

Pages Missing

Le

Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE - UNE PASTRE PAR ANNEE

MEDICINE

CHIRURGIE

SANTE

THERAPEUTIQUE

Sommaire

La sclérose en plaques et l'hy-
stérie par M. le Professeur RAY-
MOND 107

Le rhinisme, ses variétés et son
traitement par M. le Pro-
fesseur KRAMSEN 112

Lictère, les cholécystes, les
angiocholites, les icteres
hémolytiques, physiologie
et traitement par M. le Do-
cteur D. H. Le GANDEAU 117

Le traitement des plaies des
doigts de la main par M. le
Professeur RAOULS 123

Les principales variétés d'éc-
zémas, diagnostic différen-
tiel par M. le Pro-
fesseur GAUCHER 129



La goutte, sa pathogé-
nie, son évolution, son
traitement 17

Le lo ver précède des ap-
pouchés, par professeur
MEZEN 141

Comment l'appendice devient ma-
lade et comment il guérit 146

Quelles sont les complications
généto-urinaires de la fièvre
typhoïde 148

La physiologie des sels de cal-
cium sur la fonction respira-
toire 149

Traitement des accidents de la
ménopause 150

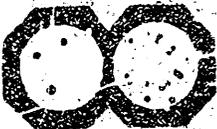
Nos Sociétés Médicales 151

Informations Scientifiques 151

LA PUBLICITE GENERALE

COSMOS LEE

140, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER D'OR, VITALE, OXYGENEE, HEMATIQUE
La seule contenant les oxydes
ANEMIE, NEURAS, MENIE, DEBILITE, TUBERCULOSE,
SPROT

DEPOTS

Pharmacie Rouquier Frères,
C. G. & Co. Paris, La. Fougère & Co. Québec

LE MONTREAL-MÉDICAL

VOL. 8

25 Mai 1909

N° 3

Polynévrite et myélite subaiguë

Par le Professeur RAYMOND

Un malade du service, à la fois alcoolique et tuberculeux, a été tour à tour atteint d'une polynévrite motrice localisée aux membres inférieurs et d'une myélite consécutive. Fils de parents tuberculeux, il prit une pleurésie gauche au régiment, et rentré dans la vie civile, s'adonna à des abus d'apéritifs. Bientôt il fut atteint de troubles digestifs avec cauchemars et tremblements des extrémités, tous signes d'alcoolisme manifeste. Quelques mois plus tard, alors qu'il dormait, il fut réveillé la nuit par un lumbago très douloureux. Le lendemain, allant mieux, il reprit son travail, mais des douleurs sourdes couraient dans les jambes. Celles-ci se débrobèrent sous lui, trois semaines plus tard. En même temps, les souffrances devinrent plus aiguës, des sensations de froid et d'engourdissement occupaient les membres inférieurs. Entré à l'hôpital en février 1908, on lui trouva des signes de tuberculose pulmonaire au sommet gauche, avec submatité et râles fins. Le sujet talonne à la marche, présente le signe de Romberg, ressent dans les membres inférieurs des douleurs en piqûre, en cercle, en éclair. L'extension avec relèvement de la jambe provoque une douleur le long du sciatique; on note un point douloureux trochantérien, au creux poplité, un point malléolaire. Les réflexes tendineux sont abolis. La vessie et les membres supérieurs sont indemnes. Pas de signe d'Argyll. Conservation de la force musculaire.

La marche rapide de l'affection qui évolua en quelques mois, l'absence de troubles sphinctériens et de signe d'Argyll éloignent l'idée de tabes vrai. Il s'agissait d'un pseudo-tabes d'origine mixte probable ; à la fois tuberculeux et alcoolique.

Les pseudo tabes guérissent dans la majorité des cas. On prescrit l'antipyrine, un régime lacto-végétarien ; l'amélioration s'obtient lentement. Quand une tuberculose est en jeu, le pronostic est aggravé. De nouvelles poussées de polymérite peuvent se produire, car on ne réduit pas une tuberculose causale avec la facilité qui supprime l'alcoolisme.

En effet, après une amélioration passagère, de nouveaux symptômes se déclarèrent bientôt : une paralysie de la troisième paire avec diplopie de l'œil droit et une paralysie faciale gauche périphérique. Les accidents se prolongèrent environ une durée de trois semaines. L'orage semblait calmé, quand une complication grave survint. Le malade, qui avait passagèrement ressenti quelques douleurs du côté des membres supérieurs, vit réapparaître, aussi fortes qu'au début, ses douleurs de reins et dans les membres inférieurs. Ceux-ci se paralysèrent tout à fait ; une paralysie flasque les envahit, aussi prononcée à la racine qu'à l'extrémité du membre. Non pas seulement les réflexes tendineux, mais les réflexes cutanés furent supprimés. La sensibilité fut touchée dans tous ses modes, et les membres inférieurs pendirent inertes. L'anesthésie complète jusqu'à la racine de la cuisse se transformait en hypoesthésie à ce niveau, et cette dernière remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Une rétention, puis une incontinence d'urine se mirent de la partie. Une eschare fessière se creusa rapidement. Perte complète de la contractilité électrique. Les membres inférieurs sont œdématisés, et les genoux et les cous-de-pied gonflés. Ajoutons que la tuberculose pulmonaire a progressé, que les lésions du côté gauche persistent et qu'on constate, en plus, des craquements humides au sommet droit.

Il s'agit d'une myélite transverse subaiguë ayant détruit toute l'épaisseur de la moelle. La lésion siègeant au niveau

du renflement lombaire a envahi le cône terminal (insensibilité de la vessie et du rectum au passage des urines et des matières). Cette complication médullaire tient essentiellement à la tuberculose du sujet. Les myélites tuberculeuses, ainsi que le Professeur Raymond l'avait établi dès 1886, renferment deux types principaux : la myélite avec tubercules nodulaires, celle-ci limitée, et la myélite aiguë diffuse, cette dernière liée à l'action des toxines tuberculeuses. Il y a, une dizaine d'années, on attribuait ces myélites diffuses, qui font suite à une polynévrite, à une névrite ascendante, et l'on citait comme exemple de cette propagation, l'évolution de la rage. Mais le germe de la rage remonte vers la moelle le long du cylindre-axe, et dans l'espèce il n'y a aucun signe de névrite concomitante. Du reste, la moelle est défendue du côté des nerfs par des organes de défense : espace sous-arachnoïdien, ganglion rachidien. Une lésion d'un nerf ne retentit que très difficilement sur la moelle. Lorsque l'infection suit la voie arachnoïdienne, le tableau clinique est différent. On observe une pachyméningite, une méningo myélite avec exagération des réflexes tendineux, tous symptômes qui ont manqué dans le cas présent. Ce sont les infections sanguines qui donnent lieu à des myélites diffuses ; l'infection tuberculeuse a produit successivement la polynévrite et la myélite, sans que la première puisse être considérée comme cause de la seconde.

En dépit de la gravité du pronostic, de tels malades doivent être soignés. Il faut remonter l'état général par des injections sous-cutanées de cacodylate de soude, de sulfate de strychnine, une bonne alimentation, le séjour au grand air. Sous de pareilles conditions, les toxines tuberculeuses cessent de se déverser dans le torrent sanguin et des malades, bien qu'atteints d'eschares profondes peuvent guérir au bout de quinze mois, dix-huit mois, deux ans. Il est peu probable que le sujet actuel se remette. Les conditions hygiéniques de l'hôpital ne sont point celles qu'il faut pour rétablir des malades de cette gravité.

Le phimosis

Par Monsieur le Professeur KIRMISSON



C'est d'ordinaire un accident bien bénin que le phimosis; seulement il peut devenir l'occasion de grosses complications. On sait qu'il s'agit, dans l'espèce, d'un rétrécissement de l'orifice préputial qui empêche de découvrir le gland. On ne confondra pas le phimosis avec l'exubérance du prépuce. Chez la plupart des enfants et jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, cette exubérance du prépuce existe; mais elle n'empêche pas de ramener le prépuce en arrière, ce qui indique qu'il n'y a pas de phimosis vrai. D'ailleurs des phimosis très serrés peuvent se produire sans la moindre exubérance du prépuce. Au contraire, il y a étroitesse et atrophie du prépuce.

Le phimosis est complet ou incomplet, suivant qu'il ne permet pas ou permet de découvrir une partie du gland. L'orifice préputial et uréthral peuvent se correspondre, souvent il n'en est point ainsi: ces orifices ne se correspondent pas; il en résulte une gêne dans l'émission des urines, une distension en poche du prépuce, une stagnation d'urine avec accidents inflammatoires (balano-posthite) consécutifs, et production possible de calculs phosphatiques.

A la naissance, l'orifice préputial peut avoir ses bords agglutinés; il suffit de l'introduction d'une sonde cannelée pour en écarter les bords. Des adhérences peuvent se produire entre le gland et le prépuce; elles sont totales, plus souvent partielles, emprisonnent la sécrétion sébacée locale (magma préputial). L'orifice parfois est dur, fibreux, étouffé par le tissu du phimosis qui a lui-même revêtu ces caractères. Toutes ces petites particularités locales doivent être connues.

Le paraphimosis est l'opposé du phimosis. Dans le phimosis, le gland n'est pas découvert; dans le paraphimosis,

il ne peut plus être recouvert par le prépuce qui est refoulé en arrière et agit à la façon d'une bande constrictive sur la racine du gland. Le paraphimosis, dans les premières heures, est aisément réduit : la verge est immobilisée par une main, les doigts de l'autre exercent des tractions sur le gland, une compresse enduite de vaseline protégeant l'anneau constricteur. Si la lésion est ancienne, on peut sectionner la bride constrictive d'un coup de ciseau. L'essentiel est de rassurer les familles. Le gonflement énorme qui est produit n'offre aucun danger; ce n'est pas le corps comprimé, le gland qui se sphacèle, c'est l'agent constricteur. On se contenterait de bains et de soins de propreté que l'affection se terminerait spontanément par la guérison, après sphacèle du lien préputial.

Des hernies coïncident fréquemment avec le phimosis; l'enfant fait des efforts au moment de la miction. Si ses anneaux herniaires sont faibles, une hernie peut se produire. On a voulu également établir une relation de cause à effet entre le phimosis et l'hydrocèle. La chose est beaucoup plus douteuse; ce n'est guère la compression du cordon par l'effort d'uriner et l'exsudation consécutive dans la tunique vaginale qui peuvent être invoquées. S'il y a hydrocèle dans le phimosis, c'est qu'il s'agit de deux affections simplement juxtaposées. La plus fréquente complication du phimosis est un trouble fonctionnel du cœur: palpitations, dédoublement, etc. On a rattaché la pseudo-coxalgie également au phimosis.

Il y a douze ans, M. Kirmisson crut tout d'abord avoir affaire à un fait de cet ordre: un garçon de 3 ans, atteint d'une claudication du membre inférieur droit. L'articulation était libre dans ses mouvements: mais il existait une pléiade ganglionnaire dans la région inguinale droite et un phimosis compliqué de balano-posthite. Le phimosis fut opéré; la pseudo-coxalgie ne s'en trouva nullement améliorée. Elle présentait les premiers signes, signes encore très atténués, d'une coxalgie vraie qui évolua par la suite.

Il semble en être autrement de l'incontinence d'urine. Souvent cette infirmité cesse quand un phimosis est opéré.

Le phimosis plaçant le sujet dans les conditions d'un rétrécissement de l'urèthre, des dilatations des voies urinaires s'opèrent au-dessus de ce rétrécissement. Des infections font suite à des dilatations ; des accidents de pyélo-néphrite peuvent surgir.

Un petit malade âgé de deux ans, tombe brusquement malade le 14 avril ; il pleure, on le purge. La mère s'aperçoit avec terreur d'un gonflement rose et lisse qui a envahi la verge, le scrotum, les tissus mous avoisinants. On dirait d'une infiltration d'urine. L'enfant en effet n'urine pas. A l'entrée à l'hôpital, il y a de la fièvre (38°), le prépuce est très étroit. L'enfant n'a pas uriné depuis la veille. On applique tout d'abord des compresses humides autour de la verge et l'enfant est sondé le soir. Une grande quantité d'urine claire est évacuée ; à ce moment on perçoit une masse très dure dans le prépuce. Il s'agit d'un calcul phosphatique extrait par la pression. L'enfant va mieux, quitte le service, mais rentre quelques jours plus tard avec les mêmes accidents locaux, douleurs, gonflement énorme, impossibilité d'uriner, fièvre et en plus congestion pulmonaire. L'opération est faite le lendemain : une fente dirigée à la face dorsale est médiane de prépuce. On trouve l'orifice de l'urèthre très petit et en arrière, appendue au canal une poche urineuse se prolongeant dans l'intérieur du scrotum. Cette poche contient de l'urine et du pus fétide, à odeur ammoniacale. Incision large et drainage. L'enfant va mieux ; mais encore aujourd'hui la congestion pulmonaire persiste et l'état reste grave.

Dans le cas actuel il s'agit d'une poche urineuse ; l'infiltration du scrotum tenait à un état lymphangitique des tissus avec infiltration urineuse ; il peut y avoir infiltration urineuse, chez les sujets atteints de rétrécissement ; ils font effort pour uriner, l'urine ne sort pas, mais un gonflement subit envahit le tissu voisins. Il y a encore des abcès urinaires qui sont des collections purulentes limitées par des poches. L'enfant avait dans le cas présent à la fois une poche urineuse et un abcès.

Le phimosis ne doit pas être négligé. S'il est serré, ce

n'est rien que de débrider par une incision médiane : des lambeaux quadrangulaires pendent ensuite de chaque côté. Il est aisé d'en pratiquer l'excision.

On peut encore pratiquer la circoncision. Le prépuce est attiré en avant, fixé par une pince fenêtrée qui limite la quantité à exciser. Un coup de bistouri coupe la partie débordante.

Seulement il faut se souvenir que si le feuillet cutané se laisse attirer, il n'en est pas de même de la muqueuse ; celle-ci reste à vif quand la peau est coupée, il faut sectionner la muqueuse à son tour par une incision médiane, dégager le gland. Une série de sutures réuniront ensuite la muqueuse à la peau.



L'ictère par obstruction, les cholédocolites et les angiocholites catarrhales,

Les ictères

Hémolytiques, Fébriles de Weil & Atrophiques graves

L'ictère est la résorption de tous les éléments constituant la bile par les vaisseaux sanguins et lymphatiques du foie qui les versent dans la grande circulation. La quantité de bile résorbée varie selon l'intégrité de la cellule hépatique qui l'élabore et la cause qui produit l'ictère. Les principaux symptômes produits par la présence des pigments et des acides biliaires dans le sang sont :

1° Une coloration jaune des muqueuses, des yeux, de la bouche, du pharynx, etc., puis de toute la peau et de tous les tissus, excepté le tissu cartilagineux et fibreux, la cornée, les nerfs, etc.

2° L'apparition de prurit, d'urticaire et souvent de xanthélasma, éruption d'un jaune clair légèrement saillante au niveau des paupières.

3° Des troubles nerveux qui se manifestent par de la prostration, de l'insomnie, de la céphalalgie, de l'adynamie, des modifications du caractère, des hémorragies quelque fois graves, et presque toujours une bradycardie donnant 50 à 60 pulsations par minute.

4° Les urines deviennent brun foncé comme de la bière et contiennent des pigments biliains solubles dans le chloroforme et donnent la réaction de Gmelin, quatre anneaux colorés superposés, le vert, le bleu, le violet et le rose en présence de l'acide nitrique; les acides biliains sont décelés par le procédé de Hayeraft qui est d'une grande sensibilité et qui consiste à déposer sur l'urine un peu de soufre en fleurs, si l'urine renferme des éléments de la bile, le soufre tombe immédiatement et progressivement au fond du verre, il reste à la surface si l'urine est normale.

5° Les selles deviennent fétides, blanches, argileuses dues aux fermentations anormales et à la proportion considérable de graisse non digérée qu'elles contiennent.

Tous ces symptômes sont d'intensité variable dans chaque forme particulière d'ictère. La jaunisse des nouveau-nés que l'on rencontre dans 40 p. 100 des naissances due, soit à une hyperchole par refroidissement ou à une destruction d'un grand nombre de globules rouges, guérit généralement spontanément en deux semaines par les seuls soins hygiéniques, ainsi que l'ictère émotif causé par des contractions spasmodiques des voies biliains.

L'ictère par obstruction peut être causé :

1° Par une tuméfaction ou un rétrécissement du canal cholédoque ; 2° Par des calculs, des parasites ou des tumeurs des voies biliains ; 3° Par une inflammation du duodénum et l'oblitération de la papille duodénale ; 4° Par une tumeur soit du pancréas, de l'ampoule de Vater, soit du rein, de l'omentum, du foie ou par un anévrisme abdominal ou quelquefois par une grossesse.

Dans ces cas, la tension des capillaires biliains ordinairement faible, devient très élevée ; l'éponge lymphatique qui prend racine dans les espaces inter-lobulaires de Kirnan se

gorge des sucres biliaires et les transporte dans la grande circulation. Dans plusieurs de ces formes d'ictères, le traitement doit être en même temps médical et chirurgical.

La cholécocite ou l'angiocholite catarrhale est l'inflammation de la muqueuse des conduits de la bile qui sans altération de la cellule hépatique, donne naissance à une résorption des éléments biliaires dans le sang, causée par une hypersécrétion oblitérant le cholédoque. Cet état est ordinairement déterminé par une toxi-infection résultant d'une dyspepsie intestinale ou provenant d'ingestion d'aliments avariés ou arrivant à la suite d'une infection antécédente, soit une fièvre typhoïde, une pneumonie, une grippe, etc.

L'ictère par hypercholie survient aussi chez ceux qui sont exposés à respirer des gaz délétères ; la physiologie hépatique, comme celles de plusieurs autres organes, est profondément modifiée par des émanations septiques, antiseptiques ou aromatiques qui pénètrent par les voies respiratoires. C'est en s'appuyant sur ces données cliniques que nous introduisons dans le domaine thérapeutique, sous le nom d'olfactothérapie, toute une série d'huiles essentielles aromatiques destinées à modifier d'une façon très favorable l'évolution d'un grand nombre de maladies.

Les ictères hémolytiques sont des états dans lesquels la cholémie, soit acquise, soit familiale ou héréditaire provoque des crises de déglobulisation, d'anémie, de fragilité globulaire, d'inégalité dans les dimensions des globules (anisocytose), ainsi qu'une augmentation des éléments myéloïdes et d'hématies granuleuses, signe d'une rénovation sanguine anormale.

Tous ces phénomènes sont d'une évolution très variable, tantôt la destruction et la régénération hématique s'opèrent alternativement ou simultanément.

L'hémolyse globulaire qui, à l'état normal, débute dans une solution chlorurée à 4,2 p. 1000 s'observe dans l'ictère hémolytique dans une solution chlorurée de 8 p. 1.000 et même dans certains cas très graves, l'hémolyse se produit dans une solution isotonique.

L'ictère fébrile de Weil est caractérisée par une infection plus profonde des petites ramifications des voies biliaires que dans l'angiocholyte catarrhale, et les symptômes sont plus accentués et le pronostic est plus grave. Le foie et la rate sont augmentés de volume, les urines sont albumineuses, la fièvre atteint souvent 40 ° C. (104° F.). La céphalalgie les douleurs musculaires sont des deux symptômes principaux qui incommodent le plus les malades. Après dix jours de traitement, l'ictère généralement décroît, à moins que l'infection ascendante devienne radriculaire, atteigne la cellule hépatique, et que la cholémie aigue amène des symptômes graves tels que : délire, convulsions, hémorragie, anurie, urémie et le coma mortel.

La dégénérescence graisseuse, atrophique, aigüe du foie, qui atteint uniformément tout son parenchyme, est une affection rare, dont le début passe inaperçu, et qui, soudainement, se manifeste par des symptômes graves : ictère intense, foie diminué de volume, rate augmentée, attaques épileptiformes, contractions cloniques, délire violents, hémorragies multiples de la peau et des organes internes, diminution de l'urée, apparition des cristaux de leucine et de tyrosine dans les urines.

Tous ces symptômes sont presque les mêmes que ceux que l'on observe dans l'empoisonnement aigü par le phosphore ; l'on pourra en établir le diagnostic différentiel en considérant les différents points suivants :

*Atrophie jaune aigüe
du foie.*

Les phénomènes prodromiques sont présents la plupart du temps, mais peuvent faire complètement défaut.

L'ictère apparaît rapidement, parfois très prononcé.

Le foie est souvent atrophié, dès le début, sans dou-

*Empoisonnement par le
phosphore.*

Les phénomènes prodromiques sont presque constants.

L'ictère apparaît tardivement et est peu prononcée.

Le foie est très augmenté de volume jusqu'à la mort et très douloureux.

Atrophie jaune aiguë du foie
leurs constantes.

Le délire s'observe fréquemment.

La fièvre est fréquente et parfois élevée.

Le leucine et la tyrosine apparaissent dans les urines.

La rate est augmentée de volume.

Empoisonnement par le phosphore

Le délire est rarement intense.

L'évolution est souvent sans fièvre.

Le leucine et la tyrosine existent rarement dans l'urine.

La rate n'est pas ordinairement augmentée de volume.

Les grands principes généraux du traitement médical sont les mêmes pour ces différentes formes d'ictère : trois grandes indications se présentent : 1° Diminuer l'hypercholelie ; 2° Combattre l'auto-intoxication et les infections eudogènes superposées ; 3° Rétablir la perméabilité biliaire. Le premier jour, le malade est mis au repos absolu et l'on prescrit les sédatifs suivants de l'estomac et du foie : l'auto-lavage de l'estomac (voir p.) à l'eau chaude, matin et soir, une limonade au jus de citron, une compresse humide chaude au creux épigastrique, un bain de pieds et de mains à l'eau chaude durent quinze à vingt minutes et un lavement de 120 grammes, (4 onces) d'huile d'olive, et, dans le but d'agir contre l'hypersécrétion catarrhale des canaux biliaires, le malade fera des inhalations d'huile essentielle de cannelle de Chine dont l'action anticatarrhale est bien démontrée. Le deuxième jour, l'on combat l'auto-intoxication et les toxi-infections superposées par l'administration d'un purgatif salin diurétique, inoffensif pour le foie, tel que le sulfate de soude, à dose de 20 à 30 grammes (une once) dans un demi-verre d'eau, le matin au réveil, et l'on recommande au malade de ne prendre que du lait écrémé durant 48 heures. Ce régime favorise la diurèse et réduit au minimum les déchets intestinaux. Les inhalations de cannelle seront remplacées par celles du thym rouge, à dose de 4 à 5 gouttes sur une petite gaze chaude, dont l'action antisécrétoire est moins

dre et que l'on attache sur la poitrine du malade. Le troisième jour, on remplit la troisième indication savoir : de rétablir la perméabilité biliaire ; en éveillant la contraction de ces canaux et en provoquant une hypersécrétion de bile capable d'ouvrir la voie obstruée ; dans ce but, on donnera, matin et soir de grands lavements froids à 15° C (59 F.) de un à deux litres d'eau, avec une sonde pénétrant le plus haut possible jusqu'à l'S iliaque. Chez les personnes faibles et nerveuses, les injections chaudes seront utilisées de préférence, avec un égal résultat. Les stimulants des sécrétions biliaires seront donnés deux ou trois fois par jour et variés tous les trois ou quatre jours, ainsi, l'on commence à donner matin et soir durant trois jours une capsule contenant 3 centigrammes (1/2 grain) de calomel, 1 centigramme de menthol et 2 gouttes d'eucalyptol. Les deux jours suivants, on prescrira 25 centigrammes (5 grains) de salicylate de soude, toutes les trois heures. Le benzoate de soude sera donné aux mêmes doses, durant quatre jours, le phosphate de soude, stimulant nervin, particulièrement indiqué, dans les cas d'asthénie, sera donné durant cinq à huit jours, à dose de 50 centigrammes toutes les trois heures. Comme olfactothérapie, l'on fera brûler tous les deux jours près du lit du malade une pastille de formol, dont les inhalations nous ont donné des résultats remarquables dans le traitement de la constipation par insuffisance hépatique. Contre le prurit qui est dû à l'action des sels biliaires sur les terminaisons nerveuses, on utilisera avec le plus grand avantage les applications d'alcool absolu qui a la propriété de dissoudre ces sels ainsi que les matières grasses et la cholestérine. L'on peut aussi faire une application locale de chloroforme, qui dissout les pigments biliaires. Le régime lacto-végétarien sera conseillé dès que l'urine ne contiendra plus de bilirubine.

Dans les *ictères à forme hémolytique*, le traitement doit tendre à conserver au plasma sanguin son degré isotonique normal de 9 p. 1.000 en faisant tous les deux jours des injections sous-cutanées de sérum artificiel isotonique à dose de 90 à 120 grammes (3 à 4 onces); et en donnant 1 à 2 gram-

mes (15 à 30 grains) par jour de cholestérine qui a la propriété de neutraliser les poisons hémylitique et de protéger les globules rouges contre l'action dissolvante du liquide biliaire.

L'olfaltothérapie ne doit consister qu'en inhalations de un à trois litres d'oxygène, matin et soir. L'on observe quelquefois chez ces malades des hémoglobinuries, que l'on reconnaît, soit à l'analyse spectroscopique, ou en versant cinq à dix gouttes d'eau oxygénée dans l'urine à examiner ; si l'urine est hémoglobinique, on voit aussitôt, se produire un fort dégagement de mousse, mais si elle n'est qu'ictérique, il n'y a pas, ou très peu, de formation de mousse.

Dans l'ictère fébrile de Weil, l'on remplace les cholagogues, que nous avons recommandés pour le traitement de l'ictère catarrhal bénin, par une infusion de *voa-folsy* (aphloia theaformis) à dose de 30 grammes (1 once) de feuilles sèches par litre d'eau. Le malade prendra 60 grammes (2 onces) de cette infusion toutes les deux heures. Ce thé employé à Tananarive dans la fièvre bilieuse hémoglobinique a donné des résultats supérieurs à ceux obtenus au moyen des sels de quinine ou toutes autres préparations.

En présence d'ictère grave paratrophie aigüe du foie, on a recours aux injections endo-veineuses de 10 centimètres cubes de ferments métalliques de platine, d'or ou d'argent, faites toutes les 24 ou 36 heures, si la fièvre dépasse 38,3 C (101 F.). L'opothérapie sera réalisée tantôt avec la pulpe de foie de veau ou de porc à dose de 120 grammes par jour, tantôt par l'injection d'un suc hépatique, obtenu par pression après macération durant deux heures dans une solution de sérum isotonique, tantôt avec des tablettes de foie desséché à la dose de 10 grammes (166 grains), trois fois par jour. Contre les troubles nerveux le malade sera placé dans des draps mouillés à 38° C (100 F) durant 2 heures, matin et soir. Le pronostic est sous la dépendance des multiples causes de la toni-infection et de la dépuration générale par le bon fonctionnement des reins.

Paris, le 3 mai 1909.

D^r D. H. LE CAVELIER

Traitement des plaies des doigts et de la main

Par M. le Professeur RECLUS



Je vous ai toujours dit qu'il y avait la médecine des pauvres et la médecine des riches, la chirurgie à l'usage des travailleurs et la chirurgie à l'usage des oisifs. Pour le démontrer, nous ne saurions trouver meilleur exemple à vous citer que celui des traumatismes de la main dont le traitement variera selon qu'on veuille conserver le plus intacte possible, la forme de l'organe chez un favorisé de la fortune, ou rendre la main propre aux rudes besognes qui incombent aux déshérités du sort. De là deux méthodes, l'une essentiellement conservatrice et l'autre plus radicale.

Voici tout d'abord un exemple où la méthode conservatrice s'imposait : il s'agissait d'un jeune homme, fils de grands bourgeois : le père, boucher et restaurateur, avait accumulé une puissante fortune que le fils devait dépenser noblement ; or, vers sa vingtième année, un fusil de chasse éclata dans sa main droite qui fut vraiment en lambeaux ; la peau était largement déchirée, les tendons rompus, les articulations des doigts, le pouce y compris, étaient ouvertes. Nous voulions laisser les choses en l'état, plonger l'organe fracassé dans des bains antiseptiques, et surtout éviter toute suture pouvant enfermer des germes pathogènes dans des « espaces morts ». On ne me le permit pas ; je dus recoudre, reconstituer le plus possible et bien que la fonction fut perdue sans espoir, du moins essayer de reconstituer le plus possible de la forme. La tentative réussit en partie ; après des suppurations qui durèrent plusieurs mois et qui furent supportées stoïquement, il restait une paume couturée de cicatrices, deux doigts complets, mais ankylosés et immobiles, une phalange et

demie des trois autres doigts. Cette main inutile, conservait, sous un gant une vague silhouette : le blessé et la famille étaient satisfaits.

J'observai, il y a une quinzaine d'années, un autre exemple de ce genre : il s'agissait d'un grand industriel qui, en voulant bravement arracher un de ses ouvriers aux laminoirs d'une machine, eut la main gauche prise dans l'engrenage et y laissa deux doigts et demi : deux avaient été à la fois tranchés et écrasés et l'on ne pouvait essayer de suturer à ces deux moignons, la bouillie sanglante de la phalange et de la phalangette. Mais il était possible de le tenter pour le troisième doigt et vous ne sauriez imaginer la patience et le courage déployés par le blessé pour conserver ce simulacre de doigt. Le malheureux, qui devait se suicider plus tard pour des revers de fortune, cachait toujours sa main mutilée sous un gant et la dissimulait derrière le dos. Il ne permettait à aucun des siens de faire allusion à cet accident, bien que tout à son honneur et qui rappelait un acte de dévouement et de courage.

De cette méthode conservatrice est née la méthode antiseptique, je m'étais fait, il y a une vingtaine d'années, avec mes maîtres Verneuil et Trélat, l'apôtre intransigeant. Trélat et Verneuil n'avaient parlé que de mains, mais plus jeune, j'avais généralisé la méthode et condamné toute intervention même, et surtout, dirai-je, dans les grands écrasements de membres. Et voici les arguments que je développais dans les journaux médicaux, dans mes leçons à la tribune de la *Société de Chirurgie* : d'abord les amputations dans ces grands écrasements sont dangereuses et la mortalité, malgré l'antisepsie, en réalité élevée : au choc traumatique qui déjà inhibe le blessé, vous ajoutez le choc opératoire et le choc chloroformique. D'autre part, la nature est plus économe que vous et répare les membres à meilleur compte. Nous, nous devons nous porter en région saine, loin des tissus meurtris et infiltrés de sang, des lambeaux que pourrait frapper la gangrène ; notre excrèse est considérable. La nature au contraire sépare le mort du vif, et, tandis que, pour un écrasement du

pied, nous coupons la jambe et la cuisse, pour un écrasement de la jambe elle se contente d'enlever au pied ou à la jambe la seule portion sphacélée. Et j'ai publié des cas vraiment magnifiques de membres utiles conservés grâce à cette abstention systématique.

Je ne reviendrai pas sur ces points ; j'ai montré ailleurs et je vous montrerai de nouveau dans de futures leçons, comment, avec une désinfection rigoureuse des tissus, le lavage à l'eau oxygénée, à la température de 50 à 60 degrés, le décapage de la peau voisine des plaies par l'éther, l'alcool, la teinture d'iode, puis le drainage intelligent, quelques rares sutures çà et là, la pommade polyantiseptique, et le pansement ouaté compressif ramassant les tissus qui se prêtent un appui réciproque et combient les espaces morts ; j'ai montré comment, avec les injections de serum ordinaire et de serum antitétanique, on réchauffait le blessé, on atténuait le choc traumatique, on évitait les infections et comment, par surcroît, on sauvait des pieds, des jambes et des cuisses, des mains, des avant-bras et des bras qui, jadis tombaient sous le couteau du chirurgien.

Certes je suis loin de renier cette belle pratique et de l'abandonner juste au moment où, après bien des luttes, j'ai convaincu nombre de mes collègues, et où en définitive, la doctrine triomphe. Mais je dois convenir qu'il ne faut pas la pousser à l'extrême : comme toute doctrine clinique, elle comporte nombre d'exceptions que l'usage révèle peu à peu. Depuis l'application de la loi sur les accidents du travail, j'ai vu des cas où la conservation à outrance est plus nuisible qu'utile, surtout lorsqu'il s'agit des écrasements de la main. L'année dernière j'ai publié déjà quelques cas démonstratifs. Je pourrais en ajouter une vingtaine d'autres recueillis cette année, et la semaine dernière nous n'avions pas moins de six blessés où la question de la conservation à outrance ou de l'exérèse plus ou moins rapide des parties traumatisées se posait avec une certaine urgence.

Voici d'abord ce que nous avons observé lorsque, fidèles à notre doctrine, nous nous contentions, chez tous nos blessés

à mains écrasées, de plonger la région traumatisée dans un bain d'eau oxygénée, puis de l'envelopper dans des compresses imbibées de notre pommade. Eh bien, nous évitons ainsi, dans la plupart des cas, les graves phlegmons diffus qui guettent les malheureux, mais il fallait des mois et des mois pour obtenir la cicatrisation ; et puis lorsqu'elle était obtenue, lorsque l'ouvrier voulait se remettre à l'ouvrage, il constatait que les doigts si péniblement conservés par ce traitement délicat et interminable sont plutôt nuisibles qu'utiles : ils sont enraidis, immobiles, en extension et en flexion. Or, dans le premier cas, ils restent en arrière, s'accrochent aux objets environnants, aux machines de travail, et amorcent de nouveaux accidents ; dans le second ils encombrant la paume de la main et s'opposent à la préhension des outils. Aussi les ouvriers ne tardent-ils pas à demander l'ablation de ces doigts conservés avec tant de peine.

Pendant de longs mois de traitement inutile, le blessé est à l'hôpital ; il ne travaille pas, il n'a pour nourrir sa famille que le demi-salaire, là où le salaire même entier est insuffisant. Et, d'autre part, le patron paie ce demi-salaire, perte sèche pour lui ; de telle sorte que ni patron, ni ouvrier ne gagnent à cette longue hospitalisation. Que d'exemples je pourrais vous donner des médiocres résultats de la conservation à outrance dans les blessures du doigt ! Voyez le blessé qui, après être resté plusieurs semaines dans nos salles pour un écrasement de l'index droit : les os avaient été brisés et les tendons fléchisseurs rompus. La cicatrisation enfin terminée, notre homme voulut rentrer au chantier, mais son doigt, immobilisé dans l'extension « accrochait » et au lieu d'aider à la besogne, la rendait plus difficile et plus dangereuse. Le patient qui avait refusé une amputation précoce, insistait pour réclamer une amputation tardive. C'est bien, mais il n'en avait pas moins perdu, pour lui et sa famille, plusieurs mois de plein salaire et enduré des souffrances inutiles.

C'est pourquoi, instruit par tant d'exemples, nous avons résolument changé notre pratique, et chez les travailleurs atteints d'écrasement des doigts, voici notre doctrine actuelle :

lorsque le traumatisme a ouvert les jointures ou détruit les surfaces articulaires, lorsque la guérison ne pourra s'obtenir qu'avec ankylose des phalanges, lorsque les tendons ont été déchirés, en partie détruits, lorsque l'on ne peut rien espérer de leurs sutures, lorsque, par conséquent, les doigts sont destinés à rester immobilisés dans l'extension ou dans la flexion, et dans ces deux cas également nuisibles au fonctionnement normal de l'organe, il n'y a pas d'hésitation : nous proposons l'amputation immédiate qui, d'une part, fait disparaître une plaie anfractueuse, et trop souvent infectée, par conséquent suivie de graves complications possibles, et, d'autre part, supprime des phalanges qu'il faudrait sûrement enlever après la lente cicatrisation de la plaie.

Ainsi m'avez-vous agir chez un jeune homme de 18 ans qui au cours du travail, avait eu le médus de la main gauche atteint par une scie ; le tendon extenseur était coupé, l'articulation phalango-phalangienne était ouverte, son cartilage de revêtement était écrasé et la phalange, éclatée, était esquilleuse. On ne pouvait espérer conserver un doigt utile ; il y aurait eu fatalement ankylose et flexion permanente dans la paume de la main. Aussi proposons-nous l'amputation ; elle fut pratiquée sous l'analgésie à la novocaïne, le 2 mai, et le 11 l'opéré, guéri, quittait notre service. Nous avons d'autres exemples aussi remarquables où quelques semaines ont suffi pour rendre au chantier, à son plein travail, à son plein salaire un ouvrier qui, avec la méthode conservatrice, aurait traîné indéfiniment à l'hôpital pour en arriver à se faire enlever un doigt dont l'ablation s'imposait dès le premier jour.

Les indications ne sont plus aussi précises lorsque nous avons affaire plutôt à des compressions qu'à des écrasements il n'y a pas d'ouverture des articulations et les tendons sont bien déchirés, mais sans attrition et sans perte de substance ; on peut alors essayer de les suturer. Vous en avez un exemple au n° 10 de la salle Velpeau : un garçon de restaurant, avec un éclat de verre se fit une blessure transversale au niveau du pli digitopalmaire du médus et se coupa les deux tendons fléchisseurs. Notre interne sutura les deux tendons le jour

même, mais la plaie était infectée ; huit jours après, survint une légère élévation de température et des traînées lymphagiques ; les sutures sautent, les bouts tendineux se désunissent et se sphacèlent et, en fin de compte, lorsque, dans quelques jours, l'état des tissus nous le permettra, nous amputerons le doigt qui, immobilisé dans l'extension, serait plus nuisible qu'utile pour la fonction de la main.

Serons-nous plus heureux pour cet autre blessé, ce jeune homme de 18 ans qui, lui aussi, s'était fait, sur un tesson de bouteille, une plaie à la paume de la main, au niveau de l'articulation métacarpophalangienne de l'annulaire gauche, avec section des fléchisseurs ? Mon interne a pratiqué la suture le 5 mai ; au bout de huit jours, les points ont été enlevés et la cicatrice paraît solide ; mais le doigt reste immobile ; mais vingt jours à peine se sont écoulés depuis l'intervention et nous espérons que le massage et la mobilisation prudente rétabliront le facile glissement des tendons dans leurs gaines et que nous aurons à enregistrer un succès. En pareil cas enlever le doigt m'eût semblé une chirurgie peu recommandable.

Je dois ici vous citer un autre cas où, malgré des indications précises d'intervention, j'ai fait fléchir la règle, et je ne sais encore si j'ai eu raison ou tort. Il s'agit de ce garçonnet de 14 ans, imprimeur de son état, et dont un engrenage avait écrasé les 3^e, 4^e et 5^e doigts de la main gauche. Les articulations sont ouvertes et les tendons en partie détruits. La désarticulation des trois doigts semblait donc s'imposer, car ces plaies ne peuvent guérir qu'avec ankylose des phalanges et déviation des doigts, par suite des ruptures tendineuses. Et cependant je me suis abstenu, et j'ignore encore si j'aurai à m'en repentir. Mais j'ai hésité devant l'ablation de ces trois doigts chez un imprimeur, dont les doigts de la main gauche sont si utiles au maniement de leurs outils spéciaux. Et puis, et surtout, il s'agit d'un enfant de 14 ans, et d'un enfant d'une intelligence très vive. Or, on n'ignore pas la plasticité des tissus à cet âge et les adaptations invraisemblables qui peuvent être obtenues par une patiente vo-

lonté. Nous verrons, dans quelques mois, ce que nous dira le blessé aux prises avec son métier, et s'il nous demandera l'ablation de ses doigts crochus.

Vous n'avez sans doute remarqué : je ne vous ai pas encore parlé du pouce : c'est que pour lui la doctrine est bien assise ; à lui vous ne toucherez jamais, du moins primitivement ; et quelles que soient les attritions qu'il ait eu à subir, que ses articulations soient ouvertes ou non, que ses tendons soient ou ne soient pas détruits, vous conserverez du pouce tout ce que la nature voudra lui conserver sous les pansements les plus appropriés. En effet, en dehors du pouce, vous avez quatre doigts qui peuvent, à la rigueur, se suppléer l'un l'autre ; à défaut des doigts, vous avez même les métacarpiens qui *s'opposent* au pouce et permettent la préhension, mais rien ne remplace le pouce et son moindre moignon. Et voilà pourquoi, toujours et dans tous les cas, vous ne pratiquerez aucune exérèse sur le pouce.

Messieurs, je me résume ; autrefois, avec plusieurs de mes maîtres, je prêchais la conservation à outrance dans toutes les plaies de la main, prétendant que la nature employait des procédés plus économiques que les nôtres pour la réparation du dommage. Je garde cette opinion et je l'applique lorsqu'il s'agit des plaies de la main chez les oisifs et les oisives que préoccupe la forme de l'organe plus que ses fonctions : mais j'ai changé d'avis en ce qui concerne les travailleurs. Oui, nous resterons conservateurs à outrance pour les lésions du pouce, doigt unique et que rien ne peut suppléer : le moindre moignon, même ankylosé et immobilisé, peut avoir son utilité ; mais pour les autres doigts, il est souvent préférable, après un écrasement qui a ouvert les articulations et détruit les tendons, de pratiquer une opération immédiate. La guérison est plus rapide et le doigt, lorsqu'on l'a conservé, est souvent fort gênant, et, après beaucoup de temps perdu, le blessé lui-même vient en réclamer l'amputation.

Les principales variétés de l'éruption eczémateuse, symptomatologie et diagnostic différentiel

Par M. le Professeur GAUCHER

On divise l'eczéma en aigu et chronique.

La forme, ou mieux *l'état aigu* débute parfois par des phénomènes généraux : fièvre, état gastrique ; mais ce sont des symptômes inconstants. L'affection cutanée évolue en trois périodes : la première, de rougeur et de vésiculation ; la seconde, de suintement et de croûte ; la troisième, de desquamation. Mais on peut voir chez le même sujet ces trois phases d'une manière contemporaine en raison des poussées successives qui se produisent quelquefois.

La première période dure un à deux jours : la peau est rouge, gonflée ; elle est le siège d'une certaine tension douloureuse, et surtout de prurit (signe de premier ordre). Très rapidement apparaissent des vésicules. Habituellement, elles sont petites, acuminées, confluentes, renfermant un liquide clair. Leurs dimensions varient depuis la simple apparence chagrinée de la peau, jusqu'à l'aspect des bulles. Dans certains cas, elles passent inaperçues et le suintement s'établit d'emblée. Dans d'autres, elles s'affaissent avant de se remplir de liquide et donnent lieu immédiatement aux squames ; c'est une sorte d'eczéma avorté. Dans les cas ordinaires, ces vésicules sont visibles pendant 12 à 48 heures, puis se rompent spontanément ou par le frottement, en produisant un suintement. Celui-ci provient de la congestion papillaire. Ses caractères sont spéciaux et utiles à connaître pour le diagnostic différentiel ; c'est un liquide clair, transparent, séreux, poisseux, empesant le linge : les eczémateux connaissent bien ce détail.

Peu à peu se forment des croûtes, par dessiccation du li-

quide et son mélange aux poussières atmosphériques. Ces croûtes sont grisâtres, molles, peu adhérentes, fragiles ; les unes sont brunes, ce qui tient au mélange de sang épanché par le grattage ; d'autres deviennent jaunâtres, à cause d'infections secondaires : c'est ce qui caractérise l'eczéma impétigineux.

La desquamation, qui constitue la troisième période, est incessante ; au bout d'un certain temps, elle s'arrête définitivement ; il reste alors une surface rouge, légèrement écaillée.

Il peut y avoir diverses complications. A la période aiguë, on observe, chez un certain nombre de malades, un engorgement ganglionnaire, dans les régions correspondantes aux surfaces enflammées. Ces engorgements existent surtout chez les individus lymphatiques ou scrofuleux ; toutefois, il ne faut pas incriminer seulement le tempérament individuel ; la façon dont les malades sont soignés a une grande influence sur le développement de cette complication, car il faut reconnaître qu'un eczéma tenu proprement ne doit pas s'accompagner d'adénite.

Les infections secondaires donnent lieu souvent à des poussées de furoncles, que le grattage généralisé aisément. Aussi, ces éruptions furonculeuses secondaires sont-elles une des complications les plus importantes, tenaces et désespérantes de l'eczéma. Elles durent parfois longtemps encore après la guérison de ce dernier. Il faut, pour les éviter, pratiquer une antisepsie rigoureuse de la peau. Tout dépend du médecin ou du malade, n'accusez pas la maladie, mais un traitement maladroit ; par exemple, défilez-vous de la pommade à l'oxyde de zinc ; c'est un moyen détestable dans ces cas-là. Si vous l'employez, ne vous étonnez pas d'avoir des infections secondaires, des suppurations, de la furonculose.

Après une série de poussées aiguës, l'eczéma devient chronique, ou bien il redevient chronique s'il s'agit d'être aigu survenu chez un vieil eczémateux.

L'état chronique est la vraie forme de la maladie. Ici, il n'y a ni fièvre, ni autres phénomènes généraux. L'eczéma

chronique peut s'établir d'emblée ou succéder à la forme aiguë. Dans l'un et l'autre cas, ce qui le caractérise essentiellement, au bout d'un certain temps, c'est l'épaississement et l'induration de la peau, qui augmentent de plus en plus. Au point de vue symptomatique, ce sont les démangeaisons très intenses que l'affection détermine chez les patients. Cliniquement, l'eczéma chronique est un état eczémateux de la peau compliqué de temps à autre par des poussées eczémateuses aiguës.

L'eczéma chronique est particulièrement prurigineux, d'où grattage et excoriations donnant lieu aux infections secondaires facilement évitables, cependant, si l'on tient les surfaces propres et couvertes à l'abri des contaminations atmosphériques. Les démangeaisons sont très vives, elles se produisent par accès provoqués par la chaleur ou le froid, sans parler du grattage lui-même qui exaspère le prurit.

Certains aliments, poisson, alcool, café, thé, réveillent le prurit eczémateux. Quand la température est chaude, la peau est moite et les démangeaisons sont moins vives. Elles augmentent avec le froid, en raison de la sécheresse de la peau.

La marche de l'affection est très longue à cause de ses récidives indéfinies sous l'action des mêmes causes déterminantes. Même après la guérison, la peau reste sclérosée et pigmentée. Il s'agit d'une pigmentation particulière, propre à l'eczéma.

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on distingue trois variétés d'eczéma : la première se caractérise par du suintement abondant et des croûtes ; dans la seconde, la peau est surtout rugueuse avec peu de suintement et de croûtes ; dans la troisième, le suintement est nul ; il y a seulement une rougeur lisse, un aspect luisant et squameux.

L'eczéma offre également divers types morphologiques ; ces types sont même si variés qu'on a pu dire : il n'y a pas d'eczéma, mais il y a des eczémateux. On pourrait décrire une foule de formes. Tenons nous-en aux principales, à celles admises par tous.

La plus commune est l'eczéma nummulaire, ainsi dési-

gné par Devergie, à cause de sa disposition sous forme de plaques plus ou moins régulièrement arrondies, d'un diamètre variant de celui d'une pièce d'un franc à cinq francs, sèches, peu suintantes, rugueuses, avec des bords assez limités. Elles siègent n'importe où, sans symétrie, contrairement aux autres formes d'eczéma. On les rencontre sur le tronc, les membres, particulièrement aux membres supérieurs, sur le dos du poignet et de la main.

Dans quelques cas, ces placards ont un aspect cannelé, surtout appréciable à la loupe.

Dans d'autres, les papulo-vésicules siègent autour des orifices pilaires : c'est l'*eczéma folliculorum* de Malcolm Moricé (de Londres). Les éléments guérissent au centre et s'étendent par la périphérie, comme une affection parasitaire.

Devergie décrivait les eczémas *lichénoïde*, la plupart des éléments s'arrêtent au stade papuleux sans évoluer jusqu'au stade vésiculeux. Ce sont alors des plaques sèches, irrégulièrement arrondies, de petites dimensions rugueuses, accompagnées d'hyperkératose secondaire, avec peu ou pas de suintement ni de croûtes, beaucoup de démangeaisons.

L'*eczéma psoriasiforme*, qui constitue une sorte d'intermédiaire avec le psoriasis, appelé par Devergie psoriasis eczémateux, a l'aspect de plaques squameuses, se distinguant du psoriasis par leur limitation moins nette, par l'existence de suintement de prurit et surtout de poussées aiguës d'eczéma vésiculeux, qui fixent le diagnostic.

L'*eczéma rubrum aigu* se montre habituellement chez un vieil eczémateux : une plaque localisée torpide se réveille. Mais la maladie prend des allures de fièvre pseudo-exanthématique. Il peut y avoir du délire et des complications viscérales, surtout de la congestion pulmonaire. C'est en somme une affection autonome, caractérisée par des plaques rouges saillantes, luisantes, disséminées aux articulations, aines, aisselles, coudes, cuisses, scrotum, parfois à la face. D'abord isolées, elles se réunissent par confluence. Toutefois il y a toujours des intervalles de peau saine. Elles sont non seulement prurigineuses, mais douloureuses, produisant une sensation particulière de cuisson.

Ce qui rapproche morphologiquement cette maladie de l'eczéma vrai, c'est que l'on voit de petites vésicules acuminées comme dans les éruptions eczémateuses banales. Mais, par ses caractères généraux, elle mérite une place à part.

L'*eczéma fissurique* se caractérise par un aspect craquelé, fendillé, de l'épiderme, avec suintement poisseux bien caractéristique de la nature eczémateuse de l'affection. Malgré l'aspect si particulier de ces lésions, les seuls caractères de l'exsudat suffiraient pour le rattacher à l'eczéma diathésique. Les fentes ou fissures sont tantôt linéaires, tantôt irrégulièrement entrecroisées, à fond rouge. Elles guérissent lentement, et des poussées nouvelles, sur d'autres points, éternisent la maladie. Ces lésions siègent aux jambes, cuisses, avant-bras, aisselles, surtout au niveau des articulations et des orifices naturels; bouche, anus, vulvè. Aux membres inférieurs, elles offrent cet aspect réticulé qui leur a valu le nom d'*eczéma craquelé*. On ne voit aucune vésicule, quoiqu'il existe un suintement abondant et caractéristique.

NOUVELLES

Notre distingué confrère, M. le Docteur Ethier, récemment décoré par le Gouvernement Français, est parti le 7 mai dernier pour Constantinople, comme délégué officiel de l'Œuvre de la Tuberculose humaine.

La Goutte

La *goutte* est un trouble du métabolisme cellulaire qui se manifeste par la production de quadriurates et l'apparition de biurate de soude dans les articulations. La diminution de l'alcalinité du sang, l'hyperuricémie de 0,01 par 100 centimètres cubes constatée par Garrod en 1814 dans le sang des goutteux au moment de l'accès, n'est pas la seule cause de la maladie. Le sang est uricémique dans le mal de Bright, les leucémies, les pyraxies aiguës et cependant on n'observe pas d'arthrite goutteuse ni de dépôt de biurate de soude dans les articulations.

Lorsqu'on recherche la pathogénie de la goutte on trouve ordinairement réunis les quatre principaux facteurs suivants :

- 1° Une saturation sanguine xanthorique ;
- 2° Un certain degré d'hyper-purinie et d'hyper-uricémie ;
- 3° Une insuffisance du laboratoire hépatothique (v. p.) à détruire les toxines et à élaborer les nucléoprotéides ;
- 4° Une rétention des composés xantho-uriques qui, ne pouvant s'éliminer complètement par les reins, l'intestin ou la peau, se précipitent dans le liquide synoviale sous forme de biurate de soude, d'abord hydrate et gélatineux et devenant plus tard anhydre et cristallisé (tophus). La chimie physiologique nous apprend que l'acide urique est une *trioxypurine* provenant des nucléines (nucléoalbumine, nucléoprotéine) qui constituent les noyaux cellulaires ; dans ce cas elle est formée par les *composés xantho-uriques endogènes*. L'acide urique peut aussi provenir des bases puriques alimentaires, (xanthine, hypoxanthine, guanine, adénine), dans ce cas elle est formée par les produits xantho-uriques exogé-

nes. On ne doit plus admettre aujourd'hui que l'acide urique soit le résultat d'une combustion incomplète des substances protéïdes; de nombreuses expériences ont clairement démontré qu'une alimentation apurinique fait varier l'azoturie mais conserve intact le taux de purine éliminée par l'urine; quelque soit la quantité de purine ingérée, les accès de goutte, les migraines, les douleurs articulaires, la formation de biurate de soude sur les synoviales, etc., ne se produisent pas si le foie et les reins fonctionnent à l'état normal. La thérapeutique la plus importante de la goutte est la mise en pratique de toutes les lois hygiéniques et diététiques. Ces malades doivent éviter tout surmenage physique et intellectuel; les fatigues, les émotions trop vives, les excès de toutes sortes sont toujours une cause de troubles dans les échanges physico-chimiques de la nutrition.

Les accès de goutte peuvent être provoqués par le froid, l'humidité, les boissons alcooliques, la suralimentation, les veilles prolongées et par toutes les influences qui transforment le quadriurate de soude très soluble qui circule dans l'organisme du goutteux en biurate de soude insoluble qui se cristallise dans les articulations.

Le traitement par les bains chauds alcalins donnés tous les trois ou quatre jours, le massage et les frictions aromatiques sèches, faites régulièrement tous les jours, ont un effet des plus favorable sur la nutrition générale et sur l'évolution de la maladie. Dans l'intervalle des attaques de goutte les exercices modérés réguliers et dosés comme les médicaments sont nécessaires pour régulariser les échanges et augmenter les combustions de l'organisme de ces malades. Le régime alimentaire doit restreindre le plus possible l'ingestion des nucléïnes et des purines et ne fournir à l'économie que 30 calories (2 livres 1/5) par kilogr. de poids. Il est assez difficile d'obtenir une diminution d'aliments chez les goutteux qui ont ordinairement un estomac hyperchlorhydrique toujours en appétit; c'est pour cette raison que l'usage de l'eau bouillie ou d'une eau chaude légèrement sulfatée prise avant les repas est très utile à ces malades.

Aliments permis.

Pain rôti { 100 grammes
par jour
ou biscotte { (3 onces 1/4)
Viande.
(Beuf, mouton), 150 grammes
(Poulet, jambon, 5 onces.
Lait, œufs frais.
Tous les légumes verts.
Tous les céréales.
(Excepté l'oseille).
Les asperges, les tomates.
Pommes de terre.
Tous les fruits frais.
Thé, café à très petite dose
(Ils augmentent la solubilité de
l'acide urique.)

Aliments interdits.

Toutes les liqueurs alcooliques, tous les condiments, les épices, les hors-d'œuvres (crustacées, coquilles).

Les bouillons renferment 10 0/0 de purine.)

Toutes les viandes riches en acide urique et nucléine, (riz de veau, rognon, cervelle, le foie, les gibiers, la charcuterie).

Les betteraves, oignons (navets).

Tous les fruits huileux (noix chataignes, dattes figues.

Tous les fromages.

Toutes les sucreries composées.

Le chocolat,

Le thé et le café à dose trop élevée augmentent les purins.

Les aliments contenant le plus de purines sont les bouillons, les extraits de viandes qui contiennent jusqu'à 10 0/0 de purine, le riz de veau jusqu'à 1,20 0/0 ; le thé, 2 à 3 0/0 de théine et d'adénine ; le chocolat, 1,50 0/0 de théobromine. Ces purines sont des méthyl-xanthines, d'une constitution très voisine de celle de l'acide urique et des composés xantho-uriques ; prises à dose élevée elles précipitent les combinaisons uriques et peuvent déterminer un accès de goutte, mais à faible dose, elles augmentent la solubilité des urates et paraissent favoriser leur élimination. La viande permise ne doit pas subir la cuisson ou le rôtissage à une température trop élevée afin de ne pas détruire les composés d'acide thyminique qui a la propriété de décomposer les nucléides et de dissoudre l'acide urique. Le degré de tolérance des boissons légèrement alcooliques (vin, bière, cidre) varie suivant les habitudes de chaque individu, mais en règle générale elle sont contre-indiquées et l'eau pure ou légèrement alcaline est préférable.

Le traitement médical éclectique de l'accès de goutte se résume à l'usage de trois médicaments : le *colchique*, l'*acide thyminique* et le *sidonal*. Pendant toute la durée de l'attaque le malade sera soumis à la diète ovo-lactée. La teinture de

semence de colchique sera prescrite à dose décroissante de 30 gouttes, trois fois par jour la première journée, 20 gouttes, trois fois par jour la deuxième, et 10 gouttes trois fois par jour la troisième journée. Ces doses seront modifiées suivant les effets obtenus et le degré de tolérance de l'estomac et de l'intestin, chez certains gouteux la préparation suivante donne de meilleurs résultats que la semence de colchique ordonnée seule :

Teinture de semence de colchique	60 grammes (2 onces)
Tonga	6 grammes (100 grains)
Salicylate de soude	10 grammes (166 grains)
Salicylate de pilocarpine....	1 gramme (16 grains)
Eau de menthe	30 grammes (1 once)
Siróp d'oranges amères, q. s. pour	120 grammes (4 onces)

Dose : une cuillerée à café avec un peu d'eau chaude, toutes les trois ou quatre heures. Cette médication aide les réactions défensives de l'organisme et favorise l'élimination des biurates solubles par tous les émonctoires.

Pour solubiliser les composés xantho-uriques, qui ont une tendance à se précipiter s'ils rencontrent un excès de carbonate de soude, on donnera, deux fois par jour, 50 centigr. (8 grains) d'acide thyminique qui a la propriété de dissoudre un poids égal d'acide urique ; on obtient aussi de bons résultats en utilisant une solution à 3 0/0 d'acide thyminique pour le traitement local au moyen de l'ionisation.

On applique sur l'articulation atteinte une compresse de coton hydrophile imbibée de cette solution et reliée au pôle positif de la batterie ; la plaque négative indifférente est placée sur la région lombaire et l'on fait passer, lentement et graduellement un courant continu de 15 à 20 mille ampères durant 20 à 30 minutes. L'ion thyminique, transporté par le courant, a des pouvoirs dissolvants bien supérieurs aux sels de lithium, de soude ou de potasse qui ont été préconisés en bains électriques.

La ponction aspiratrice aseptique des articulations atteintes

tes, faites en période d'accès aigu ou chronique procure un soulagement immédiat au malade et le membre peut être remué sans provoquer aucune souffrance. L'on retire de ces ponctions un liquide (15 à 120 grammes 1/2 à 4 onces) *très toxique* nuageux visqueux et coagulable contenant :

Chlorure de sodium	6 à 8 p. 1.000
Urée	1 à 14 p. 1.000
Matières albuminoïdes (globuline, sérine albumose)	6 à 10 p. 100
Phosphates, sulfates, carbonates, urates	Traces

Quand dans certains cas d'intolérance gastrique ou intestinale le colchique ou ses préparations ne peuvent être administrés, l'on aura alors recours au sidonal qui est un composé de pipérazine et d'acide quinique et possède une forte action dissolvante du biurate de soude ; ce médicament sera donné à dose de 4 à 8 grammes (66 à 132 grains) par jour et l'on peut formuler :

Sidonal	4 grammes (66 grains)
Eau distillée	300 grammes (10 onces)

une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.

Le traitement prophylactique des attaques de goutte et modificateur de l'organisme de ces malades doit consister surtout dans le régime alimentaire dont nous avons parlé dans l'usage d'une médication alcaline et intermittente au benzoate de soude (8 centigr. 1 grain 1/2) trois fois par jour, au phosphate de soude (24 centigr., 4 grains) ou au salicylate de soude (24 centigr., 4 grains). Ces malades se trouveront aussi très bien d'un auto-lavage de l'estomac fait, le matin, au lever, et le soir, au coucher, par l'ingestion de 200 grammes (6 1/2 onces) d'eau bouillie et refroidie suivant le goût du malade ; cette eau dépourvue de sels minéraux a un pouvoir osmotique plus élevé que l'eau à l'état naturel et entraîne plus facilement avec elle les déchets organiques. Dans le but de fournir aussi à l'organisme un produit hydrolytique des acides nucléiques et des composés xanthopuriques, l'on prescrira au malade une cure de limonade

au citron ou à l'acide phosphorique ou de la préparation suivante :

Phosphoglycératè (acide de sodium). 200 gr. (6 1/2 onces)
 Acide phosphorique, de densité de 1,35 60 gr. (2 onces)
 Eau bouillie 1 litre

Dose : 90 grammes (3 onces) trois ou quatre fois par jour.

Selon les modalités cliniques des accidents goutteux que présente le malade, on lui recommandera une cure d'air, de repos ou d'exercices modérés à l'une des stations hydro-minérales suivantes :

- | | | |
|--|---|--|
| Vichy, Vals. | { | Goutte aiguë, récente chez les sujets vigoureux. |
| Carlsbad, Châtel-Guyon, Brides. | { | Goutte subaiguë, avec prédominance de congestion hépatique et d'atonie intestinale. Obésité. |
| Marienbad, Hombourg, Kissingen. | | |
| Saint-Nectaire, Pougues | | Dyspepsie goutteuse. |
| Saint-Alban, Orezza, Remont, Renailgue. | { | Goutte avec anémie. |
| Royal. | | |
| | { | Goutte avec manifestations pulmonaires et cutanées ou diabète léger. |
| Contrexéville, Vittel, Evian, Aulus. | { | Goutte avec gravelle. |
| Aix-la-Chapelle, Bourbonnès, Bourbons, Plombières, Archambault, Dax, Aix-en-Savoie, Teplitz, Wiesbaden, etc. | { | Goutte chronique avec raideurs articulaires et dépôts tophacés. |
| | | |

D^r ELLE

Sur le lever précoce des accouchées

Par M. le Professeur K. MEYER (de Marbourg).

Meyer communique les résultats qui ont été obtenus par la pratique du lever précoce appliquée systématiquement, au cours de l'année passée, à toutes les nouvelles accouchées de la Clinique gynécologique de l'Université de Marbourg. Le lever précoce n'était pas imposé aux femmes, et il ne faut pas croire, par exemple, que, dès le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement, on les obligeait à quitter leur lit : ce n'est que sur leur propre désir qu'on les autorisait à se lever, et aucune ne manifesta d'ailleurs ce désir avant le 3^e jour. Sur 300 accouchées, 3 seulement demandèrent ainsi à se lever au 3^e jour; 40 attendirent le 4^e jour, 237 le 5^e jour, 84 le 6^e jour, 35 le 7^e jour : sur ce nombre, il y avait 153 primipares et 147 multipares.

En ce qui concerne, maintenant, l'influence du lever précoce sur l'involution utérine, on peut dire que dans aucun cas, cette influence ne se manifesta dans un sens défavorable. De même, jamais on ne vit apparaître de déplacement utérin notable qui pût être attribué avec quelque vraisemblance à un lever trop précoce. Chez 288 femmes, on constata, à l'examen de sortie, une antéversion-flexion bien nette et chez 12 seulement une rétroversion-flexion. L'inversion utérine s'était faite d'une façon normale chez toutes ces femmes.

Les lochies, au 10^e jour, n'étaient plus que faiblement teintées de sang chez 39 femmes.

Chez aucune d'elles on n'observa un relâchement de la paroi abdominale plus marqué que d'habitude.

27 femmes seulement eurent des suites de couches fébriles. Sur ce nombre, 11 seulement présentèrent des élévations de température pouvant, avec quelque raison, être attribuées directement au lever précoce; encore 8 d'entre elles n'eurent-elles qu'une seule poussée au-dessus de 38° et, quant aux autres, la période fébrile fut de courte durée. Il est probable, dit Meyer

que, dans ces cas, la fièvre reconnaissait pour cause une rétention des lochies favorisée par le lever précoce, la station debout, provoquant une anté-flexion exagérée de l'utérus puerpéral, d'où un obstacle au libre écoulement des lochies. Il convient, d'ailleurs, d'ajouter que l'alitement maintenu dans les limites classiques (10 jours) ne met pas davantage à l'abri de cette « complication », d'ailleurs peu grave et dans laquelle il ne faudrait pas voir, par conséquent, une contre-indication au lever précoce.

Au reste, il est remarquable de noter que la morbidité générale des accouchées soumises au lever précoce n'a été que de 9 pour 100, alors que pendant l'année 1907, avec l'alitement classique de 10 jours, elle s'était élevée à 21, 4 pour 100; que, d'autre part, chez aucune des 300 accouchées de la première catégorie, on n'a observé de thrombose ou d'embolie alors que cette complication se trouve signalée chez 1, 5 pour 100 des accouchées de la deuxième catégorie.

Enfin, le lever précoce semble avoir favorisé, dans des proportions notables, la fonction de lactation, car alors qu'en 1907, 63 pour 100 seulement des accouchées (toutes soumises à l'alitement classique) ont pu nourrir elles-mêmes leur enfant, cette proportion s'est élevée à 95 pour 100 en 1908, avec la pratique du lever précoce.

Il convient d'ajouter, par contre, que le nombre des mastites puerpérales s'est accru du double pendant cette dernière période (2, 7 pour 100 contre 1, 9 pour 100 en 1907).

Enfin signalons qu'au moment de leur sortie de la clinique, les femmes qui s'étaient levées très tôt après leur accouchement étaient d'une façon générale, plus fortes et présentaient un aspect plus florissant que celles qui étaient restées alitées plus ou moins longtemps.

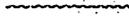
De tous ces faits et aussi de ses impressions personnelles l'auteur conclut que, tout au moins pour les femmes de la classe aisée et de la classe moyenne, le lever précoce après l'accouchement constitue une excellente pratique qui ne peut que hâter le retour à l'état de santé normal. Au contraire, pour les femmes de la classe ouvrière, l'alitement un peu plus prolongé paraît préférable.

Les contre-indications au lever précoce sont celles qui se présentent naturellement dans toutes les suites de couches compliquées : hémorragies, infections, déchirures du périnée, etc.



Comment l'appendice devient malade et comment il guérit

Par M. le Docteur BEITZKE.



La première étape de l'infection est, non pas généralisée à tout l'appendice, mais, au contraire, bien *limitée*. Elles se localise à quelques cryptes muqueuses du bord libre de l'appendice, dans sa moitié inférieure ; on trouve dans ces cryptes une exsudation fibrineuse, des leucocytes et des microbes. Alors que la muqueuse se prend relativement tard, la séreuse, au contraire, réagit de bonne heure ; en effet, on voit bientôt le foyer primitif augmenter, et affecter la forme d'un cône à base péritonéale. — Après vingt-quatre heures, l'inflammation tend à se généraliser ; les foyers primitifs d'abord isolés deviennent confluent, la cavité de l'appendice se remplit de produits infectieux, la séreuse enfin s'épaissit, et entraîne dans la cavité péritonéale, au voisinage de l'appendice, une sérosité de réaction inflammatoire, généralement amicrobienne. — Après 48 heures, l'infection augmente, c'est le stade des abcès pariétaux et des plaques de gangrène, qui par leur élimination aboutissent à l'appendicite perforante. — Après le troisième jour, toutes les variétés graves d'appendicite, gangrène totale, amputation spontanée, issue de calculs dans le péritoine, etc., peuvent se montrer, et la guérison spontanée devient très problématique.

La guérison spontanée survient assez souvent au premier stade ; elle aboutit alors à la restitution *ad integrum* macros-

topique de l'appendice ; seul le microscope découvre quelques cicatrices, trace des lésions anciennes. — Beitzké, s'appuyant sur ces cas, ne croit pas que l'appendicite aiguë soit toujours un épiphénomène au cours d'une appendicite chronique antérieure, comme le pense Riedel ; il croit bien plutôt, avec Aschoff, que l'appendicite débute toujours d'emblée par une crise aiguë, mais que cette crise peut tourner court au premier stade, sans avoir provoqué de grands symptômes cliniques, et laisser alors des lésions chroniques sur lesquelles une nouvelle infection trouve un terrain facile.

Cette nouvelle infection peut avoir deux origines : infection *intestinale*, prouvée par ce fait qu'elle est rare avec le régime végétarien qui diminue la flore bactérienne du gros intestin, fréquente avec le régime carné qui l'augmente ; — infection *hémalogène*, au cours d'une grippe, par exemple, où le tissu lymphoïde de l'appendicite ne réagit pas autrement que celui de l'amygdale ou des autres glandes. — Une fois l'infection provoquée, le calcul, qui existe dans l'appendice antérieurement malade, vient jouer le rôle de tampon, obture la cavité de l'organe en s'accolant au rétrécissement inextensible, et provoque la nécrose de distension, sur laquelle Aschoff a insisté.

Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les
SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. } 3° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
 2° Au Bromure de Sodium. } 4° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées, 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerées à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochables.

Établies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés — FLACON : 5 fr.

Maison HENRY MURE, A. GAZAGNE, 11^{ème} de 1^{ère} classe, genre et sucre, Pont Saint-Esprit, Gard.

Les complications génito-urinaires de la fièvre typhoïde

Par M. le Docteur BEARDSLEY

Elles se rencontrent pendant la maladie ou lui sont postérieures. Les unes sont transitoires, d'autres plus sérieuses. Les principales sont :

La *rétenction d'urine*, fréquente chez les enfants où elle survient de très bonne heure, apparaît chez l'adulte à l'acmé de la maladie et peut durer assez longtemps. La *polyurie* de la convalescence peut monter jusqu'à 10 litres par 24 heures.

L'*albuminurie* n'est pas rare, puisqu'on la retrouve pour certains auteurs dans 50 0/0 des cas, Elle ressortit à 5 causes principales. On doit distinguer :

- 1° Une albuminurie fébrile, assez fréquente et d'ordinaire assez légère ;
- 2° Une albuminurie par néphrite (néphrite hémorragique, néphro-typhoïde) avec décharges albumineuses massives et présence de sang, de cylindres. Survenant au 2^e ou 3^e septénaire, elle est de courte durée, soit qu'elle guérisse ou tourne à l'urémie ;
- 3° Une albuminurie par néphrite suppurée ; elle résulte en général d'une infection secondaire ;
- 4° Une albuminurie post-fébrile, d'ordinaire phénomène initial d'une néphrite ;
- 5° Une albuminurie dépendant d'une cystite.

Pyurie, *hématurie* et *hémoglobinurie* sont peu observées. Ces deux derniers phénomènes se rencontrent seulement dans les fièvres typhoïdes hémorragiques.

La *bacillurie* est une complication si commune, qu'on doit la considérer comme se produisant constamment à un stade quelconque de la maladie. Cependant en pratique elle n'a été rencontrée que dans 25 0/0 des urines examinées.

Les *infarctus* et les *abcès du rein* sont presque tous engendrés par le bacille d'Eberth.

La *néphrite* se manifeste sur de telles apparences, qu'on peut à un certain moment hésiter par le diagnostic (néphro-typhoïde).

Parmi les complications rares, l'*orchi-épidymite* est des plus curieuses. Elle a d'ordinaire une origine hémalogène.

La gangrène des organes génitaux externes chez la femme, gangrène curable, a été observée.

La femme typhique avorte et accouche prématurément dans les 2/3 des cas et la mort survient alors 60 sur 100.

Les *mastites* enfin sont des plus rares; on a pu quelquefois retrouver dans le pus le bacille d'Éberth.

La physiologie des sels de calcium sur la fonction respiratoire

Par Madame le Docteur GARDELLA

Le calcium exerce une action dépressive sur la respiration. Avec cette action dépressive, on a une excitabilité moindre des centres nerveux, un grand calme de l'animal en expérience et une diminution progressive de la fréquence respiratoire, jusqu'à la paralysie du centre, une survivance plus longue de l'animal à l'asphyxie, et très souvent l'absence de convulsions asphyxiques. On a en outre un besoin moindre d'oxygène, une production moindre de CO₂, une résistance plus grande à celle-ci, et, suivant les expériences de Bonanni, une oxydabilité moindre de l'acide lactique. Ces résultats expliquent comment, chez les nouveau-nés, suivant les observations de Guest, chez lesquels les centres nerveux sont beaucoup plus riches en calcium que ceux de l'adulte, l'excitabilité de l'écorce cérébrale est beaucoup moindre que chez l'adulte, les manifestations d'excitabilité du centre respiratoire qui accompagnent l'asphyxie sont également moindres. On sait, en effet que les nouveau-nés résistent à l'asphyxie beaucoup plus que les adultes; ils supportent un degré de vénosité du sang auquel les adultes ne résisteraient pas; ils peuvent être rappelés à la vie avec la respiration artificielle, même après un long temps et chez eux les convulsions asphyxiques sont réduites à bien peu de chose.

Traitement des accidents de la Ménopause

Une cause déterminante : l'*Insuffisance ovarienne progressive*.

Deux grands ordres de symptômes :

Vasculaires : bouffées de chaleur, palpitations, étourdissements, congestions diverses, etc.

Nerveux : modification du caractère, mélancolie, hyperexcitabilité nerveuse, névralgies, etc.

La médication sera *pathogénique* et *symptomatique* :

1° *Suppléer à l'insuffisance ovarienne* par l'organothérapie ovarienne. Prescrire la substance ovarienne à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour;

2° *Combattre les phénomènes congestifs* par :

a) Le régime lacto-ovo-végétaro-fruitarien ;

b) Les purgatifs salins répétés deux fois par semaine : le matin, au moment du premier repas, une cuiller à café de sel de Carlsbad ;

c) Les bains de siège chauds, les bains de pied sinapisés, les ventouses, au besoin les sangsues ;

3° *Combattre l'excitation nerveuse* par :

a) La suppression des aliments excitants : vin, viande, thé, café, alcool, liqueurs ;

b) Les bains généraux sédatifs tièdes (93 à 96 F.) prolongés (30 à 45 minutes), deux fois par semaine ;

c) L'administration de drogues sédatives et antispasmodiques :

Bromure de camphre	} à à 0 gr. 05 (3/4 de grain)
Extrait de jusquiame	
Extrait de valériane	
Oxyde de zinc	

Pour une pilule n° 15. Trois par jour.

d) L'administration d'hypnotiques en cas d'insomnie.

Véronal 0 gr. 50

Pour un cachet n° 6.

Un cachet le soir en cas d'insomnie avec un tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

Docteur MARTINET

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Société Médicale de Montréal
Président : M. T. Parizeau. *Secrétaire* : M. B. G. Bourgeois, 232, Sherbrooke O
 Séances régulières : le 1^{er} et le 3^e mardi de chaque mois, d'octobre à juin.

Société Médicale de Québec
Président : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.

Montreal Medico-Chirurgical Society
Président : M. Alex. Hutchison. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison
 Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir.

Société Médicale de Shofford
Président : M. J. A. E. Brun. *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de
 (de West Shofford. Séances régulières : deux fois par année. (Shofford P. Q.

Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.
Président : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Riverin, Chicoutimi.

Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.
Président : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-
 (Brandon.

Société Médicale du District d'Ottawa.
Président : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Rapineauville.

Société Médicale du Comté de Wolfe.
Président : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.
 Séances régulières : le 1^{er} mardi des mois de mars, juin, septembre et décembre

Société Médicale des Comtés de Séance et Dorchester.
Président : M. Fortier. *Secrétaire* : M. L. M. Déchéne, Beauceville.
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.

Société Médicale de Rimouski.
Président : M. Fiset. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.

Société Médicale de St-Hyacinthe.
Président : M. Turcot. *Secrétaire* : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.

Association Médicale du Comté de Portneuf.
Président : M. Rousséau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.

Société Médicale de Trois-Rivières.
Président : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.

Société Médicale de Valleyfield.
Président : M. Ostigny. *Secrétaire* :

Association Médicale du District d'Arthabaska.
Président : M. Belloau. *Secrétaire* : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co,
 Séances régulières : janvier, mars, septembre. (d'Arthabaska.

Société Médicale du Comté de Terrebonne.
Président : M. Grignon. *Secrétaire* : M. H. Prevost, St-Jérôme.

Société Médicale de Montmagny.
Président : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.

Société Médicale du Comté de Champlain.
Président : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellemare, St-Narcisse.

Société Médicale du District de St-François (Sherbrooke).
Président : *Secrétaire* :

Société Médicale de St-Jean (Iberville).
Président : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duval (St-Je m-d'Iberville).

Société Médicale du Comté de Maskinongé.
Président : M. L. A. Plante. *Secrétaire* : M. Duhamel.

Association Médicale C. F. de Manitoaba.
Président : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. Dubuc, St-Boniface, Man

Association Médicale de l'Ouest de Montréal.
Président : M. E. G. Asselin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Henri.

Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord
Président : M. Arthur Simard, Québec. *Secrétaire* : M. Paquet.
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908, à Québec.

Canadian Medical Association.
Président : Dr. Montizambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto.
 Réunion annuelle : en 1909, à Winnipeg.

LA HERNIE

On connaît les nombreuses critiques qui ont été adressées au classique "Bandage à ressort", malheureusement encore si répandu, bien qu'il ne soit plus aujourd'hui qu'un véritable anachronisme.

Ces critiques se résument en deux mots: *le bandage à ressort fait souffrir et ne contient pas.*

A l'état de repos, et soit qu'il s'agisse du "bandage anglais" formant pincette, soit du "bandage français" prenant son appui sur toute la surface dorsale, le ressort, dont la pression est *nécessairement trop forte*, coupe les reins, froisse les chairs, enfin écrase la tumeur au lieu de la contenir en pénétrant trop violemment dans l'anneau externe qu'il dilate.

Le malade se livre-t-il au moindre effort, la pelote qui dans tous les modèles à ressort n'est animée que d'une pression d'avant en arrière et non de bas en haut comme les dispositions anatomiques l'exigent, ne tarde pas à remonter et à laisser glisser sous elle les viscères herniés.

Ce mode de contention, excellent en théorie, est en réalité absolument illusoire. Pratiquement il doit être aujourd'hui considéré comme un pis-aller et condamné dans tous les cas où il est possible de se passer de son intervention, c'est-à-dire dans l'immense majorité des hernies inguinales, crurales, ombilicales et même scrotales.

Le bandage sans ressort au contraire, dont le grand spécialiste de Paris, M. A. Claverie, nous présente le seul modèle vraiment perfectionné est basé sur le même principe que le bandage à ressort; l'élasticité, mais

une élasticité douce et souple en même temps qu'énergique qui lui permet d'*adhérer* pour ainsi dire au corps sans se déplacer et en suivant les mouvements les plus étendus.

Les points d'appui étant également répartis sur toute la périphérie, on voit disparaître toute douleur et toute gêne localisées sur les reins ou sur les flancs, et le hernieux s'habituant très vite à cette pression circulaire *réduite à son minimum*, finit par ne plus la sentir et par ne plus même s'apercevoir de la présence de son bandage.

C'est à cette contention parfaite et douce, mais d'une puissance illimitée, que l'appareil sans ressort perfectionné de M. A. Claverie, doit d'avoir pris rapidement une extension universelle et d'avoir été adopté avec enthousiasme par tout le corps médical européen, ainsi que par la foule des malades des Deux Mondes qui l'ont accueilli comme une délivrance.

Léger, souple, imperméable, imperceptible, c'est le seul qui permet d'obtenir la réduction et la contention absolue de tous les cas de hernies si anciennes et si volumineuses soient-elles; c'est aussi le seul que l'on puisse recommander sans réserve avec la certitude d'obtenir des résultats véritablement exceptionnels même dans les cas les plus désespérés qui n'avaient pu jusqu'ici être traités efficacement par le port d'aucun autre appareil.

Les véritables appareils Claverie sont appliqués en Canada par les soins de M. André CLAYBRIE, Directeur de la Succursale des Etablissements Claverie pour le Canada, 970, rue Saint-Denis (près Rachel) à Montréal. Téléphone Est 6304.

Le traitement citro-salicytique continu du rhumatisme articulaire aigu

Quelle que soit la nature exacte du rhumatisme articulaire aigu, la médication salicylique semble bien posséder contre lui une valeur on peut dire spécifique.

Plus récemment, l'acide citrique sous forme de jus de citron commence à faire ses preuves.

On peut avec avantage, associer deux médications.

Pour guérir les manifestations articulaires et prévenir autant que possible les manifestations extra-articulaires, les complications cardiaques, en particulier, l'administration combinée de l'acide citrique et des salicylates doit obéir à certaines règles, sur lesquelles M. Huchard insistait à sa leçon publique du 10 juin dernier : *traitement précoce*, dès les premières douleurs, *fortes doses d'emblée*, puis doses légèrement décroissantes, *doses fractionnées* administrées d'une façon continue *jour et nuit*, et *prolongées* quelques jours mêmes après cessation des accidents rhumatismaux.

Cette nécessité d'une administration continue découle de l'élimination rapide des salicylates. Cesser la nuit, c'est laisser la maladie reprendre barre sur le malade.

Entrons dans l'application du traitement.

1° Pour le *traitement citrique* : de 6 à 10 citrons pour un adulte (des moyens à peau fine, de préférence aux gros, à grosse peau et sans jus). En exprimer le jus dans un peu d'eau sucrée. On peut, au moment de faire boire, ajouter un peu d'eau de Vichy, ce qui rend la boisson moins acide et en même temps effervescente. Cette citronnade sera donnée en même temps que le salicylate;

2° Pour le *traitement salicylique* : deux salicylates rentrent dans les prescriptions habituelles, salicylate de soude, pour l'usage interne, salicylate de méthyle ou succédanés pour l'usage externe.

Pour le salicylate de soude, une des formules suivantes pour l'adulte, les premiers jours :

Salicylate de soude (selon les conditions)	6 à 10 grammes
Sirop thébaïque	20 à 30 —
Eau distillée de laurier-cerise	15 —
Sirop de menthe poivrée	q. s. pour faire 120 gr.

Après

Salicylate de soude	4 à 5 grammes
Extrait de quinquina	1 gr. 50 à 2 gr.
Eau de menthe poivrée	40 à 50 grammes
Julep gommeux	p. s. pour faire 120 gr

de l'une ou de l'autre de ces formules.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures pendant le jour, dans l'eau additionnée de jus de citron.

Chez l'enfant, on prescrit 0 gr. 50 de salicylate de soude par année d'âge, soit à 4 ans 2 grammes, après 4 ans seulement 0 gr. 40 par année d'âge, soit à 10 ans 4 grammes.

L'enfant supporte bien mieux le salicylate et les médicaments en général que l'adulte, grâce à l'intégrité de ses organes, de son rein en particulier.

Même administration que chez l'adulte, mais par cuillerées à café ou à dessert selon l'âge; ainsi pour un *enfant de 4 ans, le premier jour* :

Salicylate de soude	2 grammes
Sirop de coquelicot	30 —
Eau distillée de fleur d'oranger	28 —

Une cuillerée à café toutes les 2 heures dans l'eau citronnée, le jour.

La nuit continuer la médication, toutes les 3 heures environ, surtout en profitant des réveils.

Il y a un moyen de ne pas trop interrompre le sommeil des malades. Le soir, vers dix heures, par exemple, faire sur les parties douloureuses et sur la région cardiaque, en prévision de complications de ce côté, une friction avec le salicylate de méthyle, friction lente, appuyée, autant que le permettront les douleurs. Recouvrir d'ouate et de taffetas imperméable. Cette application externe nocturne de salicylate de méthyle viendra en aide à l'administration interne et pendant assez longtemps plusieurs heures. Il y a absorption par la peau, par les

glandes en particulier et aussi par la surface pulmonaire. Aussi ne faut-il pas craindre de *laisser* près du malade *s'évaporer* une certaine quantité de *salicylate de méthyle* ou, si l'odeur déplaît, d'ulmarène.

Préférer le salicylate de méthyle pur aux pommades; les corps gras entravant l'absorption du salicylate, comme l'a montré M. le Dr Linossier.

Le seul reproche à faire à ce traitement salicylique externe du rhumatisme, c'est l'impossibilité de se rendre compte de la quantité exacte de salicylate absorbé de cette façon. On peut très approximativement l'estimer à un quart. Mais à côté de ce désagrément, il faut aussi enregistrer les avantages, absorption lente et fractionnée; de sorte qu'à moins de frictions sur une surface très étendue, la dose de salicylate reste suffisamment modérée. Autre avantage: prolongation de l'absorption, qui empêche le malade d'échapper complètement à l'influence des médicaments. Enfin, la voie cutanée permet de ménager l'estomac.

En tous cas, au point de vue pratique, la combinaison du traitement citrique par le jus de citron et du traitement salicylique par le salicylate de soude à l'intérieur et le salicylate de méthyle en friction, constitue un traitement facile et partout applicable.

Les injections profondes de solutions salicyliques, l'ionisation salicylique peuvent aussi trouver leur utilité, mais elles resteront d'un usage moins courant.

Comme principal succédané du salicylate de soude, l'*aspirine* ou acide acétyl-salicylique, 1 à 3 grammes chez l'adulte, 0 gr. 25 centigr. par année d'âge chez l'enfant, en poudre, en nature. Ne pas l'associer aux alcalins.

En cachets chez l'adulte:

Aspirine	3 grammes
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 01

En 6 cachets. A donner un cachet toutes les 3 heures le jour la nuit toutes les 4 heures, en mêmes temps que le jus de citron dans l'eau.

Chez l'enfant à 4 ans, par exemple:

Aspirine	1 gramme
Lactose	5 —

En 6 paquets. Un paquet toutes les 3 heures le jour 4 heures la nuit, de mêmes avec le jus de citron.

Il n'y a guère qu'une contre-indication aux préparations salicylées, l'existence antérieure d'une affection rénale. L'albuminurie d'un rhumatisme actuel demande moins de circonspection. Du reste l'examen de l'urine rend compte non seulement de la possibilité de l'albuminurie, mais de l'élimination du salicylate, si facile à vérifier à l'aide du perchlorure de fer.

Du reste pour éviter l'irritation du rein, prescrire *tant qu'il y a de la fièvre le régime lacté absolu et le repos absolu au lit tant qu'il a des douleurs*, puis régime lacto-végétarien ensuite, et séjour hors du lit progressif.

Après la fièvre, bains chauds, bains de vapeur. *A la convalescence* : toniques, quinquina et fer.

En cas d'anémie persistante; séjour à la campagne, en climat sec.

Mais, en somme, la partie foncière du traitement, c'est l'administration combinée du jus de citron et du *salicylate* donné *jour et nuit, tôt fort et longtemps*.

Docteur GILLET.

Application de la Stovaine en chirurgie urinaire

Pour éviter l'effet nocif, sur le rein, de l'anesthésie générale, et les vomissements qui ne permettent qu'une reprise plus ou moins tardive de l'alimentation, G. Lasio professeur de chirurgie à l'Université de Milan, eut recours à la rachi-stovainisation (exempte des dits inconvénients) dans quarante-deux opérations sur les organes génito-urinaires, parmi lesquelles figurent nombre de prostatectomies, ainsi que des néphrectomies, des lithotrities et des tailles sus-pubiennes.

Et de fait, les troubles secondaires à la rachistovainisation ne se montrèrent que rarement et ils furent sensiblement moins intenses que ceux qu'on observe, d'habitude, après narcose par le chloroforme ou par l'éther.

Holzbach (clinique du professeur Sellheim à Tubingue) puis Csermak (clinique du professeur Makara à Klausenbourg) purent vérifier récemment l'innocuité de la rachistovainisation pour les reins.

Informations scientifiques

Stérilisation du lait par les rayons ultra-violet. — MM. Victor Henri et G. STODEL montrent, dans leur communication, que les rayons ultra-violet produits par les lampes en quartz à vapeurs de mercure permettent une stérilisation complète et rapide du lait. Ce liquide étant opaque, par exemple il faut, au contraire pour l'eau transparente, le réduire en couches très minces pour faire agir sur lui les rayons bactéricides.

Moustiques d'eau salée. — M. CLERC a constaté la présence de larves de *Culicida cantans* dans des mares d'eau salée stagnante, situées dans le Var ; la teneur en chlorures atteignait 46,6 pour 100 et les larves d'Anophèles, introduites dans des cristallisoirs contenant la même eau de mer, y ont vécu et ont donné des insectes parfaits.

D'après les données de l'anatomie artistique, la hauteur de tout le corps ne doit pas, chez l'individu bien conformé, dépasser huit fois la hauteur de la tête : chez les ptosiques ce rapport est toujours dépassé. Même chez les nouveau-nés ptosiques, le rapport entre la circonférence de l'abdomen et la distance pubo-jugulaire ou le rapport entre la circonférence de l'abdomen et le périmètre thoracique ne sont jamais normaux.

L'action de l'érysipèle (caustérisation) repose sur la même base que celle du traitement par la pancréatine et peut-être aussi la pyocyanase, à cause de son action protéolytique et bactéricide, serait utile dans le traitement des carcinomes ulcérés inopérables.

1° L'appendicite rétro-cæcale peut, par son siège élevé, *simuler* le syndrome cholécystique (colique hépatique, cholécystite, etc.) de préférence aux autres variétés d'appendicite ;

2° L'appendicite rétro-cæcale et le syndrome cholécystique peuvent *coexister* réellement et *se combiner* dans un ordre fort complexe parfois et encore discutable, ce qui appelle la publication de nouveaux faits ;

3° Dans les deux cas, il sera de toute prudence de rechercher soigneusement les petits signes particuliers de cette variété postérieure de l'appendicite pour décider, en temps utile, de l'intervention qu'elle réclame.

L'écriture droite et penchée.

L'écriture droite et penchée. — Au point de vue orthopédique. Il est reconnu que l'écriture droite ne peut permettre à l'enfant de garder une attitude normale, à cause du déplacement continu du bras droit. Ce mouvement du bras occasionne une fatigue musculaire qui rend cette écriture très fatigante et très lente, et présente des dangers pour les enfants prédisposés aux déformations et à la crampe des écrivains.

L'écriture penchée, qui se produit avec un mécanisme plus simple et par conséquent beaucoup moins fatigant, assure à l'enfant un maintien correct ; c'est celle qu'il faut enseigner dans les écoles.

Au point de vue ophthalmologique. — M. Péchin, président de la Société d'ophtalmologie affirme que l'écriture droite n'évite pas plus la myopie que l'écriture penchée.

Principes de thérapeutique raisonnée et pratique, par M. le Docteur MANQUAT, correspondant national de l'Académie de Médecine, A. Maloin, éditeur, Paris.

Sujets traités : L'action, les doses, et l'opportunité médicamenteuse, l'individualisation thérapeutique, influence du milieu physiothérapie, méthode et agents thérapeutiques.