrement sur ces faits qui sont à peine croyables, mais que j'ai enregistrés avec autant plus d'empressement qu'ils ont été observés par de nombreux témoins, deux cas de syphilides pigmentaires du cou, totalement effacées en quelques jours. J'avais lu une observation semblable publiée à l'étranger, mais j'avoue n'y avoir ajouté qu'une foi modérée, au premier abord. Mon scepticisme était en faute, malgré que ces guérisons inattendues soient tout à fait exceptionnelles, car j'ai souvent vu ces pigmentations persister malgré la disparition de tous les autres accidents.

En dehors des modalités étanées et muqueuses de la syphilis secondaire, les localisations articulaires et osseuses cèdent non moins vite à l'action du médicament. Nous citerons ici le cas d'un malade du service du docteur Lejars, lequel présentait, en même temps que sa roséole, une hydarthrose secondaire du genou. Dès le troisième jour qui suivit l'injection, la circonférence de l'articulation atteinte était réduite de 3 centimètres. Peu après, les phénomènes douloureux disparurent, et, après quinze jours, le malade pouvait mouvoir librement son articulation, qui avait repris son volume normal.

### Accidents tertiaires.

Les manifestations tertiaires n'offrent pas plus de résistance à l'emploi du " 606 ". On peut même dire que l'action de ce médicament est particulièrement saisissante sur toutes les formes ulcéro-gommeuses de ce stade de l'affection syphilitique.

L'on verra, parmi mes observations, des cas d'ulcérations tertiaires d'ordres divers, guéris avec une rapidité surprenante. Je ne citerai, en fait de gomme ulcéreuse musculaires, que le cas

particulièrement frappant d'un malade si gravement atteint d'une affection contre laquelle se brisaient tous les efforts thérapeutiques, que son médecin n'hésita pas à entreprendre le voyage du Jura à Paris pour me conduire ce malade. Ce pauvre diable portait sur la région latérale du cou et sur la région claviculaire du même côté deux groupes de gommès confluentes, dont la réunion avait déterminé une énorme perte de substance, profonde et atteignant en surface la largeur de la main. Je lui fis une injection de "606" solubilisée alcaline. Je fus éloigné de ce malade ensuite pendant une durée de cinq jours ; lorsque je le revis, à ma grande surprise, malgré ma confiance dans le traitement, les plaies profondes étaient littéralement comblées ! Actuellement la réparation totale s'effectue rapidement et dans quelques jours la guérison sera complète.

J'ai traité également des cas d'ulcères de jambe, qui ont très bien guéri, bien que la cicatrisation de l'un d'eux ait été retardée par la présence d'un séquestre. Je note ici ce fait, fréquemment observé, que lorsqu'une nécrose syphilitique osseuse s'est produite, la médication d'Ehrlich a pour action de mobiliser très rapidement le séquestre et de l'expulser bientôt après, en provoquant la réparation immédiate de la partie correspondante de l'os. Chose remarquable, les phénomènes de périostite, parfois si douloureux, sous-jacents à ces manifestations gommeuses sont les premiers à disparaître. Dans toute les périostites, d'ailleurs, il en est ainsi, et il est courant de constater la disparition de ces phénomènes douloureux dès la première nuit qui suit l'injection.

Il en est de même pour les manifestations spécifiques tertiaires des os. Deux femmes malades, atteintes, d'ostéite spécifique de la clavicule, dont l'une au moins était très ancienne, ont vu le volume de cet os revenir à la normale quelques jours après l'injection le "606".

J'avais déjà constaté, dans les services des docteurs Michaelis et Herxheimer, l'action remarquable du "606" sur les lésions destructives de la voûte palatine et des fosses nasales. Cette observation s'est trouvée justifiée par la guérison d'une malade suivie par le docteur Laurans, et qui, en moins de dix jours, a complètement cicatrisé une ulcération osseuse du plancher de la bouche et des os du nez, expulsant les séquestres rapidement mobilisés par de simples irrigations nasales.

On verra, dans les observations ci-jointes, plusieurs cas de syphilis ulcéreuse des fosses nasales, s'accompagnant de suppuration et de punaisie, dans lesquels la fétidité et l'écoulement purulent disparurent avec une extraordinaire rapidité.

La médication est d'une activité incontestable sur la glossite scléreuse. La première modification consiste dans la réapparition de la mobilité et de la souplesse de l'organe malade. En même temps disparaît la sensibilité douloureuse toute spéciale dont il est habituellement le siège: plusieurs de mes malades ainsi atteints pouvaient, dès le deuxième ou troisième jour après l'injection, manger des croûtes de pain et de la salade vinaigrée sans éprouver la moindre gêne. Les déformations linguales disparaissent, mais je n'ai pas encore constaté la régression bien nette des leucoplaxies franches, invétérées, surtout des formes végétantes. Néanmoins j'ai observé tout récemment, chez un malade qui me fut confié par le docteur Desnos, la disparition totale, en moins de cinq jours, d'une leucoplaxie très tenace et développée depuis deux années environ sur le côté de la langue.

Nous avons obtenu, dans le service du docteur Jacquet, un résultat comparable à ceux qui ont été signalés par von Zeissl et Duhot, dans un cas de syphilome diffus de la lèvre. Cette affection subit une régression lente, mais, trois semaines environ après l'injection, la lèvre était à peu près revenue à son volume normal.

En ce qui concerne les arthropathies syphilitiques, l'action du médicament est peut-être plus frappante encore. Un de mes malades, atteint d'une arthropathie de la cheville droite avec ankylose et phénomènes douloureux s'opposant à la marche, a vu son articulation revenir à son volume normal en 48 heures et a pu marcher librement 3 jours après l'injection.

Plus frappante encore est l'observation d'une petite malade de 10 ans, syphilitique héréditaire, présentant une énorme arthropathie du genou droit, avec ostéite déformante et tibia en lame de sabre. L'attitude du membre en flexion constante et incurvable, ainsi que les douleurs, empêchaient absolument la marche. Huit jours après l'injection, pratiquée à la clinique du docteur Henri de Rothschild, cette fillette présentait une diminution de pourtour de l'articulation malade de 5 centimètres. La circonférence de la partie moyenne de la jambe diminuait d'un bon centimètre; l'enfant ne souffrait plus, pouvait allonger complètement

la jambe ; à l'heure actuelle, elle a complètement récupéré l'usage de son membre, et marche sans boiter.

Le traitement de la SYPHILIS VISCÉRALE, comme nous l'avons pensé dès nos premières observations, deviendra sans doute un des chapitres les plus intéressants de cette thérapeutique. N'ayant pas eu encore l'occasion d'essayer la méthode dans les complications hépatiques et rénales de la syphilis, nous nous contenterons de rappeler les excellents résultats obtenus en pareils cas, ceux notamment de Wechselsmann.

Un malade soigné par le docteur Bensande pour une syphilis stomacale grave et rebelle au traitement mercuriel, nous fit constater, 15 jours après l'injection de " 606 ", une augmentation de poids de 12 kilogrammes. Nous devons cependant signaler chez lui une diarrhée persistante, sur la nature de laquelle nous ne sommes pas encore fixés.

Je crois que les malades atteints de syphilis oculaire sont appelés à bénéficier dans une très large mesure de la médication d'Ehrlich. Elle m'a permis d'enregistrer le succès le plus complet dans un cas d'irido-choroïdite double observé par le docteur Terrien ; une autre affection semblable est en voie d'amélioration très sérieuse depuis l'injection. Nous savons, à l'heure actuelle, que nombreux sont les auteurs : Gluck, Spiethhof, Wibo, entre autres, qui ont rapporté des observations concluantes sur le traitement des affections oculaires les plus variées.

### Syphilis nerveuse.

J'aborde maintenant la question si intéressante du traitement des accidents du système nerveux. C'est à leur propos, comme nous le savons, qu'on a le plus incriminé la méthode, puisque les cas de morts enregistrés l'ont été à la suite du traitement de malades atteints de manifestations nerveuses centrales. Il est donc très naturel que le professeur Ehrlich ait conseillé aux expérimentateurs de s'interdire l'emploi de sa méthode dans les cas de syphilis nerveuse.

Quelques expérimentateurs, et je suis du nombre, ont cru devoir passer outre dans certaines circonstances, au sujet desquelles je vais m'expliquer.

Tout d'abord il est incontestable qu'en présence de certaines

situations désespérées, et alors qu'on a dûment constaté la faillite de toute autre médication, le médecin a le devoir de recourir à toute tentative suprême, quels qu'en soient les dangers. Qu'il me soit permis de constater, à cette occasion, combien la responsabilité du médecin le mieux intentionné peut être lourde à porter, et combien l'accomplissement de son devoir lui est parfois rendu pénible du fait de la surveillance hostile et malveillante dont il peut être l'objet.

C'est ainsi que l'un des premiers malades que j'eus à examiner était atteint de paraplégie datant de plusieurs semaines, accompagnée de phénomènes de méningo-encéphalite de la plus haute gravité. Mon premier mouvement fut de déclarer au médecin traitant, le docteur Isidore, et au médecin consultant, le docteur Babinski, que je m'abstiendrais d'intervenir. Ce dernier n'eut pas de peine à me convaincre que c'était un devoir pour moi de courir le risque, et j'injectai le malade avec 60 centigrammes de " 606 ". Dès le lendemain, la contracture de la nuque avait disparu, et quelques jours après les phénomènes d'aphasie s'améliorèrent. Les céphalées violentes ayant résisté à cette première injection, une deuxième fut pratiquée un mois après. Tous les phénomènes méningés disparurent; seule la paraplégie persista, et des phénomènes de septicémie chronique consécutive à une large escharre vinrent compromettre la guérison définitive que l'on était en droit d'espérer. Je cite ce résultat, qui n'a été, somme toute, qu'un demi-succès, pour bien montrer à quel point il eut été injuste de porter au passif de la méthode ce cas de mort, s'il en était survenu, et pour indiquer une fois de plus qu'il est des cas où l'urgence même implique la légitimité de l'intervention, si hasardeuse qu'elle soit.

D'autre part, il existe incontestablement des formes de syphilis nerveuse auxquelles le traitement peut être appliqué sans risques notables. L'expérience clinique de l'avenir ne tardera pas sans doute à les dégager. C'est ainsi que j'ai pu appliquer sans appréhension la méthode d'Ehrlich à un malade amené par son médecin traitant dans le service du docteur Florand. Ce malade, atteint de syphilis depuis huit années, présentait, depuis un an environ, des phénomènes d'amoindrissement de l'intelligence, d'obnubilation mentale croissante, avec une perte presque absolue de la mémoire. Il souffrait de violents maux de tête et présentait en

outre des crises très fréquentes d'épilepsie jacksonnienne. Je pratiquai chez ce malade une injection de 50 centigrammes de "606", et voici quel fut le résultat: Trois semaines après, je recevais du médecin traitant une lettre m'exprimant tout son étonnement et toute sa satisfaction de voir disparaître un à un tous les phénomènes que je viens de signaler: plus de crises jacksonniennes, disparition des céphalées, et réapparition des facultés intellectuelles; huit jours après, le malade, qui était inapte à tout travail intellectuel, m'écrivait de sa propre main une lettre de reconnaissance fort bien rédigée, et dans laquelle il m'annonçait qu'il allait pouvoir reprendre ses occupations dans les bureaux d'une grande compagnie.

Sans pousser plus loin cette étude, l'on peut d'ores et déjà indiquer que les propriétés vaso-dilatatrices du "606" le rendent parfaitement inapplicable aux formes de syphilis cérébrale faisant craindre une hémorragie.

De tous les côtés, on enregistre des insuccès dans les cas de paralysie générale progressive. Il me semble pourtant que, là encore, un suprême effort peut être légitimement tenté et sans grands risques, chez les malades qui ne présentent encore que les tout premiers indices de cette affection. Nous avons ainsi injecté un jeune homme, dont l'état physique s'est maintenu excellent, et chez lequel les phénomènes démentiels se sont presque complètement dissipés.

Nous ne pouvons toutefois tirer de ceci aucune conclusion certaine, car on sait que les rémissions sont fréquentes au cours de cette terrible affection et rien ne prouve encore que notre traitement ait joué un rôle quelconque dans l'amélioration constatée. Nous ne pouvons également tirer aucune conclusion d'un cas de paraplégie spasmodique traité récemment, ni de quelques cas de tabès et de myélite chronique également injectés. Cependant il nous a semblé qu'un malade du service du docteur Balinski reprenait quelques forces dans les mouvements de préhension d'une main et chez deux autres malades des phénomènes de polyurie extrêmement accentués ont disparu peu de temps après le traitement.

Je recevais dernièrement de mon ami le docteur Grosmann, de Constantinople, une lettre m'annonçant que le premier malade

traité par lui était un tabétique, dont les crises gastriques horriblement pénibles et fréquentes avaient disparu à la suite du traitement.

Je rappellerai d'un mot que Milian, au dernier Congrès de médecine, et quelques auteurs allemands avant lui, ont cité des cas dans lesquels les malades avaient récupéré tout ou partie de leurs annexes.

En somme, il est permis d'espérer qu'en présence des affections para-syphilitiques du système nerveux, cette médication donnera des résultats comparables, sinon supérieurs, à ceux du mercure, auquel nous sommes redevables d'incontestables services, au moins en ce qui concerne l'arrêt de leur évolution.

### Etat général.

On peut dire que l'action bienfaisante du " 606 " peut s'apprécier, non seulement dans le domaine de la thérapeutique des accidents, mais également par les heureuses modifications qu'il apporte à l'Etat général des malades. Rien n'est plus saisissant que ces faits déjà si bien observés et signalés par Wechselmann.

L'action du médicament se manifeste tout d'abord par la disparition des désordres généraux et des troubles fonctionnels.

Réapparition des forces, de l'entrain et de l'activité, renaissance de l'appétit, cessation de la fièvre et des céphalées, recoloration des téguments, augmentation de poids, etc., etc., tels sont les phénomènes qui caractérisent habituellement l'extraordinaire rétablissement de ces malades.

Je rappellerai à ce sujet que le malade du docteur Bensaude engraisa de 12 kilogrammes en l'espace de quinze jours. Plusieurs autres personnes traitées m'ont déclaré qu'elles n'arrivaient plus à satisfaire leur appétit. Tous récupèrent des forces telles qu'ils éprouvent un besoin constant d'activité.

Cette euphorie est un phénomène presque constant, qui peut s'expliquer aussi bien par la disparition d'une infection latente dont tout le monde connaît l'action déprimante, que par l'action tonique de l'arsenic sur la nutrition générale.

### Syphilis héréditaire.

La syphilis héréditaire constitue un des chapitres les plus intéressants de cette thérapeutique.

Il importe de distinguer tout d'abord le traitement de la syphilis héréditaire tardive et celui de la syphilis des enfants en bas âge.

J'avais, dans ma première publication, attiré l'attention sur le danger que présentait l'injection faite à des nourrissons dont la nourrice n'avait pas été injectée au préalable par le "606".

Cette prédiction pessimiste s'est malheureusement réalisée lors d'une injection que j'ai pratiquée à l'hôpital des Enfants-Malades. Il s'agissait d'un enfant d'un an présentant de grosses lésions organiques et profondément athrepsique. Malgré l'avertissement que je donnai d'un échec probable, le chef de service crut devoir en prendre la responsabilité, persuadé sans aucun doute que cette médication constituait une ultime ressource.

L'enfant, injecté avec 5 centigrammes, succomba trois jours après, à la suite d'une réaction fébrile violente. Je dois ajouter que les expériences poursuivies sur ce sujet, et depuis lors, en Allemagne, ont abouti à un abaissement notable de la dose injectable chez les nourrissons. L'on estime à l'heure actuelle que l'enfant peut supporter 8 milligrammes de médicament par kilogramme de son poids.

Je citerai, au contraire, de très beaux succès obtenus dans deux cas de syphilis héréditaire tardive.

J'ai déjà parlé du premier à propos des arthropathies spécifiques. Il s'agit, dans le second cas, d'une jeune fille de 19 ans, frappée de surdité labyrinthique et qui, au dire du médecin auriste qui la soignait, le docteur Bonnier, entendait, une semaine après l'injection, à 1 mètre de distance, la parole qu'elle percevait à peine auparavant quand on lui parlait fortement dans l'oreille. "C'est grossier comme mensuration, m'écrivit ce confrère, mais gros comme résultat." Je dois à la vérité d'ajouter que cet excellent résultat ne s'est pas maintenu et je compte prochainement procéder à une nouvelle injection.

## 2° Inconvénients, dangers.

L'injection d'arsénobenzol s'accompagne de quelques réactions locales et générales, dont il ne faudrait pas s'exagérer l'importance, surtout lorsque la manipulation a été faite avec un grand soin; néanmoins, elles sont parfois assez vives pour qu'il soit nécessaire de prévenir le malade, tout en l'assurant qu'il ne court aucun danger.



La douleur accusée par les malades au moment même de l'injection est des plus variables et s'accuse suivant leur susceptibilité personnelle et suivant le mode de préparation du médicament. Le plus souvent très tolérable, parfois vive, même très vive pour prendre un caractère de tension, d'arrachement vraiment pénible. Ces cas de douleurs "atroces" se font d'ailleurs exceptionnels; sur 150 malades nous ne les avons observés que deux fois, il s'agissait de deux femmes de tempérament très nerveux, chez lesquelles on dut pratiquer plusieurs injections de morphine pour les rendre supportables. La douleur tardive est plus fréquente: généralement assez vive, elle se traduit pendant la première nuit qui suit l'injection par une sensation de malaise, un véritable agacement qui empêche le sommeil.

La douleur peut persister le deuxième jour, même les troisième et quatrième jours; dans un cas le malade n'éprouva aucun malaise jusqu'au neuvième jour, qui fut marqué par un réveil tardif de la douleur, qui ne persista que vingt-quatre heures. Dans tous ces cas d'ailleurs, l'emploi de la morphine ne fut pas nécessaire et l'application de compresses froides, renouvelées toutes les trois heures, fut suffisante pour apporter un soulagement. Assez souvent, lorsqu'on ne s'écarte pas assez du tronc du sciatique, il survient, immédiatement après la piqûre, un engourdissement, une douleur lancinante irradiée le long de la cuisse, qui peut s'accompagner d'une parésie des péroniers.

Le gonflement inflammatoire est assez semblable aux réactions locales provoquées par les fortes doses de calomel. Survenant dans les jours qui suivent l'injection, la fesse est tendue, volumineuse, chaude, douloureuse spontanément et à la pression, sans trace de lymphangite. Il semblerait à première vue qu'un abcès va se former, mais la palpation de cette tumeur ne décèle aucun point de fluctuation. Ces phénomènes s'amendent d'habitude assez rapidement, l'empâtement diffus n'a jamais subsisté plus d'une semaine. Dans un seul cas, un empâtement du volume d'un œuf, consécutif à une injection intra-musculaire de la région fessière, aboutit à une suppuration tardive: il s'agissait d'un malade qui, malgré nos recommandations formelles, avait quitté le lit quarante-huit heures après l'injection. De notre expérience, il résulte que ces phénomènes pseudo-phlegmoneux peuvent être évités la

plupart du temps en veillant minutieusement à la neutralité parfaite du liquide injecté et surtout en s'appliquant à éviter de pratiquer l'injection dans l'épaisseur du derme ou dans le fascia sous-jacent. Il est utile de recommander également au malade un repos prolongé au lit d'au moins trois jours.

Empressons-nous d'ajouter que ces constatations ont été faites presque exclusivement sur des malades traités par la méthode de Wechselmann. Si nous avons été assez heureux pour échapper aux pénibles complications du sphacèle local, il n'en a pas été de même pour tous les expérimentateurs, et cette complication est une des raisons pour lesquelles cette méthode est actuellement abandonnée! L'injection intra-veineuse que nous préconisons au chapitre de la technique est, cela va de soi, parfaitement indolente. Quant aux injections solubilisées alcalines et acides, les nouveaux procédés de préparation que nous avons décrits diminuent dans d'énormes proportions ce désagrément. Elles peuvent déterminer, dans les quelques heures qui suivent l'injection et même dans la nuit suivante, des douleurs assez vives qu'il est d'ailleurs facile de combattre avec la morphine, mais on échappe du moins aux conséquences des poussées inflammatoires tardives, provoquées par les dépôts arsenicaux qu'entraîne presque fatalement l'injection des suspensions ou des émulsions de tout ordre.

La *fièvre* avec la dose moyenne de 0,50 apparaît assez notable une fois sur 4 ou 5 environ. Le plus souvent l'élévation de température est peu marquée, atteignant  $37^{\circ},6$  à  $37^{\circ},8$  le soir même de l'injection pour revenir le lendemain à  $37^{\circ}$  et ne plus subir aucun écart. Nous avons cependant relevé des cas où, le soir même de l'injection, la température montait d'emblée à  $39^{\circ},8$ ,  $40^{\circ}$ , pour revenir dès le lendemain à la normale. Dans quelques cas, la température a oscillé autour de  $38^{\circ}$  pendant deux ou trois jours. Enfin il n'est pas rare de voir la fièvre apparaître seulement trois ou quatre jours après l'injection, accompagnant le réveil tardif de la douleur, s'atténuant avec elle, et disparaître au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Les *éruptions* consécutives ne sont pas fréquentes. Dans trois cas, nous avons observé une éruption morbilliforme, qui disparut rapidement. Une fois on constata un *érythème* noueux, généralisé et très intense, s'accompagnant de douleurs rhumatoïdes, qui ne persista que deux jours.

Nous signalons plus haut le halo congestif décrit par Herxheimer. Dans deux cas, nous avons même observé l'apparition de douleurs très vives au niveau même des ulcérations syphilitiques; dans un cas il s'agissait d'un chancre géant de la verge, dans l'autre d'une syphilis ulcéreuse maligne précoce de la face.

On a signalé la *constipation*, la *diarrhée*, les *vomissements*, la *tachycardie*, la *céphalée*. Nous avons en effet observé quelques-uns de ces troubles. Leur peu d'intensité, leur fugacité, sauf peut-être pour les accidents de diarrhée qui nous ont paru assez tenaces notamment chez des malades présentant antérieurement à l'injection des troubles gastro-intestinaux, ne nous inquiétèrent jamais. Jamais nous n'avons noté d'albuminurie, ni de troubles oculaires.

On a signalé des phénomènes syncopaux et nous en avons observé deux cas, à l'occasion d'une vive douleur et même sans elle.

Ces accidents étaient dépourvus de toute gravité, C'est pour cette raison néanmoins que nous prescrivons, immédiatement après l'injection, un repos complet au lit et une surveillance rigoureuse du malade au moins pendant quarante-huit heures. C'est également pour cette raison que nous nous refusons à considérer ce traitement comme applicable à des malades de polyclinique.

#### Accidents mortels.

Je vais maintenant vous parler des *cas de mort* à propos desquels on a fait tant de bruit.

Doit-on considérer comme négligeables ces accidents, dont on a pu à grand peine grouper un petit nombre?

Nous pensons, au contraire, qu'il importe avant tout de les mettre en relief, car ce sont, dans l'immense majorité des cas, des accidents évitables, étant données les conditions dans lesquelles ils se sont produits.

Des quelques cas graves, mortels, qui nous ont été signalés, un seul semble devoir être imputé, de l'avis du professeur Ehrlich, à l'injection elle-même, en dehors de toute cause prédisposante. Les autres n'ont été, au dire des expérimentateurs eux-mêmes, que la conséquence presque inévitable d'une situation désespérée, ou bien d'une inobservation des contre-indications formulées par le créateur même de la méthode.

Ehrlich, qui a centralisé des observations très détaillées rela-

affections graves du système nerveux, les tabes très avancés, les localisations bulbaires et les ramollissements corticaux étendus.

Il faut toutefois distraire de ces observations, comme je viens de le dire, celle d'une malade d'Iéna, qui, très affaiblie, était atteinte de lésions tertiaires du pharynx et chez laquelle l'injection d'une solution *acide* avait engendré une irritation particulièrement forte. Ehrlich pense qu'il s'agit ici d'un effet de *shock* et espère que de tels accidents pourront être évités avec les nouvelles méthodes. Il est vrai de dire que l'autopsie fit constater une quantité considérable de tissu inflammatoire comprimant la moelle cervicale et ses racines antérieures. A ce niveau la réaction provoqua un œdème, qui eut pour conséquence la compression du phrénique préalablement altéré, et la mort s'ensuivit.

L'opinion d'Ehrlich est donc qu'il ne s'agit pas ici d'un empoisonnement direct du système nerveux, mais d'une réaction locale analogue à celles qu'a signalées Herxheimer et qu'on rencontre parfois après l'injection de certaines tuberculines.

Fraenkel et Grouven ont rapporté le cas d'un homme de trente-cinq ans mort trois heures et demie après une injection intraveineuse de 40 centigrammes de "606"; on trouva, à l'autopsie, des foyers étendus de ramollissement et des lésions de méningite chronique.

Dans un cas observé à Bonn, il s'agissait d'un tabes très avancé avec accidents bulbaires.

Une observation de Copenhague relate également le décès d'un malade atteint de paralysie grave datant de quatre ans, et ayant présenté, avant de mourir, des signes de faiblesse cardiaque.

Orth avait apporté à Königsberg des pièces anatomiques provenant de deux malades de la clinique de Kraus et ayant succombé respectivement douze et quinze jours après l'injection. On trouva, dans les deux cas, d'énormes foyers de nécrose dans la masse des muscles fessiers. Or, l'un de ces malades était un tabétique cachectique, porteur de volumineuses lésions ostéo-articulaires; l'autre avait une affection cancéreuse.

Spittthoff a rapporté l'observation d'une malade qui pesait 30 kilogrammes et qui avait été injectée avec une dose de 20 centigrammes. La mort se produisit huit jours après, bien qu'on ait pu noter, pendant quelques jours, une amélioration sensible avec

augmentation des globules rouges. On ne saurait donc incriminer ici autre chose qu'une cachexie momentanément enrayée et reprenant ensuite le dessus.

Ehlers, de Copenhague, a signalé également un cas de mort survenu chez un malade de 40 ans, lequel, syphilitique depuis onze ans, après avoir souffert de douleurs en ceinture, fit une attaque d'apoplexie en 1908. Cette attaque fut bientôt suivie de symptômes de démence, puis d'une nouvelle attaque en juillet 1910. Le 25 août on lui injecta 50 centigrammes de "606". La mort survint cinq jours après, avec des signes d'empoisonnement et de paralysie du cœur. L'autopsie fit constater une dégénérescence aiguë du myocarde.

Un cas de mort aurait été observé, dans un service hospitalier parisien, chez un malade atteint d'hémiplégie syphilitique grave.

Enfin j'ai sous les yeux la conclusion d'une lettre que m'a adressée le professeur Ehrlich; la voici: "Il existe encore quelques cas de décès, mais ils concernent des malades tellement avancés qu'il ne s'est agi, dans ces cas, comme me l'écrivent les médecins, que d'un dernier essai de sauvetage *in extremis*."

Ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, nous n'avons guère à relever qu'un seul cas où il eût été difficile de prévoir l'issue fatale. Les autres se rapportent soit à des malades cachectiques ou atteints d'affections suffisantes par elles-mêmes à expliquer la mort, soit à des cas de lésions du système nerveux central, entrant les unes et les autres dans la catégorie des cas au sujet desquels Ehrlich a recommandé l'abstention.

Passons maintenant à la question si importante des complications oculaires, dont tout le monde a gardé le souvenir en raison des discussions passionnées qu'elles ont fait naître.

Nous nous sommes livré, à ce sujet, à de minutieuses recherches; or, ni la lecture attentive des observations, ni les renseignements recueillis de la bouche même des expérimentateurs ne nous permettent de signaler le moindre cas de cécité. Ehrlich a pu nous écrire textuellement ceci: "Il ne m'a été signalé de cas de cécité nulle part, bien que j'eusse adressé un questionnaire particulièrement détaillé à cet égard."

Ce qui a pu occasionner la confusion, c'est la relation inexacte de deux cas de cécité passagère: l'un survenu chez un tabétique

traité par Spietthof avec 60 centigrammes et qui ne dura que quelques minutes; l'autre chez un sujet qui, après avoir reçu 45 centigrammes, présenta de la ptose palpébrale droite pendant quelques instants, et huit semaines après, eut, pendant dix minutes, une obnubilation visuelle totale du même côté. L'examen du fond de l'œil pratiqué quelque temps après ne fit rien découvrir d'anormal. Ajoutons que, dans ces deux cas, la préparation injectée contenait de l'alcool méthylique.

Non seulement il n'y a pas eu d'accidents à déplorer, mais Ehrlich, d'après quelques expérimentateurs, signale l'obtention des meilleurs résultats dans la *névrite optique*, et ajoute que si, dans l'atrophie du nerf optique, le " 606 " ne semble pas utile, il n'aggrave pas non plus la lésion.

J'ai pu injecter moi-même, sans le moindre inconvénient pour la vue de ce malade un tabétique dont l'œil gauche était complètement perdu, et dont les lésions oculaires étaient très avancées du côté droit.

*A suivre*

---

## INTERETS PROFESSIONNELS

### DEONTOLOGIE ET SOCIÉTÉS MÉDICALES

Monsieur le Rédacteur,

Dans son article de janvier, Monsieur le Docteur Laurendeau a répété devant le grand public médical le cri d'alarme qu'il a jeté d'abord devant la Société Médicale de Joliette: les Sociétés Médicales se meurent. A en juger par le ton je suis porté à croire que le Docteur a dû faire une enquête sérieuse avant de parler ainsi.

Mon intention n'est pas de suivre ce confrère sur le terrain où il s'est placé. Les grandes questions qu'il pose, après avoir émis des principes qui sont discutables et qui le seront certainement par quelqu'un d'expérimenté, ces grandes questions, dis-je, avant d'avoir été toutes réglées seront sans aucun doute mûrement pesées.

Mais cette sortie au sujet des sociétés médicales se rattache bien, il me semble, à la question que j'ai traitée dans l'Union Médicale dans le cours de l'année dernière, à savoir: des rapports

entre confrères. Certains faits récents ne manqueront pas de jeter un jour nouveau sur cette brillante question.

Je terminais mon article du mois de juillet dernier en réponse à mon confrère médecin en lui proposant de faire juger notre différend par un tribunal d'arbitrage. Comme je m'y attendais, je n'ai reçu aucune réponse.

Depuis lors la situation s'est continuée la même. Je conclusais donc que mes articles n'avaient pas réussi à éveiller chez lui le moindre doute et qu'il était toujours convaincu que sa ligne de conduite était la bonne. Néanmoins les mois passèrent et une circonstance fortuite a bien voulu forcer ce confrère à se dédire. Ici je me permettrai de vous relater dans tous les détails les faits afin de n'être pas accusé de fabriquer des documents.

Pour bien comprendre, il faut revenir un peu sur le passé. Dans son article du mois de juin, mon confrère parlait de *tact* et de *diplomatie* et disait qu'aucun chapitre de la déontologie pouvait servir de prétexte à violenter la liberté qu'a un client de se servir du médecin de son choix. A quoi, je répondais dans mon article du mois de juillet que le désir de me protéger dans une limite raisonnable, (étant données les conditions particulières où je lui avais succédé) lui aurait inspiré des procédés de *tact* et de *diplomatie* qui, sans violenter la liberté des clients, les auraient influencés et même persuadés de se servir de moi. Or voici ce qui est arrivé. En novembre dernier, Mde D... à la suite d'un avortement et après avoir requis les soins de mon confrère (mon paroissien), fit demander cet autre confrère, avec qui j'avais eu quelques malentendus. Ce dernier vint et mit en œuvre ce que la science enseigne. Mais après quelques jours d'une assistance, forcément difficile (en raison des distances) il conseilla fortement à la patiente de requérir mon assistance pour continuer le traitement, ajoutant que j'étais pleinement qualifié, etc... Il usa tellement de *tact* et de *diplomatie* (surtout en ces circonstances) qu'il finit par jeter la conviction dans l'âme de Mde D... et qu'il la décida à me faire appeler. Voilà comment il est arrivé que j'ai été requis de terminer un traitement commencé par mon concurrent.

En présence de ce fait, je me suis dit qu'après tout avec un peu de bonne volonté, ce confrère aurait pu faire la même chose depuis longtemps et que le *tact* et la *diplomatie* mis en œuvre avec tant

d'adresse auraient eu raison de certaines hésitations, intéressées, j'en ai la conviction.

J'ose espérer que sans avoir recours au tribunal d'arbitrage, ce qui répugne à mon confrère, ce dernier finira par se rendre compte que ma plainte était bien motivée et qu'un peu d'esprit de confraternité lui dictera à l'avenir une conduite plus digne.

\* \* \*

Dans une série d'articles où je relatais certains cas de conduite déloyale, je disais que toute ces vilénies étaient surtout le fruit d'une mentalité spéciale chez certains médecins qui fait qu'ils "*tirent à eux toute la couverture*" sans s'occuper si leur conduite lèse leurs confrères en violant les règles élémentaires de la déontologie. Ah! cette pauvre déontologie, comme elle est bien maltraitée. Dernièrement j'eus l'occasion (très rare, d'ailleurs) de causer avec un certain confrère de qui j'ai aussi à me plaindre. Inutile de dire que la conversation tomba sur ce sujet et c'est là que je vis bien ce que l'on connaît de la déontologie en certains endroits. Nous étions à discuter de la conduite à tenir par un médecin appelé à succéder à un autre. Or ce confrère prêchait pour l'axiome très simple: Ote-toi, que je m'y mette. Je lui disais qu'aux cours de déontologie à l'Université, l'on enseignait autre chose de plus noble. Or il ne voulait pas se rendre. Je lui demandai s'il accepterait comme critérium ce que disait l'année dernière l'Union Médicale. Il acquiesça. Je lui montrai le numéro du mois de juin. Tableau du confrère. Alors il se reprit en prétendant que c'était être *idéaliste*, etc. . . que de vouloir arriver à cela, qu'avec les loups il faut hurler et ainsi de suite. Eh bien monsieur, comment voulez-vous arriver à créer une certaine entente entre confrères. Rien de surprenant ensuite d'apprendre que ce monsieur court les paroisses pour faire des examens d'assurance au prix ordinaire et même recommencer des examens faits pour finir par faire admettre des risques que lui et l'agent savent fort bien être mauvais et que la compagnie refuserait si elle était au courant de tout ce qui se passe en ces cas.

\* \* \*

Or, Monsieur, ici je touche encore à la question de Monsieur le Docteur Laurendeau: les sociétés médicales se meurent. Mais,



grand dieu, comment peut-il en être autrement ! Moi-même, je me suis retiré de la Société Médicale de mon district, bien à regret, croyez-m'en, car j'ai été par le passé un assidu et un fervent. Mais comment voulez-vous que les médecins se décident à condoyer des confrères par qui ils se savent exploités à l'année. Je ne vois pas facilement la solution à ce problème. Il est hors de doute que les sociétés médicales sont un facteur important du relèvement du niveau de la profession. Mais pour arriver à grouper ainsi d'une manière permanente tous les médecins d'un même district il faudrait, je crois commencer par répandre chez les confrères les journaux de médecine et surtout qu'un médecin compétent et ayant autorité consacrerait quelques instants à écrire des articles où seraient émis et commentés les grands principes de la confraternité médicale. Car quoiqu'on fasse, tant que ne sera pas réglée d'une manière définitive la question du " primo vivere ", bien des efforts seront vains qui tendront au maintien des sociétés médicales.

\* \* \*

Je viens de lire le procès-verbal de la dernière assemblée des gouverneurs du Collège des Médecins. A la page 32 je trouve l'avis de motion du Docteur Laurendeau pour amender l'article 4002 et de la loi médicale. Inutile de vous dire que j'approuve entièrement cette motion, ayant moi-même demandé la chose à Messieurs les Gouverneurs dans mon article du mois de septembre dernier. Il est à espérer que cet avis de motion sera adopté à la prochaine réunion et deviendra loi. Ce sera un premier pas de fait qui permettra plus facilement l'accès au Conseil de discipline.

A la page 33 du même procès-verbal, le Docteur Laurendeau soumet " que les frais des membres du conseil de discipline et du registraire soient à la charge du Collège des Médecins. ' Faut-il entendre par là que l'honoraire de dix dollars par jour dû aux membres du conseil de discipline sera payable par le Collège des Médecins ou seulement le montant des frais encourus par leur déplacement ! C'est là un point à préciser. Si tel est le cas, il est à prévoir que nous pourrions admettre avant longtemps que l'on travaille sérieusement à rendre le fonctionnement de ce tribunal plus aisé.

Merci, Monsieur le Rédacteur, de votre obligeante hospitalité.

Bien à vous,

Docteur OMER E. DESJARDINS.  
de Ste-Anastasic.

## CHRONIQUE

---

### LE " RASTAQUOUERISME " PROFESSIONNEL

Notre noble et vénérable profession médicale n'impose pas, sûrement, à notre Public National et Etranger le respect ni la considération qu'elle mérite honnêtement d'avoir, à cause de l'importance et de la valeur des services rendus.

L'exercice de l'Art de guérir est pourtant un bien noble sacerdoce et souvent la mission du Médecin est une des plus hautes magistratures humaines.

D'où vient cette anomalie si grave et si déplorable à tous les points de vue ?

Je n'entreprendrai certes pas, dans une chronique, l'étude d'une question si grave et si complexe. Je me contenterai de dénoncer au Public Médical quelques types de Rastaquouères, qui déshonorent notre si noble profession, et l'avilissent, en la prostituant et en l'exploitant sans vergogne.

Le plus épatant est le Rastaquouère Professionnel, qui a ses bureaux de consultations dans les rues les plus fréquentées; il étale ses *spécialités* sur de larges plaques de cuivre et dans les carreaux de ses fenêtres. Mais son plus grand talent consiste dans l'art de faire des " annonces " de Pilules, de Sirops et autres Panacées dans tous les journaux quotidiens. Il y déploie une audace et un talent réellement remarquables; il y dépense beaucoup d'argent, mais cela rapporte du cent pour cent. Comme type, c'est un monsieur bien portant, qui vit largement, qui est admis dans la meilleure société, qui appartient aux clubs les plus chics et qui s'appelle Docteur; il est en effet médecin *licencié* du puissant Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Ce Rastaquouère exploite le gros public, les petits bourgeois et les femmes du peuple qui consomment ses produits et qui l'inoutent de certificats et de portraits pour la rédaction de ses nombreuses pages d'annonces dans les quotidiens.

Il est le dernier et le seul espoir des âmes simples, et la poule aux œufs d'or des grands quotidiens.

Il fait des miracles. . . . . d'impression! . . . .

— Si vous avez le courage de formuler des lois qui atteignent son "bedi-commerze", on vous répond "zut" dans les couloirs de la chambre. Les journaux défendent sa cause et. . . la leur. . .

Les députés, avec la belle indépendance... qu'ils n'ont pas... nous disent: " attendez un peu... le nommé... X... c'est un homme influent dans mon pays; et mon... élection!... bigre!... vous savez... "

— " Ne se fait pas avec des prières " ... pense-t-on philosophiquement... "

Et le Rastaquouère triomphe!...

Pauvres médecins!...

Je vous présenterai dans une prochaine " pochade " le *Rastaquouère Savant*.

DR RASTAQUOUÈRE.

---

## NOUVELLES

---

### LA NOMINATION DU DR L. DE L. HARWOOD

C'est avec plaisir que nous apprenons la nomination du docteur Harwood comme membre de la corporation de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, en remplacement du regretté professeur Lamarche.

Cette nouvelle sera reçue avec satisfaction par tous ceux qui connaissent le nouveau titulaire soit comme chirurgien gynécologue, soit comme professeur, soit comme ami.

Comme gynécologue, son stage chez son maître Pozzi, qui l'a initié à tous les secrets de son art, et sa longue expérience acquise tant à l'hôpital Notre-Dame que dans sa nombreuse clientèle en font l'un des gynécologues les plus sûrs au point de vue du diagnostic et de l'opportunité d'une opération.

C'est avant tout un chirurgien conservateur.

Comme professeur, il est aimé des élèves pour sa clarté et sa facilité d'élocution. Il ne dirige pas son enseignement dans le but de faire, de chacun d'eux, des spécialistes, mais plutôt des médecins avertis qui sachent prévoir une complication, un danger possible et les prévenir par un bon conseil.

Comme ami, c'est le gentilhomme des anciens jours dont il descend en ligne directe. Affable, discret, sûr dans ses amitiés, digne sans raideur, il est recherché par tous ceux qui l'approchent.

La position de surintendant de l'Hôpital Notre-Dame a bien mis en lumière ces qualités précieuses de l'esprit et du cœur.

C'est à tous ces titres que les membres du conseil de la Faculté de Médecine l'ont appelé à siéger parmi eux.

L'Union Médicale adresse à l'un et l'autre ses sincères félicitations.

---

#### THE CANADIAN MEDICAL JOURNAL

La "Canadian Medical Association" aura désormais un journal officiel à l'instar de la British Medical Association. Plusieurs journaux anglais des provinces maritimes ont cessé leur publication, ainsi que le "Montreal Medical Journal", notre important confrère anglais, de Montréal, dans le but de concentrer tous les efforts vers un seul but. "If Canadian thought upon medicines is to make that impression upon the world, which its importance warrants, it must be concentrated in one channel. What that channel shall be remains for the thinkers themselves to decide."

Nous souhaitons la bienvenue au nouveau confrère et nous lui adressons l'expression de nos meilleurs souhaits.

---

#### LE MONTREAL MEDICAL ET L'UNIVERSITE LAVAL

Depuis quelque temps, le "Montreal Medical" essaie de mener une campagne de dénigrement contre l'Université Laval à savoir : que nous n'avons pas progressé depuis 15 ans ; que nos sociétés médicales sont médiocres ; que nos congrès de médecine n'offrent rien d'original ; que les rapports généraux qui y ont été présentés ne seraient pas même des mises au point convenables, d'après M. Renaud, délégué au congrès de Québec. Et toutes ces affirmations semblent s'appuyer sur des témoignages plus ou moins véridiques et extraits de textes contrefaits ou écrits dans un tout autre esprit que celui qu'on lui prête.

Nous protestons énergiquement contre ce dénigrement systématique de l'Université Laval par ses anciens élèves et surtout par ceux-là pour qui *le silence est d'or!*...

Nous avons l'intention bien arrêtée de démasquer les petits faiseurs qui font une aussi sale besogne.

C'est ce que nous ferons prochainement. La saine critique est

permise lorsqu'elle est faite avec esprit et mesure ; mais la calomnie et la médisance n'ont jamais rapporté quoi que ce soit à leur auteur si ce n'est le mépris des honnêtes gens.

On ne renie pas sa mère, ni sa *race*, oh ! bel Adonis, pour l'amour d'une chanson... de gestes plats...

---

#### LE CANADA LANCET

Nous profiterons de la même occasion pour exécuter le "*Canada Lancet*," d'Ontario, un journal de fanatiques, qui s'est permis de faire des réflexions stupides sur l'Université Laval, à propos du rapport de Flexner, en conseillant au gouvernement d'intervenir pour supprimer cette Institution.

Dans la Rome antique les oies sauvèrent le Capitole ; de nos jours ils ne se sauvent même pas du ridicule... *Quantum mutatus!*...

---

#### ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'OTTAWA

*Séance du 17 Janvier 1911, à Hull.*

Présidence de M. EDMOND AUBRY.

La Société médicale de la vallée de l'Ottawa, la semaine dernière, avait sa réunion semi-annuelle dans la ville de Hull. Les travaux scientifiques ont occupé la journée de ces messieurs, les médecins de Hull et du district, réunis pour l'avancement de la science et des intérêts médicaux de la circonscription.

Ces médecins, le Dr Aubry, le Dr Archambault, le Dr D'A-mours à la tête, ont jugé sage de faire bénéficier le public de l'éru-dition de certains confrères et nous devons les féliciter pour leur louable initiative.

Rapport de la réunion de l'après-midi, à l'Hôtel-de-Ville :

Le président fait une courte allocution, au cours de laquelle il explique qu'ayant dû, au cours de l'été, payer son tribut à la ma-ladie, il lui fut impossible de convoquer alors une réunion de l'Association.

Le Secrétaire remercie les sociétaires qui lui ont si généreuse-ment prêté leur concours lors de la dernière élection du Bureau, et qui ont, de ce fait, contribué à lui faire remporter une belle victoire. Son réel adversaire fut M. le docteur Armstrong de Shawville, Co. Pontiac, qui lui a fait une lutte ardue, il est vrai, mais intelligente, loyale et courtoise.

Puis on procéda dans l'ordre suivant :

Lecture des minutes de la dernière réunion.

Rapport du Trésorier.

Proposé par le docteur A. Syneck, secondé par le docteur R. Bélisle que les minutes de la dernière réunion, ainsi que le rapport du Trésorier d'Amours, accusant en caisse, un actif de \$12.24 soient adoptés. — Adopté.

(Ce rapport donne un état détaillé des opérations financières de l'Association depuis janvier 1909, date de la dernière reddition de comptes).

Proposé par le docteur V. Désy secondé par le docteur S. J. Sicard, que le Trésorier soit autorisé à payer toutes les dépenses inhérentes à l'organisation de la soirée publique (\$18.65) qui doit avoir lieu à la salle Notre-Dame ce soir. — Adopté.

A ce moment, M. le docteur U. Archambeault que le vote populaire vient d'élever à la mairie de la ville de Hull, entre dans la salle des délibérations, en compagnie du rédacteur du " Progrès ", (1) M. le docteur Antonio Pelletier, et l'assemblée lui fait une ovation. La réponse improvisée du nouvel élu fut des plus heureuse.

Proposé par le docteur Syneck, secondé par le docteur V. Désy que M. Antonio Pelletier soit agréé comme membre actif de l'Association. — Adopté.

Le Président. — Permettez-moi d'attirer votre attention sur le fait que la Compagnie d'Assurance "New York Life" persiste à payer \$3.00 pour chacun des rapports d'examens médicaux alors que toutes les autres compagnies paient \$4.00.

Il est proposé par R. Bélisle et secondé par V. Désy que le secrétaire soit chargé d'attirer l'attention des autorités de cette compagnie sur cette question. — Adopté.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre qu'il adressait, le 18 novembre, à l'Union St-Joseph du Canada, et au cours de laquelle, il priait les directeurs de cette société, de remarquer que l'Association, ayant appris que l'Union Saint-Joseph avait récemment demandé à certains médecins de faire des examens médicaux pour \$1.00, se voyait dans la pénible obligation de dissuader ses membres d'accorder leurs services, pour un prix aussi dérisoire.

Lecture est ensuite faite de la réponse du Médecin Général de

(1) Le " Progrès " est le nom d'un journal quotidien que publièrent les amis du docteur Archambeault pendant une semaine que dura cette course au clocher pour la mairie. Il portait pour devise : " Il n'y a d'endroit que ce qui est droit " Cette publication fut, pour un jour ou deux, tirée à 5000 exemplaires, me dit-on.

l'Union St-Joseph, M. le docteur U. Archambeault, au cours de laquelle ce dernier nous rappelle que " si, aujourd'hui, certains " officiers des conseils locaux, et non l'Exécutif demandent à des " médecins de faire les examens pour \$1.00, c'est parce que ceux- " ci font le même travail pour d'autres sociétés nationales, et ce " *qui est pis encore*, pour des sociétés neutres et indépendantes, " pour ce même prix de \$1.00."

Ici, plusieurs sociétaires font la remarque que deux ou trois médecins de ce district n'ont pas craint d'accepter les prix dérisoires de \$1.00 pour examen et l'abonnement de \$1.00 par membre, offerts par le Société des Forestiers Indépendants.

Proposé par S. J. Sicard et secondé par R. Bélisle que le Gouverneur de ce district soit prié de référer cette question d'abonnements au Conseil de Discipline du Collège des Médecins.

Proposé par MM. U. Archambeault, Médecin Général de l'Union St-Joseph et Syneck, secondé par MM. V. Désy et S. J. Sicard qu'une copie de la résolution fixant à \$2.00 l'honoraire des examens médicaux dans les sociétés de secours mutuels, soit adressée à l'Exécutif de ces sociétés avec prières à chacune d'elles, de vouloir bien respecter les vœux de l'Association.

Travaux scientifiques au programme pour cette séance :

Le froid en thérapeutique: S. Lafortune

Les aménorrhées: Le secrétaire.

Discussion des cas de pratique: M. E. Aubry relate trois cas de sa pratique où il lui fut donné d'apprécier les bons effets de l'adrénaline contre les épanchements séreux à répétition. Il obtint un succès marquant dans deux cas de pleurésie et un cas d'hydrocèle.

M. le docteur Antonio Pelletier fait quelques remarques sur l'application de l'adrénaline en rhinologie.

Le gouverneur du district médical donne quelques mots d'explication sur ce projet intempestif de la création d'un syndicat des sociétés médicales, qui, lors de la dernière réunion du Collège des Médecins, fut référée pour étude au Comité de Législation, et demande aux sociétaires de vouloir bien émettre leur opinion sur cette question.

Le vœu suivant fut alors émis et adopté à l'unanimité:

" Cette Association dont tous les membres sont déjà, en vertu

“ de l'article 3970 des statuts de Québec, constitués en corps politique et corporation, sous le nom de Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, ne voit pas actuellement la nécessité de la création d'un syndicat des sociétés médicales dans la province. Elle préfère le statu quo.”

Plusieurs de nos sociétaires qui n'étaient pas présents à cette réunion, ont bien voulu depuis, me dire qu'ils partagent pleinement notre opinion touchant ce sujet. Je citerai, entr'autres messieurs les docteurs Barolet, Bélanger, Longpré, Robillard et Mackay. Donc, pour le moment, nous nous contentons de fredonner :

Pas d'syndicat,  
Pas d'syndicat,  
C'est l'statu quo  
Qui qui nous faut.

(Sur l'air de “ Mad. Ango.”)

Le choix du conférencier pour la prochaine réunion est laissé à la discrétion du Comité de Régie.

Le Dr Aubry présente les conférenciers qui sont deux éminents médecins, l'un le Dr Dubé de Montréal, l'autre d'Ottawa, le Dr Provost, bien connu à Hull.

Voici un squelette de sa causerie de plus d'une heure :

“ La gastro-entérite, la tuberculose, l'alcoolisme font des ravages terribles.

La tuberculose, fille de l'alcoolisme, est très fréquente chez les enfants dont les parents boivent un peu trop d'alcool.

L'alcool d'autrefois causait l'ivrognerie, folie d'un moment ; l'alcool d'aujourd'hui, falsifié, engendre l'alcoolisme, c'est-à-dire l'abrutissement, la folie véritable, l'empoisonnement et la déchéance des organes vitaux.

L'alcool est la base de toutes les liqueurs, même des bonnes petites liqueurs des five o'clock.

Les femmes boivent moins chez nous qu'ailleurs, cependant, beaucoup de femmes absorbent de l'alcool sans le savoir, en prenant des remèdes à réclames, comme le Peruna, la Salsepareille, Safe-Cure, etc.



Les effets de l'alcool :

Sur le cerveau : 45 p. c. des adultes de l'Asile Saint-Jean de Dieu sont d'anciens alcooliques.

Sur le cœur, l'alcool provoque la dégénérescence et la mort subite.

Sur le poumon : la tuberculose.

Sur le foie : la cirrhose avec ascite. Le foie d'un alcoolique perd ses fonctions anti-toxiques : ceci explique pourquoi les alcooliques meurent fréquemment au cours des maladies infectieuses.

Sur l'estomac et les reins l'alcool est meurtrier. Les ivrognes ne sont pas dignes de procréer. Leurs enfants, chétifs, débiles, sont dans 35 p. c. des cas, fous, etc.

Il faut lutter contre l'alcool, par l'enseignement à l'école, par l'exemple dans la famille, par l'action publique des honnêtes gens. Un bon citoyen doit à sa famille, à sa race, à son pays d'être à son poste chaque fois que les intérêts nationaux sont en jeu : c'est pourquoi il combattra par tous moyens l'alcool.

Il faut, de plus, toujours appuyer le prêtre qui a raison de faire la lutte aux buvettes. Le prêtre voit de trop près les misères causées par l'alcoolisme, il est trop souvent témoin des désordres engendrés par ce fléau mondial, il a trop conscience de son devoir de gardien de la morale pour rester inactif et muet. Et le médecin, comme le prêtre doit combattre la même cause et chaque citoyen honnête ne peut pas reculer dans ce travail qui consiste à empêcher le suicide des races.

Le Dr Dubé a agrémenté cette causerie sérieuse et savante, de faits et d'observations personnels et parfois gais.

Qu'il nous soit permis de remercier sincèrement le Dr Dubé pour le bien qu'il a semé largement dans notre ville.

La 2ème partie de la soirée a été remplie par le docteur Provost d'Ottawa.

Eminent chirurgien, savant en renom dans tout le Canada, conférencier facile, captivant, habile même, le Dr Provost était à la hauteur du grave sujet choisi : " La Tuberculose ".

Il a intéressé et instruit ses auditeurs.

La tuberculose, maladie microbienne, est excessivement répandue, et davantage dans les milieux où l'alcoolisme et le manque d'hygiène règnent.

L'alcool provoque la tuberculose chez l'individu qui absorbe trop

et prédispose à la tuberculose les descendants des générateurs alcoolisés, parce qu'il affaiblit le terrain et le prédispose à la réceptivité et au développement du bacille virulent de Koch. Des millions de microbes pullulent dans l'air que nous respirons avec la poussière. Parmi ces animalcules nous retrouvons en forte proportion le bacille de la tuberculose qui s'échappe des crachats séchés.

Le Dr Provost entre dans le cœur du sujet et entre autre chose dit :

Les malades nous arrivent souvent trop tard pour être guéris. Ils s'amuse d'abord à ingurgiter une quantité inconcevable de drogues annoncées à grand fracas et se laissent dépérir sans soins appropriés.

Il doit toujours se méfier celui qui tousse, maigrit, pâlit, digère mal. Ce sont là les premiers symptômes de la tuberculose. L'auditoire est vivement intéressé pendant la conférence saturée de documents érudits. Le charmant conférencier termine en disant :

“ Le repos, l'air pur, le régime alimentaire, et médicamenteux sont nos meilleurs armes contre la tuberculose, mais ils sont d'autant plus efficaces que les malades sont plus prompts à demander au médecin les conseils nécessaires à leur triste état. Si ceci est exact pour toutes les maladies, c'est encore plus vrai pour la “peste blanche.” Le Dr Provost a été très aimé et nous espérons qu'il nous reviendra bientôt. Ensuite, M. le Dr D'Amour, de Papi-neauville, a très bien réussi l'interprétation de deux délicates et spirituelles déclamations. Et le public a souligné en connaisseur, par des applaudissements bien mérités les passages les plus beaux et toujours si bien dits de ces deux magnifiques pièces.

En somme, cette soirée eut un succès. Le public et la société médicale ont raison de s'entre féliciter.

---

## ANALYSES

### MEDECINE EXPERIMENTALE

**La culture des tissus adultes en dehors de l'organisme**, par Alexgis Carrel et Burrows Montrose T. *Communication à la Société de biologie, séance du 22 octobre 1910.*

Nous venons de trouver le moyen de cultiver, en dehors de l'organisme, les tissus adultes des mammifères. Le point de départ de nos recherches a été le beau travail de Röss Harrison qui put observer le développement des nerfs produit par le système nerveux central d'embryons de grenouille cultivés dans une goutte de lymph. En 1910, Burrows, sous la direction de Harrison, adapta cette méthode aux animaux à sang chaud et réussit à cultiver les nerfs et les cellules mésenchymateuses d'embryons de poulet de soixante heures. C'est alors que, au Rockefeller Institute, nous avons tenté d'établir une méthode générale qui permette de cultiver comme des microbes tous les tissus et organes adultes des animaux supérieurs et de l'homme.

Les expériences ont été pratiquées sur des chiens et des chats. Elles ont consisté simplement à enlever de petites parcelles de tissus et d'organes, à les inoculer à un milieu plasmatique venant du même animal, et à les sceller dans des lamelles creuses qui étaient conservées dans une étuve à la température de 37 degrés. On pouvait surveiller à chaque instant la marche de la croissance des tissus en plaçant les lamelles sous un microscope maintenu lui-même à la température de 37 degrés.

Nous avons essayé de cultiver ainsi du tissu conjonctif, du cartilage, de la moelle osseuse, de la peau, du péritoine, de l'endothélium vasculaire, de la rate, du rein, de la thyroïde, de la surrénale, de l'ovaire et du ganglion lymphatique. Tous ces tissus ont pu végéter en dehors de l'organisme dans le milieu plasmatique. La végétation est plus ou moins hâtive et abondante suivant l'âge de l'animal, la nature du tissu et plusieurs autres facteurs.

Les premières cellules apparaissent, en général, au bout de trente-six et quarante-huit heures dans les cultures de tissus glandulaires d'animaux adultes jeunes ou d'âge moyen. Mais les glandes d'animaux très jeunes poussent plus vite. Douze heures après l'ensemencement du tissu thyroïdien d'un chat âgé de quelques jours, on voyait déjà de nouvelles cellules dans le milieu plasmatique. Les tissus tels que le cartilage, le tissu conjonctif, le péritoine végètent plus tardivement. Au bout de trois jours, on aperçoit quelques rares cellules dans le milieu de culture, et pendant plusieurs jours encore elles se développent très lentement. Le premier signe de la croissance d'un tissu est l'apparition de granulations fines et égales en quelques points de sa périphérie,

ou sur sa face supérieure. Ces granulations représentent le cytoplasme des cellules dont on ne tarde pas à apercevoir le noyau comme une tache claire contenant un ou deux nucléoles plus lumineux. Chaque organe et chaque tissu produisent deux différentes classes de cellules, les cellules de la charpente connective vasculaire et les cellules différenciées.

De longues cellules fusiformes apparaissent d'abord sur le fond clair du plasma. Leur morphologie est presque identique, qu'il s'agisse de rein ou de cartilage, de moelle osseuse ou de thyroïde. Elles se multiplient tellement qu'elles peuvent former un véritable nouveau tissu autour d'un fragment de cartilage, par exemple. Les cellules de la seconde classe présentent une morphologie spéciale à chaque tissu. Elles apparaissent, en général, un peu après les cellules qui, d'abord isolées, forment, au bout de dix ou onze jours, une couche continue.

Le cartilage forme des cellules cartilagineuses et de substance cartilagineuse. Un fragment de cartilage conjugal de jeunes chats produisit, en douze jours, un nouveau morceau de cartilage long de plus de deux millimètres. Les glandes produisent des cellules épithéliales. Au bout de cinq à six jours, des masses de cellules polygonales s'échappent de la thyroïde et poussent parfois dans le plasma sous forme de tubes. Le rein forme aussi des cellules épithéliales qui édifient dans le milieu de culture de nouveaux tubes. Les cultures glandulaires sont en plein développement du cinquième au septième jour. Les tissus péritonéal ou cartilagineux se développent plus lentement et végètent abondamment, surtout vers les dixième et onzième jours. Ces chiffres sont loin d'être constants et varient avec plusieurs facteurs, en particulier avec la température et l'âge de l'animal. Dans les cultures fixées et colorées à l'hématoxyline, on aperçoit des figures Caryokinétiques nombreuses dans les nouvelles cellules.

La culture des tissus adultes en dehors de l'organisme est donc devenue possible. Nous avons même commencé des cultures en série de cellules thyroïdiennes. Les tissus pathologiques végètent aussi bien que les tissus normaux. Nous avons en ce moment, dans une de nos étuves, des cultures de sarcomes qui poussent avec une grande activité. Nous donnerons, dans les notes suivantes, les détails de ces recherches.

## THERAPEUTIQUE

**Traitement de la syphilis par la méthode d'Ehrlich (dioxydiamido-arsénobenzol = 606).** — M. L. Tissier, dans *Presse Médicale*, 17 Déc. 1910. M. Bize.

**DOSES.** — Chez un malade *bien constitué*, la dose moyenne est de 1 centigramme par kilogramme du poids du corps.

Les doses insuffisantes, inférieures chez l'homme à 0,50, ne préviennent par les récidives.

Par les voies sous-cutanée ou intra-musculaire, la dose moyenne, chez l'homme, est de 0,60 à 0,70, chez la femme de 0,40 à 0,50 centigrammes.

On verse le contenu de l'ampoule dans un mortier de verre. On ajoute 15 à 25 gouttes de solution normale de soude à 4 pour 100 et minutieusement on triture, jusqu'à ce qu'il ne reste *aucun grumeau*. On ajoute alors, peu à peu, en continuant la trituration, 5 à 10 centimètres cubes d'eau distillée bouillie.

Lorsque l'émulsion est parfaite, on prend avec un agitateur une goutte de liquide et, sur du papier de tournesol, on cherche la réaction. Celle-ci reste acide.

On ajoute, goutte à goutte, de la solution de soude jusqu'à ce que la réaction devienne neutre. A ce moment M. Tissier conseille d'utiliser le papier à la phénolphtaléine et, dès que la goutte prend une teinte légèrement ocracée, la situation est suffisante. Si, par mégarde, l'on dépasse la dose de soude, on ajoute une goutte d'acide chlorhydrique à 1/20, pour arriver facilement à la réaction cherchée avec la phénolphtaléine ; mais il est préférable de ne pas avoir d'acide à ajouter.

Ce liquide, *très légèrement alcalin*, ne provoque aucune douleur à l'injection.

Le liquide préparé, il reste à l'injecter. La préparation du liquide doit être faite immédiatement avant l'injection car la substance est essentiellement altérable. Le premier signe de décomposition est le changement de couleur qui passe du jaune clair au jaune brun de plus en plus foncé.

L'auteur *repousse absolument* la méthode de l'injection sous-cutanée trop souvent employée en France, que cette injection soit faite dans la région interécapulaire, dans la région pectorale ou au niveau de l'abdomen.

Par contre, pratiquée suivant une technique rigoureuse, avec toutes les précautions d'asepsie, l'injection intra-musculaire ne saurait être absolument éliminée. Si l'on obtient du malade un repos absolu, au lit, de cinq à six jours, il est parfaitement possible de n'observer aucune induration.

L'injection doit être pratiquée de la façon suivante :

Avec une seringue en verre, par conséquent inaltérable et facilement stérilisable, munie d'une grosse aiguille de platine, on pratique *lentement* l'injection, en plein tissu musculaire, après avoir pris soin d'aseptiser la peau et s'être assuré que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau. Un massage léger, *mais prolongé*, assure la diffusion du liquide injecté.

On peut choisir dans la fesse les divers lieux classiques d'injection des sels insolubles. Le mieux est de pratiquer l'injection au milieu de la ligne qui réunit le sommet de la rainure interfessière et la partie la plus élevée de la crête iliaque, c'est-à-dire en dedans, très en haut de la fesse et fort loin du sciatique.

INJECTIONS INTRAVEINEUSES. — Ici l'action est plus brutale : l'élimination de l'arsenic en masse débute au bout de peu de temps, quelquefois moins d'une heure, souvent par les vomissements et la diarrhée. Au bout de trois à quatre jours, l'arsenic a disparu de l'organisme, tandis qu'il faut des semaines après l'injection intramusculaire et, fréquemment, plus d'un mois après l'injection sous-cutanée.

C'est une action intense et massive, comparée à celle de l'injection intra-musculaire. De là peuvent se déduire des indications différentes. De là peuvent se déduire des indications différentes. Certains cliniciens pratiquent d'abord une injection intraveineuse pour frapper *fort et vite*, et ensuite une injection intramusculaire pour obtenir une action *mitigée et prolongée*.

Les doses seront plus faibles : en général 0,40 chez l'homme, 0,30 chez la femme, 0,01 à 0,10 chez l'enfant.

Voici le mode de préparation du liquide à injecter : dans un flacon de verre, fermé par un bouchon à l'émeri et contenant des perles de verre, on verse la poudre et on ajoute 25 à 30 centimètres cubes d'eau distillée ; on agite énergiquement jusqu'à ce que la *dissolution* soit complète, ce qui ne tarde guère sous l'action des perles.

On verse alors 150 grammes environ de solution salée physiologique de chlorure de sodium ; on obtient une solution fortement acide, qui doit être absolument claire et limpide.

On ajoute pour neutraliser, goutte à goutte, de la solution normale de soude à 40 pour 100. Il se produit d'abord un trouble qui s'atténue par l'addition nouvelle d'alcali. Il importe d'agiter souvent et avec soin. Trop de hâte nuit toujours à ce moment.

La solution ne tarde pas à redevenir limpide ; elle est alors bonne à injecter.

Il importe beaucoup de n'ajouter de soude que *juste la quantité nécessaire*.

La solution, qui ne doit renfermer aucune particule non dissoute, est prête pour l'injection. Inutile de la chauffer, la neutralisation a produit une élévation de température suffisante.

L'injection se pratique comme toutes les injections intraveineuses. Le liquide est versé dans un entonnoir allongé, gradué, muni d'un tube de caoutchouc de 1 m. 50 environ. Le tube est interrompu à 20 ou 30 centimètres de ses deux extrémités par un index de verre, ce qui permet, à la fin de l'injection, de se rendre compte du niveau du liquide.

L'extrémité du tube de caoutchouc est munie d'un ajustage qui s'adapte facilement à une aiguille (modèle du professeur Weintraud) à biseau court et à tête volumineuse en forme de parallépipède rectangle. Le biseau est taillé dans le plan de l'une des faces, de telle sorte que l'aiguille, introduite dans la veine, repose sur la peau par la face opposée. Pour mieux saisir l'aiguille dans la main et la maintenir facilement en place une fois introduite dans la veine, les deux faces latérales sont striées.

L'injection se pratique dans une des veines du pli du coude; la veine est rendue saillante par une constriction légère avec un tube de caoutchouc.

Après stérilisation de la peau, l'aiguille est introduite dans la veine, la pointe du biseau en bas et assez profondément; on ne commence l'injection qu'après s'être assuré que le sang s'écoule bien.

Il est inutile d'employer une pression supérieure à un mètre. On maintient en place l'aiguille en s'assurant, pendant toute la durée de l'injection, que le liquide injecté ne pénètre pas dans le tissu cellulaire. Il suffit de cinq à dix minutes pour faire pénétrer toute la solution.

L'injection n'est pas douloureuse. Le malade se lève immédiatement et peut regagner son domicile.

La réaction fébrile est plus précoce et plus forte qu'après les injections intra-musculaires. Les vomissements et la diarrhée sont presque la règle, surtout avec les doses élevées. Il y a une sorte de balancement entre les deux: tantôt les vomissements dominent, tantôt c'est la diarrhée, et parfois même l'un des deux phénomènes fait défaut. Au bout de vingt-quatre heures, au maximum, tout est terminé et le patient reprend sa vie normale.

Exceptionnellement, il se produit une irritation locale due à des traces de liquide ayant pénétré sous la peau au moment où l'on retire l'aiguille: l'application de compresses humides suffit pour en amener la guérison rapide.

*En présence d'un cas de syphilis, la règle doit être aujourd'hui de pratiquer une injection intraveineuse. Au bout d'un temps*

*variable, plus court s'il survient de nouveaux accidents, plus long dans le cas contraire, en tout cas au bout de quatre à six semaines, on soumettra le patient à la réaction de Wassermann, et, si celle-ci n'est pas franchement négative, on pratiquera une seconde injection plus forte (0 gr. 30).*

Cette seconde injection provoque, en général, des accidents réactionnels atténués.

L'avenir seul nous dira s'il y a intérêt à renouveler plus ou moins souvent, et plus ou moins longtemps, ces injections.

---

**Traitement de la syphilis par l'hectine. Traitement abortif,** par M.M. Balzer et Morax, dans *Presse Médicale*. 17 déc. 1910.

Ces auteurs citent le cas d'un malade qui, après plusieurs séries d'injections d'hectine a eu quelques troubles de la vue, caractérisés par un peu d'amblyopie. Ces troubles disparaissent dès qu'on cesse le traitement par l'hectine et reparaissent quand on le reprend, pour cesser de nouveau quand on le seurprend.

Ceci a la valeur d'une expérience de laboratoire et prouve que l'hectine n'a pas sur les centres visuels l'action brutale et fatale des autres produits arsenicaux, y compris le 606, dont les dangers pour les yeux viennent d'être signalés par Finger, de Vième. Le professeur Finger a observé des troubles graves de la vision plusieurs mois après la cessation du traitement par le 606.

M. Hallopeau fait maintenant à ses malades des injections quotidiennes de 0,20 centigrammes d'hectine durant un mois et n'a jamais observé d'accidents de cet ordre. Il formule de nouveau, à ce propos, son opinion très arrêtée sur l'action abortive de ce traitement.

On arrête constamment l'évolution de la syphilis avec 30 injections de 0,20 centigrammes d'hectine pratiquées au voisinage du chancre. M. Hallopeau a vu des accidents spécifiques réapparaître après un traitement de 30 injections de 0,10 centigrammes, traitement qu'il considère aujourd'hui comme insuffisant. Avec les doses doubles qu'il emploie maintenant, il estime que la syphilis doit avorter. A l'appui de sa théorie, il cite un cas de réinfection avec apparition d'un nouveau chancre, quatre mois après la guérison du premier, obtenu par ce traitement.

---



Traitement de l'accès d'asthme (chez l'adulte), par M. Oppenheim, dans *Progrès Médical*. Déc. 1910.

S'assurer, tout d'abord, par un examen approfondi, qu'il s'agit bien d'asthme essentiel et non de dyspnée asthmatiforme, symptomatique d'une lésion pulmonaire, cardiaque ou rénale.

A. *Au moment de l'accès.*

1° Dès le début, tenter d'enrayer l'accès par des inhalations de pyridine: X gouttes sur un mouchoir ou 4 à 5 grammes versés sur une assiette, à quelque distance du malade; ou bien faire fumer des cigarettes Esnic (feuilles de stramine, jusquiame, belladone et extrait d'opium).

Ou même faire brûler dans une coupe, auprès du malade, qui aspirera la fumée, une cuillère à café de:

Poudre de nitrate de potasse.....	6 grammes
Poudre de feuilles de datura.....	} 4 à 10 gr.
“ “ belladone.....	
“ “ jusquiame.....	

Ou enfin faire respirer le contenu d'une ampoule d'iodure d'éthyle (une dizaine de gouttes par inhalation).

2° Faire prendre, de demi-heure en demi-heure, une cuillerée à soupe de la potion suivante, jusqu'à 4 cuillerées au maximum.

Dionine.....	0 gr. 15
Pyramidon.....	1 gr. 50
Sirop simple.....	30 gr.
Hydrolat de tilleul.....	Q. S. pour 150

3° Au culmen de l'accès, si les moyens précédents n'ont pas apporté de soulagement, on sera le plus souvent obligé de recourir à l'injection de morphine:

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Sulfate d'atropine.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	10 gr.

1 à 3 cent. cubes dans les 24 heures. Ne jamais laisser de morphine à la disposition des malades, l'asthme étant une des affections qui conduisent le plus facilement à la morphinomanie.

B. — *Les jours suivants, pendant la période des accès à répétition.*

1° Repos absolu, alimentation légère, de préférence lacto-végétarienne.

2° Prendre le matin au réveil et le soir à 7 heures, une des pilules :

Extrait de belladone.....	} à 1 centigr.
Poudre de belladone.....	

3° Le soir, au coucher, prendre une cuillère à entremets de la préparation :

Extrait de cannabis indica.....	} à 0 gr. 10
“ de jusquiame.....	
Bromure de potassium.....	} à 10 gr.
Hydrate de chloral.....	
Eau distillée.....	Q. S. pour 100 cc.

4° Pratiquer deux fois par jour des séances de gymnastique respiratoire, en ayant surtout en vue la rééducation de l'expiration. Pour cela, habituer le sujet à faire des inspirations superficielles et des expirations lentes et prolongées, qu'on aidera par des mouvements passifs des membres supérieurs.

Le malade s'entraînera à faire progressivement des expirations de plus en plus longues, soit en comptant de 1 à 5, 8, 10, 15, etc., avant de reprendre son souffle, soit en expirant le plus lentement possible dans un spiromètre muni d'un embout buccal.

#### C. — *Traitement des périodes intercalaires.*

Ce traitement, qui ne peut, ici, qu'être sommairement esquissé, varie suivant qu'il y a ou non bronchite chronique concomitante.

a) S'il n'y a pas de bronchite, s'assurer tout d'abord qu'il n'existe pas non plus de lésion nasale, cause possible d'asthme réflexe; si l'examen du nez est négatif, diriger le traitement contre l'état névropathique qui joue, alors, un rôle prépondérant dans l'étiologie: psychothérapie, hydrothérapie tiède ou chaude, gymnastique respiratoire, emploi des préparations de valériane; en été, cure au Mont-Dore ou à Nérès.

b) S'il il y bronchite chronique concomitante:

1° 20 jours par mois, prendre deux cuillerées à soupe, par jour, avant les repas, de la potion:

Arséniate de soude.....	0 gr. 03
Iodure de sodium.....	10 gr.
Eau distillée.....	300 cent. cubes

2° Les 10 autres jours, prendre le matin à jeun, dans un verre de lait, deux cuillerées à soupe d'eau de Labassère.

3° Prendre chaque jour, à distance des repas, quatre des pilules suivantes :

Terpine .....	0 gr. 20
Codéïne.....	0 gr. 01
Pour une pilule n° 60.	

4° Faire de façon régulière des applications révulsives sur le thorax; teinture d'iode, cataplasmes sinapisés, pointes de feu.

---

Traitement de la pneumonie, par M. Martinet, dans *Journal de Méd. et Chir. pratiques*. 10 Déc. 1910.

*Pneumonie aiguë franche d'intensité moyenne, les 7 ou 9 premiers jours.*

*Traitement hygiénique:* 1° Repos au lit dans une chambre bien aérée, fenêtre entr'ouverte, le malade étant soigneusement protégé des courants d'air.

2° 4 à 6 fois par jour, *enveloppement humide* du thorax, d'une durée de 1 heure. (On enveloppe le thorax avec une serviette humide tiède ou froide (30° ou 22°), recouverte de taffetas gommé, fixée par une serviette sèche enroulée pardessus et maintenue par des épaulettes en bretelle. On les laissera suivant les cas 20 minutes à une heure).

... *Alimentation liquide*, lait, bouillon, fruits, eau vineuse, vin sucré, grogs légers, par petites prises, régulièrement espacées.

4° Veiller à la *régularité des garde-robes*; dès le début de la maladie, purgation, de préférence avec:

Calomel.....	0 gramme 60 centigr.
Lactose.....	4 grammes.

Diviser en 2 paquets, à prendre à dix minutes d'intervalle, dans un peu d'eau sucrée.

5° Toilette soignée de la bouche et des mains, après chaque repas.

Toilette quotidienne de la peau.

6° Faire évaporer largement: essence de térébenthine, eucalyptus, créosote.

*Traitement médicamenteux* : 1° Injection de dix centimètres cubes d'une solution d'argent colloïdal, 1er, 3e, 5e et 7e jour.

2° Bichlorhydrate de quinine..... }  
Antipyrine..... } àà 0, 30 centigr.

Pour un cachet n° 8. Un cachet à une heure après-midi.

3° Teinture de digitale..... 2 gr.  
Potion de Tod ..... 120 gr.

Par cuillerée à soupe toutes les 3 heures (potion pour 24 heures) à partir du 4e ou 5e jour.

II. — *À partir de la défervescence.* — *Traitement hygiénique.*  
— 1° Faire lever progressivement. 2° Frictions quotidiennes avec du liniment de Rosen. 3° Gymnastique respiratoire méthodique. 4° Alimentation mixte généreuse, progressive.

*Traitement médicamenteux :*

Teinture de St-Ignace composée..... 2 gr.  
Arséniate de soude..... 0 10 centigr.  
Glycérophosphate de soude..... 10 gr.  
Vin de gentiane..... }  
Vin de quinquina..... } àà 250 centim. cubes

Un verre à liqueur à chacun des principaux repas.

— *Dans une pneumonie avec tendance à l'adynamie*, M. Martinet conseille :

1° Pratiquer matin et soir une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de

Sulfate de strychnine..... Deux centigrammes  
Eau distillée..... 10 centim. cubes.

2° De plus :

Solution de digitaline cristallisée au millième Un centimètre cube.  
20 gouttes  
Teinture de cannelle..... 4 grammes  
Rhum vieux..... }  
Sirop simple..... } àà 100 grammes  
Eau de tilleul..... 40 grammes

Par cuiller à soupe de 2 en 2 heures, les heures intercalaires des repas.

**Traitement prophylactique de la phtisie par les inhalations**, par M. le Dr Couëtoux (de Blain), dans *Journal de Méd. et Chir.* Paris, 10 déc. 1910.

Dans la pratique habituelle, M. Couëtoux s'en tient aux fumigations, utilisant une simple cuiller en fer que l'on remplit avec la mixture choisie, et à laquelle on met le feu au moyen d'une allumette. On tient la cuiller par le manche jusqu'à ce que la mixture soit entièrement consumée. Il importe que la combustion soit complète, et pour obtenir ce résultat on peut prescrire de chauffer en-dessous la cuiller de fer avec une bougie; mais avec l'alcool à 95°, cette précaution est inutile.

La cuiller en fer sert en même temps de mesure et l'on peut ainsi prescrire de brûler chaque jour, ou chaque nuit, une ou plusieurs suillerées de mixture. Dans la pratique habituelle, M. Couëtoux, pour une chambre moyenne, se contente de prescrire une seule cuillerée de fumigation, à faire le soir vers neuf ou dix heures, c'est-à-dire au moment où les portes et les fenêtres sont pour la nuit définitivement fermées.

Les mixtures dont il se sert se divisent en deux groupes:

1° Ceiles qui contiennent des remèdes journellement employés en thérapeutique et dont il arrive fréquemment de varier la composition. Voici deux spécimens de ces mixtures:

Il commence d'ordinaire par la mixture suivante:

Créosote de hêtre.....	10 gr.
Essence d'eucalyptus.....	5 gr.
Formol.....	5 gr.
Alcool à 95°.....	150 gr.

Quand cette médication a produit un effet suffisant et qu'elle menace de devenir excessive, ce que l'on reconnaît à la sécheresse de la toux et à la difficulté de l'expectoration, on s'empresse d'en cesser l'usage ou du moins on alterne son emploi avec celui d'autres substances médicamenteuses, ayant une action physiologique différente. Voici par exemple une autre mixture très convenable pour succéder à la première:

Acide lactique.....	10 gr.
Acide acétique.....	5 gr.
Acide benzoïque.....	3 gr.
Alcool à 95°.....	150 gr.

L'action antiseptique, désinfectante, commencée par la première mixture sera sans interruption continuée par la seconde; mais les propriétés balsamiques des premiers remèdes seront remplacés par l'action liquéfiant et la facilité d'expectoration que peuvent procurer les acides contenus dans la seconde mixture.

Depuis 1906, M. Couëtoux utilise des mixtures nouvelles à base d'essences végétales généralement peu usitées en pharmacie :

Elles sont en effet d'un parfum plus agréable, d'une action en même temps plus douce et plus puissante que celles qui représentent le premier groupe. Il leur doit ses plus remarquables succès.

Mixture n° 1 expectorante.	{	Essence d'aunée.....	1 gr. 60
		Essence de genièvre.....	3 gr.
		Essence de mélisse.....	2 gr.
		Essence de sauge.....	1 gr.
		Alcool à 95°, quantité suffisante pour	120 cent. cubes.

Mixture n° 2 balsamique.	{	Essence d'eucalyptus.....	4 gr.
		Essence de serpolet.....	2 gr.
		Essence d'hysope.....	2 gr.
		Essence de cubède.....	2 gr.
		Alcool à 95°, quantité suffisante pour	120 cent. cubes.

Ces deux premières mixtures sont exclusivement destinées à combattre les maladies de l'appareil respiratoire. M. Couëtoux a l'habitude d'en alterner l'emploi et ne saurait dire laquelle des deux est la plus active, la plus efficace : La suivante paraît soulager les rhumatisants.

Mixture n° 3 sédative	{	Essence de sauge.....	2 gr.
		Essence de marjolaine.....	2 gr.
		Essence de menthe.....	2 gr.
		Essence de reine des prés.....	0 gr. 40
		Alcool à 95°, quantité suffisante pour	120 cent. cubes.

---

Un cas de chorée traité et guéri par l'extrait thyroïdien, par Roden, dans *Presse Médicale*. 31 Déc. 1910.

L'auteur rapporte le cas d'une fillette de 10 ans atteinte de chorée aiguë depuis 3 ans et rebelle à toute médication. Comme une sœur de la malade présentait un goître, l'auteur pensa qu'il s'agissait, chez la malade d'insuffisance thyroïdienne malgré absence de tout symptôme. Il prescrivit de l'extrait de glande thyroïde 2 fois par jour. Au bout d'une semaine, il y eut amélioration très nette; au bout de 15 jours l'enfant retournait à l'école. On continua ce traitement 2 fois par jour, le premier mois, une fois seulement le mois suivant. La guérison se maintient depuis neuf mois.

---

## DERMATOLOGIE

**Traitement de l'eczéma des nourrissons**, par M. le Dr Rocaz, dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*.

Cet auteur donne des indications utiles sur le traitement de l'eczéma des nourrissons qu'il conseille de traiter toujours, mais en ne le traitant que partiellement, morceaux par morceaux, s'il a une grande étendue, pour ne pas le supprimer brusquement.

La première indication du traitement local est de débarrasser la peau de tous les exsudats desséchés. L'huile stérilisée ou des cataplasmes de fécule permettent de le faire assez rapidement. Dans l'impétigo on peut y ajouter des antiseptiques faibles, l'eau d'Alibour en particulier, mais pas d'acide phénique. Une fois la lésion bien nettoyée, essayer le topique le plus simple :

Oxyde de zinc..... 3 gr.  
Vaseline..... 30 gr.

Dans l'eczéma séborrhéique on obtient de bons résultats avec l'acide salicylique :

Acide salicylique ..... 0.05 à 10 centigr.  
Oxyde de zinc..... 3 gr.  
Vaseline..... 30 gr.

ou avec la résorcine : 0.50 à 1 gramme pour 30 grammes.

Il est des enfants dont la peau ne supporte pas l'application de la vaseline ; il faut la remplacer dans les formules précédentes par le glycérolé d'amidon, ou mieux par l'axonge benzoïnée.

Certains eczemas séborrhéiques de la tête, dans lesquels la séborrhée prédomine, et dans lesquels la dermatite est plus accentuée, se trouvent bien de l'emploi des pommades soufrées.

Vaseline..... } AA 15 gr.  
Lanoline..... }  
Soufre..... 1 gr.

Dans les poussées inflammatoires avec rougeur intense, tuméfaction de la peau, les pommades sont souvent avantageusement remplacées par les applications de liniment oléo-calcaire stérilisé.

Les placards d'eczéma sec, bien limité, présentant une tendance à la chronicité, particulièrement ceux qui siègent sur le tronc ou sur les membres, sont seuls justiciables de l'usage de médicaments plus actifs : ichtyol, goudron, huile de cade, etc.

L'emploi des corps gras (pommades ou liniments) ne convient pas à tous les eczemas. Quand la surface cutanée est suintante,

irritée, on doit avoir recours au pansement sec, à l'aide de poudres inertes :

Talc.....	30 gr.
Sous nitrate de bismuth.....	10
Oxyde de zinc.....	5 gr.

Cette poudre est contenue dans un flacon fermé par un tamis qui permet le poudrage des parties malades sans qu'elles soient souillées par le moindre contact; l'eczéma doit être constamment recouvert d'une couche de poudre; quand les croûtes sont trop épaisses, on les fait tomber à l'aide d'un cataplasme de fécule de pommes de terre, puis on recommence le pansement sec.

On ne saurait trop recommander cette médication dans le traitement de l'eczéma des nourrissons; on l'a vue réussir dans des cas qui avaient été inutilement traités par l'application des pomades les plus variées.

Tout récemment, M. Brocq a préconisé le traitement de l'eczéma par le goudron de houille brut ou coaltar; il faut employer un coaltar préalablement lavé, à cause de son alcalinité souvent très forte; le topique est étendu sur la surface malade et y reste appliqué plusieurs jours; il s'en détache spontanément ou peut être enlevé par de l'huile; cette méthode convient aussi bien aux formes suintantes qu'aux formes sèches.

Les bains sont plus nuisibles qu'utiles aux petits eczémateux: dans l'eczéma pur ils exagèrent la dermite, dans l'eczéma impétigineux ils disséminent l'infection sur toute la peau; ils ne doivent donc être donnés qu'avec circonspection et être très courts.

Le traitement général doit d'abord s'occuper de l'hygiène alimentaire. Quelle que soit l'origine de l'eczéma, même quand cette origine paraît étrangère au fonctionnement du tube digestif, il est bien certain que tout trouble de cet appareil a un retentissement fâcheux sur cette dermatose.

---

#### HYGIENE

**Comment désinfecter les crachoirs et le linge d'un tuberculeux, par le Dr Martial, dans *Tribune Médicale*. Déc. 1910.**

Comment désinfecter les crachoirs qui ont servi? Le procédé est des plus simple, chaque malade apprend à le faire lui-même, il continue à le faire une fois rentré chez lui.

Dans un récipient consacré spécialement et uniquement à cet effet, on verse une solution de carbonate de soude à 5 p. 100, qui



doit se trouver prêt le soir, au moment où le malade fait sa toilette. Le malade verse doucement afin de ne pas faire d'éclaboussures infectantes, le contenu de son crachoir de poche dans la solution, remplit entièrement son crachoir, avec une solution semblable et le laisse ainsi sur son lavabo jusqu'au lendemain matin. L'immersion prolongée des crachats dans la solution assure la saponification du microbe, détruit la résistance de son enveloppe et le rend aisément vulnérable à l'action même rapide d'un désinfectant: sublimé à 1 p. 100, acide phénique ou lysol à 5 p. 100. A la rigueur cette immersion prolongée jusqu'au lendemain matin, c'est-à-dire pendant douze heures environ, peut être considérée comme suffisante pour la désinfection. Le matin, le malade vide son crachoir dans le seau, et verse au fond une mince couche d'un des aitiseptiques dont je viens de parler, il ferme son crachoir et le met dans sa poche. Nos crachoirs de poche ne sont guère plus volumineux qu'un mouchoir de poche roulé ou qu'un porte-monnaie de grandeur ordinaire, ils ferment hermétiquement et ne peuvent s'ouvrir que par la volonté du porteur; ils sont en un verre bleu de composition particulière, très solide, ne laissant pas voir à l'extérieur l'aspect des crachats, et sont d'un prix très modique.

Chaque pensionnaire possède en outre un crachoir de table plus grand, pour la nuit, qui se désinfecte de la même façon.

Le contenu du récipient additionné d'un peu de lysol pur, peut être jeté impunément dans les canalisations de la maison, puisqu'il n'offre plus aucun danger pour la collectivité, alors que le crachat brut constitue un danger terrible.

Dès qu'un pensionnaire connaît bien ce maniement, qu'il sait cracher décentement, qu'il coupe — si c'est un homme — ses moustaches au ras de la lèvre supérieure, de manière qu'après avoir trempé dans les crachats les poils ne trempent pas dans les aliments ni les boissons, dès cet instant, le sujet n'offre presque plus aucun danger pour l'entourage; il n'en offrira plus du tout lorsqu'il aura pris l'habitude de désinfecter sa vaisselle, et qu'il saura manipuler son linge sale.

Pour désinfecter la vaisselle on emploie encore le carbonate de soude, la vulgaire "carbonate" des ménagères; c'est un désinfectant extrêmement peu coûteux. Mais le procédé doit être plus rapidement appliqué à cause des nécessités du ménage. On procédera donc de la manière suivante: jeter les restes provenant de l'assiette du malade, dans l'auge aux cochons — les cochons ne deviennent pas tuberculeux en absorbant le bacille tuberculeux humain — plonger assiettes, verre couvert, dans une solution de carbonate de soude à 10 p. 100, chaude de 80 p. 100 et les y laisser

10 minutes avant de les laver, ou 20 minutes dans une solution à 5 p. 100, laver ensuite dans une autre eau propre, rincer et essuyer soigneusement.

Pour le linge : avoir deux grands sacs de toile forte. Dans l'un mettre tout le linge sale du malade pendant une semaine, avant le blanchissage, faire plonger contenu et contenant 24 heures dans la solution de carbonate de soude à 5 p. 100, puis 24 heures dans la solution de lysol à 2 p. 1000, faire bouillir 2 heures, puis blanchir comme de coutume. Cette opération demande seulement deux baquets spéciaux au linge du malade.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Maladies des nerfs**, par le Dr Cunéo, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 174 pages avec 50 figures. Broché, 4 fr.; cartonné, 5 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Ce fascicule du *Nouveau Traité de Chirurgie* continue brillamment la série de ceux qui l'ont précédé.

Dans ces pages écrites avec autant de précision que d'élégance, M. Cunéo a clairement exposé toutes les maladies des nerfs, lésions traumatiques, lésions inflammatoires et affections néoplasiques.

L'évolution anatomique des plaies des nerfs (dégénérescence, régénérescence) est fort bien mise au point. Signalons comme particulièrement intéressant, le chapitre sur le traitement des plaies des nerfs.

Le traitement des troubles vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques et leurs complications est minutieusement exposé, avec les indications opératoires, la technique opératoire et les diverses méthodes de réunion.

L'étude des névrites comprend l'exposé des névrites traumatiques et des névrites par propagation.

Viennent ensuite les néoplasmes des nerfs. Le traitement du névrome plexiforme et de la maladie de Recklinghausen termine le volume. L'ouvrage est illustré de 50 figures spécialement dessinées pour le volume.

Le *Nouveau Traité de Chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet se présente sous la forme de fascicules séparés, où se groupent les affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites.

Autour de leur autorité scientifique incontestable, les directeurs ont su grouper un choix de collaborateurs actifs.

Dix-sept fascicules sont en vente: *Grands Processus morbides* (10 fr.); *Maladies de la peau* (3 fr.); *Maladies des muscles* (4 fr.); *Hernies* (8 fr.); *Lésions traumatiques des articulations* (6 fr.); *Arthrites tuberculeuses* (5 fr.); *Corps thyroïde et Goîtres* (8 fr.); *Maladies des os* (6 fr.); *Maladies de l'oeil* (8 fr.); *Maladies des articulations* (6 fr.); *Maladies du crâne* (10 fr.); *Oto-Rhino-Laryngologie* (12 fr.); *Maladies des veines et des lymphatiques* (5 fr.); *Maladies des mâchoires* (5 fr.); *Maladies de l'abdomen* (12 fr.); *Maladies du foie* (6 fr.); *Maladies des nerfs* (4 fr.).

---

**Morphinisme et Morphinomanie** et les différentes méthodes de sevrage sans souffrance, par le Dr Oscar Jennings, traduit de l'anglais avec une introduction par le Dr Henri Mignon. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un vol. in-8 raisin, 2 fr. 50.

Dans son Introduction à ce volume, le traducteur, le Dr Mignon, insiste sur l'importance de la méthode dont le Dr Jennings s'est fait le défenseur, et croit, dit-il, faire œuvre utile en la faisant mieux connaître au public médical français.

Le traitement de Jennings a fait l'objet d'une discussion au mois de janvier dernier à la Société d'Hypnologie et de Psychologie, où plusieurs membres, entre autres les Drs Bérillon et Raffegau se sont déclarés partisans convaincus de la Méthode, et se sont portés garants des faits de guérisons communiqués à cette occasion. C'est à la suite de cette séance que le Dr Mignon, qui avait collaboré au traitement du cas principal rapporté, s'est décidé à entreprendre cette traduction.

L'auteur démontre que la Morphinomanie est beaucoup plus curable qu'on ne le suppose; les malades étant retenus très souvent sous le joug du poison par l'incapacité du médecin de leur venir efficacement en aide. Il condamne d'une façon absolue la séquestration. Il démontre qu'on peut guérir sans souffrance ni contrainte, et quelquefois en moins de temps qu'avec les soi-disant méthodes rapides employées dans les maisons de santé, et qu'aucun malade ne consentirait à subir, s'il savait d'avance à quoi il s'exposait et s'engageait.

Le traitement à suivre est si minutieusement et si clairement décrit que tout médecin ayant à s'occuper d'un morphinomane pourrait, pourvu qu'il possédât la confiance du malade, le guérir.

en suivant les directions données dans ce volume. Ce sera aussi un guide précieux pour ceux qui, découragés par l'insuccès de tentatives antérieures, ont conservé néanmoins l'espoir de s'affranchir un jour de leur funeste passion.

C'est en somme une œuvre toute de conviction, qui rendra le courage et l'espérance aux malades, trop fréquemment abandonnés des médecins, pour lesquels elle a été faite.

---

**L'Etat Mental des Hystériques.** — *Les stigmates mentaux des hystériques.* — *Les accidents mentaux des hystériques.* — *Études sur divers symptômes hystériques.* — *Le traitement psychologique de l'hystérie*, par le Docteur Pierre Janet, Professeur de Psychologie au Collège de France. 1 vol. grand in-8 avec gravures dans le texte, 2e édit. 18 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Les études que contient la première partie de ce livre sont indispensables comme résumé des recherches qui ont joué un grand rôle dans la transformation des idées relatives à l'hystérie et comme introduction à une étude plus médicale sur cette maladie mentale. Elles sont la reproduction du travail que l'auteur avait consacré à l'état mental et aux accidents mentaux des hystériques et qui avait jadis paru en deux volumes.

La seconde partie de l'ouvrage réunit un certain nombre d'études publiées dans diverses revues à propos des mêmes malades. Le premier chapitre reproduit une étude sur l'œuvre psychologique de J.-M. Charcot qui avait été publiée par la Revue Philosophique au moment de sa mort et qui indique comment il faut apprécier la tentative remarquable et si mal jugée qu'il a faite pour rendre intelligible une névrose confuse et mystérieuse. Les autres chapitres contiennent des observations sur l'hémianopsie hystérique, sur la localisation des troubles hystériques sur côté gauche du corps, sur le rythme de Cheyne-Stokes dans l'hystérie, sur le somnambulisme des médiums, sur certains troubles curieux de la vision, sur les modifications de la mémoire et les doubles existences. Ces divers travaux de psychologie pathologique peuvent fournir des documents utiles à des études plus générales.

La troisième partie de ce volume est constituée par une étude sur le traitement psychologique de l'hystérie qui résume en un petit nombre de pages ce que Gilles de la Tourette avait écrit sur le traitement physique joint aux études personnelles de l'auteur sur le traitement psychologique; cette étude de thérapeutique tient donc des renseignements de toute utilité et elle complète le recueil des documents relatifs à l'étude de l'hystérie.

## SUPPLEMENT

### OCCASION

Belle clientèle de médecine à céder, avec très bon poste de pharmacie. Les revenus de la pharmacie seule sont de \$1200.00 à \$1500.00 par année.

Ce revenu pourrait être de beaucoup augmenté par un médecin qui pourrait faire une spécialité de la consultation.

Pour plus amples informations, adressez comme suit :

“ L'UNION MEDICALE DU CANADA ”

B. P. 2189,

Casier.

MONTREAL, P. Q.

---

“ Les théories sont de souples spéculations, les faits sont de rigides réalités.

Quand il est question d'une inflammation, quelle que puisse être la théorie de l'étiologie, il reste un fait certain, c'est qu'il existe une condition caractérisée par de l'inflammation et de la douleur dans les tissus infiltrés, aussi par de la rougeur à la suite de l'intervention des artères et encore par d'autres symptômes cardinaux demandant une application chaude et humide, qui relâche la tension et normalise les troubles circulatoires.

Pour l'application d'un pansement humide et chaud, la préférence des praticiens a clairement accentué les avantages et la valeur de l'Antiphlogistine.

Que l'inflammation soit superficielle, comme dans les cas d'infection des mains, dans ceux de furoncles ou de charbon, etc., etc., ou encore qu'elle soit dans la profondeur des tissus comme dans les cas de bronchite, d'amygdalite, de pleurésie ou de troubles dans le péritoine une application épaisse et chaude d'Antiphlogistine amène un profond soulagement.”

---

#### LA CONVALESCENCE DE LA GRIPPE CATHARRALE

Les divers froids, gripes, catarrhes, qui affectent les membranes muqueuses respiratoires pendant l'hiver, sont souvent susceptibles d'affaiblir le système nerveux et de produire un certain degré d'anémie.

Ces effets sont surtout apparents chez les personnes âgées, les jeunes enfants et autres personnes débiles.

Le Pepto-Mangan (Gude) est le tonique par excellence dans tous les cas d'anémie, d'une assimilation facile et d'un goût fort agréable, cette préparation ferrugineuse est facilement tolérée sans aucun effet désagréable sur la digestion ou l'intestin.

M. J. BREITENBACH CO.

## SUPPLEMENT

---

### *Suite*

**Les produits extraits des eaux d'Ems et particulièrement les pastilles d'Ems**, par le docteur Hermann PAULL, méd. directeur de l'Institut des moyens physiques de Karlsruhe.

La plus grande difficulté résidait dans les propriétés hygroscopiques du chlorure de sodium surtout en mélange avec du sucre. Quand on incorpore ce sel dans des pastilles sans changer les proportions naturelles il est inévitable qu'on obtienne un produit susceptible de s'altérer à l'air, car il absorbe l'humidité et se liquéfie; de là des modifications chimiques: le bicarbonate se transforme en sous-carbonate et le sucre véhéculaire s'oxyde. Il est vrai que ces altérations ne se produisent qu'à la longue et en tout cas pas pendant toute la durée de la consommation d'une boîte. Le consommateur pourrait donc être parfaitement rassuré pendant la durée de consommation d'une boîte, si cette boîte lui venait directement de la fabrique. Malheureusement il doit fatalement y avoir des intermédiaires entre le public et le fabricant et c'est précisément pendant le temps où les pastilles se trouvent en dépôt chez ces intermédiaires qu'elles doivent être garanties contre l'absorption d'humidité. On y est arrivé en les renfermant dans des tubes de verre dont le bouchage est rendu imperméable à l'air par une capsule d'étain. Dans ces tubes les pastilles se conservent indéfiniment sans éprouver la moindre altération même dans les endroits les plus humides. On a essayé en hiver de les enterrer pendant des mois et on les a retrouvées tout à fait intactes.

Il est bon que le médecin se rende compte des principaux temps de la fabrication de ces pastilles:

- 1) Evaporation de l'eau d'Ems jusqu'à précipitation à sec des sels.
- 2) Reconstitution du bicarbonate de soude, celui-ci s'étant, pendant l'évaporation, transformé en sous-carbonate de soude par suite de la disparition de l'acide carbonique.
- 3) Préparation de la masse pastillaire par addition de sucre et de gomme adragante.
- 4) Dessiccation des pastilles.
- 5) Embaquetage des pastilles.

*A suivre.*

---