

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXIX

1er SEPTEMBRE 1910

No 9

MEMOIRES

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LES INHALATIONS D'AIR OZONISÉ (1).

Par le Dr CHARLES DEBOIS,

Président de la Société Médicale des Trois-Rivières; Membre correspondant de la Société de Médecine de Paris; Officier d'Académie.

La pratique des inhalations d'ozone dans la tuberculose pulmonaire devient de plus en plus en faveur auprès des médecins canadiens, et durant le cours de ces quatre dernières années bon nombre de nos confrères l'ont expérimentée avec des résultats très favorables.

La base même de ce traitement consiste à faire respirer au malade de l'air ozonisé.

L'expérimentation et la clinique ont en effet démontré que l'action la plus immédiate de l'ozone était d'agir directement sur les organes malades, au siège même du mal, de relever l'organisme, de modifier le terrain tuberculeux et de le mettre en état de défense contre l'infection, en provoquant "in situ" une phagocyte intense.

Parmi les premiers qui expérimentèrent scientifiquement cette méthode, je citerai MM. D. Labbé et P. Oudin, de Paris, qui, à différentes époques, signalèrent à l'Académie de Médecine, à l'A-

(1) Présenté au cinquième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Sherbrooke, les 23, 24 et 25 août, 1910.

cadémie des Sciences, au Congrès de la tuberculose, avec observations détaillées, de nombreux cas traités exclusivement par les inhalations d'air ozonisé.

Or les conclusions de ces rapports attestent que sous l'influence de ce traitement, les malades ont éprouvé des améliorations et même des guérisons vainement demandées aux autres médications.

Il me semble donc qu'il ne sera pas sans intérêt de reproduire ici un résumé des observations personnelles qu'ils présentèrent à l'Académie de Médecine, en 1893.

Sur 58 malades tuberculeux soumis aux inhalations d'ozone, on comptait 7 malades au premier degré, 23 au deuxième degré et 8 au troisième degré.

On peut considérer comme guéris : 7 au premier degré, 6 au deuxième degré.

Comme très améliorés : 15 au deuxième degré et 3 au troisième degré ; les 6 autres ont succombé.

Les travaux qui ont été publiés depuis le Mémoire de MM. Labbé et Oudin sont tous venus confirmer les résultats obtenus par ces praticiens.

Je mentionnerai tout d'abord l'important travail de M. Slétoff (1) paru en 1895 et renfermant 147 observations.

Dans presque tous les cas, cet auteur a constaté une amélioration durable ou temporaire caractérisée par le retour de l'appétit, la diminution de la toux et des sueurs, ainsi que le relèvement de l'état général avec augmentation des forces et du poids. Le sommeil est devenu plus profond et plus réparateur, ce qui confirme l'action somnifère de l'ozone indiquée par Binz.

Chez les tuberculeux fébricitants, il a noté à la fin de la première et de la seconde semaine un abaissement de la température, mais il n'a pas observé la disparition complète de la fièvre.

M. Slétoff a même constaté que les hémoptysies deviennent plus rares, quelquefois elles disparaissent entièrement, et il a rapporté l'observation d'un malade chez lequel les hémoptysies presque quotidiennes ont disparu après deux mois de traitement.

Gessler (1) a publié également une intéressante communication

(1) *Medicinskoye Obozrenie*, 1895, No. 5.

(1) *Jestchrift des Stuttgartere, Arst. Ver.* 1897.

portant sur vingt-deux cas de tuberculose soumis à l'ozonothérapie. Dans deux cas la guérison a été complète (après un an et demi à deux ans de traitement); onze bénéficièrent d'une amélioration notable; les neuf autres succombent au progrès de la cachexie.

Le Docteur Birioukoff (2) communique en 1888 plusieurs observations de phtisiques traités par l'ozone et améliorés.

Norris (3) a publié, en 1893, 15 cas de tuberculose traités par l'ozone avec le résultat suivant:

Chez 7 malades on a observé une augmentation du poids, la diminution de l'expectoration, la cessation des sueurs nocturnes, l'atténuation et même dans deux cas la disparition des signes physiques. Deux des malades ont succombé et les cinq autres ont vu leur état s'aggraver.

Le Docteur Collart, de Liège, a rapporté en 1891, cinq observations de phtisiques traités par l'ozone. Il a noté chez ces derniers une amélioration des symptômes généraux et des signes locaux, ainsi que l'augmentation du poids du corps.

Le Docteur Derecq, d'Ormessen, a aussi obtenu des résultats non moins favorables et, en 1886, E. de Renzi rapporte qu'il a soulagé 13 malades phtisiques par l'ozone.

A ces observations il faut ajouter 12 cas de Bontems.

Mentionnons encore les observations du Dr. Foveau de Courmelles; du Docteur Lagrange, de Saint-Raphaël, et du professeur Hérard de Paris.

Signalons également un rapport très documenté présenté par M. Labbé au Congrès international de 1900, où il confirma les résultats qu'il avait obtenus en 1893.

Depuis, bien des savants de tous les pays se sont occupés de la question. Ici, en Amérique, on n'est pas resté en arrière de ce mouvement scientifique, et il y a déjà un bon nombre d'années, que M. le professeur Caillé, de New-York, rapportait au Congrès de Boston une série de cas de tuberculose heureusement traités par l'ozone. Ajoutons que M. le Dr. W. G. Mangold, de New-York, a confirmé ces résultats par ses expériences person-

(2) *Wratch*, 1888, No 26.

(3) *New-York Medical Journal*, 5 Novembre, 1893.

nelles. Notons encore deux communications très intéressantes parues, l'une en 1901, de la part de M. le Dr. A. S. Ranage, de Détroit (Michigan), l'autre plus récente, en 1906, de la part de M. le Dr H. Walker, de Toronto (Canada), directeur du "Rotherham House Hospital". Son rapport, présenté à l'Académie de Médecine de New-York, lors du Congrès de "l'American Electro-Therapeutic Association" est un travail des plus élaborés sur cette question. "Sans prétendre, dit-il que c'est là une panacée pour la cure de la tuberculose, je considère cette méthode comme celle qui m'a donné le plus de succès dans tous les cas de consommation que j'ai eu l'occasion de traiter durant les six dernières années".

Le Docteur Cotton (1) également de Toronto, a aussi signalé un grand nombre de guérisons dont treize ont été relatées dans une étude parue en 1906.

D'après ces praticiens de Toronto l'action curative de l'ozone s'est manifestée souvent dans l'espace de six semaines à trois mois pour les cas légers de tuberculose, et de six à douze mois pour les cas plus avancés, la guérison s'étant maintenue sans interruption trois à cinq ans après la cessation du traitement.

Cette méthode a aussi été expérimentée par un bon nombre de nos confrères canadiens-français du Canada, parmi lesquels je mentionnerai les Professeurs Brochu, Rousseau, Marois et Mathieu de l'Université Laval de Québec, et le Dr Albert LeSage, professeur suppléant à l'Université Laval de Montréal.

Le Dr LeSage vante beaucoup les bons effets de l'ozone dans la tuberculose chronique. Durant l'une de ses observations la maladie durait depuis plus de trois ans et fut complètement guérie en moins de quatre mois de traitement (trois inhalations quotidiennes de 15 minutes de durée). Les mêmes bons résultats ont été observés par MM. Marois et Mathieu de Québec et par le Dr Darche des Trois-Rivières.

(1) Montreal Medical Journal, Numéro de Février, 1906.

Nous avons également expérimenté l'ozone à l'Hôpital Saint-Joseph ainsi que dans notre clientèle, et après cinq années d'études, d'expériences successives et prudemment conduites, nous nous sommes arrêté à la méthode thérapeutique suivante :

Notre méthode diffère de celle de MM. Labbé et Oudin en ce que nous faisons respirer à nos malades tuberculeux de l'ozone à fortes doses et concurremment avec des vapeurs d'eucalyptol ou d'eucalyptus globulus.

Sans vouloir réclamer la priorité de l'emploi de ce procédé thérapeutique qui a été décrit pour la première fois, en 1899, par le Docteur le Tanneur (1) et étudié plus complètement par le Dr Ramage, en 1901, nous croyons utile d'en faire ici une mention spéciale.

On sait que le grand inconvénient de l'ozone à l'état de concentration est qu'il a une tendance à déterminer un picotement désagréable au niveau de la muqueuse pharyngée et parfois de véritables quintes de toux. Pour éviter ces ennuis, il suffit de faire respirer en même temps au malade des vapeurs d'eucalyptol, il se produit ainsi un nouveau composé chimique, un peroxyde de camphre qui se dépose sur les muqueuses des bronches, prévient l'action irritante de l'ozone à l'état de concentration et concourt d'une façon efficace à la pénétration de l'oxygène dans les tissus. Il suffit pour obtenir ce résultat, soit de faire chauffer l'eucalyptol à 60°C, qui forme alors, grâce à l'affinité de l'eucalyptol pour l'oxygène et sa tendance à l'ozoniser, un nouveau composé d'une odeur de camphre très forte; soit encore, ce qui est préférable, d'insuffler tout simplement de l'essence d'eucalyptus globulus sur deux épaisseurs de fine gaze que l'on suspend tout près de l'embouchure du générateur, insufflation répétée de temps en temps.

Cette médication est généralement bien supportée par les patients, et pour ma part je me suis souvent soumis, pendant une demie-heure à des inhalations d'air ozonisé renfermant à l'état concentré 0mg.2 par litre d'air sans en éprouver de malaises.

D'ailleurs, les recherches de M. Bordier sur ce point, indiquent que la teneur peut être élevée sans inconvénient jusqu'à 0mg.3

(1) Journal de Médecine de Paris, 1899.

par litre d'air et même davantage, surtout si l'on a soin de combiner l'ozone aux vapeurs d'eucalyptus.

Il est donc important d'utiliser un appareil générateur à très grand rendement et donnant de l'ozone très pur, c'est-à-dire exempt de produits nitreux ou phosphorés.

D'innombrables appareils ont été inventés pour les applications d'ozone, mais la plupart sont dispendieux, encombrants et d'un maniement assez délicat. J'en ai imaginé un type plus simple, peu dispendieux, peu volumineux, se transportant par conséquent aisément au domicile du malade, et pouvant être mis en marche, sans danger, par les mains les moins expérimentées.

Ajoutons que cet appareil à production d'ozone, a été présenté à l'Académie de Médecine de Paris, le 5 mai 1908, par le Dr Weiss, professeur de physique médicale à la Faculté de Paris, qui en donne le rapport élogieux suivant : (1)

“ Ce dispositif est à très grand rendement, il donne de l'ozone très pur et n'a pas besoin d'aucune ventilation ”.

PRINCIPE DE L'APPAREIL OZONEUR

Une armature en toile métallique d'aluminium est comprise entre deux diélectriques en mica.

Sur l'ensemble est enroulé une série de bandes découpées dans une toile métallique d'aluminium formant armature extérieure, et présentant par suite même de leur fabrication un grand nombre de pointes.

Ce nouveau dispositif de l'armature extérieure permet de placer jusqu'à 1000 pointes par pouce carré de surface utilisée des électrodes. C'est ce qui explique le très grand rendement de l'appareil, qui donne en même temps de l'ozone pur et n'a besoin d'aucune ventilation.

Les deux armatures sont mises en communication avec une source d'électricité convenable.

RÉSULTATS.

Voyons maintenant les résultats que nous avons obtenus.

Nos observations portent surtout sur des malades tuberculeux,

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine, No 18, Mai, 1908.

atteints de lésions confirmées du premier et du deuxième degré, tous les sujets ayant été soumis aux inhalations d'air ozonisé à fortes doses, associées aux vapeurs d'eucalyptus.

Sous l'influence de ce traitement, continué et régulièrement poursuivi durant deux ou trois mois en moyenne, nous avons constaté chez la plupart des patients une augmentation constante de l'oxyhémoglobine et des globules rouges, l'augmentation du poids, une capacité respiratoire plus ample, et le relèvement de l'état général avec le retour des forces et de l'appétit.

On a observé, en outre, une amélioration durable ou temporaire des symptômes fonctionnels. La toux a diminué de même que l'expectoration, et la fièvre s'est abaissée rapidement. Chez plusieurs de nos malades tuberculeux au premier degré, au bout de deux mois de traitement au maximum, il n'y avait plus de bruits anormaux du côté des poumons et tout semblait apparemment guéri.

Par contre, dans les cas de tuberculose aiguë, même peu avancée, et chez les phtisiques au troisième degré nous n'avons pas noté d'amélioration appréciable.

Les crachats ont été examinés à différentes reprises durant le cours du traitement.

Chez quelques sujets peu atteints, n'ayant pas encore de ramollissement, on ne trouva pas évidemment de bacilles de Koch ; mais chez tous les cas du premier degré dont les crachats contenaient des bacilles au début, on constata leur disparition à la fin du traitement.

De même chez les tuberculeux du deuxième degré les bacilles ont souvent disparu complètement ; cependant cette action bactéricide ne semble pas toujours durable et on ne peut pas se prononcer définitivement sur la durée de la guérison.

Quant aux malades du troisième degré, si le nombre relatif des bacilles de Koch a peu varié, par contre les pyogènes ont considérablement diminué, quelques-uns même ont disparu.

Un des grands avantages de cette méthode, c'est de s'attaquer directement à l'organe malade, au siège même du mal, et cela, sans fatiguer l'estomac, sans troubler la circulation ni la nutrition.

Bien au contraire, après quelques semaines de traitement, l'état digestif a toujours été suffisamment influencé pour permettre

une alimentation réparatrice, ce qui, on l'admettra, est un élément sérieux de cure.

Une remarque importante s'impose ici :

Il se déclare souvent à la suite d'une série d'inhalations une bronchite à *l'état aigu*, ce que l'on reconnaît facilement à l'auscultation par l'apparition de gros râles humides autour des foyers malades ; il est sage alors d'arrêter le traitement pendant un ou deux jours, et tout rentre dans l'ordre.

Cette congestion quoique légère, est vraiment salutaire, car elle produit, vers les foyers infectés, un mouvement phagocytaire, dont tout médecin connaît, depuis Metchnikoff, les effets bienfaisants. Peu à peu les râles disparaissent et laissent après eux les surfaces pulmonaires comme nettoyées à la périphérie des lésions.

D'après ce qui précède, il est facile de concevoir que l'ozone possède une réelle valeur antituberculeuse. Mais cette action antitoxique de l'ozone est-elle due à ses propriétés microbiocides proprement dites ? La chose, quoiqu'admise par certains auteurs, paraît peu probable d'après MM. Arloing, Troude, 1903, Castex, 1907, et dans notre humble opinion nous croyons qu'il est plus rationnel de l'attribuer au fait qu'il modifie le terrain tuberculeux et provoque ce mouvement phagocytaire intra-pulmonaire aujourd'hui reconnu comme indispensable pour la guérison.

TECHNIQUE

La question de technique a une très grosse importance, c'est elle qui est la cause des résultats parfois contradictoires obtenus par des observateurs différents.

Tout d'abord on aura soin de faire les inhalations d'ozone à *l'air libre* et non pas dans des espaces clos ou des appareils hermétiquement fermés.

Au début du traitement, deux inhalations par jour sont suffisantes ; chacune durera de 10 à 15 minutes, avec de l'air ozonisé à 0mg.3 par litre d'air environ.

Après la première semaine, donnez, si rien ne s'y oppose, trois et même quatre inhalations par jour, augmentant graduellement la durée des séances jusqu'à 20 minutes.

Commencer les inhalations à une certaine distance de l'appareil ozoneur et s'en approcher progressivement au fur et à me-

sûre qu'on s'habitue à la sensation provoquée par l'ozone.

Les malades s'habituent vite au léger picotement produit par l'ozone sur la muqueuse pharyngienne.

Cependant si les inhalations d'ozone, à fortes doses, produisaient des quintes de toux, il sera nécessaire, comme nous l'avons dit précédemment, de faire respirer en même temps au malade des vapeurs d'eucalyptol ou d'eucalyptus globulus pendant dix minutes. Il sera alors possible de respirer l'ozone concentré, en grande quantité, sans aucun danger d'irritation.

Enfin, pour être efficace, ce mode de traitement devra être continué longtemps, au moins de trois à six mois, quelquefois un an et même davantage, selon la gravité de l'infection et l'étendue des foyers de tuberculose. Il sera suspendu puis repris, chaque période ne devant pas toutefois dépasser plus de 30 séances, afin de donner un peu de repos au malade.

Cette méthode peut être employée dans toutes les formes de tuberculose pulmonaire, à l'état chronique; il n'y aurait de contre-indications que pour la tuberculose miliaire aiguë et les hémoptysies graves.

En résumé, nous croyons pouvoir avancer, en nous basant sur une expérience déjà suffisamment étendue, et sur des faits bien observés et contrôlés avec soin, que les *inhalations d'ozone* combinées avec les *vapeurs d'eucalyptus* donnent des succès très importants dans la *tuberculose pulmonaire chronique*.

Les effets de cette méthode consistent à modifier le terrain, à relever l'organisme et à le défendre contre l'infection, en provoquant vers les foyers infectés un mouvement phagocytaire des plus efficaces.

Je ne prétends pas que cette médication soit spécifique, ni qu'elle doive être employée d'une manière systématique, à l'exclusion des autres modes de traitement.

Dans la cure de la tuberculose, elle ne se substitue ni au repos, ni à l'aération, ni à la gymnastique respiratoire, ni à l'altitude, ni à l'alimentation choisie et reconstituante; mais elle en est le plus puissant adjuvant, s'associant même avec avantage à tous ces moyens hygiéniques, dont l'efficacité s'augmente d'autant.

Nous avons donc l'honneur d'attirer l'attention du Congrès sur cette méthode thérapeutique qui a déjà donné entre les mains d'expérimentateurs consciencieux des résultats si encourageants et nous vous demanderons seulement deux choses : d'abord, qu'on veuille bien expérimenter sur les malades l'action de l'ozone avant de porter aucun jugement ; ensuite qu'on ne nous fasse pas dire plus que nous n'avons avancé nous-mêmes.

Que les confrères veuillent bien reprendre nos recherches. Nous avons moins voulu les convaincre que de les engager à vérifier par eux-mêmes la sincérité de nos affirmations.

-
- BOEKEL (TH.). — De l'ozone. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1854 et 1862.
- BONA (ST.). — De l'ozone. Paris, 1864.
- BUTTE ET PEYRON. — Action de l'ozone sur la nutrition ; élimination de l'azote totale, de l'urée et de l'acide phosphorique. *Annales de polyclinique de Paris*, 1897, VII, 49, 54.
- BORDIER ET MORICEAU. — Sur la production de l'ozone par les courants à haute fréquence. Analyse dans la *Revue d'Electrothérapie*. XLV, 498, Lyon, 2 sept. 1899.
- BORDIER. — *Précis d'électrothérapie*, 1902, page 209.
- BORDIER. — Production, effets physiologiques et emploi thérapeutique de l'ozone. (*Archives d'électricité médicale*, Lyon, 1901.)
- BARTLETT (F. W.). — The practical utilization of ozone in the treatment of diseases. Buffalo, M. B. S. J., 1883-84, XXIII, 1-14.
- BINZ (C.). — Das Verhalten von Blut und Ozon zu sinander centrbl. f. d. med., Wissensah, Berlin, 1882, XX, 721-725.
- BREMONT fils. — Procédé facile pour obtenir de l'ozone dans les appartements. *Bull. et Mém. Soc. de thérap.* Paris, 1884, 112-114.
- DE BLOIS (C.). — Congrès médical des Trois-Rivières, 1906.
- CAILLE (A.). — Congrès de l'Art pédiatrique de Boston, mai 1892.

- COLLART. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'ozone. *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, novembre 1891, P. 377-397.
- CONDY (H. B.). — Disinfection and hygiene by means of oxygen in a nascent and active condition or artificial ozone, 8°, London, 1860.
- CAILLE (A.). — Observations relatives à la valeur de l'ozone naissant dans certaines formes de maladies des enfants, avec explication d'un générateur d'ozone. *Rev. d'hygiène thérapeutique*. Paris, 1896, VIII, 272, 285.
- CASTEX (E.). — *Précis d'électricité médicale*, 1907, page 323.
- COUSTAN (A.). — De la valeur thérapeutique de l'ozone. *Gaz. hebdomadaire de médecine de Bordeaux*, 1895, XIV, 256-259.
- DOUMER. — *Le Nord médical*, 1896.
- DAY. — Ozone, in relation to health and disease, 8° London, 1878.
- DESPLATS. — De l'ozone, *Thèse de Paris*, 1857.
- DAREMBERG (G.). — Sur la recherche de l'ozone dans l'air atmosphérique. *Comptes-rendus, Acad. des Sciences, Paris*, 1878, LXXXVI, 1203, 1205.
- DALAHOUSSE. — De l'ozonisation artificielle, *Gazette des hôpitaux*, 1862, XXXV, 137.
- DUCLAUX. — *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, 1872.
- EDRON (C.). — A scientific ozone inhaler, *J. Am. M. ass. Chicago*, 1898, XXXI, 1064.
- FOVEAU DE COURMELLES. — L'ozone industriel et médical, son chimisme thérapeutique et hygiénique. *Arch. de thérap.*, Paris 1900, III. 1-7.
- FOVEAU DE COURMELLES. — *L'année électrique*, page 206.
- FISHER (E.). — Ueber ein wirkung des ozons auf gahrung von Faulniss, 8° Bonn, 1883.
- FIGUIER (E.). — L'Ozone, *Gaz. hebdomadaire de médecine*. Paris, 1853, 4° 862, 865, 902, 905.
- FESTWEHR. — D. Stuttg. Argthl. ver 1897, 206, 234.
- GUILLEMINOT. — *Electricité médicale*, 1907, p. 205.
- GESSLER (H.). — Der therapeutische werth des ozons, méd. Abhandt.

- GORUP BESANEZ. — De l'oxygène, de l'hémoglobine à l'état d'ozone.
- HALLET. — *Rev. internat. d'électrothérapie*, juin 1892.
- HENOCQUE. — Comptes-rendus hebdom. de la Soc. de biologie de Paris.
- HAIN (L.). — L'oxygène et son emploi médical depuis sa découverte. James Amot, 1899, IV 6, 57, I pl.
- IVANOFF (M. P.). — Application de l'ozone dans la chirurgie et observations sur son pouvoir antiseptique. *Med. Vestn.* St. Pétersbourg, 1882, XXI, 185, 203, 236, 262, 268, 284, 299.
- Journal de Médecine et de Chirurgie*, Montréal, Canada, No de mai 1907.
- KOFFWANN (T. A.). — Ozone or électro-negative oxygen, a natural oxygen in the vital process, its application in the therapeutics, 12° Beardstowe, 1873.
- KOFFWANN (T. A.). — Ozone, the active or électro-negative oxygen, its curative virtues in therapeutics, 12°, Boards, 1875.
- KOVALKOVSKY (R. P.). — Arbeiten russischen autoren ueber die Bedeutung des ozons als desinficteus ztsch. f. hygyene. Leipz. 1890. 1. IX, 89-94.
- LE TANNEUR. — *Journal de méd. de Paris*, 1899. Traitement des maladies des voies respiratoires par l'inhalation d'ozone.
- LABBÉ (D.). — De l'ozone, aperçu physiologique et thérapeutique, Paris, 1889, Asselin, E. Flougeau, 8-52.
- LABBÉ ET OUDIN. — Ozone et coqueluche. Bulletin officiel de la société française d'électrothérapie, juillet 1895.
- LABBÉ. — Action physiologique et thérapeutique de l'ozone, communication au Congrès international de médecine. Paris, 1900.
- MARIE (P.). — De l'ozone. (Thèse, 1880.)
- MORTON, WILLIAM. — *N. G. M. Journ.* Juin 1894.
- MOUTIER. — Société d'électrothérapie. (Février 1894). L'ozone dans son application pour la voix des chanteurs.
- MOUNT BLEYER. — Recherches scientifiques sur la création de l'ozone dans la circulation du sang. *Revue internatio-*

- nalé de l'électrothérapie*, janvier 1900. p. 125. Traduction de *Med. Record*, même auteur a fait une communication au Congrès de Moscou en 1897.
- MEUNIER (V.). — L'ozone et les épidémies. *Revue de thérap. méd. et chir.* Paris, 1855, 111, 251, et dans *l'Union Méd.*, Paris, 1855, IX, 531.
- MORTON (W. J.). — Ozone and its uses in medicine, New-York, 4 j. 1894, IX, 779-787.
- ONIMUS. — Emploi de l'ozone. *Bul. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1884, 25, XIII, 1141.
- OUDIN (P.). — Ozone et effluves. *Annales d'électro-biologie*, etc. Paris, 1898, 505-368.
- OTTO. — *Thèse de doctorat ès-sciences*. Paris, 1897.
- PEYRON. — *Annales de la polyclinique*, mars 1898.
- REGNIER (L. R.) et OTTO. — Application de l'ozone à l'hygiène publique et à l'hygiène de l'alimentation à l'aide de procédés spéciaux. *Progrès médical*, Paris, 1898, VII, 355-385.
- RECENT. — The practical improvements in generalising ozone with consideration of its place in nature and medicine, N. J., 1892, 132, p. 160.
- SOYER (S. G.). — Reingung des trinkurassers durch ozon. *Gesundh Ingen.* Munchen, 1900.
- SLETOFF. — Traitement de la tuberculose par l'ozone. *J. Moscou*, 1895.
- SLETOFF. — La production de l'ozone et sa valeur physiologique *Jour. méd.* Oboz. N. 5, 1895.
- SCELLES DE MONTDESERT. — De l'air ozonisé dans la goutte et le diabète sucré. *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1864-65, XXX, 937-949.
- SAUVAGE (L.). — Observation sur la dernière communication de M. Houzeau sur l'ozone, *Monit. scient.*, Paris, 1865, VII, 923-28.
- SCOUTTELEN (H.). — L'ozone, ou recherches chimiques météorologiques, physiologiques et médicales sur l'oxygène électrisé, 12°, Paris, 1856.
- THOMPSON (W. G.). — Notes on the physiological action of ozone preparation. *Med. Record et Journal*, 1894, XIV, 287-260.
- WEILL. — Académie de Médecine, janvier 1899.

REVUE GENERALE

LES PHENOMENES MENINGES AU COURS DE L'ENTERO-COLITE (1)

Il y a quelques jours, vous m'avez vu différer d'opinion avec vous, à propos de l'affection d'un enfant que vous aviez, tous, qualifiée de colite. Celle-ci était bien réelle, mais quand j'eus constaté l'air fatigué du patient, son attitude en chien de fusil, son aspect nettement abruti, je vous ai objecté : " Il y a là autre chose que de la colite, il existe une cachexie de tout autre origine ". C'était, en effet, un dégénéré, syphilitique héréditaire, dont le liquide céphalo-rachidien, fortement albumineux, présentait quelques lymphocytes, témoins d'une irritation méningée, d'une poussée méningitique au cours d'une encéphalopathie.

Je veux vous parler aujourd'hui, des troubles méningés que l'on observe chez les porteurs d'entérocolite, et de la distinction, souvent très difficile à établir, entre les troubles nerveux relevant de cette affection intestinale, et ceux qui ressortissent à une tout autre étiologie.

Le soir même du jour où je vis notre petit hospitalisé, j'étais appelé en consultation auprès d'un enfant de treize mois, dont je vais, brièvement, vous retracer le passé pathologique.

Ses parents paraissent bien vigoureux. Sa mère l'a nourri exclusivement au sein pendant cinq mois, puis, sa sécrétion lactée étant venue à diminuer, elle aida à l'insuffisance de l'allaitement maternel par l'adjonction de quelques biberons. L'enfant avait sept mois à peine que sa mère redevenait grosse. Dès lors, tout allaitement maternel fut supprimé ; l'enfant fut entièrement nourri, par la suite, au lait de vache.

Non loin de là, il présenta une poussée fébrile, dont les raisons ne purent être découvertes. Elle n'était expliquée par aucune localisation, du moins évidente. Les gardes-robes étaient normales, les ganglions n'offraient aucune particularité, nulle grippe n'infestait le voisinage. C'était une de ces poussées fébriles, trop

(1) Leçon faite par M. le professeur Hutinel, le 28 mai 1910.

fréquentes, dont la cause reste insoupçonnée et derrière lesquelles se dissimule souvent la tuberculose. Il ne tarda pas à s'améliorer, à guérir.

Il y a trois semaines, il fut pris de malaises, de vomissements et d'évacuations glaireuses : on diagnostiqua une entérocolite. Celle-ci céda bientôt sous l'influence d'un régime et d'une thérapeutique appropriés ; mais le petit malade ne se remettant pas, ne se relevant pas, on m'appela.

Quand je l'ai vu, tout récemment, une chose m'a frappé dès l'abord : l'enfant ne réagissait pas le moins du monde. Je n'aime pas l'indifférence chez les enfants ; elle indique que leur cerveau ne se comporte pas comme il convient. Les selles actuelles étaient normales, exemptes de fétidité et de glaires ; il n'était donc plus question d'entérocolite. La pupille droite était bien large, la gauche petite ; il existait de la raideur de la nuque et des membres inférieurs, des troubles cardiaques et respiratoires, tous phénomènes tributaires d'une tuberculose, dont le premier stade avait été, incontestablement, marqué par cette poussée fébrile antérieure dont on n'avait pas découvert la signification.

Vous aurez souvent affaire à des cas de ce genre, messieurs, et je vous prédis que souvent aussi vous vous tromperez.

Sommes-nous devant une simple entérocolite ou une méningite tuberculeuse au début ? telle est la question que vous aurez fréquemment à vous poser. Si vous vous en tenez au diagnostic d'entérocolite chez un malade, pour la raison que vous avez reconnu, indiscutablement, chez lui autrefois une poussée de colite, vous vous tromperez plus d'une fois et vous vous maintiendrez dans votre erreur, jusqu'au jour où des phénomènes d'une gravité imprévue vous édifieront sur la cause et la nature redoutables des troubles nerveux relevés au cours et au décours d'une manifestation entéro-colitique.

Le diagnostic d'entérocolite et de méningite bacillaire commençante est particulièrement difficile chez les petits enfants, dont le tube digestif est d'une si grosse importance. Chez eux, les affections digestives sont prédominantes, tandis que les réactions méningées restent ou paraissent — pour cause — peu accentuées. Combien ces petits êtres, non entrés encore en possession de la parole, à la pensée et à la musculature à peine existantes, diffèrent de leurs aînés, des enfants à peine âgés de trois ans, qui

déjà parlent, rient, marchent et courent! Vous le comprenez sans peine, chez les premiers et les seconds, la même lésion provoquera des symptômes bien différents, de par le seul fait de leurs réactions, plus nombreuses et plus marquées suivant l'augmentation de leur âge.

Cette dissemblance se retrouve dans les cas qui nous préoccupent en ce moment, à propos de l'entérocolite et des méningites.

Je me rappelle un petit garçon de la rue Lafitte, que j'avais soigné, antérieurement, pour une entérocolite des plus caractérisée. Il avait fort bien guéri de son affection et n'avait pas tardé, vu l'excellent état de son intestin, à retourner au collège. Tout allait depuis longtemps à souhait, quand les parents m'appelèrent en consultation pour leur enfant. Il avait des vomissements, une langue saburrale, des selles glaireuses et putrides survenues après une période de constipation. Quand je le revis, il avait encore des selles glaireuses et très odorantes, une fièvre qui, malgré le traitement suivi et qui était de circonstance, s'obstinait à ne pas descendre; il avait surtout une dépression énorme dont je fus frappé. Tandis que mes confrères et moi nous retirions, je leur exprimai mes craintes: "Je vois bien l'entérocolite qui est indiscutable; mais cette persistance de la fièvre, cet abattement, cette irrégularité du pouls et de la respiration m'inquiètent au plus haut point." Quinze jours plus tard, l'enfant succombait à une méningite cérébro-spinale dont cette nouvelle poussée d'entérocolite avait marqué le début.

Ces surprises sont fréquentes, et les plus avisés s'y trompent.

Les affections intestinales, messieurs, comportent, surtout chez les jeunes, des réactions méningées, rencontrées fréquemment chez les porteurs d'entérocolites. Au cours de troubles digestifs, ou à leur suite, il arrive qu'on trouve de la fièvre, des obnubilations, de la raideur de la nuque et des membres, de l'inégalité et de l'irrégularité du pouls et des mouvements respiratoires. Tout de suite, on songe aux méninges et l'on dit: méningisme. Mot commode, mais qui, en vérité, ne signifie rien, auquel je préférerais l'expression: réaction méningée, qui indique la souffrance de l'écorce encéphalique ou des enveloppes des centres nerveux. De fait, à l'autopsie de malades morts en possession de troubles intestinaux, vous trouvez parfois des vaisseaux dilatés, une congestion des méninges notable, alors que la ponction lombaire avait

révélé une augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien et, ceci rarement, une modification leucocytaire.

Cette tension du liquide céphalo-rachidien donne parfois lieu à de véritables hydrocéphalies, et il me souvient d'un enfant qui, à l'occasion d'une entérocolite, présenta des crises convulsives, de la raideur de la nuque et des membres, de l'inégalité du pouls, indices d'une irritation méningée, à laquelle succéda une notable hydrocéphalie.

Ce sont là, messieurs, des réactions méningées, plus ou moins intenses, plus ou moins durables, qui se rencontrent assez fréquemment au cours des affections intestinales. Quand il les constate, le médecin se contente de les attribuer au méningisme. C'est le mot qu'il prononce, même quand il redoute une méningite bacillaire. Il est terrible, en effet, d'alarmer un entourage déjà inquiet par une phrase, retentissant comme la menace d'un dénouement affreux: "C'est une méningite tuberculeuse qui fauchera bientôt votre enfant!" Surtout si autour de lui, si près de lui vivent d'autres enfants! Et voilà pourquoi — erreur ou crainte d'alarmer les familles — on laisse s'accréditer cette idée, cette interprétation du "méningisme" qui a fini par prendre une place exagérée, usurpée.

Sous ce nom on englobe toutes les modifications intéressant le système nerveux, tous les troubles nerveux apparus au cours des entéro-colites. Ceux qui relèvent de cette affection sont généralement diffus, larges, à moins de thrombose des sinus. Ils se produisent, le plus souvent, à la faveur de fortes poussées, et s'améliorent notablement, s'amendant, grâce à un régime approprié et à une thérapeutique évacuatrice. C'est un point que vous devez retenir.

Méfiez-vous, par conséquent, des accidents méningés subsistant au cours des entérites, malgré le recours à la méthode évacuatrice et à un régime rationnel, méfiez-vous des réactions méningées que ne modifie pas une évacuation du contenu intestinal. C'est que derrière cette colite il se cache quelque chose de grave; au lieu de penser alors à un "méningisme intestinal" vous aurez à envisager l'éventualité d'une méningite tuberculeuse qui tuera votre petit malade.

N'oubliez pas que la tuberculose, chez les enfants atteints de ces troubles intestinaux se fait sournoisement, à bas bruit. Et chaque fois que vous vous trouverez en présence d'une entérite fébrile, prenez soin d'examiner votre petit malade de haut en bas ; il vous arrivera parfois de trouver à cette élévation thermique une cause tout autre que l'infection intestinale ; et de découvrir à la racine des bronches une adénopathie suspecte, chez des sujets qui semblaient simplement affligés d'une colite.

Je vous citerai l'exemple d'une fillette, aujourd'hui âgée de onze ans, auprès de qui j'avais été appelé, il y a trois ans, à propos de troubles gastro-intestinaux, provenant d'une entéro-colite à poussées périodiques. Je l'auscultai consciencieusement et découvris une adénopathie médiastine très nette, à laquelle nul n'avait songé de ceux qui l'avaient examiné avant moi. Elle fut soumise à un régime spécial dirigé contre ses troubles digestifs et à un repos et une aération exigés par sa situation de bacillaire. Il y a trois jours, j'ai à nouveau été appelé auprès d'elle. Son entéro-colite est guérie, mais elle a une grosse fièvre, que suffisent à appliquer son adénopathie tuberculeuse du médiastin et la présence d'un souffle du sommet gauche. Son cas est banal. Lorsque la tuberculose est associée à une colite, quand elle fait son apparition au cours d'une colite, c'est au médiastin qu'on la trouve localisée, le plus habituellement, dans ce réservoir des bacilles tuberculeux, d'où part très fréquemment l'infection bacillaire à travers tout l'organisme ; de là les bacilles vont pulluler et faire souche dans les endroits les moins résistants, dans les méninges, pour peu qu'elles soient, héréditairement ou pour toute autre raison, prédisposées à subir plus particulièrement leur atteinte nocive.

Comment reconnaître, messieurs, si un enfant porteur d'entérocolite est, oui ou non, atteint en même temps de tuberculose, localisée aux méninges ou ailleurs ?

Parfois, un peu d'attention vous suffira pour éliminer toute crainte de bacillose. Appelés auprès d'un enfant souffrant de la tête, ayant des vomissements, ayant de la constipation, traversée de selles sanglantes et glaireuses, vous constaterez la présence de matières fécales dans un colon descendant rétracté ; vous apprendrez, par ailleurs, qu ces accidents sont consécutifs à un écart de régime. Ici, le diagnostic sera très facile.

D'autres fois, vous reconnaîtrez une entérocolite indiscutable. La langue sera saburrale, l'haleine exhalera une fétidité de fermentation, les vomissements alimentaires seront nombreux, la constipation opiniâtre; les rares selles rendues seront dures, ovi-lées, glaireuses. Le colon descendant sera rétracté et habité par des scybales dures, le cœcum vous apparaîtra manifestement rempli de matières. Il existera un certain état fébrile, plus ou moins élevé. État fébrile tenace, dont le changement de régime ne viendra pas à bout, malgré tous vos efforts. Oh! messieurs, dans ces cas, méfiez-vous: la fièvre va vraisemblablement persister, fièvre escortée de dépression, que suivront des accidents méningitiques, d'origine tuberculeuse. C'est l'entérocolite qui aura ouvert la marche puis seront venus des troubles méningés dont l'apparition et la gravité vous sembleront étranges.

Comment l'entérocolite fait-elle exploser la méningite tuberculeuse?

On pourrait penser que l'intestin est depuis longtemps malade — bacillairement parlant — que le mésentère contient des ganglions tuberculeux, et qu'au cours de troubles intestinaux s'effectue une dissémination des germes, qui se localiseraient soit dans les ganglions du médiastin, soit dans les méninges, soit ailleurs.

Cette hypothèse d'une tuberculose intestinale causant, secondairement, une méningite bacillaire, se trouve controvérsée. Les autopsies, faites à l'occasion de décès survenus chez des individus porteurs, simultanément, d'entérocolite et de méningite tuberculeuse, n'ont pas démontré, en général, l'existence de tuberculose intestinale ou mésentérique.

L'interprétation de cette association de colite et de méningite tuberculeuse, à mon avis, serait la suivante: Chez des enfants sujets à des crises de constipation, à des périodes de stagnation plus ou moins répétées et prolongées des matières dans l'intestin, surviendrait une méningite tuberculeuse dont les premiers effets visibles saillants seraient la céphalée les vomissements, la constipation. D'où réapparition de la colite, et, en même temps ou un peu plus tard, éclosion de troubles méningés bien accentués, caractéristiques d'une infection par les bacilles de Koch, preuves d'une méningite bacillaire désormais incontestable.

Tel est bien, messieurs, le tableau clinique coutumier dans ces

circonstances. Un enfant, sujet à des crises périodiques de rétention fécale, fait, un beau jour, une rechute de colite, signalée par l'émission de selles oviées, glaireuses, tout comme par le passé. Mais, cette fois, la fièvre et l'abattement sont plus accentués qu'au cours de ses crises antérieures; malgré l'observation d'un régime rigoureux, sévère, la fièvre persiste, le pouls devient inégal et irrégulier, la respiration est suspicieuse; le malade ne veut pas quitter son lit. Il maigrit à vue d'œil; mais quoi de surprenant à cela, penserez-vous, il ne mange rien. Simples réactions méningées, simple "méningisme", formulez-vous jusqu'au moment où vous vous êtes obligé de reconnaître avec effroi que ces troubles sont l'expression d'une méningite tuberculeuse dont l'enfant mourra dans quelques jours.

Il est des cas où, au cours de ces troubles gastro-intestinaux, apparaissent des vomissements à répétition, des vomissements acétonémiques, souvent symptomatiques d'une méningite. Je me rappelle un enfant dyspeptique, ayant présenté parallèlement à des vomissements et à de la constipation un état cachectique accusé, s'escortant de fièvre. Un beau jour, il fut pris d'une crise de vomissements, non plus espacés, mais rapprochés; c'étaient des vomissements acétonémiques qui, néanmoins, s'arrêtèrent bientôt. L'enfant succomba rapidement à une méningite tuberculeuse.

Quelle que soit votre attention, il vous arrivera cependant parfois de vous tromper.

Il me revient en mémoire une erreur, que nous avons commise à trois, avenue de l'Opéra. Il s'agissait d'une petite fille de quatre ans, odieusement grognon, depuis longtemps strabique, soumise depuis deux jours à une crise ininterrompue de vomissements, vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux, enfin bilieux. Quand on tentait de l'approcher, elle poussait des hurlements atroces. Pouls inégal, raideur de la nuque, vomissements incoercibles, tout semblait légitimer un fâcheux pronostic. Nous crûmes, tous trois, à une méningite tuberculeuse, que nous ne révélâmes pas à la famille, bien entendu. Deux jours plus tard, elle était complètement guérie.

Dans des circonstances analogues, dans des cas de troubles méningés, au cours de crises de vomissements et de colite, parlez aux **parents de réaction méningée, de méningisme, si le mot vous plaît**: ne prononcez jamais le mot méningite tuberculeuse que si la chose est absolument indubitable.

Comment, messieurs, diagnostiquer une méningite tuberculeuse au cours d'une colite ?

Inspirez-vous, tout d'abord, de la comparaison des troubles digestifs et des phénomènes méningés. Si ces derniers sont disproportionnés aux désordres intestinaux, s'ils les dépassent par trop en gravité, tenez-vous sur vos gardes.

Les réactions méningées de source digestive, vous ne l'ignorez pas, n'éclatent, en général, que dans les cas graves, redoutables, d'affection gastro-intestinales. Mais si la raideur de la nuque, les contractures des membres, la dépression, l'indifférence de votre petit malade sont très marquées, si son pouls est par trop inégal et irrégulier, sa respiration fortement suspirieuse, s'il en est ainsi, méfiez-vous.

La clinique, messieurs, est la science des nuances ; elle exige, en outre, l'examen du malade de pied en cap.

Scrutez, non seulement les antécédents de l'enfant, mais encore ceux de ses parents. Regardez si son père ou sa mère ne sont pas tuberculeux, s'il n'y a pas, dans son entourage, de bacillaire susceptible de l'avoir contaminé. Sachez si lui-même n'aurait pas, jadis, présenté des phénomènes suspects, tels que des périodes de fièvre inexplicquée ; voyez s'il n'est pas porteur d'une adénopathie médiastine, de spina ventosa, etc., s'il n'a pas eu des rhumes successifs, s'il n'est pas grandement cachectié.

L'enfant, déjà grandelet, peut être épuisé par une entérocolite ou être devenu bouffi, à sa suite, mais il comprend, parle, crie, réagit. S'il demeure indifférent à vos incitations, se laisse faire sans difficulté, demeure inerte et insensible, concevez-en la plus grande méfiance.

La cachexie tuberculeuse se distinguera de la cachexie consécutive à l'entérocolite par ses caractères spéciaux : amaigrissement profond, hypertrichose, peau sèche, adénites un peu partout éparses. La mycropolyadénie peut exister chez d'autres individus que des tuberculeux, mais elle prend une signification bien suspecte quand elle coexiste avec un état cachectique prononcé, souvent révélateur à lui seul de bacillose.

Dans l'entérocolite, comme dans la méningite tuberculeuse, le ventre est rétracté, mais beaucoup moins que dans cette dernière ; en outre, vous y trouvez, au niveau du colon descendant, une

corde colique accentuée et des matières stercorales, comme vous en découvrirez aussi dans le cæcum. Le foie, gros dans les deux affections, l'est davantage dans l'entérocolite.

Dans l'un et l'autre cas, la raie méningitique se retrouve, mais elle est moins nette dans la colite.

Interrogez la respiration, c'est une chose capitale. Parfois irrégulière dans l'entérocolite, elle l'est davantage dans la méningite tuberculeuse, où vous remarquerez des pauses respiratoires, la rapprochant du rythme de Cheyne-Stokes.

Dans toutes deux, le pouls présente des irrégularités, des intermittentes; elles sont plus accentuées dans la méningite tuberculeuse où vous noterez des ralentissements exagérés.

Examinez la poitrine de vos malades, auscultez non seulement les poumons, mais aussi et surtout la racine des bronches. Chez le bacillaire, vous découvrirez souvent une respiration plus rude d'un côté que de l'autre, vous trouverez le signe de Smith, révélateur d'une adénopathie médiastine, dont vous savez la signification et l'importance.

La bouche exhale chez l'enfant atteint d'entérocolite, une odeur bien spéciale que vous ne percevez pas chez le tuberculeux, du moins au même degré, tant s'en faut.

N'oubliez pas d'étudier les reflexes tendineux chez vos petits malades. Le signe de Babinski, l'extension des orteils à la suite d'une excitation de la plante du pied, leur position en éventail, devront vous faire penser à une lésion des centres nerveux. Cherchez également si la flexion d'une cuisse sur le bassin n'entraîne pas, en même temps, celle de l'autre cuisse, signe de Brudzinski. Voyez si les deux réflexes rotuliens sont identiques.

La raideur de la nuque, possible dans les deux cas, est beaucoup plus marquée dans la méningite tuberculeuse. Il va sans dire que vous vous serez assuré qu'aucune cause locale (un abcès rétro-pharyngien, par exemple) n'est susceptible de la provoquer.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, au cas où les symptômes seraient obscurs, vous permettrait d'établir votre diagnostic, sans pousser plus loin vos investigations. Elle vous démontrerait, dans la colite, une certaine hypertension du liquide, mais sa pauvreté en lymphocytes. Dans la méningite tuberculeuse, en revanche, où les réactions sont beaucoup plus accentuées, elle dénoterait une richesse notable en albumine et en lymphocytes.

Faut-il vous dire qu'en clientèle urbaine cette exploration présente des difficultés qu'elle ne comporte pas à l'hôpital, où nous ne la pratiquons, d'ailleurs, qu'en vue de l'intérêt des malades? Avisez-vous de dire à la famille que vous jugez nécessaire de recourir à une ponction lombaire, vous serez congédié le soir même.

Qu'est-ce qui apprendra donc, en ces circonstances, que les accidents méningés, par vous constatés, relèvent de la colite ou, au contraire, d'une méningite?

Parfois, pour vous guider, vous aurez l'indication fournie par des troubles oculaires, une inégalité pupillaire, de la photophobie la ptose d'une paupière, un strabisme caractérisé, une parésie faciale, la parésie d'un membre, sa contracture, des tremblements, dits mouvements choréiformes.

A propos de ces derniers, je vous dirai que tout récemment, avec M. Nobécourt, j'ai eu l'occasion de voir, dans un hôtel de la rue Turbigo, un enfant de dix-huit mois, le fils d'un Américain venu à Paris pour faire soigner sa neurasthénie. A bord du bateau qui les portait, ce petit enfant fut pris de vomissements et de troubles intestinaux relevant d'une gastro-entérite réelle. Tout à coup, il est pris d'un profond abattement, de raideur de la nuque, et de mouvements choréiques du membre supérieur et inférieur droits qu'il agite sans cesse. Nous avons pu les observer, de même qu'une contracture de la face et une augmentation des réflexes. Il s'agissait d'une chorée, symptomatique d'une méningite tuberculeuse prouvée par la présence d'albumine et de lymphocytes abondants dans son liquide céphalo-rachidien, méningite tuberculeuse se déclarant au cours d'une entérite indiscutable.

Sachez-le bien, messieurs, ce début de la méningite tuberculeuse, ce début à troubles gastro-intestinaux est chose banale.

Si, malgré tout, vous restez dans le doute, ne pouvant vous décider en faveur d'une entérocote simple ou de troubles gastro-intestinaux ressortissant à une méningite, si pour une raison ou une autre, vous ne pouvez ou ne voulez faire appel au jugement émis par une ponction lombaire, n'oubliez pas, messieurs, qu'il vous reste une dernière ressource qui, elle du moins, est à la portée de tous: je veux parler du traitement. Il peut vous servir de pierre de touche et vous fixer, un peu tardivement il est vrai, sur un diagnostic et un pronostic que vous n'auriez pu établir en temps urécoce.

Un purgatif bien évacuateur, une diète hydrique ou de bouillon de légumes, l'application de compresses chaudes sur le ventre, telle est la méthode à employer dans ces cas-là.

Si, à l'occasion d'un traitement judicieux, dont je vous indique les principaux éléments, les accidents auxquels votre malade est soumis, s'améliorent, c'est que vous avez eu affaire à une simple colite.

S'il n'est survenu aucune amélioration, si la fièvre persiste, si votre malade reste aussi débilité que par le passé, il vous faut vous méfier. Derrière cette entérocólite, il se passe autre chose, et cette autre chose a toutes chances d'être une méningite tuberculeuse commençante.

Que ferez-vous alors? Ah! je vous en prie, bornez-vous à un traitement uniquement symptomatique: des compresses chaudes, des boissons féculentes, du bromure de potassium, des bains chauds, mais, de grâce, n'en faites pas davantage.

Gardez-vous de toute injection de sérum (sérum physiologique ou de Quinon), qui pourrait aggraver l'état d'un enfant, en pleine dissémination de tuberculose.

Que si, convaincu à tort de l'origine méningococcique des phénomènes présentés par le patient, vous étiez tenté de lui injecter du sérum antiméningococcique, rappelez-vous que vous l'exposeriez à des accidents graves et très prochains, sinon immédiats. Fréquentes sont les morts de tuberculeux à qui on a injecté, jusqu'ici, le sérum de Dopter.

Croyez-m'en, agissez le moins activement possible, dans une affection dont vous savez la gravité et le dénouement habituels. Ainsi, vous éviterez les reproches que, dans le cas contraire, ne manquerait pas de vous adresser une famille éprouvée, et l'accusation d'avoir méconnu la maladie à son début.

La réglementation méthodique du repos et de l'exercice est le troisième et très important facteur hygiénique curateur de la tuberculose pulmonaire. On sait que le repos systématique et quasi absolu était érigé en axiome par Dettweiler et ses élèves.

Il y avait là certainement une erreur du même genre que celle qui préconisait la suralimentation excessive et indistincte de tous les bacillaires. Le repos trop absolu et trop longtemps prolongé entraîne avec lui le ralentissement de tous les phénomènes vitaux, l'atrophie musculaire, la surcharge graisseuse, une diminution manifeste de la résistance à tous les processus morbides. Le tuberculeux a besoin plus qu'un autre, quand le moment en est venu, d'être "réentraîné" par une véritable "posologie de l'exercice". Prenant le contrefaçon de Dettweiler et de l'Ecole allemande, Paterson et l'Ecole anglaise prônent la "cure de travail" en s'appuyant sur certains résultats relatifs à l'indice opsonique chez les malades atteints d'arthrites blennorragiques et traités par le massage, croient y voir une véritable cure d'auto-immunisation.

Quand on entre dans le détail, on voit que la discordance est plus apparente que réelle, que les vrais cliniciens n'ont jamais appliqué indistinctement et intensivement la "cure de repos" ou la "cure de travail" à tous les tuberculeux, que si les uns et les autres ont soumis au repos absolu les tuberculeux pyrétiques, les uns et les autres ont autorisé et préconisé l'exercice aux tuberculeux résistants et apyrétiques et qu'il ne s'agit au fond que d'une question d'espèce, de mesure, d'opportunité.

On ne peut, il ne faut ériger en système ni le repos, ni le travail, mais *l'adaptation progressive d'un exercice méthodiquement gradué aux phases diverses d'une maladie progressive.*

* * *

La cure de repos abaisse et régularise la température, atténue la tachycardie et la dyspnée, suffit souvent à arrêter les hémoptysies chez les bacillaires. La cure de repos est indiscutablement

(1) Alfred Martinet. dans *La Presse Médicale*, mercredi, 25 mai 1910.

la meilleure, le plus sûr le moins dangereux des antipyrétiques chez les bacillaires. Elle s'impose formellement chez tous les tuberculeux pyrétiqnes.

Sa durée sera variable ; elle sera commandée chez les bacillaires par la température, la tachycardie, les hémoptysies. Si elle devait se prolonger plus de trois semaines, il conviendrait d'y associer la pratique de massages, de gymnastique suédoise, de mouvements actifs et passifs rationnellement réglés et pratiqués dans la position horizontale.

Ces exercices ont pour but et pour effet de faciliter et d'activer la circulation, d'améliorer la nutrition et la respiration, d'entretenir les muscles en état de travail, d'en éviter l'atrophie et de combattre cette sensation d'asthénie consécutive qui fait dire aux patients et croire au public que le lit déprime, fatigue, ce que est en partie vrai.

Chez les bacillaires, si la température est normale depuis deux jours (inférieure à 37°2 rectal matin et soir), si la tachycardie est minime ou nulle (inférieure à 80), s'il n'y a pas d'hémoptysie, le malade sera autorisé à quitter le jour le lit pour la chaise longue.

* * *

Après dix jours d'apyrexie absolue on passera au second stade : *cure de repos relatif avec exercice modéré, méthodiquement réglé.*

Il sera tout d'abord autorisé à quitter la chaise longue, pour se livrer à l'appartement à quelques occupations manuelles, pour faire sa toilette, pour prendre ses repas à table, etc.

Une semaine après cette épreuve, si l'apyrexie persiste, le malade sera autorisé à quitter la chambre pour faire des promenades de durée et de longueur très lentement croissantes, en terrain plat bien abrité des vents. Ces promenades seront réglées par l'observation de la température et du pouls.

Le malade après avoir pris son pouls et sa température fera une première promenade d'essai de 200 mètres environ et prendra à nouveau sa température et son pouls ; si la température s'est élevée de plus de 5/10 de degré, si le pouls s'est élevé de plus de 12 pulsations, la cure de repos absolu devra être réinstituée pendant 48 heures, après quoi l'expérience sera renouvelée ; si le pouls ne s'est pas élevé de plus de 10 pulsations et est revenu à son chiffre

antérieur après moins d'une heure de repos, si la température ne s'est pas élevée de 5/10 de degré et est revenue à son chiffre antérieur en moins d'une heure, on permettra graduellement les jours suivants des promenades de 400, 600, 800, 1.000, 2.000 mètres et en augmentant de 200 mètres par jour jusqu'à 4 à 6 kilomètres. .

Il nous paraît inutile, pour un bacillaire, de dépasser ce chiffre pour une promenade; plus tard, on pourra en permettre une le matin, une dans l'après-midi, soit 8 à 12 kilomètres par jour. Le moment le plus favorable est le matin 1/2 heure après le petit déjeuner si l'état de la température le permet, et cela dépend essentiellement de la station, de la saison et de la disposition plus ou moins ombragée, plus ou moins inclinée des promenades possibles. Ces promenades devront toujours être fractionnées par des pauses de repos assis de 5 minutes à 1/4 d'heure, pendant lesquelles le malade devra veiller à ne pas se refroidir (il devra, à cet effet, se munir d'une chape ou d'un manteau), et coupées au besoin par de petites collations (type chocolat).

Le choix des promenades, de leur longueur, de leur durée, de leurs étapes, gagera à être fait et réglé par le médecin lui-même qui, en possession de plans schématiques de sa ville ou de sa station, pourra y tracer un programme progressif et soigneusement étudié (orientation, direction du soleil et du vent, pente, poussière, repos et abris, ombrages, etc.), auquel le malade devra se conformer, au moins dans les premiers jours de la reprise de la marche.

La promenade devra être suivie d'un repos absolu et d'une collation.

* * *

A la période d'apyrexie ancienne et solide chez les bacillaires, on peut autoriser la *pratique modérée de divers sports*: cyclisme à petite allure, en terrain plat ou en pente très douce, patinage, jeu de boules, de quilles, de croquet, billard, etc.

Il n'est pas douteux même que quand la guérison paraît solide, le patient peut être autorisé à tenter la pratique de divers exercices manuels, surtout si sa profession antérieure l'y avait accou-

tumé: le jardinage, le travail modéré du bois nous paraissent plus spécialement recommandables.

Paterson et l'école anglaise, nous l'avons dit, ont systématisé cette *cure de travail* en 5 degrés d'une durée de 3 semaines.

Le premier degré consiste à porter 80 fois par jour un panier chargé sur une distance de 50 mètres avec une pente de 4 mètres. La charge est de 12 livres la première semaine, de 18 la seconde, de 24 la troisième.

Dans le deuxième degré, le patient doit charger avec une petite pelle, et en consacrant 4 heures à ce travail, un tombereau de 2 1/2 à 5 mètres cubes.

Dans le troisième degré, la petite pelle est remplacée par une pelle ordinaire de terrassier, et la quantité de terre à déplacer est portée à 8 mètres cubes.

Dans le quatrième degré, le travail précédent est accompagné de travail à la pioche.

Dans le cinquième degré, la durée du travail à la pioche est portée à 6 heures.

Le choix du travail de "terrassment" a été déterminé par ce fait qu'il met surtout en jeu les muscles de la cage thoracique.

* * *

Il est bien évident que la "systématisation" même de la cure sus-rappelée lui enlève toute autre valeur que celle d'un schéma, — qui n'est à peu près applicable que dans un sanatorium et à certains tuberculeux spécialement sélectionnés, apyrétiques et particulièrement résistants, comme c'est le cas au sanatorium de Frimley (F. Dumarest. *Bull. médical*, 1909, n° 93, p. 1061).

Le moins qu'on en puisse dire, pour la phthisiothérapie usuelle, c'est que cette pratique est presque toujours inapplicable, sûrement excessive, souvent dangereuse.

Il ne convient d'en retenir que la suggestion de l'utilité de l'exercice, du travail méthodique et progressif, chez les tuberculeux apyrétiques et résistants.

Il est bien évident que les remarques précédentes sont applicables au *travail intellectuel*, qui devra être réduit au minimum et dont la reprise devra être aussi progressive pour le moins que celle du travail physique.

L'excitation génitale est fréquente chez les tuberculeux. Peut-être le processus tuberculeux put-il créer à lui seul l'excitation et la puissance génitales, mais le genre de vie, l'oisiveté, l'isolement ou au contraire la réunion des sexes, le flirt (sanatoria), la suralimentation, les lectures, le décubitus dorsal en sont probablement les éléments prédominants.

Le phtisiothérapeute devra s'efforcer, par une psychothérapie judicieuse, de refréner cette excitation pernicieuse. Il choisira les lectures, combattra l'oisiveté par des occupations appropriées comme il a été dit ci-dessus, s'efforcera de supprimer les flirts, recommandera le décubitus latéral et aura recours, au besoin, à la valériane, aux bromures et au camphre.

* * *

Comme médication accessoire, M. Sabourin considère comme très utiles les mouvements destinés à développer l'amplitude pulmonaire. Voici la description de la manœuvre à faire : deux ou trois fois par jour, le malade, assis de préférence, sa montre en main, fait pendant 5 minutes un nombre déterminé d'inspirations régulièrement espacées, soit 10 à 12 par minute. Les inspirations se font par le nez de préférence, et le patient doit apprendre à les effectuer de bas en haut, c'est-à-dire en amplifiant d'abord les régions inférieures et moyennes du thorax pour ne dilater et élever la partie supérieure de la poitrine qu'à la fin de l'inspiration.

Il n'est pas douteux que nombre de malades à poitrine aplatie gagnent rapidement de l'ampleur thoracique en se livrant régulièrement à ces simples manœuvres respiratoires.

Mais il faut se méfier, au contraire, de la gymnastique pulmonaire combinée avec les mouvements rythmés des bras, surtout chez les éréthiques, les fébricitants, les congestifs.

En revanche, la gymnastique respiratoire retrouve tous ses droits chez les pré-tuberculeux et les prédisposés.

INTERETS PROFESSIONNELS

UN MOT DE REPONSE A MONSIEUR LE DR. LAURENDEAU

Dans votre réponse à Monsieur le Docteur A. LeSage, vous énoncez des avancés, en parlant de moi, qui sont erronés. Aussi, est-il de mon devoir de les rectifier afin que dans cette tribune des "Intérêts professionnels, il ne se glisse aucune cause d'erreur pour le juge impartial de ces questions.

Dans l'exposé de la déloyauté de médecins à l'égard de leurs confrères, et pour lequel, j'ai eu une réponse de Monsieur le Docteur A. J. Boisvert, je n'ai aucunement eu en vue les devoirs professionnels, comme vous le laissiez entendre. Dans la lettre que j'ai écrite au Docteur Boisvert lui-même, j'ai spécifié d'une manière particulière les abus que je voulais voir cesser. Il s'agit ici des rapports entre confrères. Je n'ai jamais accusé le Dr Boisvert de manquer à l'accomplissement de ses devoirs professionnels, et loin de moi cette idée; à ce sujet je puis dire sans crainte qu'il est ponctuel et médecin sérieux. Voilà donc pour ce point. Donc ce n'est pas sur ce chapitre que je pourrais citer mon confrère de Plessisville devant le conseil de discipline. Relisez attentivement mes articles et vous verrez exactement ce dont j'ai à me plaindre de la part du Dr A. J. Boisvert.

Vous citez la liste des actes dérogatoires à l'honneur professionnel ainsi que les pénalités. Très bien. Mais, j'affirme que cette liste est très incomplète et que les pénalités sont sans effet; et je soutiens que seule la suspension plus ou moins prolongée de la licence du confrère coupable peut l'amener à de meilleurs sentiments.

La liste des actes dérogatoires devrait inclure en outre, le cas du médecin vendeur de boisson; le cas du confrère déloyal; le cas du confrère commerçant et bien d'autres que votre expérience vous suggérerait. La vilénie humaine se montre sous des aspects divers et en ce qui regarde le médecin elle revêt des allures spéciales qu'il est facile de reconnaître.

La loi serait plus parfaite si elle mentionnait ces actes et serait prévoyante si elle faisait précéder la liste des actes dérogatoires de ces mots: "Outre les actes que le Bureau du Collège des Médecins ou le Conseil de discipline peuvent, le cas échéant, déclarer

dérogatoires, etc..." Ainsi les juges du tribunal médical auraient plus de latitude et seraient en meilleure posture pour juger tel cas en particulier.

Et alors même que la loi serait modifiée en ce sens, je soutiens que le Conseil de discipline est une farce, ou un leurre, (à votre goût) et ne peut fonctionner, tant qu'on n'aura pas fait disparaître les frais énormes que fait encourir une plainte devant ce Conseil. Avec un peu de travail, l'on pourra simplifier les procédures et enlever cette barrière des déboursés en les ramenant à des proportions raisonnables.

C'est là, Monsieur le Gouverneur, le travail à faire et avec le temps, nous y arriverons, car, vous pouvez le constater, il y a un réveil et la profession qui finira par imposer ses volontés.

Si j'ai relevé vos assertions, ce n'est pas dans le but d'entrer en lutte avec vous, mais bien pour mettre la question au point. Sans vous connaître personnellement, j'en sais assez de vous pour savoir que vous avez toujours lutté pour l'amélioration de notre loi. Et si j'en juge par les travaux de la Société Médicale de Joliette, dont vous êtes l'âme dirigeante, j'affirme que vous serez toujours au premier rang parmi les défenseurs des intérêts des humbles. Seulement là où nous ne semblons pas nous entendre, c'est sur les réformes à faire à la loi médicale. Pénétrez-vous bien de l'idée que la loi actuelle, si elle est proclamée meilleure, que l'ancienne, n'est en somme, sous certains rapports, qu'à peu près la même chose. Non, il faut l'amender et il n'y a pas que la question de la licence interprovinciale à étudier, ni seulement que les problèmes abstraits, il y a, et surtout, les conditions de pratique à faire aux membres de la profession. La condition actuelle du praticien de la campagne en certains milieux n'est pas bien enviable, et le médecin victime de la déloyauté de ses confrères, déloyauté qui consiste à lui ravir des clients par des procédés malhonnêtes autant que divers, ce médecin, dis-je, n'a qu'à endurer platoniquement son mal tout en protestant devant le corps médical contre une pareille situation. Cette simple question de la condition du médecin de campagne est un sujet d'étude inépuisable pour le gouverneur anxieux de remplir son mandat.

Si j'ai osé soulever cette question devant le public médical, c'est que je veux contribuer à faire redresser ces griefs et cesser les abus dont se rendent coupables certains confrères à mentalité curieuse.

J'espère donc, Monsieur le Gouverneur, qu'au sujet de mon imbroglio avec le Docteur A. J. Boisvert, vous voudrez bien vous rendre compte de la véritable situation et ne point changer l'acte d'accusation que j'ai porté contre ce confrère, avec les explications additionnelles que j'ai publiées en juillet dans l'Union Médicale. Il est vrai que je n'ai reçu aucune réponse à l'offre que je faisais à Monsieur le Docteur A. J. Boisvert, d'où je crois voir un signe des temps.

Tant qu'aux autres aliénas de votre lettre, Monsieur le Docteur L. J. O. Sirois ne manquera pas d'y répondre, je suppose, d'une manière péremptoire ainsi que l'a fait Monsieur le Docteur A. LeSage. De la saine discussion jaillira la lumière bienfaisante qui éclairera d'un jour nouveau le problème de l'amélioration la condition du médecin à la campagne; et pour cela nous avons besoin du concours actif de toutes les bonnes volontés. Mettons nos énergies ensemble et le problème sera vite résout.

Donc il sera bien compris, Monsieur le Gouverneur, que nous compterons grandement sur votre appui aux réunions du Bureau pour travailler à améliorer notre condition; et ainsi vous aurez bien mérité du corps médical.

Docteur OMER E. DESJARDINS.

Ste-Anastasia. — Août 1910.

MEDECINS ET CHARLATANS

M. le Rédacteur,

Aujourd'hui que la question du charlatanisme est à la mode du jour, il ne serait peut-être pas sans intérêt de savoir pourquoi cette plaie sociale n'a cessé d'exister dès la plus haute antiquité? C'est d'abord qu'elle répond au besoin d'un dernier espoir pour le malade que son médecin a abandonné ou condamné. En second

lieu elle est le résultat de la tradition et de l'enseignement de nos propres maîtres. A l'appui de ce que j'avance, laissez-moi vous citer textuellement le fameux baume de notre ancien maître et chirurgien Ambroise Paré :

Comme le supplicieur d'Orléans qui faisait bouillir les faux-monnayeurs et repoussait de la pique ceux qui venaient surnager, Ambroise Paré faisait échauder vivants deux petits chiens dans l'huile de lys, jusqu'à ce que leur chair *laissât* les os, puis il les broyait avec des vers pétris dans le vin blanc." Avec un peu d'essence de térébenthine et d'eau-de-vie, cela vous guérissait de tous maux. Est-ce que ce traitement ne vous rappelle pas l'opothérapie de notre XXe siècle avec en moins la grossièreté et la technique de la préparation. Il faut bien admettre que si de nos jours les idées charlatanesques n'ont point changé, c'est que nous, médecins, sans le vouloir nous encourageons, par notre conduite et même par notre traitement, l'existence de ces préjugés et de ces idées erronées. Je n'en veux pour preuve encore que la manière dont certains confrères (et ils sont nombreux) se présentent et entretiennent leurs clients. C'est une suite ininterrompue de mensonges et de théories absurdes ayant trait à la maladie, quand ce ne sont pas d'effrontées médisances voire même de calomnies lancées contre un confrère qui nous a précédé dans la fouille ou que cette dernière voudrait appeler en consultation. N'est-ce pas là, dites-le moi, un fait de tous les jours. Devant tant de contradictions et de mépris mutuels, le gros public qui croit à l'union des médecins s'imagine qu'on vient de le tromper, et fait comme nous ferions nous-mêmes, il cherche la guérison là où il croit la trouver : dans le charlatanisme.

A ce propos laissez-moi vous raconter le malheureux fait suivant qui se passait il n'y a pas très longtemps. "Un médecin est appelé auprès d'une femme en souffrance d'enfantement. Le travail terminé et après avoir été payé, le médecin sans plus de conseils se retire et ne se montre plus. C'était d'ailleurs une de ses anciennes clientes et il en avait toujours agi ainsi sans inconvénient. Mais cette fois les choses changèrent. Cette pauvre femme affaiblie sans doute par des grossesses répétées et la multiplicité des soins du ménage fait une poussée de température à 104° Fah. On appelle le médecin. Ce dernier tardant à venir,

on s'impatiente et on me fait demander. Le diagnostic fait, après un examen minutieux, je commence une grande irrigation intra-utérine antiseptique et donne les conseils nécessaires. Soudain entre le médecin et avec son plus beau sourire vous défait mon diagnostic pour le remplacer par celui de " un peu de fièvre de lait " et cela en face de tout le monde. Je m'excuse poliment et me retire en lui disant de continuer les soins de sa malade. Quinze jours plus tard j'apprends que la malade va de mal en pis, et, aujourd'hui, qu'elle est sous les soins d'une femme (charlatan) et qu'elle a perdu la raison. C'est ainsi, que par la négligence de ce médecin on jette du discrédit sur la profession médicale.

Et dire que de pareilles choses se passent chaque jour.

Comme a dit le sage, il faut tourner la langue sept fois dans la bouche avant de parler, ainsi faut-il tourner et retourner plusieurs fois ses idées avant de les émettre.

Aussi, instruit par l'expérience journalière et après mûre réflexion en suis-je venu à la conclusion (et je ne crois pas être le seul) que si jamais une réforme fût urgente, c'est bien celle qui se rapporte à la discipline médicale encore plus qu'au charlatanisme. La médecine n'est pas d'hier et cependant les charlatans y ont toujours fleuri ; il faudra encore bien des années avant de les voir disparaître. Cessons donc nos luttes réciproques et montrons nous tour à tour plus charitables. Si par hasard il nous arrive de ne pouvoir consacrer le temps nécessaire à un malade ne craignons pas de le passer à un confrère plutôt que de lui continuer ses soins dans la crainte de la perte de quelques dollars ; ce qui en somme serait une injustice à faire au patient et un véritable cas de conscience pour soi. Unissons-nous donc en toute franchise. Nous devrions comprendre nos intérêts autant que ce pauvre ouvrier qui, quoi qu'on en dise, a bien su trouver le moyen de s'unir et d'augmenter son salaire ; ce que nous, médecins, n'avons pu encore faire faute de bonne entente et de rancunes inutiles.

L. A. CHABOT, M. D.
de Verdun.

ACTUALITES

SERVICE DE LA MARINE DU CANADA

La création d'une marine canadienne ouvre un champ d'action nouveau pour nos jeunes médecins.

Nous publions, ci-dessous, quelques renseignements utiles aux futurs candidats.

Ce sera une excellente école pour former nos jeunes médecins. D'autre part, nos internes dans les hôpitaux qui désirent continuer leur instruction médico-chirurgicale sur un autre champ d'action, trouveront, là, une excellente occasion de mettre en œuvre les notions pratiques acquises dans les hôpitaux et les moyens d'en acquérir de nouvelles.

Nous engageons donc tous ceux qui le peuvent d'adresser leur application au Ministère suivant la forme requise par le règlement ci-joint :

Règlements relatifs à l'entrée des médecins dans le service de la marine canadienne.

Les médecins feront un service de trois ans, lequel pourra être prolongé jusqu'à cinq ans.

Les candidats à la position de médecins-chirurgiens devront adresser leur demande au Ministère du Service Naval à Ottawa, avant jeudi le 15 septembre prochain, et donner les renseignements nécessaires, quel diplôme ils ont obtenu, quelle expérience ils ont acquise depuis qu'ils pratiquent la médecine; donner des preuves de leur âge et fournir des certificats de bonne vie et mœurs.

Une partie des candidats sera choisie pour subir un examen d'aptitudes, et le nombre des médecins qui sera admis dans la marine sera en proportion du nombre de places vacantes. Les nominations se feront par ordre de mérite, c'est-à-dire d'après le nombre de points obtenus à l'examen.

Les candidats ne doivent pas avoir plus de 30 ans à la date de leur examen; ils doivent être des médecins-praticiens parfaitement qualifiés et gradués d'une université canadienne, ou être

natifs du Canada, et démontrer qu'ils ont pratiqué au moins un an depuis leur sortie de l'Université.

Les candidats auront à subir un examen médical afin de constater s'ils sont en état de prendre du service.

Les médecins-chirurgiens auront le grade de lieutenants suivant la date de leur commission.

Pour commencer, le salaire sera de \$4 par jour, et après trois ans \$5 par jour.

Chaque médecin-chirurgien devra se procurer l'uniforme suivant: 1 redingote, 1 gilet et 2 paires de pantalons, 1 habit négligé, 1 casque de grande tenue, 1 habit à dîner, 1 veste et l'épée avec ceinture (undress belt). Le reste de l'uniforme est facultatif. Pour couvrir le coût de cet uniforme une remise de \$150 sera faite à chaque officier lors de son entrée dans le service.

Les officiers qui seront libérés après trois ans, pourvu qu'ils aient donné satisfaction durant leur service, recevront une indemnité de \$1,000.00; après cinq ans \$1,500.00. Mais pour obtenir cette indemnité il leur faudra, après avoir fait leur service actif, faire partie d'une RÉSERVE de médecins-chirurgiens.

Les officiers faisant partie de cette Réserve devront être prêts à prendre du service dans la marine, en temps de guerre ou en cas d'urgence, s'ils sont requis de le faire. Ils devront s'engager à rester dans la Réserve pour une période de cinq ans, et recevront une indemnité de \$150 par année. A l'expiration de cette période ils pourront continuer de faire partie de la Réserve durant une autre période de cinq années et recevront la même indemnité annuelle.

Les officiers de la Réserve qui seront appelés à servir en temps de guerre ou en cas d'urgence, recevront un salaire de \$5 par jour. Si durant cet engagement, ils sont blessés ou meurent de blessures reçues, ou de maladies contractées "au service," leur cas sera traité, pour ce qui regarde l'indemnité qu'ils devront recevoir pour eux-mêmes ou la pension qui sera allowée à leur veuve et leurs enfants, de la même manière que celui d'un officier du même grade dans le service actif.

Les officiers auront la liberté de porter leur uniforme durant leur service dans la Réserve des Médecins.

Ve CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE
FRANCAISE DE L'AMERIQUE DU NORD. (1)

Sherbrooke, 30 juillet 1910.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous rappeler que le Cinquième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord aura lieu à Sherbrooke, les 23, 24 et 25 août prochain.

Les membres du comité d'organisation ont eu le plaisir de vous adresser, durant le mois de juin dernier, une lettre-circulaire pour vous faire connaître la date précise de notre réunion. Cette lettre portait, en outre, à votre connaissance les questions mises à l'étude et renfermait, avec les deux bulletins d'adhésion et de communication des travaux, un programme sommaire du Congrès.

Un grand nombre de confrères ont répondu à l'appel en nous retournant leur bulletin d'adhésion, et les communications déjà inscrites assurent le succès scientifique de la prochaine Convention.

La France et les Sociétés médicales de ce pays seront officiellement représentées. La Société de Chirurgie de Paris, a bien voulu déléguer Monsieur le docteur Picqué, Chirurgien en chef de l'Hôpital Lariboisière, Chirurgien en chef des Asiles d'Aliénés et Officier de la Légion d'Honneur. Ce distingué maître sera accompagné de deux représentants officiels de l'Ecole Médicale française et de la Société pour l'Avancement des Sciences. Nous avons, en outre, la promesse que plusieurs travaux importants nous seront adressés, sous peu, des Maîtres français.

Nous vous invitons cordialement à prendre part à ce ralliement professionnel et, dans ce but, nous vous adressons tous les renseignements concernant l'organisation générale.

Dans l'espérance que vous ne nous refuserez pas votre précieux concours, veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président, Hon. P. PELLETIER

Le Secrétaire Général, FRÉDÉRIC A. GADBOIS.

(1) Le Congrès de Sherbrooke sera un fait accompli lorsque ces renseignements paraîtront ; mais nous tenons à les publier pour servir, plus tard, à l'histoire de la Médecine au Canada.

ORGANISATION

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONGRÈS

Président: Honorable P. Pelletier, Sherbrooke; Vice-Présidents: Prof. N.-A. Dussault, Québec, Hon. J.-J. Guerin, Montréal, Dr J.-E. Laroche, Manchester, N. H.; Secrétaire Général: Dr F.-A. Gadbois, Sherbrooke; Assistants Secrétaires: Dr C. Dagneau, Québec, Dr L. Verner, Montréal; Trésorier: Dr J.-O. Ledoux, Sherbrooke.

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

Prof. M.-J. Ahern, doyen de l'Université Laval, Québec; Prof. E.-P. Laroche, doyen de l'Université Laval, Montréal, Chevalier de la Légion d'Honneur; Prof. M.-D. Brochu, Université Laval, Québec, ancien président et fondateur de l'Association, officier de l'Instruction Publique; Prof. A.-A. Foucher, Université Laval, Montréal ancien Président de l'Association, officier de l'Instruction Publique; Dr L.-P. Normand, Trois-Rivières, ancien président de l'Association, officier de l'Instruction Publique, Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec; Prof. Arthur Simard, Université Laval, Québec, ancien président de l'Association, officier de l'Instruction Publique; Prof. L. Picqué, Chirurgien en Chef à Lariboisière, Paris, Chirurgien en Chef des Asiles d'Aliénés, officier de la Légion d'Honneur; Prof. A. Marois, Université Laval, Québec; Dr J.-O. Camirand, Sherbrooke, Président du Bureau Médical de l'Hôpital Général St-Vincent de Paul, Président de l'Association Médicale du District de St-François; Prof. Edwin Turcotte, Université Laval, Québec; Prof. H.-A. Lafleur, Université McGill, Montréal; Dr Georges Bourgeois, Médecin de l'Hôpital St-Joseph, Trois-Rivières, officier de l'Instruction Publique; Dr D.-E. LeCavelier, Montréal, Lauréat de la Société Internationale de la Tuberculose, membre correspondant de la Société de Thérapeutique de Paris; Dr François de Martigny, ancien Assistant Chirurgien de l'Hôpital Péon, Paris, officier d'Académie, Montréal, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu; Prof. L.-D. Migneault, Secrétaire de l'Ecole de

Médecine, Université Laval, Montréal; Dr H. Triboulet, Université de Paris, ancien délégué du gouvernement français au Congrès de Trois-Rivières; Dr Eug. Turcotte, St-Hyacinthe; Dr L.-C. Provost, Ottawa, Médecin de l'Hôpital St-Luc; Prof. O.-F. Mercier, Université Laval, Montréal, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Notre-Dame; Prof. P.-C. Dagnau, Université Laval, Québec; Prof. S. Grondin, Université Laval, Québec, Gynécologiste à l'Hôtel-Dieu, officier de l'Instruction Publique; Dr J.-E. Dubé, Professeur agrégé à l'Université Laval, Docteur en Médecine de l'Université de Paris; Dr L.-J.-O. Sirois, Gouverneur du Collège des Médecins, St-Ferdinand d'Halifax; Prof. A.-R. Fortier, Université Laval, Québec; Prof. Georges Villeneuve, Université Laval, Montréal; Prof. Albert Paquet, Université Laval, Québec; Dr G.-A. DeBlois, Président de la Société Médicale de Trois-Rivières, Officier d'Académie; Prof. A. Marien, Université Laval, Montréal, Chirurgien en Chef à l'Hôtel-Dieu.

MEMBRES ADJOINTS

Dr P.-A. Castonguay, Québec; Dr Eugène Lacerte, Thetford Mines; Dr Albert Laurendeau, Gouverneur du Collège des Médecins, St-Gabriel de Brandon; Dr Eugène St-Jacques, professeur agrégé Université Laval, Montréal, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu; Dr J.-C.-S. Gauthier, Upton, Société Médicale de St-Hyacinthe; Dr J.-A. Saint-Pierre, Chirurgien, Montréal; Dr J.-U. Roy, Officier d'Académie, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; Dr E.-P. Benoit, Montréal; Dr Jos. Vaillancourt, Ophthalmologiste, Québec; Dr Arthur Vallée, Québec; Dr Achille Paquet, Québec; Dr C.-R. Paquin, Québec; Dr D. Page, Québec; Dr Wilfrid Derôme, Montréal; Dr L.-A. Lessard, Secrétaire de la Société Médicale de Shefford, Gouverneur du Collège des Médecins, Granby, Qué.; Dr Jos. Gauvreau, Régistrare du Collège des Médecins; Dr L.-C. Bachand, Ophthalmologiste de l'Hôpital Général St-Vincent de Paul, Sherbrooke; Dr J.-A. Darche, Ophthalmologiste conjoint del 'Hôpital Général St-Vincent de Paul, Sherbrooke; Dr J. Thibault, Président de la Société Médicale du Comté de Wolfe; Dr J.-A. Nadeau, Beauce Junction; Dr A. de Martigny, Montréal; Dr R. Boulet, Montréal; Dr J.-A.-E. Ethier, Sherbrooke; Dr L.-A. de L. Harwood, Montréal; Dr Eug. La-

treille, Montréal; Dr W. Lamy, Gouverneur du Collège des Médecins, Sherbrooke; Dr S. Cléroux, Montréal; Dr F.-H. Daigneau, Acton Vale; Dr P. Richard, Montmagny; Dr J.-D. Pagé, Petite Rivière; Dr Paul Livernois, Québec; Dr C.-E. Vaillancourt, St-Anselme; Dr G. Rhéaume, Montréal; Dr J. St-Onge, Montréal; Dr F. Bertrand, Sherbrooke; Dr G.-A. Boucher, Orockton, Mass.; Dr Georges Cloutier, St-Joseph de Beauce; Dr J.-A. Ste-Marie, Graceville; Dr J. Prévost, La Patrie; Dr A. Bonin, Sherbrooke; Dr G.-A. Codère, Mégantic; Dr A. Beaudry, St-Hyacinthe; Dr J.-M. Aumont, Montréal; Dr J.-A. McCabe, Windsor Mills; Dr A. Rivière, Chicoutimi; Dr J.-A. Marcotte, St-Michel de Bellechasse; Dr J.-A. Denis, Notre-Dame des Bois; Dr J.-Z. Triganne, Plessisville; Dr J. Hayes, Richmond; Dr J.-E. Noël, Sherbrooke; Dr J.-N. Lemieux, Weedon; Dr J.-M. Chagnon, Sherbrooke; Dr Charles Saint-Pierre, Montréal; Dr Jos.-E. Dion, Montréal.

Le Cinquième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord ouvrira ses séances au Séminaire St-Charles-Borromée, Sherbrooke, Qué., mardi, le 23 août, à 8 heures p. m., pour les continuer les mercredi et jeudi suivants, les 24 et 25 août 1910.

Nous sollicitons l'honneur de votre présence ainsi que votre précieux concours.

Président: Hon. P. Pelletier; Secrétaire Général: F. A. Gadbois, M. D.; Trésorier: J. O. Ledoux, M. D.

MOYENS DE TRANSPORT

Tous ceux qui désirent assister au congrès sont priés de n'acheter qu'un billet "simple" sur Sherbrooke. Ils devront en même temps demander à l'agent local de leur remettre un certificat spécial à cette fin. Les membres sont priés de mettre leur billet de chemin de fer et leur certificat sous enveloppe, avec leur nom écrit correctement, et de la remettre au secrétaire-général de bonne heure, mercredi matin, afin que tout soit en ordre. Les compagnies exigent 25 cents pour le certificat.

RENSEIGNEMENTS

Un bureau de renseignements siègera en permanence depuis mardi, 23 août jusqu'à la fin du congrès, dans l'entrée du Séminaire.

Le trésorier sera à la disposition des congressistes, à partir de 4 heures p.m., mardi 23 août, dans l'entrée du séminaire.

HOTELS A SHERBROOKE

Château Frontenac: Chambre et pension	\$2.50 à \$3.50
New Sherbrooke: " "	2.50 à 3.50
Magog: " "	2.50 à 3.50
Grand Central: " "	2.50 à 3.50
Continental: " "	2.00 à 3.00
Montreal House: " "	1.50 à 2.00
American House: " "	1.50 à 2.00
East Sherbrooke: " "	1.50 à 2.00

PROGRAMME GENERAL

Le mardi, 23 août 1910. — 3 p.m. à 6 p.m.

Inscription et réception des congressistes.

8 p.m. à 9 p.m.

Ouverture officielle du congrès dans la grande salle du Séminaire.

Discours d'ouverture du Président.

Discours de bienvenue par le représentant de la ville de Sherbrooke.

Rapport du Secrétaire-Général.

9 p.m. Première Séance Générale.

Rapport sur l' " Enseignement actuel de l'Hygiène à l'école ", par le Dr Jean Décarie, Montréal.

Rapport sur l' " Hygiène Scolaire ", par le Dr E. J. C. Kennedy, Montréal.

Le mercredi, 24 août 1910. Deuxième Séance Générale. 9.30 a.m.

Rapport sur les " Infections Gastro-Intestinales ", par les Drs Arthur Rousseau et Odilon Leclerc, Québec.

Etude sur le cancer de l'estomac, à des points de vue personnels, par le Dr J.-C. Bourgoïn, Montréal.

Considérations cliniques sur le cancer de l'estomac avec présentation de pièces anatomiques, par le Dr Eugène St-Jacques, Montréal.

Cancer de l'estomac et gastrite chronique. Diagnostic différentiel : Prof. M.-A. Brochu, Québec.

Exploitation de la profession par les faux pauvres dans les hôpitaux, par le Dr J.-E. Noël, Sherbrooke.

2 p.m. Troisième Séance Générale.

Rapport sur la " Chirurgie des Aliénés ", par le Dr I. Piqué, de Paris, délégué officiel de la Société de Chirurgie.

Rapport par les délégués français.

Lecture d'un travail sur la " Philosophie et Physiologie de l'Alimentation ", par le Dr D.-E. LeCavelier, Montréal.

5 p.m. —

Promenade autour de la ville en automobile.

Visite des Hôpitaux.

8 p.m. Travaux de Section.

SECTION DE MEDECINE

Président : Dr P.-V. Faucher, Québec.

1er Vice-Président : Dr E.-P. Benoit, Montréal.

2e Vice-Président : Dr F.-J. Langlais, Trois Pistoles.

3e Vice-Président : Dr T. Bruneau, Montréal.

Secrétaire conjoint : Dr C.-A. Prévost, St. Johnsbury, Vt.

Secrétaire conjoint : Dr Eugène Lacerte, Thetford Mines.

—Discours du Président.—

Le mercredi, 8 p.m.

ORDRE DES TRAVAUX

Dr E.-P. Benoit et Dr Derôme, Montréal : Aphasie de Broca. La nouvelle doctrine de l'aphasie, avec pièces histologiques.

Prof. G. Villeneuve: (a) Récidivisme en aliénation mentale.
(b) Aliénation mentale et criminalité.

Prof. J. Ahern: La maladie de la Baie St-Paul.

Dr Eug. Lacerte: Thérapeutique des accès éclamptiques.

Dr J.-N. Roy: Amaurose hystérique. Observations cliniques.

Dr A. Vallée: Le chimisme intestinal.

Dr D. Pagé: L'aliénation mentale et la tuberculose chez les aliénés.

Dr P.-V. Faucher: Traitement de la Syphilis par la méthode de Milian.

Dr Jos.-E. Dion, Montréal: Essai de statistique sur les rapports de l'alcoolisme avec la folie.

Dr Chs. St-Pierre, Montréal: La Tuberculose, la Syphilis et le Cancer ont franchi nos portes. Qu'avons-nous fait, que faisons-nous, que devrions-nous faire, pour enrayer la marche de ce trio de voleurs?

SECTION D'HYGIÈNE. — INTERETS PROFESSIONNELS.

Président: Dr G.-E. Baril, Montréal.

1^{er} Vice-Président: Dr C.-R. Paquin, Québec.

2^e Vice-Président: Dr L.-A. Beaudry, St-Hyacinthe.

3^e Vice-Président: Dr J.-E. Laberge, Montréal.

Secrétaire-conjoint: Dr L.-G. Pinault, Campbellton.

Secrétaire-conjoint: Dr J.-Z. Bergeron, Chicago.

—Discours du Président.—

ORDRE DES TRAVAUX

Dr R. Fortier: Quelques erreurs dans l'alimentation des nourrissons.

Dr L.-J.-O. Sirois: Le travail des femmes et des enfants.

Dr C.-R. Paquin: Hygiène de l'école et moyens de généraliser son inspection médicale.

Dr J.-O. Camirand: L'Aqueduc en rapport avec l'Hygiène.

Dr J.-E. Noël: Question des Hôpitaux.

SECTION DE CHIRURGIE

Président: Dr L.-C. Prévost, Ottawa.

1er Vice-Président: Dr Eugène St-Jacques, Montréal.

2e Vice-Président: Prof. Albert Paquet, Québec.

3e Vice-Président: Dr H. Béland, Beauce.

Secrétaire-conjoint: Dr C.-E. Darche, Trois-Rivières.

Secrétaire-conjoint: Dr R. Chevrier, Ottawa.

—Discours du Président.—

ORDRE DES TRAVAUX

Dr Frs. de Martigny: La transfusion directe: ses indications, sa technique, ses résultats.

Dr A. Castonguay: Fractures des os de l'avant-bras par retour de la manivelle.

Dr A. Laurendeau: La scopolamine dans l'éclampsie.

Dr Eug. St-Jacques: Contribution au traitement du tétanos par la méthode de Bacelli. Observations cliniques. 4 cas avec guérison.

Dr J.-C.-S. Gauthier: L'Anesthésie obstétricale.

Dr J.-A. Saint-Pierre: Les accidents tardifs du chloroforme.

Dr Eug. Lacerte: Contribution à l'étude des pleurésies purulentes.

Dr J.-N. Roy: De la nécessité de l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées.

Prof. N.-A. Dussault et Dr J. Vaillancourt: Les traumatismes de l'œil dans les accidents du travail.

Prof. S. Grondin: Les infections post-partum.

Dr A. Vallée: L'anatomie pathologique des appendicites chroniques.

Dr .-A. Darche: Traitement de la rhinite spasmodique.

Dr P.-C. Dagneau: Les dangers du chloroforme et les moyens de les éviter.

Dr Achille Paquet: Les pyélonéphrites gravidiques.

Dr Frs. de Martigny: Les grossesses extra-utérines: leur traitement.

Dr J.-A. Darche: Notes sur le rapport de la convergence et de l'accommodation.

Dr P.-A. Castonguay: L'avortement à forme syncopale.

Dr J.-E. Noël: Oxyures vermiculaires: leur rôle dans la genèse de l'appendicite.

Plusieurs médecins de Québec et de Montréal, qui doivent faire des communications, en donneront le titre dans quelques jours.

Le jeudi, 25 août 1910.—8 a.m.

Réunion à la gare du Pacifique Canadien.

8.20 a.m.

Départ pour New-Port, par Magog et le lac Memphremagog.

10 a.m.

Séance générale de clôture à bord. Elections des officiers du prochain congrès.

Retour à Sherbrooke dans l'après-midi.

COMITÉ DE RÉCEPTION

Président: J.-O. Camirand; L.-C. Bachand, J.-A.-C. Ethier, F. Bertrand, A. Bonin, J.-A. Darche, W. Lamy, H. Cabana, J.-E. Noël.

Note de la Rédaction. — Nous donnerons un compte-rendu des travaux le mois prochain.

ANALYSES

MEDECINE

De la rechute dans la fièvre typhoïde. par M. Weill dans *Journal Méd. de Bruxelles*, t. XV, n° 24, 16 juin 1910, p. 3690.

Les hypothèses qui ont été imaginées pour expliquer la rechute dans la fièvre typhoïde sont des vues de l'esprit et ne reposent pas sur des faits.

Une expérience de Sanarelli permet d'en entrevoir le mécanisme: des cobayes, guéris d'une infection éberthienne expérimentale, font une septicémie nouvelle, par pullulation des microbes restés vivants au foyer d'inoculation, si on leur injecte une toxine de colibacille.

Cette expérience peut s'appliquer à l'homme; le bacille demeure vivant pendant bien longtemps dans des retraites nombreuses et peut être mobilisé par un accident quelconque — fatigue, trouble digestif — produisant l'équivalent d'une injection de toxine.

La coïncidence d'un foyer attardé et de la rechute a été signalée par plusieurs auteurs, entre autres Murchison et Laignel-Lavastine.

M. Weill rapporte les histoires de deux typhiques, calquées en quelque sorte sur le même schéma: première atteinte de fièvre typhoïde à évolution grave, donnant lieu, après quelques jours d'apyrexie, à une rechute absolument classique. Dans les deux cas, le début de cette rechute s'accompagne de phénomènes de cholécystite, qui se répètent encore pendant la convalescence et aboutissent, après 15 jours d'hypothermie, à une crise grave de cholécystite avec péricholécystite. L'une des deux malades dut être opérée et l'on trouva une vésicule complètement adhérente aux organes voisins, perforée, et remplie de calculs biliaires, preuves d'une atteinte ancienne de l'organe.

Il paraît donc bien qu'il y a eu, dans ces deux cas, action en retour de la cholécystite sur la fièvre typhoïde. Les bacilles, issus de l'intestin, se répandent dans la circulation, constituent la septicémie habituelle et s'éliminent par divers émonctoires, entre autres par les voies biliaires. Si celles-ci ont été lésées auparavant (lithiase ancienne), la cholécystite éclate. Les bacilles récupèrent dans ce milieu favorable une virulence nouvelle, sont aptes à léser de nouveau l'intestin et provoquent la rechute.

Ce mécanisme peut expliquer un certain nombre de rechutes. La théorie d'un foyer attardé est le fait le plus précis qui ait été proposé pour expliquer la rechute. Un des foyers les plus fré-

quents et les plus favorables à la réinoculation intestinale est le milieu biliaire.

— M. E. Renaux, à l'appui de la théorie exposée par M. Weill, signale ce fait que, le 5e ou le 6e jour de la fièvre typhoïde, alors que le séro-diagnostic est encore négatif, presque toujours le bacille typhique existe déjà dans le sang: pour l'y démontrer, c'est à un milieu de culture constitué par de la bile de bœuf stérilisée qu'il faut avoir recours.

THERAPEUTIQUE

Eczéma aigu. — Jeanselme.

Le *traitement* de l'eczéma sera avant tout *général*. Il faut modifier le vice de nutrition qui commande l'éruption cutanée. Les arthritiques useront des alcalins: du bicarbonate de soude, du benzoate de soude, des eaux minérales alcalines. Les lymphatiques prendront de l'huile de foie de morue, du sirop iodo-tannique, du sirop d'iodure de fer et des eaux sulfureuses. Dans les eczémas prurigineux, on pourra ordonner les arsenicaux qui réussissent mal dans les autres formes. Le régime alimentaire sera surveillé de très près. Il consistera dans la suppression des excitants, du gibier, de la charcuterie, des fromages fermentés, des boissons alcooliques, du thé, du café. Le régime lacté exclusif pourra être employé dans l'eczéma prurigineux. Le malade mènera une vie calme, ne se fatiguera pas; les voyages produisent souvent une détente salutaire.

Dans le *traitement local*, il faut commencer par ne pas nuire et se méfier des topiques trop actifs (orthoforme).

En général, on traite l'eczéma aigu par les *applications humides*: cataplasmes froids de fécule, compresses de tarlatane imbibées d'eau bouillie et couvertes de toile imperméable. Précaution à prendre: *ne jamais ajouter d'antiseptiques*. Le sublimé, l'acide phénique, l'acide borique ne valent rien. Les tissus de caoutchouc pour la tête, suspensoirs pour le scrotum, doigtiers.

Une fois les croûtes tombées, on poudre; l'amidon soulage mieux, mais il fermente. Les poudres minérales: tale, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, ont l'inconvénient de ne pas soulager aussi bien, mais elles ne fermentent pas. Dans les cas d'eczéma généralisé, on peut étendre une nappe de poudre sur un drap mobile dans lit. Le malade s'enroule dans son drap.

Quand l'inflammation est tombée, on commence l'emploi des

pâtes et des pommades. On se souviendra que les pommades sont susceptibles de faire beaucoup de mal. Elles peuvent ramener un état aigu, en emprisonnant le liquide au-dessous d'elle. La pommade vulgaire :

Oxyde de zinc..	6 gr.
Vaseline..	25 gr.

est responsable de bien des aggravations. La nature de l'excipient n'est pas indifférente. La vaseline est plus irritante que le cold-cream ou l'axonge.

Les pâtes renferment une quantité de poudre bien plus considérable. Grâce à cette densité plus forte, les liquides cutanés filtrent par capillarité à travers les pâtes et la décongestion des tissus s'opère plus aisément. En plus, la pâte réalise un enduit protecteur sur les tissus enflammés. On connaît la pâte de Lasar :

Oxyde de zinc..	
Amidon..	
Lanoline..	
Vaseline..	
	parties égales.

La formule suivante est également recommandable :

Oxyde de zinc..	10 gr.
Terre fossile	2 gr.
Axonge benzoïnée..	28 gr.

On peut ajouter à cette pâte une certaine quantité de craie préparée (5 gr. environ).

La pâte est étalée avec du coton. Le pansement est fait matin et soir. Se rappeler que la pâte ne s'enlève pas avec des liquides. Il faut l'enlever avec du cold-cream. On refait ensuite une nouvelle application.

Quand le mieux sera manifeste, alors seulement on pourra user de pommades ;

Cold-cream..	20 gr.
Glycérine neutre..	9 gr.
Oxyde de zinc..	1 gr.
Teinture de benjoin..	XV gouttes

La teinture de benjoin surajoutée jouit des propriétés anti-prurigineuses.

Dans l'*eczéma impétigineux*, on peut user de substances plus actives :

Glycérolé d'amidon	30 gr.
Savon noir	q. s.

Pour émulsionner.

Ou bien :

Précipité jaune	0 gr, 50 à 1 gr.
Cérat	20 gr.

Dans l'*eczéma chronique*, on emploiera des pommades qui pénétrèrent plus profondément.

L'acide salicylique à 1/40 ;

Le nitrate d'argent à 1/50, 1/30, 1/10 ;

L'huile de cade à 1/3 ou 1/4 ;

L'acide pyrogallique à 5/100 (dangereux, en raison de sa toxicité) ;

L'acide chrysophanique à 1/50 (irritant) ;

L'ichtyol à 1/3 ;

La résorcine à 1/3.

Les *emplâtres* sont surtout utiles par l'occlusion qu'ils réalisent. L'emplâtre de Vidal, au minimum et au cinabre, est d'un usage courant. Les *bains* sont utiles sous forme de bains sulfureux.

L'*eczéma séborrhéique* est très tolérant. On le traitera par les pommades au calomel, à l'acide salicylique, à la résorcine (1/20 à 1/40). Le soufre peut être considéré comme l'agent spécifique de l'*eczéma séborrhéique* :

Oxyde de zinc	} aa	2 gr.
Soufre précipité		
Lanoline	} aa	100 gr.
Huile d'amandes douces		

L'*eczéma des lèvres* se rencontre chez les strumeux : huile de foie de morue et pommade au précipité jaune.

L'*eczéma des narines* sera lotionné avec l'eau d'Alibour à 1/3 (l'eau d'Alibour renferme, pour 600 grammes d'eau distillée camphrée et filtrée, 7 grammes de sulfate de zinc et 2 grammes de sulfate de cuivre).

L'*eczéma de la barbe* se complique souvent de folliculite. La pommade cadique, l'épilation, parfois la scarrification en quadrillé au niveau des indurations ou même les attouchements de la pointe du galvano-cautère viendront à bout de la maladie.

L'eczéma du sein est spécial à la femme. Il s'observe pendant la grossesse, l'allaitement, s'observe pendant la gale. Les badigeonnages au nitrate d'argent sont indiqués; de même les pommades à l'huile de cade ou la résorcine.

L'eczéma de l'anus et des parties génitales se traite par des applications de cataplasmes, d'eau bouillie, des poudrages, des lotions avec de l'acide cyanhydrique à 1/1000, au chloral, à l'acide phénique (1/200e). Des tampons couverts de poudres isolantes seront interposés entre les plis irrités: on utilisera les suppositoires à l'extrait thébaïque. Avant tout on procèdera à l'examen des urines. Cette localisation de l'eczéma est en effet, très fréquente chez les diabétiques. Le traitement général du diabète amène très vite la régression de ces eczémas locaux.

L'eczéma variqueux se trouvera bien du repos dans la position horizontale, de la surélévation du membre, de la compression, des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent.

Dans *l'eczéma corné des mains et des pieds*, il faut commencer par ramollir la corne à l'aide d'émollients, de gants de caoutchouc. Quand le ramollissement sera opéré, alors seulement on emploiera les réducteurs: acide salicylique ou ichtyol.

Eczéma de la face chez l'enfant. — C. Thibierge.

Dans la période aiguë et suintante, appliquer des cataplasmes de fécule de pommes de terre refroidis et renouvelés toutes les 5 à 6 heures ou des compresses de gaze trempées dans de l'eau bouillie légèrement amidonnée et perforées au niveau des yeux, du nez et de la bouche et recouvertes d'un masque en taffetas gommé perforé de même.

Lorsque le suintement a cessé et que l'eczéma a perdu tout caractère inflammatoire, appliquer une pommade à l'oxyde de zinc.

Oxyde de zinc..	5 gr.
Acide salicylique..	0 gr. 20
Cold-cream frais..	20 gr.

Ou plus simplement graisser la peau en la frottant doucement avec la surface fraîchement coupée d'un petit carré de *lard frais*.

Laver matin et soir à l'infusion de camomille,

Après la disparition complète des phénomènes aigus et en cas de persistance de l'eczéma et de coïncidence avec la séborrhée du

cuir chevelu, essayer les balsamiques à petites doses :

Baume du Pérou.	2 à 5 gr.
Oxyde de zinc.	10 gr.
Vaseline.	30 gr.

Traiter les troubles digestifs qui précèdent et provoquent la plupart des eczémas infantiles : régularisation de l'alimentation, irrigations intestinales, calomel à petites doses une fois par semaine, etc.

Eczéma des nourrissons. — Marfan.

Eczéma séborrhéique : régler les tétées et au besoin les restreindre. À l'intérieur, donner une fois par semaine :

Calomel.	0 gr. 03 à 0 gr. 05
Sucre.	0 gr. 40

en 3 paquets à prendre dans la matinée dans un peu d'eau pure avant une tétée.

Cataplasme de fécule, masque de caoutchouc ou simplement masque de toile. Déterger les surfaces malades à l'eau boriquée à 3 0/0.

Après 3 ou 4 jours, remplacer le cataplasme par une onction avec le *lard frais* comme il est indiqué ci-dessus. Quand tous les phénomènes inflammatoires ont disparu on peut appliquer cette pommade.

Soufre.	1 gr.
Oxyde de zinc.	4 gr.
Lanoline.	
Vaseline.	aa 15 gr.

Eczéma à placards disséminés : Traiter la dyspepsie. De temps en temps : calomel. Cataplasme de fécule. Supprimer les bains. Faire des onctions avec :

Acide salicylique	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Oxyde de zinc. }	aa 4 gr.
Amidon.	
Lanoline.	
Vaseline.	aa 15 gr.

(*Formulaire* du docteur Génévrier).

Traitement de la lithiase biliaire par M. le Professeur Arnozan (de Bordeaux), dans *Journal de Méd. et Chir. prat.*—Paris. *Précis de consultations médicales* (1), livre plein d'enseignements pratiques. Nous en détachons un passage relatif au traitement de la lithiase biliaire.

A. *Traitement préventif de la lithiase. Prescriptions hygiéniques.* — Pour prévenir ou ralentir la formation des calculs, le régime sera lacto-végétarien, il comportera néanmoins, en quantité modérée, des viandes blanches, des poissons maigres et des œufs, mais on exclura les boissons alcooliques, les épices et les acides.

Frictions sèches ou aromatiques de tout le corps. Massage général. Sports pratiqués sans excès. Le corset traditionnel sera supprimé et remplacé par une brassière et une sangle abdominale, ou tout au moins par un corset hygiénique soutenant l'hypogastre et dégageant le haut du ventre.

Prescriptions médicamenteuses.

1° Salicylate de soude... .. 0,50 centigrammes

en un cachet n° 40, 4 par jour.

ou :

Salol... .. 0,30 centigrammes

en un cachet n° 30, 3 par jour.

Ou :

Salophène... .. 0,40 centigrammes

en un cachet n° 30, 3 par jour.

Ces préparations salicylées seront reprises par séries de dix jours, plusieurs fois dans le cours d'une même année.

2° Eau de Vichy ou de Vals.

Une saison de trois semaines chaque année.

On peut aussi prescrire Plombières, Evian, etc. Dans le courant de l'année, le malade devra faire une ou deux cures à domicile de la façon suivante :

Eau de Vichy (source Hôpital) un demi-verre tiédie au bain-marie une heure avant les deux principaux repas pendant trois semaines consécutives.

(1) Un volume in-12, de la maison Testut, chez Doin.

3° Hydrothérapie. Sous les formes les plus variées, en tenant compte de la même manière dont le malade réagit.

Bains alcalins (avec 100 grammes de bicarbonate de soude) par séries de 8 à 10 à plusieurs reprises.

B. *Traitement de la colique hépatique dans sa phase douloureuse.* — Cataplasmes chauds arrosés de XL gouttes de laudanum de Sydenham sur la région du foie. En même temps, prescrire un lavement de 120 grammes d'eau bouillie tiède additionnée de X à XII gouttes de laudanum ou pratiquer une injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine.

1° Si la douleur persiste, renouveler l'injection au bout d'une demi-heure.

2° Quand la douleur s'atténue, mais se prolonge, prescrire le repos complet, la diète à peu près complète, sauf quelques cuillérées de lait écrémé et alcalinisé, l'application de topiques calmants tels que :

Baume tranquille..	60 grammes
Essence de térébenthine..	20 grammes
Chloroforme..	10 grammes

ou :

Pommade avec :

Vaseline..	20 grammes
Salicylate de méthyle..	4 grammes

C. Pendant ou après la colique, si on veut favoriser l'expulsion des calculs, le médecin a à sa disposition une série de médications qu'il prescrira successivement, en s'attachant naturellement à celle qui paraît le mieux réussir.

- 1° Capsules d'essence de térébenthine, 4 par jour.
Capsules d'éther sulfurique, 8 par jour.

Faire prendre en même temps une capsule de térébenthine et deux d'éther; continuer pendant quatre ou cinq jours, sauf intolérance de l'estomac (Remède de Durande modifié).

- 2° Calomel. } aa 0 gr. 01 centigramme.
Extrait de belladone. }

En une pilule n° 10: une pilule le matin à jeun pendant dix jours; ne déjeuner qu'une heure après d'une simple tasse de lait

ou d'une infusion, sans pain ni biscuit, se méfier de la salivation.

3° Glycérine pure et neutre. 100 grammes

Une cuillerée à café ou même une cuillerée à dessert; à prendre deux fois par jour dans un verre d'eau alcaline de Vals ou de Vichy, une heure avant les deux principaux repas. Cette médication peut être prolongée de 10 à 20 jours et être prescrite simultanément avec la précédente.

4° Huile d'olive. 400 grammes

Faire ingérer à jeun le matin cette énorme quantité d'huile ou tout au moins un très grand verre; employer le tube de Faucher si le malade a trop de répugnance; après quoi il restera couché trois heures sur le côté droit, attendant les abondantes évacuations qui vont se produire et dans lesquelles on trouve quelquefois des calculs.

5° On peut aussi prescrire le suc hépatique glyceriné à 1/10 (10 à 20 centimètres cubes chaque jour), l'huile de Harlem (VI à X gouttes dans de l'eau le matin à jeun), l'éther amyvalérianique (4 à 6 capsules par jour.)

6° Enfin une cure à Vichy, Vals, Evian, Vittel ou Carlsbad.

D. Pendant ou après les crises douloureuses, si on veut obtenir la tolérance de la vésicule,

Repos absolu au lit.

Régime exclusif de lait écrémé par petites fractions pendant 40 jours (Gilbert).

Solution pour injections ou instillations dans la thérapeutique urinaire. ACHARD, PAISSEAU et MARION, dans *Journal de Méd. et Chirurgie pratique*, juillet 1910.

M. Marion a réuni un certain nombre de formules relatives aux solutions qu'on peut utiliser pour injections ou instillations. C'est un tableau qui peut être très utile à consulter.

No 1.

Nitrate d'argent. 0,20 centigr. à 3 gram.
Eau distillée 100 grammes.

1 à 2 grammes dans la vessie pour les *cystites aiguës*. V à X gouttes dans les *urétrites chroniques amicrobiennes*.

No 2.

Acide pierique 1 gramme.
Eau 100 grammes.

1 à 2 grammes dans la vessie pour les *cystites tuberculeuses*.

No 3.

Acide pyrogallique 3 grammes.
Eau 100 grammes.

1 à 2 grammes dans la vessie pour les *cystites tuberculeuses*.

V à X gouttes dans l'urètre pour les *urétrites chroniques*.

No 4.

Protargol 1 à 2 grammes.
Eau 100 grammes.

en injections dans l'urètre, *urétrite aiguë* ou *chronique*.

V à X gouttes dans l'urètre pour les *urétrites chroniques*.

No 5.

Sulfate de zinc 0,50 centigr. à 1 gram.
Eau 100 grammes.

En injection au décours de l'*urétrite aiguë*.

No 6.

Tannin 0,50 centigr. à 1 gram.
Eau 100 grammes.

en injection au décours de l'*urétrite aiguë*.

No 7.

Résorcine 3 grammes.
Eau 100 grammes.

en injection au décours de l'*urétrite aiguë*.

No 8.

Sublimé 0,20 centigrammes.
Eau 1000 grammes.

V à X gouttes dans la vessie atteinte de *cystite tuberculeuse*.

No 9.

Gomenol 20 grammes.
Huile d'olive stérilisée 100 grammes.

5 à 6 centimètres-cubes dans la vessie. Employée dans la *cystite tuberculeuse* et dans les *cystites banales*.

(Gomenol: Huile retirée des feuilles et fleurs du *Melaleuca viridiflora*.)

No 10.

Collargol 1 à 2 grammes.
Eau 1000 grammes.

1 à 2 centigrammes cubes dans la vessie pour les *cystites blennorrhagiques aiguës* (Jeanbrau).

No 11.

Iodoforme pulvérisé. 10 grammes.

Vaseline liquide. 200 grammes.

10 à 30 grammes dans la vessie atteinte de *cystite tuberculeuse* (Bazy).

No 12.

Iodoforme. 5 grammes.

Galaccol. 5 grammes.

Huile de vaseline stérilisée. 100 grammes.

1 à 2 grammes dans la vessie atteinte de *cystite tuberculeuse* (Collin).

No 13.

Acétate de plomb.

Sulfate de zinc.

Eau. 20 grammes.

en injection urétrale au cours de la *blennorrhagie*.

No 14.

Vin rouge du Midi. 150 grammes.

Tannin pur. 1 gramme.

Même emploi (Ricord).

No 15.

Aïrol. 5 grammes.

Eau stérilisée. 50 grammes.

Glycérine. 50 grammes.

en injection dans la *blennorrhagie aiguë ou chronique*.

(L'aïrol est une combinaison de dermatol et d'iode.)

No 16.

Argyrol. 10 grammes.

Eau. 100 grammes.

en injection urétrale dans la *blennorrhagie aiguë ou chronique*.

 HYGIENE ET PROPHYLAXIE

A propos du mode de la contagion de la scarlatine, par André Lombard, dans *Revue Fran. de Méd. et de Chir.* Juin 1910.

L'observation journalière des malades fournit aux praticiens d'intéressants sujets de méditation. Après avoir dû croire que, seules, les squames des scarlatineux constituaient un danger de contagion, ils sont maintenant sollicités de penser que tout le mal vient de la gorge, et ceux qui enseignent, concilient le dogme d'hier et celui de demain en disant que les squames contagieuses

ont été souillées par le muco-buccal ou pharyngé. Il semble bien cependant que ceux qui incriminent ces sécrétions buccales et pharyngées ont quelquefois raison, mais jusqu'à quand? Nous ignorons encore si l'agent pathogène est une bactérie, ou bien un protozoaire que l'on trouverait entre les cellules épithéliales et dans les exfoliations épidermiques des convalescents.

J'ai eu l'occasion, en quelques années, de soigner 4 cas de scarlatine qui, parmi d'autres, semblent permettre une conclusion, au point de vue de la contagion. Il s'agissait, dans l'un, d'une couturière qui eut une scarlatine classique et régulière; appelé d'abord pour l'angine avant l'éruption, je prescrivis et fis continuer longtemps d'abondantes irrigations de la gorge; mais, dès que la fièvre eut cessé, cette femme, qui était à la tête d'une importante maison, ne put se résoudre à en abandonner plus longtemps la direction; et tandis que, pour moi, toutes les règles de l'hygiène étaient observées: blouse, brosse, savon spécial, les ouvrières allaient et venaient dans la chambre de la malade, l'une d'elles y travaillait constamment; des étoffes étaient étalées et examinées sur son lit et les clientes venaient prendre conseil de la malade, montrer leurs essayages, toutes étant au courant de la maladie, mais affirmant leur mépris de la contagion malgré mes objections, mes récriminations. Et une enquête sévèrement conduite n'a pu montrer qu'un seul cas de scarlatine eût été provoqué par celui-ci.

La seconde observation a trait à une petite fille auprès de laquelle j'ai été appelé parce qu'elle venait de faire une chute, sans gravité, du reste. En l'examinant, je n'observai, sur la peau, rien d'anormal. Le lendemain, je fus rappelé parce que cette enfant avait une éruption qui la faisait beaucoup souffrir, et de la fièvre; elle n'avait pas et n'eut jamais mal à la gorge; le diagnostic ne put être véritablement fait qu'au moment de la desquamation. Mais une sœur jumelle de la malade qui avait joué avec elle jusqu'à ce que parût l'éruption, fut prise, cinq jours après, d'une scarlatine classique.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un homme de 28 ans, qui eut une angine et de la fièvre. Je pensai à la scarlatine; mais le malade et son entourage m'affirmèrent qu'il l'avait eue déjà, huit ans auparavant, et me décrivent minutieusement la

marche de l'affection. Le mal de gorge constitua à peu près toute la maladie; il atteignit rapidement et garda pendant une quinzaine de jours une grande intensité; je pensais toujours à une récurrence de scarlatine, mais ma conviction ne fut bien assurée qu'au moment où une éruption très discrète apparut, surtout au moment de la desquamation. Le traitement consista uniquement dans un traitement antiseptique de la bouche et du pharynx. Des squames, le malade s'inquiéta peu; pas un cas de contagion n'eut lieu dans son entourage.

Il s'agit enfin d'un enfant de trois ans et demi, qui eut une scarlatine très violente comme température, angine, éruption, et dont la desquamation se prolongea longtemps. L'entourage ne fit rien pour se préserver des squames; aucun cas de contagion.

Dans toutes ces observations, l'entourage des malades n'a pas craint le transport du germe morbide par les squames, et l'événement lui a donné raison. Mais, dans toutes, la thérapeutique a été systématiquement dirigée contre les sécrétions de la bouche, de la gorge et de l'arrière-nez, contre les microbes qui y sont localisés et contre leurs toxines. Il semble que le traitement curatif a été en même temps préventif vis-à-vis de ceux qui approchaient les malades. Je sais bien que tous ceux qui approchent les scarlatineux ne contractent pas forcément la maladie; mais ils ne l'ont surtout pas disséminée. Cela tient sans doute à ce que tous les objets portés à la bouche étaient strictement personnels, sauf dans le cas des deux jumelles qui se sont servies, un jour ou deux, des mêmes jouets; ainsi s'expliquerait ce cas de contagion.

Je suis assuré que chacun de nous pourrait produire de nombreux exemples analogues pour la scarlatine et peut-être pour d'autres maladies.

Que deviendra le dogme de la déclaration et même celui de la désinfection obligatoires ?

Doit-on désinfecter les malades ou les meubles ? Comment concilier la parole des hygiéniques en chambre et des cliniciens ?

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1910. par le Dr V. Gardette; préface par le Dr A. Manquat. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné, 3 fr. (Librairie J.-B. Oaillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Ce formulaire paraît pour la quatrième année. Le but de l'auteur a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles les renseignements nécessaires pour leur permettre de le prescrire quand ils le désireront.

Nous avons en effet tous constaté que les notices qui nous signalent l'apparition d'une spécialité nouvelle ou nous rappellent une spécialité déjà ancienne sont bien souvent inutiles parce qu'elles ne nous donnent pas d'indications sur les composants et les doses de cette spécialité, et omettent même très souvent de nous dire sous quelle forme elle est présentée (granulé, sirop, solution ou pilule). Les brochures explicatives dont nous sommes inondés sont trop longues, trop diffuses, on ne les lit pas. Et puis au moment de prescrire une spécialité, si la mémoire fait défaut, le prospectus n'est pas juste à temps voulu sous la main pour la rafraîchir. Le succès rapide de ce petit livre a montré qu'il répondait à un véritable besoin.

La nouvelle édition de ce formulaire est divisée en trois parties.

Dans la *première partie*, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La *deuxième partie* donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La *troisième partie* reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant dans une parenthèse qui figure après le titre de la spécialité, si le nom du fabricant n'est pas compris dans le libellé de ce titre.

La photothérapie, ses avantages dans le traitement du lupus vulgaire, par le Dr Léon FRIEDMANN, assistant de la clinique dermatologique et de l'Institut photothérapique de l'Université de Berlin. — Paris, Vigot Frères, éditeurs, 23, Place de l'École-de-Médecine. Un vol. in-8° raisin avec 24 figures.
3 fr.

Dans une première partie, après un court chapitre d'historique, l'auteur donne une description très complète de l'appareil de

Finsen et étudie l'action superficielle et profonde de la lumière sur les tissus normaux, puis sur les tissus pathologiques, en particulier les lipômes. Après avoir indiqué en détail la technique à suivre, il expose les résultats excellents de la méthode de Finsen.

Enfin, dans un dernier chapitre, on trouvera la description des différents appareils basés sur le même principe et qui ont été construits depuis ces dernières années.

Ce travail très documenté, accompagné d'une bibliographie très complète, s'adresse tout particulièrement au dermatologiste et au praticien et montre tous les avantages qu'on peut retirer de la méthode photothérapique, surtout en ce qui concerne le lupus vulgaire.

Jusqu'ici en France nous ne possédons aucun ouvrage pratique de photothérapie, celui de M. Friedmann vient combler cette lacune et contribuera certainement à vulgariser chez nous une méthode qui a déjà fait ses preuves à l'étranger.

Traité pratique d'électricité médicale. *Electrothérapie, Radiothérapie, Radiumthérapie*, par J. LARAT, chef de service d'Electrothérapie de la Clinique des maladies de l'Enfance. — Vigot Frères, éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-8° écu, cartonné, avec 194 figures, 3e édition. 10 fr.

Cette nouvelle édition du Traité pratique d'Electricité de J. Larat est entièrement remaniée et mise au courant de la technique actuelle.

La partie physique a été condensée pour laisser plus de place à ce qui concerne les rayons X et le Radium.

L'électro-physiologie est traitée avec soin et fait une part judicieuse aux nouvelles données concernant l'ionisation, les rayons X, le radium, etc.

Le chapitre " Electro-diagnostic " est exposé d'une façon originale. Grâce à l'ingénieuse application pratique des procédés graphiques d'enregistrement de la contraction musculaire, imaginée par l'auteur, il nous donne des figures qui rendent saisissantes les modifications pathologiques de l'excitabilité chez l'homme; ce qui présente un intérêt tout particulier dans l'électro-diagnostic des accidents du travail.

Dans l'électro-clinique, M. Larat nous fait connaître les résultats de sa longue expérience et décrit les procédés qui lui sont personnels, tels que l'ionisation hypodermique, les courants longtemps prolongés, etc.

Enfin, les résultats thérapeutiques acquis dans le domaine des divers rayonnements sont mis en lumière, tout en faisant les réserves nécessaires pour les procédés encore à l'étude et qui n'ont pas encore acquis droit de cité dans un livre destiné au praticien.

Le *Traité pratique d'Electricité médicale* de Larat, constitue un livre d'expérience et de progrès.

Formulaire des médications nouvelles pour 1910, par le Dr H.

GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris ; préface de H. HUCHARD, de l'Académie de médecine. 5^e édition. 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures, cartonné, 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

“ La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en médications ”. Telle est l'idée que j'ai toujours suivie dans mes volumes de *Consultations médicales*.

Vivant à l'ombre des doctrines régnantes, comme elles les médications se fortifient, se transforment, se complètent incessamment, de sorte que le praticien a besoin d'avoir, non seulement dans sa bibliothèque, mais sur sa table de travail, toujours à portée de sa main, à côté d'un formulaire des médicaments nouveaux, un formulaire des médications nouvelles.

Rapidement et clairement, en 300 pages au plus, il fallait nous apprendre tout ce qu'il faut savoir au point de vue pratique sur les médications acides, anesthésiques, antifiévriales, anti-infectieuses, anti-névralgiques et antirhumatismales, antisiphilitiques, et antituberculeuses, sur les médications colloïdales, déchlorurantes, hypotensives, ioniques, sur les diverses opothérapies, la photothérapie, la sérothérapie, les sérums antidiphthérique, antipneumonique et antistreptococcique, antituberculeux avec les diverses tuberculines, les sérums artificiels, etc.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà ! Et je suis doublement heureux et fier de le présenter aux médecins. Il émane d'un membre de ma chère famille médicale, puisque l'auteur a été autrefois mon interne très distingué dans mon service d'hôpital. Il obéit à cette idée maîtresse qui a régi tous nos travaux, toutes nos actions, et que nous avons résumée dans cette phrase : “ De la pratique, toujours de la pratique ”.

C'est là le seul secret du succès de toutes les œuvres qui s'inspirent de la même pensée, savent allier la brièveté à la clarté ; c'est là le secret du succès considérable du frère aîné de ce livre, du *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon, arrivé à sa 22^e édition ! Tel sera celui du docteur Gillet sur les médications nouvelles que j'ai l'honneur de présenter aux praticiens, et que tous les praticiens liront avec intérêt et profit pour eux, pour leurs malades.

Maladies chirurgicales du Foie et des Voies biliaires, par J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et G. Labey, chirurgien des hôpitaux. 1 volume grand in-8, de 308 pages, avec 39 figures. Broché: 6 fr; Cartonné: 7 fr. 50. (Librairie J.-O. Baillière et fils, 19, rue Haute-feuille, Paris.)

Cet important fascicule du nouveau *Traité de Chirurgie* est la mise au point du traitement chirurgical actuel des maladies du foie et des voies biliaires.

Le temps n'est plus où toute la chirurgie du foie se résuimait en quelques pages. Il n'est peut-être pas de partie de la chirurgie qui ait donné lieu, dans ces dernières années, à des recherches aussi multipliées, à des travaux aussi intéressants.

MM. Faure et Labey étudient successivement:

- 1° Les lésions traumatiques (contusions, ruptures ou déchirures et plaies);
- 2° Les lésions infectieuses, angiocholites et cholécystites, abcès, tuberculose, etc., provoquées par une mauvaise microbienne;
- 3° Les cirrhoses du foie, les lésions par parasites non microbians, les kystes hydatiques;
- 4° Les lésions organiques, les tumeurs de la vésicule et les rétrécissements des voies biliaires;
- 5° Les lésions de nutrition, la lithiase, l'hépatoptose.

Les lésions traumatiques et les tumeurs n'ont évidemment pas subi de changements bien importants. Mais tout ce qui a trait aux infections, aux angiocholites et cholécystites, aux abcès du foie a été entièrement retouché. L'actinomyose du foie, le séro-diagnostic des kystes hydatiques sont des chapitres tout à fait nouveaux et très remarquables.

Le chapitre sur la lithiase biliaire est très intéressant.

Enfin, et surtout, tout ce qui a trait au traitement chirurgical des affections biliaires qui a fait tant de progrès depuis dix ans a été mis au point avec le plus grand soin.

Les règles de médecine opératoire qui doivent présider à l'exécution des opérations délicates qui se pratiquent sur les voies biliaires sont groupées en un chapitre final.

On trouvera donc dans ce livre une étude complète et actuelle de la chirurgie biliaire.