

**PAGES**

**MANQUANTES**

# Travaux Originaux

## DU BROMYDRATE DE SCOPOLAMINE COMME ANESTHESIQUE GENERAL

(ALBERT LAURENDEAU, M. D., St. Gabriel de Brandon)

(Suite)

### 4ÈME OBSERVATION.

#### *Accouchement chez une primipare choréique.*

Madame A. R. primipare, 21 ans, commence à ressentir les premières douleurs vers midi le 23 avril, 1905. Six heures plus tard, les douleurs étant violentes et fréquentes, la malade demande à se faire endormir. Le col utérin était à peine entr'ouvert, aussi je recommande un peu de patience. Les tranchées vont en augmentant jusqu'à neuf heures, alors que la malade réclame impérieusement des remèdes pour l'endormir.

J'étais assez perplexé. Il est très ennuyeux d'administrer le chloroforme à la reine, durant cinq ou six heures ; sans compter que j'ai toujours eu des doutes sur l'innocuité de ces débauches d'anesthésie chloroformique : Ce médicament, personne ne l'ignore du reste, est un puissant toxique pour les cellules hépatiques et rénales. D'autre part, je savais que L. Wild (1) et S. Fleteau (2) s'opposent absolument à l'emploi de la scopolamine en obstétrique ; mais ces auteurs sont à mon sens préjugés contre ce médicament. De plus, j'avais lu quelque part que la chorée, l'hystérie, la neurasthénie, constituaient des contre-indications formelles à l'emploi de la scopolamine ; et ma

(1) Wild, Berliner, Klinische Wochenschrift, 1903 No. 9. p. 188.

(2) Fleteau, Münchener, Medizinische, Wochenschrift. 1903, No. 28, p. 1198.

parturiente était atteinte du plus pur type d'hémichorée gauche que j'ai jamais rencontré. En 1899 elle avait eu aux États-Unis une forte attaque de chorée qui avait duré environ deux mois. Actuellement elle souffre de cette affection depuis quatre mois et demi, c'est-à-dire que le début remonte vers le milieu de sa grossesse.

Après avoir pesé, calculé, supputé les dangers du chloroforme et les contre-indications de la scopolamine, j'opinaï pour ce dernier anesthésique : étant donné que ma patiente était bien constituée et en bon état de santé, sauf, la névrose mentionnée plus haut.

Du reste, ma première observation obstétricale m'avait donné entière satisfaction. J'injectai donc 1/50 de gr. de scopolamine et  $\frac{1}{4}$  de gr. de morphine, à neuf heures et demi p. m. Je dirai ici en passant que j'employai le sulfate de morphine, au lieu du chlorhydrate recommandé par les auteurs Allemands, et j'ai lieu de croire, de par mon expérience, que, pour toute solution extemporanée, le sulfate vaut autant que le chlorhydrate. Je ferai aussi remarquer que ma solution de scopolamine avait 18 jours, d'âge. Douze minutes suffirent pour amener un bon sommeil. Les douleurs qui se répétaient toutes les cinq minutes, s'espacèrent un peu sous l'influence de l'anesthésique : les contractions utérines plus fortes peut-être qu'avant, continuèrent toutes les dix minutes. A neuf heures et demi le pouls était à 120 et le rythme respiratoire, normal, quoiqu'un peu lent.

A chaque douleur, la malade remue un peu, promène les mains sur ses côtés, son abdomen, entr'ouvre les yeux, laisse échapper quelques plaintes sourdes, puis se rendort et se met à ronfler. A 11 hrs, la dilatation du col était parfaite ; pouls : 105. A minuit je lui administre cinq à dix gouttes de chloroforme par voie atmidiatrice, et je fais une application de

forceps, la malade étant immobile. Aussitôt après la délivrance le pouls est à 84, et le sommeil profond. A minuit et demi, le pouls monte à 110, j'attribue cette augmentation dans sa vitesse à une hémorrhagie post-partum. Quelques frictions sur le globe utérin en réveillent les contractions, puis quelques minutes plus tard le pouls tombe, et tout rentre dans l'ordre. La connaissance revient parfaitement à la parturiente seulement vers cinq heures le matin. Alors, elle se dit très bien et ne manifeste qu'un peu d'étonnement à l'histoire de ce qui s'est passé.

Une chose m'a frappé concernant l'enfant. Pendant que j'étais à faire l'extraction du placenta, la garde-malade m'appelle de la chambre voisine et me fait remarquer que l'enfant ne respire pas. En effet, un garçon bien constitué est étendu, mou, flasque en état d'asphyxie bleu. Le cœur est faible et vite. Quelques tractions rythmées de la langue eurent assez facilement raison de ce commencement d'asphyxie. Rien dans les manœuvres obstétricales, ou dans la constitution du nouveau né, ne pouvaient expliquer cet état d'asphyxie. Serait-ce l'influence de la scopolamine, j'en doute fort, cependant j'en prends note.

#### 5ÈME OBSERVATION

Le 23 mai 1905 je suis appelé à [St-Didace par mon confrère le Dr J. E. Paquin, pour Madame D. âgée de 46 ans. Diagnostic : Fibrome pédiculé inséré à l'union du col et du corps utérin. Ce fibrome de la grosseur d'un œuf de poule affleurait l'ouverture de la matrice. Symptômes : Métorrhagies, douleurs à répétitions, pertes blanches purulentes, etc. Toute la séquelle de symptômes classiques de la métrite muqueuse purulente et de la congestion du corps utérin. Je donnai trois injections hypodermiques de scopolamine, à 8 hrs A. M., à 9 hrs et demie et à 10 hrs et demie. Je commençai

mon opération à 11 hrs et demie. Je remarquai que le sommeil n'était pas aussi profond que dans les cas précédents, de même que l'anesthésie était moins complète. Je songeai d'abord à ma solution de scopolamine qui pouvait être trop vieille, mais je crois maintenant qu'il faut chercher l'explication de ce fait dans la résistance particulière de ma patiente, comme le démontreront les observations suivantes, faites avec la même solution. Toutefois mon ami le Dr Paquin, de même que madame D. furent satisfaits de l'usage du nouvel anesthésique. En effet, la dose de chloroforme administrée fut presque insignifiante, et la malade n'a conservé aucun souvenir des préparatifs opératoires. De plus si nous avons été obligés d'administrer un peu de chloroforme pour faire l'ablation de la tumeur per vaginam, le curettage utérin s'est fait sans cet anesthésique. J'ai été informé que la malade s'était éveillée vers trois heures de l'après-midi, comme mes autres opérés.

#### 6ÈME OBSERVATION

*Accouchement.*—Dame H. 22 ans primipare; douleurs fréquentes, col rigide, dilatation très lente, rien à noter à part cela. Injection de 1/50 de gr. de scopolamine et 1/4 de gr. de morphine (à 2 hrs P. M.) Cette injection donnée le 28 mai, était faite avec ma solution du 6 avril. Une demi-heure plus tard, le sommeil est bon; de normal qu'il était au début, le pouls monte à 104, à 3 hrs. Elle s'agite pendant les douleurs, mais l'anesthésie me paraît suffisante. Vers cinq heures, les douleurs sont très violentes et la malade cherche à s'asseoir durant ses tranchées; Toutefois elle se prend de suite à ronfler dans les intermittences. Je donne quelques gouttes de chloroforme en inhalation, et je fais une application de forceps. Les suites sont normales sauf l'hémorrhagie peut-être un peu plus considérable que d'habitude.

Lorsque je retournai voir ma malade après la veillée, entre

neuf et dix heures, la nouvelle accouchée avait des hallucinations de la vue, ce que je n'avais pas observé dans les cas précédents. Elle voyait des langues de feu, le moment d'après, c'était une petite chute d'eau, etc., mais presque instantanément elle se rendait compte de la fausseté de ses sensations; elle raisonnait ses hallucinations. Elle m'a aussi semblé un peu plus émotive qu'à l'état normal : car aux premières paroles que je lui adressai, le pouls monta à 130, pour revenir à 84, dix minutes plus tard.

(A suivre)



### LA LACTO-GLOBULINE COMME ALIMENT.

Dans toutes les maladies aiguës et les états de déchéance, le besoin le plus urgent de l'économie, est une nourriture facile à digérer, facile à préparer et qui fournit aux systèmes musculaire et nerveux un apport abondant de substance alimentaire. La Lacto-Globuline remplit ces indications d'une manière très satisfaisante.

Au cours des fièvres continues, un des plus grands dangers, est l'usure des muscles, et la perte du pouvoir contractile du cœur. Il a été démontré par l'expérimentation la plus précise, que les pertes subites par les tissus musculaires ne peuvent être empêchées que par l'usage approprié de protéides. La Lacto-Globuline est un aliment pratique, facile à préparer, facilement digéré et très nutritif.

## ETAT ACTUEL DU TRAITEMENT MÉDICAMENTAUX DANS LA TUBERCULOSE

PAR LE D<sup>r</sup> RENÉ MARTIAL.

---

Bien qu'un certain nombre d'auteurs aient déjà fait remarquer que le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose présente au point de vue social de nombreuses lacunes que seul le traitement médicamenteux peut combler, les progrès faits dans l'étude de ce dernier ont été excessivement lents. Il semble même que le praticien découragé tende à négliger une thérapeutique de " premier plan ", pourtant usuelle et d'un emploi quotidien.

D'autre part, s'il est juste d'instaurer la prophylaxie de la grande maladie moderne, il serait tout-à-fait injuste d'oublier les malheureux ouvriers qui en sont atteints, en faisant en quelque sorte, la part du feu. Un tuberculeux si gravement atteint qu'il puisse être, réclame des soins non seulement pour préserver son entourage, mais encore pour lui-même. Principalement lorsque le tuberculeux est à une période encore curable, le médecin doit mettre en œuvre tous les moyens que lui fournit l'arsenal thérapeutique.

Pendant un temps, ces moyens se sont multipliés à l'infini. Leur nombre paraît aujourd'hui cesser d'augmenter, l'expérience a jugé les uns et les autres. La plupart sont pour toujours tombés en désuétude. Les autres ont vu leur valeur augmenter de toute celle refusée aux précédents. Ils sont peu nombreux,

parmi eux le choix devient relativement facile, ils sont aussi plus récents et dus surtout à la chimie moderne.

Comment doit-on aujourd'hui traiter la tuberculose, lorsque la condition du patient éloigne toute idée de sanatorium ou quelque moyen approchant ?

Et d'abord, peut-on par un médicament combattre et anéantir le bacille lui-même ? On a pu l'espérer un moment et des apparences de preuve ont été données. Il suffit de se rappeler la constitution histopathologique du nodule tuberculeux pour comprendre que l'action directe des médicaments sur le bacille est des plus problématique, pour ne pas dire impossible.

Mais si le médicament introduit dans l'organisme ne peut atteindre le bacille lui-même, il peut du moins limiter sa diffusion, pour peu qu'il soit pourvu d'un pouvoir antiseptique suffisant. A cet égard, les médicaments antiseptiques qui font partie du groupe : créosote, sont à envisager.

Cette propriété a été mise en évidence en particulier pour un des succédanés de la créosote : l'ortho-sulfo-gaiacolite de potasse ou thiocol. Un grand nombre d'expériences et d'observations, qu'il m'est impossible de rapporter ici tout au long, ont été faites par beaucoup d'auteurs et prouvent l'action antiseptique de ce composé chimique obtenu par synthèse.

Je rappellerai que Maramaldi a constaté que sous l'influence de l'ingestion de thiocol, les bacilles et les fibres élastiques diminuent de nombre dans les crachats ; Draco a reconnu qu'ils prennent mal le colorant habituel. Gripon dans sa thèse, dit : " les cobayes inoculés avec des crachats de malades traités par le thiocol ne présentent aucun phénomène tuberculeux, ne réagissent pas à la tuberculine et ne montrent même aucune lésion tuberculeuse, à l'autopsie ".

Parmi toutes les préparations créosotées, le thiocol est celle dont l'absorption s'opère le plus complètement. L'organisme

en absorbe 70 o/o (Rossbach), il contient 52 o/o de gaiacol ; au point de vue de l'action antiseptique recherchée, le thiocol sera donc préféré aux autres préparations créosotées, gaiacolées, etc.

Outre qu'il semble réellement s'opposer à la plus grande pullulation du bacille de Koch, le thiocol, mieux encore que la créosote, est microbicide pour les parasites de l'infection secondaire, constamment associés au bacille de Koch chez les tuberculeux.

On peut donc admettre avec Nigoul cette heureuse formule que, abstraction faite de toute notion de spécificité, le thiocol est un antiseptique pulmonaire.

Voici ce que nous pouvons aujourd'hui contre le bacille, que pouvons-nous maintenant contre les grands symptômes généraux qu'il détermine ? Que faire contre : l'anorexie, l'amaigrissement, la dépression ? symptômes si étroitement enchaînés que pratiquement il suffit de combattre l'un d'eux pour vaincre les autres. Ici, tous les stomachiques de l'ancienne pharmacopée ont été employés : la gentiane, le quassia amara, le quinquina, l'anis, la menthe, etc., etc., puis les excitateurs du pouvoir réflexe, comme la strychnine, etc. Toutes les préparations de ces médicaments ainsi que tous les toniques à base d'alcool ont cédé le pas aux modérateurs de la désassimilation, aux médicaments d'épargne, à la lécithine sous ses formes variées, aux nombreuses formules cacodyliques, à tous les glycérophosphates.

Jusqu'à ce jour, malgré les succès indéniables qu'elle a procurés, on avait encore beaucoup à reprocher à la créosote. On sait combien l'estomac la tolère mal et des expériences ont prouvé qu'elle n'a aucune action sur la nutrition. Au contraire, le thiocol est un stomachique puissant. C'est un véritable apéritif. Je suis absolument d'accord sur ce point avec tous les médecins qui ont déjà employé ce médicament dans leur prati-

que. La stimulation de l'appétit causée par l'ingestion du thiocol est vraiment remarquable, je dirai même que la rapidité de son action est surprenante. C'est ainsi que j'ai constaté le relèvement de l'appétit dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'ingestion des deux premières doses. Ce relèvement de l'appétit s'observe même à des doses faibles (1 gr. 50 de thiocol par jour), il peut s'accroître jusqu'à un certain point, avec des doses plus élevées ; il dure encore quelques jours après que la médication a cessé.

On conçoit donc sans peine quels services peut rendre et rend le thiocol sous ce rapport. L'avis des auteurs est unanime à ce sujet. Il ne faut pas oublier, en outre, qu'à l'opposé de la créosote, qui est mal tolérée et qui est nocive pour l'estomac, à l'opposé du cacodylate qui, ingéré par la voie buccale surtout, provoque une haleine alliagée insupportable, à l'opposé de ces médicaments, dis-je, le thiocol est toujours bien supporté par l'estomac, même lorsqu'on le donne à des doses déjà notables (3 gr. par jour, par exemple), même lorsque l'usage en est poursuivi longuement, deux ou trois semaines et plus encore.

Je n'ai constaté, une fois, d'autre inconvénient que des poussées urticariennes, à partir d'un certain moment, poussées qui se reproduisirent à chaque reprise du médicament. Mais, il s'agissait peut-être d'un sujet réagissant souvent par de l'urticaire à l'ingestion de diverses substances alimentaires.

On conçoit l'importance qu'un tel produit prend immédiatement en thérapeutique, spécialement au point de vue bacillose.

L'appétit augmentant, l'augmentation de poids suit rapidement, l'alimentation se fait mieux et plus facilement. En prolongeant l'usage du médicament, on pousse le sujet à la suralimentation.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que ces deux propriétés : antiseptique et stomacique, se complètent fort

heureusement, la suralimentation consécutive exaltant la force de résistance de l'organisme et favorisant l'action antiseptique du thiocol.

Avant de passer à la thérapeutique des autres symptômes et de jeter un rapide coup d'œil sur le traitement des diverses localisations de la tuberculose, il me faut encore dire un mot sur ce médicament si intéressant dans la pratique qu'est le thiocol.

C'est une loi de pathologie générale que l'intrusion de tout parasite en un point de l'organisme provoque une réaction de défense qui caractérise par une vascularisation plus intense, une hyperémie, une migration leucocytaire, une élévation locale de température. Le thiocol (fait déjà signifié à propos de la créosote par Burlureaux, Gilbert, etc.) détermine de l'hyperémie dans le poumon, il augmente celle qui existe autour du nodule tuberculeux. Nous aurons tout à l'heure à revenir sur ce point. Sur le sang lui-même, il est admis, à présent que le thiocol détermine une augmentation des albumines du plasma et du nombre des hématies, et favorise par suite la défense du terrain contre l'infection (Draco et Mota-Cocco). Enfin, Nigoul, s'appuyant sur les travaux des Arloing, admet que le thiocol augmente le pouvoir agglutinatif du sang, ce qui serait encore une condition favorable à la défense. Cette opinion demande des recherches confirmatives.

La fièvre est, chez les tuberculeux, un symptôme des plus rebelles. Souvent il finit par lasser la patience du médecin. Les antithermiques ordinaires: sels de quinine, antipyrine, exalgine, etc., ne donnent aucun résultat. Je dois à la vérité de dire que, pendant un stage que je fis comme médecin remplaçant à la prison de Poissy, j'employai comme antithermique, sur toute une série de phimateux, le pyramydon. Cette drogue me donna un pourcentage de bons résultats tout à fait remar-

quables. Certains malades y demeurèrent pourtant insensibles.

L'insuccès est beaucoup plus rare que le thiocol. En effet, nous avons vu que ce médicament est bactéricide pour les microbes d'infection associée, première raison pour laquelle il peut être antifièvre, qu'il détermine une augmentation de poids du malade ! meilleure nutrition, meilleur état général, diminution ou disparition de fièvre. Etant donné ce qui a déjà été dit plus haut, on aurait pu en déduire *cacii a priori*.

Pour les mêmes raisons, les sueurs nocturnes diminuent et disparaissent. Ces sueurs ne représentent-elles pas un mode d'élimination des *humeurs peccantes*, alias *toxines* qui encombrant l'organisme ?

Après cette revue rapide des symptômes les plus généraux de la tuberculose, nous voyons déjà qu'actuellement l'arsenal thérapeutique anti-tuberculeux compte bon nombre d'armes efficaces, représentées par des médicaments, au premier rang desquels se place le thiocol.

Examinons maintenant si la thérapeutique médicamenteuse vraiment active en tant que thérapeutique, de la cause, n'est pas aussi efficace contre les symptômes banaux des diverses localisations de la tuberculose.

Prenons d'abord sa forme la plus commune : la tuberculose pulmonaire.

S'il est nécessaire de modérer les accès de toux, la toux quinteuse chez les phthisiques, je ne crois pas qu'il soit de bonne thérapeutique de l'éviter à tout prix. La toux facilite l'expectoration, et cette dernière est nécessaire pour débarrasser les voies respiratoires des détritits et des mucosités qui les encombrant. A moins d'indication spéciale, on n'emploiera donc qu'avec modération l'opium, la codéine, la belladone, l'aconit, etc ; l'héroïne ne m'a pas paru aussi efficace qu'on ne l'a dit, et nous ne sommes pas encore assez familiarisés avec son emploi

Laissons donc nos tuberculeux se débarrasser dans leurs crachoirs de leurs déjections.

Il est plus rationnel de s'appliquer à modifier la nature des sécrétions pulmonaires et bronchiques que de s'opposer à la toux. Ici pourront intervenir les balsamiques et les térébenthinés, et mieux encore les antiseptiques pulmonaires, tels que la créosote, le gaiacol et surtout le thiocol.

Nous avons déjà vu plus haut que, à la suite de l'emploi de ce succédané de la créosote, le nombre des bacilles dans les crachats diminue et peut même disparaître. Il est vrai que cette constatation n'est pas une preuve absolue de guérison. Mais peut-on être tuberculeux sans que les crachats contiennent de bacilles? J'ai vu des malades étiquetés tuberculeux, n'ayant jamais présenté de bacilles dans l'expectoration à des examens répétés à divers moments. Ceux-là ont guéri invariablement. La même heureuse terminaison est loin d'être constante chez les phimateux avérés dont les crachats présentent des bacilles. Il semble donc préférable d'essayer de combattre ceux-ci et d'employer tel médicament qui en fait diminuer le nombre. L'action bienfaisante du thiocol est à cet égard, cliniquement et expérimentalement prouvée.

Les hémoptysies sont le grand symptôme dramatique de la tuberculose. Il faut en distinguer deux variétés: l'hémoptysie apyrétique et l'hémoptysie fébrile. On sait que la seconde comporte un pronostic beaucoup plus grave que la première.

Et je ne parle pas ici de l'hémoptysie tardive de la période cavitaires qui est toujours mortelle.

Lorsque l'hémoptysie est apyrétique, les précautions générales seront surtout nécessaires et efficaces: température constante et peu élevée de la chambre, oreillers de crin (ceux en plume étant trop chauds), repos du malade auquel il ne faut pas causer, boissons glacées, succion de fragments de glace.

Comme médicament, on emploiera l'extrait de ratanhia, l'acide gallique, l'extrait thébaïque et, au besoin, l'ergotine, soit en potion, soit en injection sous-cutanée.

A ces soins que nous enseignait Jaccoud dans une de ses cliniques (fin 1896), alors que je fréquentais son service de la Pitié, le maître ajoutait celui de placer sur la poitrine un large vésicatoire.

En général, cette hémoptysie n'est pas très abondante et n'oblige pas à l'injection de sérum physiologique.

Dans l'hémoptysie fébrile, plus abondante, en général, on pourrait peut-être l'essayer, à moins qu'on ne préfère une injection du sérum gélatiné.

Jaccoud conseille de la traiter par l'ipeca à dose nauséuse. En même temps, on prescrira un vésicatoire, de la quinine et au besoin de l'ergotine.

L'hémoptysie fébrile est essentiellement irritative, liée à une fluxion des tissus (Jaccoud). Cette notion devra être retenue au sujet du traitement consécutif.

En effet, si le tuberculeux n'est pas emporté par cette hémorrhagie, il suivra un traitement médicamenteux pour hâter son relèvement.

Dans les cas où il y aura eu hémoptysie fébrile, dans ceux où la tendance à l'hémoptysie même apyrétique existe, chez les sujets à "tempérament sanguin", faisant de petites hémoptysies prémonitoires, répondant, à l'auscultation, à un foyer congestif limité du poumon, chez les sujets pléthoriques, la créosote et ses succédanés, le thiocol en particulier, sont formellement contre-indiqués. J'ai déjà dit plus haut que ces médicaments déterminent de l'hyperémie pulmonaire.

Donc chez les malades auxquels je viens de faire allusion, pas de thiocol ; des doses même relativement faibles peuvent être nuisibles. Au contraire, chez les bacillaires ne présentant

aucune tendance congestive, le thiocol peut être donné à des doses variant de 1 gr. 50 à 6 grammes par jour.. Un auteur allemand, C. Schwartz, a démontré l'innocuité du thiocol en en faisant absorber jusqu'à 15 grammes par jour à ses malades ! Ces doses si élevées sont d'ailleurs inutiles.

J'arrive au traitement de l'entérite et de la diarrhée bacillaires. Mieux que le bismuth, le tannin et la nombreuse série de ses dérivés, beaucoup mieux que le benzo-naphtol et tous les antiseptiques intestinaux possibles, le thiocol agit heureusement dans les cas de diarrhée et de tuberculose intestinale. Schnirner, un des premiers, a signalé ce fait. J'ai eu occasion de le vérifier. A la fin de l'année dernière, j'ai soigné une femme, âgée de 35 ans, atteinte de tuberculose à évolution lente, pour une poussée aiguë d'entérite avec fièvre, anorexie, vomissements, diarrhée fétide, douleurs abdominales gauches. En peu de jours, sous l'influence du thiocol, tous ces symptômes s'amendèrent et la malade put reprendre son travail.

Contre les céphalalgies et les douleurs articulaires, ces dernières fréquentes chez les tuberculeux (au début ou avancés), douleurs qui ne sont pas, suivant moi, un rhumatisme venant compliquer la maladie antérieurement existante, mais des phénomènes morbides dus à l'action des toxines développées par les microbes associés, contre ces douleurs et ces céphalalgies, dis-je, les sédatifs ordinaires n'ont point d'efficacité ; l'antipyrine la salipyrine, le salicylate de soude, etc., ne réussissent pas. La médication cacodylique a plus de chances de succès, mais ici encore l'action du thiocol se fait sentir plus sûrement. Il faut dire qu'en certains cas, les douleurs lui sont tout de même rebelles et qu'il faut joindre à cette thérapeutique interne, celle des topiques externes. Enfin, quelquefois, les douleurs articulaires ne disparaissent par aucune médication.

Etant donné que, suivant une certaine école, médical,

toute pleurésie peut être pré-tuberculeuse, il faut se demander, si l'on accepte cette idée *a priori* quel traitement préventif de la tuberculose, on pourra formuler? Il y a d'abord l'hygiène qui est le premier, le meilleur et, pour les ouvriers, le plus rare des médicaments. Les toniques glycéro-phosphatés et non alcoolisés, les toniques ferrugineux granulés chez les anémiques, la médication arsenicale seront alors indiqués. Le thiocol pourrait-il rendre quelque service en l'occurrence? C'est une question qui n'a pas encore été étudiée je crois. Il semble—mais je n'ai point d'expérience à ce sujet—qu'on pourrait l'utiliser comme stimulant de l'appétit.

Quelques mots maintenant sur les autres localisations de la tuberculose, du moins les principales.

Lorsque le squelette, les articulations, les gaines tendineuses sont frappés par la tuberculose, le principal rôle thérapeutique est dévolu au chirurgien plutôt qu'au médecin. C'est en effet au chirurgien à traiter les foyers d'ostéites, les trajets fistuleux; les tumeurs blanches, l'hydarthrose tuberculeuses, les synovites, etc. Mais pendant le traitement chirurgical, le traitement général ne doit pas être oublié. C'est lui qui assurera la bonne réparation des pertes de substance, la meilleure cicatrisation des plaies. Il est donc de toute nécessité, surtout dans les villes, d'administrer au malade tel médicament capable de donner une poussée heureuse au relèvement des forces. Ordinairement on prescrit le glycérophosphate de chaux, le thiocol stimulant de l'appétit le remplacera avantageusement. C. Schwarz, Schnirner, Gripon, Nigoul, etc., n'hésitent pas à en prescrire l'emploi dans ces cas. Il réussit d'autant mieux que ces malades sont des anémiés, des débilités, des scrofuleux ne présentant que rarement des réactions vives.

Dans le traitement des nombreuses formes de tuberculose cutanée, c'est principalement l'arsenic qui a été jusqu'ici prescrit

tantôt comme moyen actif principal, tantôt comme adjuvant, à côté du traitement dermatologique externe.

Cependant dit Manquat : " Mais si l'on s'accorde à regarder " l'arsenic comme un médicament utile, on ne saurait voir en " lui un médicament curatif." Le même auteur rappelle que Trousseau a vu des tuberculeux s'améliorer sous l'influence du traitement arsenical, mais avoue " n'en avoir pas guéri (1)."

En dermatologie, la médication arsenicale est fréquemment employée, mais les raisons sur lesquelles on se fonde sur cet emploi sont obscures. Si l'on se donne la peine de lire les auteurs qui ont traité de la question, on ne découvre pas bien la raison de cette vogue, on trouve des contradictions. Aux anciennes formes de l'arsenic, ont succédé les formes néo-arsenicales, cacodylates et autres, mais les raisons de leur emploi en dermatologie n'ont pas été mieux déterminées. On continue un peu, par routine ; du moins telle est l'apparence.

Pourquoi n'essaierait-on pas le thiocol (2) dans le traitement

(1) *Traité élémentaire de Thérapeutique*, par A. Manquat. Vol. I. 4ème édition 1900.

(2) L'attention se trouve naturellement appelée sur ce médicament récemment connu en France : le thiocol. En Allemagne et en Italie, il est employé depuis 1898, époque de sa découverte. Un grand nombre d'auteurs l'ont étudié, voici les noms et les travaux de quelques uns d'entre eux.

G. Schwarz. Thiocol, ein neues Heilmittel gegen tuberculose. *Kl. therap. Wochenschrift*, no. 19, 1898.

Heukeskoven. Exp. uber die Wirkung des thiocols bei tuberculose. Bern, 1899.

Maramaldi. Valeur et efficacité du thiocol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Naud, éd., 1899.

Roasbach. Untersuchungen ueber thiocol. *Thérap. Monatshefte*, 1899.

H. Kaplansky. Traitement de la tuberculose infantile par thiocol. *Thèse de Paris*, 1900.

Mendelsohn. Zur medicamentösen Behandlung der Lungentuberculose. *Deutsche med. Zeitung*, no. 21, 1900.

Schoull. Le traitement de la tuberculose pulmonaire. Communication faite à l'Académie de médecine. Juin 1900.

Draco et Mota Cocco. *Klin therap. Wochenschrift*, no. 31 et 32, 1902.

Chardin. Action du thiocol dans le traitement des affections pulmonaires. Naud, éd., 1903.

interne des maladies tuberculeuses de la peau ? Il aurait d'autant plus de chances de succès, que, ainsi que Pilippson (de Palerme) l'a fait remarquer, un nombre non petit de lupiques sont en même temps atteints de bacillose pulmonaire, osseuse, ou autre.

J'arrête ici cette revue forcément incomplète de l'état actuel du traitement médicamenteux de la tuberculose. On voit, lorsqu'on essaie de préciser et de fixer ses idées, que nous possédons aujourd'hui quelques moyens de choix pour la lutte anti-tuberculeuse journalière. Ceux-là sont à la portée de tous. C'est ce qui fait la valeur relativement plus grande et plus pratique, comparée à la méthode hygiéno-diététique, en général, et aux sanatoria, en particulier. Le grand défaut de ces derniers est qu'ils ne seront jamais à la portée de tous les tuberculeux (nombre total), ni de toutes les bourses (rang social).



- 
- Gripou. Essai sur le thiocol. *Thèse de Paris*, 1903.  
 Laffont. *Bulletin de l'Académie des sciences*, 1903.  
 J. Noë. Le thiocol, *Archives générales de médecine*, no. 42, oct. 1903.  
 F. Berlioz. De l'emploi du thiocol dans la tuberculose pulmonaire.  
 (Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 13  
 février 1904. *Le Progrès médical*, no 9. 1904.)  
 F. Bousquet. L'évolution de la médication créosotée. *La Presse médicale*,  
 no. 25, mars 1904.  
 Vigoul. Une opinion personnelle sur le thiocol. *Le Concours médical*,  
 no. 23, 1904.  
 Jifard. Sur l'action du thiocol. *Gazette des hôpitaux*, no. 24, 1904.

## DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'HYPPOCHONDRE DROIT (1)

Par TH. TUFFIER, agrégé, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Le nombre des affections rénales actuellement dans notre service me permet de vous exposer les difficultés de diagnostic qui peuvent se rencontrer dans l'examen des *tumeurs sous-costales droites*.

Voici une malade qui entre à l'hôpital le 9 novembre 1904, se plaignant de douleurs vives dans l'hypocondre droit et présentant une *tuméfaction de cette région*, le tout à marche aiguë. Les accidents remontent à trois jours : *brusquement*, à pleine santé, sans prodromes, sans crise antérieure, elle est prise, à son réveil, d'une douleur très violente occupant la région épigastrique ; cette douleur envahit bientôt tout le côté droit. Puis survinrent des vomissements bilieux ; le ventre se ballonne, il y a absence complète de selles et de gaz. Un purgatif prescrit par son médecin, produit une légère évacuation ; mais les symptômes ne s'amendent pas, la douleur est toujours vive et la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Nous trouvons à ce moment le ventre tendu et ballonné ; la palpation permet de sentir une *tuméfaction diffuse*, sans limites précises, englobant tout le côté droit *depuis la fosse aux reins jusqu'aux fausses côtes*. Cet examen provoque une *douleur vive* dont le maximum siège à mi-distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, c'est-à-dire *au point de Mac Burney*. Cette tumeur est *immobile* et ne suit pas les mouvements respiratoires. Enfin elle est *mate* et sa matité remonte jusqu'aux fausses côtes où il est impossible de l'isoler

de la matité hépatique; en bas, elle descend jusqu'au tiers inférieur de la fosse iliaque.

Les *signes généraux* sont peu accusés; la température est normale, tandis que le *pouls est fréquent* (120), mais bien frappé, réalisant ainsi une véritable dissociation. Le facies est bon; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires. Il n'y a pas d'ictère.

En présence de ce tableau clinique, le premier diagnostic qui se présente à l'esprit est celui d'*appendicite avec péritonite localisée* ayant déterminé un empatement, un plastron péri-colic : celui-ci, il est vrai, remonte plus haut que de coutume, mais on peut l'interpréter en songeant à la forme rétro-cæcale, presque sous-hépatique, due à une position anormale de l'appendice; et de fait c'est le diagnostic porté avant mon examen. On institue le traitement ordinaire en pareil cas: diète hydrique et application de glace.

Si cependant vous examiniez de plus près la lésion, vous constatiez que *le fond de la fosse iliaque était accessible* et que le palper permettait de pénétrer au-dessus de l'arcade crurale jusqu'au détroit supérieur; vous aviez alors la sensation que la tumeur affleurait bien la fosse iliaque, mais qu'elle ne l'habitait pas: elle descendait de plus haut. De même, si vous exploriez soigneusement sa sensibilité, vous déterminiez bien un maximum douloureux au point classique de l'appendicite, mais vous aviez *un autre foyer maximum* sous les fausses côtes et sur le bord externe du muscle grand droit, c'est-à-dire au lieu d'élection des douleurs *cystiques*. Cette matité elle-même *se conjon-  
dait en haut avec celle du foie*, et cela est bien rare dans les collections péri-appendiculaires: il existe généralement alors une bande de sonorité sous hépatique. Pour ces trois raisons, enfin et surtout parce que je trouvais *un foyer de douleurs pro-  
gressivement croissant* en se rapprochant de la vésicule biliaire,

j'écarterai le diagnostic d'appendicite et portai celui de *péricholécystite probablement d'origine calculuse*.

Dans les jours suivants les symptômes physiques que je viens de passer en revue se transforment rapidement. La *tuméfaction* fond presque sous nos yeux et elle disparaît dans un sens caractéristique : elle perd toute connexion avec la fosse iliaque et se limite nettement en bas, tandis que ses rapports avec le foie se maintiennent et s'accusent. La mobilité aussi apparaît et, au quatrième jour, *la tumeur suit légèrement les mouvements respiratoires*. La douleur a presque disparu : il n'existe plus qu'un endolorissement vague de toute la région. Le point de Mac Burney est encore un peu sensible ; mais la douleur maximale siège plus haut, immédiatement sous le rebord costal, au point cystique. Dès lors il devient évident que c'est le *foie* et non l'appendice qui est en cause. Débarrassée de la gangue inflammatoire qui l'unissait à l'épiploon et à l'intestin, on sent la vésicule biliaire qui paraît volumineuse. Les selles sont normales ; les urines ne contiennent pas de pigments biliaires, pas de signes de cholémie. Mais, interrogée à nouveau dans son passé hépatique, la malade dit avoir eu *une colique hépatique il y a plusieurs années*. Nous sommes donc bien en présence d'une lithiase vésiculaire *avec péricholécystite aiguë non suppurée*, puisqu'il n'y a eu ni frissons, ni élévation thermique, sans obstruction des canaux d'excrétion de la bile puisqu'il n'y a pas d'ictère.

L'opération pratiquée le 17 novembre, confirme pleinement ce diagnostic. En effet, je trouve une vésicule distendue, adhérent au côlon et à l'épiploon ; sa base présente une plaque verdâtre sphacélée, ne saignant pas à la coupe, et sous laquelle on aperçoit l'angle d'un calcul qui vient véritablement "mettre le nez à la fenêtre." Extraction d'une dizaine de calculs, drainage et guérison.

Je vous expose ce fait parce qu'il montre toutes les difficultés qui peuvent se présenter dans le diagnostic de ces tumeurs de l'hypochondre droit. Ici, la difficulté, au début, consistait à différencier l'appendicite de la cholécystite et vous avez vu comment l'étude des points douloureux était capitale pour établir le degré des accidents primitifs. Dans certains cas elle se complique par la possibilité de l'origine rénale des accidents. Rein, foie et vésicule, côlon et appendice tels sont en effet les trois groupes d'organes qu'il faudra interroger en présence d'une tumeur de cette région.

\* \* \*

Et d'abord il faut rechercher le siège exact de la douleur. Souvent le malade l'indique lui même avec une grande précision ; d'autres fois, comme dans le cas actuel, la douleur est diffuse et ce n'est qu'en insistant qu'on arrive à en localiser définitivement le point culminant.

La douleur appendiculaire répond au point dit "de Mac Burney" : on a beaucoup discuté sa valeur et, s'il ne faut pas l'exagérer et en faire un signe pathognomonique on peut dire que, dans la grande majorité des cas, ce point répond à la projection de l'appendice sur la paroi abdominale. Joint aux autres signes du syndrome appendiculaire, il permet de grandes présomptions en faveur de cette affection. Mais il ne faut pas oublier que la douleur, dans l'appendicite, peut s'abaisser vers le pubis, jusqu'à se confondre avec le point douloureux dit ovarien ou annexiel et que d'autre part, lorsque l'appendice est sous-cæcal ou qu'à son inflammation se joint un certain degré de typhlo-colite la douleur peut remonter le long du trajet du gros intestin et se rapprocher du rebord costal.

Au point appendiculaire s'oppose le point cystique, que nous trouvons dans les cholécystites et les péricholécystites. La vésicule biliaire se projette sur l'abdomen en un point situé à

l'intersection du bord externe du grand droit et de la 10e côte ; c'est là qu'est le maximum de la douleur dans la lithiase biliaire.

Assez souvent, elle se propage, vers l'épigastre, constituant ainsi le *point épigastrique* ; on observe aussi des irradiations ascendantes (*point scapulaire*) dans l'épaule droite, le sein, la région mammaire. La douleur semble même suivre parfois le trajet du phrénique et atteindre jusqu'au côté droit du cou, de la nuque et même de la tête. Les irradiations descendantes sont plus rares.

Entre ces deux douleurs nous avons la *douleur rénale*. Elle se trouve au dessous et en dehors du point cystique, au-dessus du point appendiculaire, en un point situé en dehors du bord externe du grand droit, à la hauteur de l'omblic. Mais cette localisation douloureuse antérieure a moins de valeur par sa localisation postérieure. *En arrière, elle embrasse toute la région lombaire ; ses irradiations sont surtout inférieures* et atteignent le scrotum ou les grandes lèvres, l'anneau inguinal ; plus rarement elles se dirigent vers le thorax et le membre supérieur. Cette douleur rénale donne lieu quelquefois à une véritable impotence fonctionnelle de tout le côté. Je vous en montre à chaque instant des exemples dans ce service si riche en affections rénales.

On voit que ces trois points douloureux diffèrent en principe par leur siège et leurs irradiations ; cependant il y a des cas limités où il est presque impossible de les distinguer.

\* \* \*

Ce sera alors par les *caractères physiques de la tumeur* qu'on établira le diagnostic.

L'*appendicite* donne lieu généralement à des tumeurs mal délimitées, ayant pour base la fosse iliaque, immobiles, séparées

nettement de la matité hépatique par la sonorité du gros intestin. Ces cas types se diagnostiquent facilement, Mais suivant la situation de l'appendice, on peut observer des formes dont le diagnostic présentera des difficultés. Nous avons déjà vu la forme sous-cæcale qui donne lieu à des empâtements haut situés, gagnant la face inférieure du foie dont on ne peut que difficilement les séparer. D'autres fois on observe des tumeurs *mobiles* sans connexions avec la paroi et ressemblant à s'y méprendre à un rein mobile. Ce sont les cas où l'inflammation péri-appendiculaire a simplement agglutiné les anses voisines sans intéresser le péritoine pariétal, cas d'ailleurs dangereux, car une perforation dans la grande cavité péritonéale, non protégée par des adhérences, est toujours à craindre.

Les *tuméfactions du rein* sont en général *franchement lombos abdominales* : elles remplissent plus ou moins complètement la fosse de ce nom et produisent quelquefois une déformation appréciable de la région ; elles ont des limites nettes, une surface lisse, un pôle inférieur facile à déterminer, tandis que le pôle supérieur disparaît sous les côtes ; prises entre les deux mains, l'une antérieure, l'autre postérieure, elles ballotent, elles fuient dans la fosse lombaire ; enfin elles sont séparées de la paroi abdominale antérieure par la sonorité du côlon ascendant, sonorité superficielle à rechercher en percutant doucement. Mais dans les tumeurs rénales volumineuses qui viennent se mettre en rapport direct avec la paroi, le côlon est repoussé en dedans et ce signe classique fait défaut.

Le type de la tumeur rénale, telle que nous venons de la décrire, est constitué par l'hydronéphrose, et notamment par l'*hydronéphrose intermittente* qui, par la périodicité de ses crises douloureuses, ressemble le plus au type clinique décrit au début de cette étude.

Brusquement ; souvent sans aucune cause provocatrice, sans

relation avec les repas, la érise éclate, avec sa douleur vive dont nous avons détaillé le siège, les irradiations et les modalités; elle est telle que le malade s'immobilise dans une attitude de défense en avant ou sur le côté. Des vomissements alimentaires ou bilieux, une oligurie ou même une anurie absolue complètent le tableau.

La résolution de la crise survient assez brusquement, comme son début, quelquefois après réduction de la tumeur par le médecin, suivie presque toujours d'une polyurie momentanée, comme après presque toutes les crises douloureuses viscérales, mais accentuée ici du fait de l'évacuation mécanique de la poche hydronéphrotique. Cependant le rein a repris son volume primitif et sa forme caractéristique; l'hydronéphrose a disparu; il ne reste plus que le rein mobile.

*D'autres lésions rénales* peuvent produire des accès douloureux plus ou moins périodiques; et je vous en ai montré dans la lithiase rénale, la tuberculose, voire même le cancer du rein. Je vous rappelle à ce propos l'histoire d'un malade qui est encore couché actuellement au lit no 9 de la salle Ambroise Paré:

Il entra à l'hôpital le 26 octobre 1904 pour des douleurs siégeant dans l'hypochondre. Dans ses antécédents héréditaires, on note un père mort de fluxion de poitrine, une mère tuberculeuse; dans ses antécédents personnels, on trouve d'autre part des bronchites répétées, des laryngites tenaces, peut-être du paludisme colonial (?). La maladie actuelle remonte à huit mois et débuta par des douleurs abdominales diffuses, mais prédominantes à gauche et par un grand amaigrissement. Bientôt le malade s'aperçut de l'existence dans le flanc, d'une tumeur qui changeait de volume à certains moments (?) tandis que ses urines devenaient momentanément purulentes. Jamais d'accès fébriles.

A son entrée on constate une grosse masse, occupant tout

L'hypochondre, atteignant l'ombilic sur la ligne médiane, dure, mate, arrondie en bas, un peu irrégulière et arrondie latéralement, peu mobile, ne suivant pas les mouvements respiratoires ayant, en un mot, tous les caractères d'une tumeur du rein. La pression détermine de la douleur qui irradie du côté de la cuisse correspondante. Les urines sont claires, sans sucre ni albumine. La vessie, la prostate, les testicules sont sains. Il existe des frottements pleuraux à la base gauche, et quelques craquements au sommet du même côté. Ces derniers signes, les antécédents du malade me firent faire le diagnostic ferme de tuberculose du rein. L'opération, faite le 3 novembre, confirma cette opinion.

Toutes les variétés de tumeurs rénales que nous avons passées en revue étaient aseptiques. Presque toutes peuvent s'infecter et donner lieu alors aux diverses variétés de pyonéphrose, et je ne fais que vous rappeler ce fait curieux que présentait un malade couché au no 10 de la salle Malgaigne. Vous avez vu combien cette tumeur lombo-abdominale était difficile à préciser. Son siège anatomique était discuté—rein ou côlon—sa nature inflammatoire était certaine, mais il n'y avait aucune réaction et, seul, l'examen du sang pratiqué par M. Meauté et nous donnant une leucocytose de 37,000, permettait d'affirmer la suppuration. Il s'agissait d'un abcès périrénal autour du rein mobile avec sa capsule graisseuse suppurée et ectopiée dans la fosse iliaque.

\* \* \*

Il nous reste maintenant à étudier les *tumeurs hépatiques ou péri-hépatiques*. Elles se caractérisent essentiellement par la continuité de leur matité avec celle du foie, par leurs mouvements d'élévation et d'abaissement synchrones aux mouvements respiratoires.

Un *kyste hydatique* de la face inférieure du lobe droit présentera tous ces caractères, mais dans certains cas, où un pédi-

cule mince le rattache au foie, il pourra présenter du ballotement et tous les caractères d'une tumeur rénale. Je vous ai montré un *adénome d'un lobe erratique du foie* que j'ai enlevé dans ces conditions.

Mais ce sont surtout les tumeurs dépendant de la *vésicule biliaire* qui prêtent à l'erreur, car comme nous l'avons vu chez le malade qui nous a servi de thème à cet entretien, ce sont elles surtout qui seront à différencier des empâtements péri-appendiculaires et de certaines tumeurs rénales.

La lithiase biliaire se présente sous les formes les plus variées; la colique hépatique pure en est le prototype; mais c'est la colique vésiculaire qui nous intéresse ici. Elle présente d'ailleurs les mêmes signes cardinaux: début brusque, douleur vive au point cystique avec les irradiations que nous avons étudiées, vomissements d'abord alimentaires, puis biliens, petitesse du pouls; la température dépend de l'état d'asepsie ou d'infections des voies biliaires. L'ictère fait défaut, ce qui la distingue de la colique complète, avec migration de calculs dans le cholédoque. Ces crises de colique vésiculaire sont plus longues, quelquefois coupées de phases d'accalmie, et accompagnées de réactions nerveuses très accentuées.

Localement, plusieurs cas peuvent se présenter. On peut trouver une *tuméfaction diffuse*, presque impossible à délimiter pouvant descendre jusque dans la fosse iliaque, peu mobilisable, mate, comme chez notre malade. Mais généralement cet empâtement diminue et se limite rapidement, l'œdème épiploïque disparaît, les connexions avec le côlon se relâchent, la tumeur devient franchement sous-hépatique et vésiculaire. Elle est alors régulière, arrondie, élastique, quelquefois fluctuante, elle s'élève et s'abaisse avec les mouvements respiratoires; on peut lui imprimer de légers mouvements de latéralité.

Son volume est variable et se modifie quelquefois d'un jour à l'autre ; la matité suit naturellement les fluctuations analogues : c'est une tumeur à éclipses, comme l'hydronéphrose intermittente. Quelquefois la palpation permet de sentir des calculs et même une sorte de collision crépitante.

Cette *hydropisie* de la vésicule peut atteindre tous les degrés : elle peut devenir extrêmement considérable quand un calcul est placé au niveau du col vésiculaire, faisant soupape et permettant à la bile d'entrer dans la vésicule et non d'en sortir. On cite des cas où ces tumeurs furent confondues avec des kystes de l'ovaire et avec des ascites : nous avons observé et publié un cas exceptionnel où elle fut confondue avec une *grossesse extra utérine* remontée à ce niveau. Ces tumeurs biliaires aseptiques tendent en général à diminuer progressivement. Les parois du cholestycte s'atrophient et se sclérosent, amenant une oblitération plus ou moins complète qui est la règle dans les cholécystites anciennes.

\* \* \*

La troisième variété de tumeurs de l'hypochondre droit, les *tumeurs du gros intestin*, et notamment de l'angle sous-hépatique du côlon, méritent encore de nous arrêter. Ce sont presque toujours des néoplasmes. Si leur anatomie pathologique est bien établie, il n'en est pas de même au point de vue clinique. Lorsqu'on constate des alternatives de diarrhée et de constipation, ou une constipation croissante, des selles sanguinolentes, du mékèna, le diagnostic est assez facile, et, si l'on peut reconnaître une tumeur siégeant sur l'angle sous-hépatique du côlon — puisque ce sont surtout les tumeurs de cette région qui nous occupent —, le diagnostic s'impose. Mais il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il y a, en effet, des formes frustes, se traduisant par de *simples petites crises intestinales*. De plus,

ces tumeurs peuvent donner lieu physiquement à de grandes difficultés de localisation, car elles peuvent être mates et plus ou moins mobiles suivant leurs adhérences. Elles peuvent enfin au début, être de très petites dimensions, réduites à un simple anneau néoplasique et être masquées par des *abcès profonds de l'abdomen* dont elles sont la cause. J'en ai rapporté plusieurs observations l'an dernier (1); et ces faits, qui n'avaient pas été mentionnés, sont fréquents si j'en crois le nombre ces observations confirmatives des miennes. Je ne vous rappellerai ici que le cas de ce malade, n° 7, salle Ambroise Paré, atteint d'un phlegmon banal de la fosse iliaque, qui paraissait sous la dépendance bien nette d'une appendicite subaiguë, et qui, en réalité, n'était que le premier accident d'un cancer du côlon ascendant. L'examen du sang seul nous avait permis, dans ce cas de prédire le diagnostic, car sa formule sanguine ne répondait pas à celle d'une suppuration profonde.

Quoi qu'il en soit, je suis arrivé à cette conclusion qu'au delà de la cinquantaine toute obstruction intestinale aiguë est sous la dépendance d'un cancer, et, en appliquant cette loi cliniquement exacte, vous aurez peu de chances de vous tromper.

Enfin l'*entérite muco-membraneuse* peut donner lieu, elle aussi, à des tumeurs de l'hypochondre droit produites par l'intestin contracturé. En dehors de l'ensemble des signes fonctionnels qui aident au diagnostic, l'examen physique de l'abdomen présente une grande importance. Si, en effet, on palpe la région iliaque et la fosse lombaire de ces entéralgiques, on trouve un *cylindre irrégulier, dur, douloureux*, qui représente nettement le trajet du cæcum et du côlon ascendant. Ce cylindre est mobile transversalement et non verticalement; il est irréduc-

(1) TUFFIER.—“ Des abcès profonds de l'abdomen comme premier symptôme d'un cancer de l'intestin ”. *Semaine Médicale*, 22 juin 1904.

tible, et le plus souvent le palper du flanc gauche révèle un S iliaque de même consistance. *Si l'on attend la fin de cette crise douloureuse, pour examiner à nouveau le malade dans une période de calme, on constate du clapotement caecal, indice d'une ectasie* ; puis, une nouvelle crise se reproduit et, de nouveau, on trouve un cylindre court, dur, arrondi, dans cette même fosse iliaque. Souvent, ces crises douloureuses existent chez des malades atteintes de rein mobile, qu'on trouve quelquefois au-dessus de la tumeur iliaque et elles font partie de ce syndrome si fréquent qui est constitué par une véritable faiblesse congénitale des tissus—faiblesse de la paroi abdominale, ptoses viscérales multiples et atonie gastro-intestinale—sur lequel j'attire depuis longtemps votre attention.

\* \* \*

A ces éléments de diagnostic clinique entre les tumeurs de l'hypochondre droit il convient d'ajouter certaines *manœuvres cliniques* et *recherches de laboratoire*, qui, sans être d'une valeur absolue, peuvent cependant, dans nombre de cas, faire pencher du bon côté un diagnostic hésitant :

D'abord la *distension du côlon* — selon la méthode de Nauyn et Minkowsky—par injection d'eau, puis d'un mélange capable de distendre l'intestin par des gaz : le déplacement des zones de matité et de sonorité permettra d'assigner à la tumeur son véritable siège. Puis la recherche de la *cholémie* selon la méthode de Gilbert et de ses élèves. Quant à l'*examen du sang*, j'ai fait naguère (*Sem. méd.* 1801, p. 209) une leçon sur son importance dans le diagnostic des tuméfactions chroniques et des néoplasmes de la fosse iliaque droite. Enfin la *division des urines*, jointe à leur *examen bactériologique et microscopique* seront des appoints plus utiles.

Nous avons vu la cholémie absente chez notre malade qui

était cependant une lithiasique. La division des urines, par contre, donna des résultats positifs dans les deux cas étudiés.

Vous voyez les difficultés qui peuvent surgir dans le diagnostic des tumeurs sous-costales droites. C'est pour vous montrer que pratiquement, par une analyse minutieuse et méthodique des symptômes et des renseignements étiologiques aidée dans certains cas par les recherches du laboratoire, vous arriverez le plus souvent à un diagnostic exact et, par suite, à un traitement rationnel, que je vous ai retenus pendant cette leçon autour de ces faits.



#### LE SANMETTO EST INDISPENSABLE DANS LES MALADIES GÉNITO-URINAIRES.

Je manie le SANMETTO depuis quelques années, il me semble tout à fait indispensable dans les maladies génito-urinaires.

Aussi longtemps qu'il occupera la place qu'il tient actuellement et qu'il gardera sa supériorité je continuerai à le prescrire.

St-Louis, Mo.

D E. V. ROWE.

## TRAITEMENT RAPIDE DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

---

Pour traiter scientifiquement et pour guérir la blennorrhagie de la femme, il faut combattre les lésions dans toute leur étendue et attaquer le microbe là où il se trouve.

La thérapeutique devra donc être à la fois vulvaire, cervico-utérine, uréthrale, et surtout et avant tout *vaginale*.

Dans les phases suraigues du début, on se contentera des irrigations vaginales (6 litres d'eau bouillie simple ou permanganatée à 1 p. 10,000, 3 fois par jour) associées aux grands bains prolongés. Dès que la sensibilité a diminué, on doit s'attaquer au vagin. La méthode du *tamponnement du vagin* semble bien supérieure aux injections antiseptiques, car elle seule permet de distendre entièrement le vagin, d'effacer les plis de la muqueuse, d'atteindre directement les espaces intermédiaires ainsi que les culs-de sac vaginaux, et de porter les antiseptiques dans la profondeur des lésions mêmes.

Voici le traitement que préconise Tuffier, dans la cure de la blennorrhagie chez la femme, traitement grâce auquel il obtient, dans son service de Beaujon, des résultats absolument remarquables :

1° Savonnage soigneux et prolongé du vagin et de la vulve à l'eau chaude, à l'aide d'une compresse stérilisée enroulée autour des doigts, ou avec une brosse souple à vagin. Ce nettoyage doit être effectué comme pour une opération vaginale ;

2° Rinçage du vagin avec de l'eau bouillie simple ;

3° Injection de six litres d'une solution, à 35° ou 40° c., de permanganate de potasse à 1 p. 4,000 ;

4° Tamponnement du vagin avec 5 à 6 grandes mèches de gaze stérilisé, imprégnées de la même solution de permanganate, plus ou moins exprimées. Ce tamponnement sera fait à l'aide de valves vaginales, et progressivement du fond du vagin vers l'extérieur, afin de bien distendre, au maximum, la muqueuse vaginale;

5° Au bout de 24 hrs, retirez les mèches, donnez une nouvelle injection, et recommencez le tamponnement comme précédemment. Supprimez définitivement les nouvelles mèches, au bout de 12 à 24 hrs, suivant l'intensité de la blennorrhagie.

Tel est ce traitement dans ses principes. Il est exécuté en deux séances, à 24 heures d'intervalle. Quant à ses résultats, dans les nombreux cas que nous avons vu soigner à l'hôpital Beaujon, ils ont été vérifiés et par l'examen microscopique qui montrait l'absence de gonocoque, et par l'absence de toute contamination après coït immédiat.

Pendant les jours suivants, on ne doit pas négliger les soins antiseptiques, pour éviter les retours de la maladie.

Au bout de 10 à 15 jours, lorsque la vaginite sera guérie, on peut compléter la désinfection du vagin, par celle du col utérin, de l'urèthre et de la vessie, et cela par des badigeonnages et des instillations d'une solution de nitrate d'argent à 1/100 et même à 1/50. La cavité cervico-utérine peut également être traitée à l'aide d'attouchements à la Tr. d'iode, pratiqués 2 à 3 fois par semaine, pendant 7 à 8 séances.

Ajoutons, pour terminer, que chez les femmes très sensibles, on peut atténuer la douleur à l'aide, soit de l'anesthésie locale (badigeonnages de la cavité vaginale avec une solution de cocaïne ou de stovaïne), soit de lavements calmants.

ALBERT PAQUET.



## LE CITRATE DE SOUDE DANS LES VOMISSEMENTS DE L'ENFANCE

---

Il est peu de médicaments supportés par les nourrissons. Dans les troubles dyspeptiques de la première enfance, le bicarbonate de soude et l'acide lactique sont à peu près les seuls agents bien tolérés. A ce nombre, il convient d'ajouter le citrate de soude. Employé en Angleterre, il a été utilisé pour la première fois par Wright en 1892. Ce dernier avait remarqué que les fluorures et les oxalates précipitent les sels de chaux du lait ; grâce à cette décalcification, le caillot de caséine devient moins dense, plus aisément digestible pour l'estomac des nourrissons. Seulement les fluorures et les oxalates sont peu maniables et risquent de produire des effets toxiques. Le citrate de soude n'offre pas semblable inconvénient. De plus, il exerce la même action favorable sur la densité du caillot, qu'il rend moins cohérent. On peut le prescrire à doses assez fortes. M. Variot emploie la formule suivante :

Citrate de soude.....	5 grammes
Eau distillée.....	300 —

De une cuillerée à café à une cuillerée à dessert avant le repas. Ce médicament réussit surtout dans les accidents de la suralimentation. M. Variot montre deux nourrissons chez lesquels le réglage des tétées n'avait amené qu'une amélioration insuffisante : les vomissements et la diarrhée persistaient. L'emploi de la potion guérit le premier en 48 heures, et le second en une huitaine. D'autres enfants ont guéri avec la même rapidité.

On pourrait croire que le remède agit en renforçant la quantité d'acide citrique contenue à l'état normal dans le lait.

On sait que pour M. Netter la stérilisation du lait, en détruisant l'acide citrique, risquerait de produire le scorbut infantile. M. Variot a demandé l'avis de M. Armand Gauthier. Pour ce dernier, la quantité d'acide citrique contenue dans le lait est chose absolument négligeable, tant elle est minime. Si le citrate de soude réussit, c'est pour d'autres raisons, et probablement pour son action sur le caillot dont il réduit la densité.

Les médecins anglais sont si enchantés des effets du citrate de soude qu'ils le prescrivent systématiquement et même en dehors de tout trouble dyspeptique chez l'enfant. C'est aller trop loin. Le citrate de soude est un médicament : on ne l'ordonnera que chez les nourrissons malades. S'il s'agit de rendre le lait plus digestif, on ne recourra pas au citrate de soude, mais à l'adjonction de petites quantités d'eau bouillie ou de sucre, comme on fait habituellement.



#### LE SANMETTO DANS LES MALADIES GENITO-URINAIRES ET DANS LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Je me suis servi du SANMETTO avec de brillants résultats dans presque tous les cas pour lesquels il est préconisé. Dans quelques cas de rhumatisme blennorrhagique il s'est montré actif, il me semble être un bon médicament adjuvant dans cette maladie.

St. Louis, Mo.

DR. T. D. HOGAN,

Diplômé en 1896.

## **Intérêts Professionnels**

---

Messieurs,

J'ai envoyé à chacun de vous, de même qu'à tous les médecins du district, une lettre circulaire, dont le but était de me renseigner sur le fonctionnement de nos règlements et de notre tarif, dans le district de Joliette.

Des 56 médecins pratiquant dans les comtés de Berthier, Joliette, Montcalm, et L'Assomption, 32 m'ont répondu ; et tous ont eu une copie de nos règlements et de notre tarif. D'après ces renseignements, je constate que 23 suivent notre tarif, et 16 l'ignorent. Quant aux autres au nombre de 17, je n'ai pu me procurer de renseignements exacts.

J'ai dit tantôt que 16 médecins de notre district ignoraient notre tarif. Je me méprends, car de ce nombre, au moins un quart m'ont exprimé leur regret de ne pouvoir suivre ce tarif ; et la raison : c'est qu'un, ou plusieurs confrères avec qui ils ont de fréquents rapports, refusent d'accepter notre liste de prix ; — *et avec les loups il faut hurler.*

Si nous prenons en considération les chiffres que je viens de vous soumettre, et le temps qui nous sépare des premières démarches que nous avons faites pour réorganiser notre Association, et parfaire ce tarif, je vous avouerai messieurs, que le résultat est assez satisfaisant.

Dans tout le district, sauf dans la ville de Joliette, et peut-être dans une ou deux autres localités, nous chargeons deux dollars chaque accouchement.

Certains même, et tout près d'ici, c'est avec un sentiment de tristesse que je le confesse, chargent encore une piastre et demie pour frais de route, accouchement, application de forceps, etc., même hors des limites de leur paroisse. Il faut que l'on quote son travail, ses connaissances, son intelligence à bien peu de chose, pour avilir ainsi son salaire. Du reste je reviendrai tantôt sur ce sujet.

\* \* \*

Au point de vue psychologique une chose m'a frappé, dans l'analyse des rapports que j'ai reçu de mes confrères ; c'est que dans toutes les municipalités où il n'y a qu'un seul médecin, notre tarif a été accepté d'emblée, quant aux autres, c'est-à-dire dans les villages où plus d'un exercent, au moins 60 pour cent ont refusé de nous suivre.

Le règne de la paix n'est pas encore de ce monde, mais il ne faut pas désespérer car toute fin n'arrive qu'après une succession de luttes. L'évolution morale de l'animal homme n'est pas terminée—au contraire et comme cette évolution tend toujours vers le progrès, vers le mieux, nous ne devons jamais nous laisser abattre.

Je suis peut-être un peu optimiste, mais je crois avoir raison de l'être.

Ecoutez : Au mois de décembre dernier, la cour des Forestiers Catholiques St-Gabriel avait à faire le choix d'un médecin. D'après les règlements de cette Cour il était alloué à son médecin 25 cts pour chaque visite dans le village, et un dollar pour chaque course dans la campagne. La position de médecin de la Cour me fut offerte. Je déclinai respectueusement l'offre que les Forestiers avaient l'honneur de me faire, déclarant publiquement que nous avions un tarif de district, lequel ne concordait pas avec les règlements de la Cour St-Gabriel.

J'ai le plaisir de vous dire Messieurs, que mon confrère le Dr Archambault a proposé que la Cour modifiât ses règlements conformément à notre tarif, et que votre humble serviteur retire ses objections. Ce qui fut fait. Ceci est un petit exemple dont les conséquences seraient énormes si elles s'étendaient à toute notre Province.

Quant au public, dans ses rapports avec nous, la question de prix, n'est pas un facteur aussi important que beaucoup se l'imaginent.

N'avez-vous pas constaté que souvent vos clients se rendent à la ville, vont consulter des spécialistes de renom, sans considération pour le chapitre des dépenses: D'où, je vous conseillerais d'augmenter votre renommée et votre tarif, parellement. Je connais un jeune médecin dont la science n'est certainement pas transcendante, et cependant son bureau est peut-être l'un des plus achalandés de sa localité. A chaque client qu'il écorche, il ajoute sur un ton mi-confidentiel: "Voyez-vous mon ami, il faut payer un médecin suivant sa capacité; un ignorant vous chargerait rien, ou presque rien, mais vous êtes chanceux vous, vous en avez encore pour deux fois votre argent." Voilà, n'est-ce pas Messieurs, ce que l'on pourrait appeler, faire l'éducation du peuple.

\* \* \*

Messieurs, la pratique surannée des abonnements est aussi un obstacle à l'adoption de notre tarif dans certaines localités.

Dans les premières années de ma pratique j'ai essayé de ce système, forcé du reste par l'exemple des anciens qui demeuraient à St-Gabriel de Brandon avant moi. Rien n'est propre à atrophier le talent, l'ambition, les aptitudes, les qualités d'un chacun de nous, comme ce contrat d'abonnement, aussi immoral dans son principe qu'une loterie. Aussi Messieurs, et je

parle ainsi, parce que je sais—voyons-nous fleurir à côté des médecins pratiquant à forfait, les rebouteurs et les charlatans. Le médecin qui passe sa vie à prendre des abonnés, devient sur ses vieux jours un routinier très peu au-dessus du charlatan.

Que j'approuve notre constitution qui déclare dérogatoire à la déontologie médicale, le fait de faire des contrats d'abonnement avec nos clients !

Je sais des paroisses dans notre district, dans mon comté, où des familles de douze à quinze membres se font traiter à forfait pour la somme dérisoire de trois à quatre dollars par année, accouchements compris.

En sus du fait que ces pratiques sont dérogoires à notre déontologie, elles constituent une injustice pour une partie de la profession.

Comment voulez-vous qu'un jeune médecin aille se fixer dans un village, où un vieux s'est lié ainsi, presque toute la population ? Il lui faudrait de la fortune, et plus encore de la patience. Tout dernièrement j'entendais l'un de ces vieux faiseurs à forfait, surchargé de métiers divers (car vous comprenez que la pratique seule de la médecine dans ces conditions est peu rémunératrice) dire à un jeune qui se proposait de se fixer au même endroit : "Le soleil luit pour tout le monde." Quelle ironie !

Notre Faculté devrait remonter à ses origines, et faire prêter le serment de Cos :

"Je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice."

\* \* \*

Dans notre société, tous les groupes qui ont des intérêts communs se solidarisent. La solidarité sous forme d'union, d'association, etc., est bien la caractéristique de notre époque.

La communauté d'intérêt constitue pour ainsi dire des

familles dans l'état : et cette solidarité est créée pour le bénéfice de ses membres. En examinant ces groupements divers, j'ai été frappé d'une chose ; c'est que toutes ces associations, par un accord unanime de leurs membres, tendent au bien-être des unités qui les composent, sauf chez les médecins. Ouvrez les journaux Messieurs, et voyez les revendications de toutes les unions ouvrières, employés de commerce, etc. Quelle unanimité dans l'effort, pour obtenir un meilleur salaire et une diminution des heures de travail ! *Seuls, nous médecins, nous nous condamnons volontairement à prolonger indéfiniment notre existence précaire.*

La société, la famille a des exigences qu'elles n'avaient pas jadis ; aujourd'hui que nous connaissons bien la thérapeutique, que nous guérissons nos malades mieux et plus vite qu'autrefois, avec ces *arcanes* que Paracelse avait entrevus ; aujourd'hui que nos procédés sont perfectionnés, notre outillage dispendieux, notre intelligence plus cultivée, est-il donc raisonnable, est-il donc juste que nous ne soyons pas mieux rétribués.

J'en appelle Messieurs à vos meilleurs sentiments. Montez donc dans l'échelle morale et placez vos cœurs, votre intelligence si haut, que les petites misères de la lutte, de la jalousie, de l'envie, disparaissent, et ne laissent place qu'à la bonne et franche amitié, à la confraternité dévouée, comme le disait si bien Paul Réclus dans sa leçon d'ouverture en janvier dernier à la Charité : " L'amitié vaut mieux que la haine."

ALBERT LAURANDEAU



## **Sociétés Médicales**

---

### ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

---

A une assemblée des officiers et membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, tenue à Joliette sous la présidence de M. le Dr J. Shepperd, le 12 juin 1905, sont présents :

Edgard Turgeon, St. Jean de Matha ; L. J. Beauchamp, Ste Béatrice ; J. P. Laporte, Joliette ; J. C. Bernard, Joliette ; Eugène L'Africain, Chersly ; Joseph Lippé, Ste Ambroise de Kildare ; J. L. Ad. Magnan, Joliette ; J. O. Gadoury, Berthierville ; J. L. A. Masse, St Thomas ; Th. Gervais, Berthierville ; J. A. Barolet, Joliette ; J. A. Labrèche, St. Roch ; G. Desrosiers, St. Félix de Valois ; A. N. Rivard, Joliette ; Joseph Marion Joliette ; Albert Laurendeau, St. Gabriel de Brandon ;

Le Dr Albert Laurendeau est prié d'agir comme secrétaire pro-tempore en remplacement du Dr Aumont démissionnaire, pour qui l'on vote des remerciements unanimes, en considération des services dévoués qu'il a rendu à l'Association depuis sa fondation. Puis l'on passe à l'ordre du jour.

Considérant qu'il est opportun que tous les médecins du district suivent les règles de déontologie médicale prescrites par notre Constitution, ainsi que par les règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, il est :

Proposé par le Dr J. O. Gadoury, secondé par le Dr Th. Gervais qu'un comité composé de Messieurs les Drs. Shepperd,

Rivard, Laurendeau, du proposeur et du second, soit chargé de rédiger tous règlements, procédure à suivre, pour pourvoir aux cas, où, quelqu'un des membres de notre Association, ou quelqu'autre médecin du district enfreindraient les susdites règles de déontologie, ou les susdits règlements du Collège ; ou dans le cas où une accusation serait portée contre l'un des médecins du district, soit par un ou plusieurs confrères, soit par quelqu'autre personne honorable. Adopté.

Dr A. Turgeon : "En rapport avec la déontologie médicale, j'ai été informé M. le Président que tout dernièrement l'un des secrétaires de Mgr. de Joliette s'étant fracturé une jambe, fit mander le rebouteur Mireault à l'hôpital de Joliette pour le traiter, et que l'un des médecins de Joliette actuellement dans cette salle, se serait oublié au point d'administrer du chloroforme à M. l'abbé D. pendant que Mr. Mireault pratiquait ses manipulations réductrices."

Dr. M. : "En effet, j'avoue avoir anesthésié M. l'abbé D. à sa requête. Mais, comme circonstance atténuante, je dirai que c'était uniquement pour obliger un membre du clergé, de même que pour des considérations humanitaires. Il m'aurait été pénible de refuser mes soins à ce patient, vu sa haute position sociale."

M. le Président fait un chaleureux appel à tous les membres présents, et insiste pour que tous suivent les règles d'étiquette médicale, commandées par les intérêts de chacun de nous, et par la dignité professionnelle.

Dr Albert Laurendeau : "M. le Dr M. s'est associé à un charlatan pour donner ses soins, plus que cela, pour favoriser la pratique charlatanesque du plus arrogant, du plus effronté des rebouteurs que nous ayons de Québec à Montréal. Je réproouve vigoureusement et l'acte, et les explications données par M. le Dr M. La requête de M. l'abbé D. était d'autant

“ plus offensante que ce prêtre est sensé avoir de l'éducation, de l'instruction, et occuper une position sociale élevée dans notre hiérarchie. Vous avez craint, M. le Dr M. de blesser un membre haut placé dans notre échelle sociale, mais lui n'a pas craint de déprécier tout un corps, toute une profession.”

Puis le Dr Albert Laurendeau donne communication d'un travail sur les rapports professionnels, sur le fonctionnement du code de déontologie médicale et du tarif adoptés par les médecins du district de Joliette<sup>(1)</sup>.

Proposé par Dr Edgard Turgeon, secondé par Dr Th. Gervais : que des procédures judiciaires soient prises immédiatement par l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette contre le rebouteur Azarie Mireault pour pratique illégale de la médecine. Adopté unanimement.

Mr le Dr Marion présente un patient qui a été opéré par le Dr Marion, Montréal, d'un cancer au maxillaire supérieur, et exhibe en même temps la pièce anatomique<sup>(2)</sup>.

Considérant qu'il est très important, dans l'intérêt de la profession en général, que les médecins se groupent, se syndiquent, en associations régionales, dans un but d'instruction, de protection et d'union mutuelles, l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette émet le vœu.

Que le bureau des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec encourage les Associations médicales de district, et leur vienne en aide en accordant à leurs membres une prime devant servir à promouvoir les intérêts des dites Associations.

---

(1) Cette communication est publiée dans l'Union Médicale.

(2) Le rapport de cette observation sera publié dans l'Union Médicale par M. le Dr Marion.

Que copie de cette résolution soit présentée au bureau des gouverneurs à sa prochaine réunion par le gouverneur de notre district. Adopté

Proposé par le Dr Edgard Turgeon, de St Jean de Matha, secondé par le Dr J. O. Gadoury : qu'aucun changement ne soit fait à la clause de l'acte médical qui décrète que la durée du terme des gouverneurs du Collège des médecins et Chirurgiens de la province de Québec sera de trois ans. Adopté.

Proposé par le Dr Laporte, secondé par le Dr Gervais que la prochaine réunion ait lieu à Joliette le second lundi (11) de septembre prochain à une heure P. M. Adopté.

ALBERT LAURENDEAU  
SEC. P. T.



### LE SANMETTO DANS LA PRATIQUE GÉNITO-URINAIRES.

Je me suis servi du SANMETTO dans ma pratique génito-urinaire continuellement pendant six années et toujours avec les meilleurs résultats.

St. Louis, Mo.

DR. S. C. MARTIN,.

Diplômé en 1866, etc.

## LEVURE DE VIN "CENASE"

---

La levure de vin ou ferment de raisin qui a été préconisée depuis quelque temps pour remplacer la levure de bière, fait partie de la grande famille des Saccharomyces. On la rencontre à l'époque de la vendange sur la grappe de raisin et jusqu'à présent, on n'a pu en démontrer l'origine.

"Les levures de vin sont fort diverses et présentent les formes les plus variées : rondes, elliptiques, en citron, en bouteille, etc. Ces levures se distinguent par leur résistance à la chaleur, à l'acidité ; par la quantité de sucre qu'elles peuvent faire disparaître, la rapidité, la régularité, la durée de la fermentation ; l'alcool formé ; la quantité d'acides volatils, le bouquet qu'elles communiquent au liquide, la clarification plus ou moins rapide du liquide fermenté ; il existe un grand nombre de levures très différentes les unes des autres dans la même région." (Kayser, *Les Levures*).

Par suite de cette diversité si grande des levures de vin, il y avait lieu de même que pour la levure de bière, de rechercher parmi elles, celle qui donnerait les meilleurs résultats thérapeutiques et d'essayer ensuite de la transformer en produit sec et inaltérable, la levure fraîche de raisin étant de toute évidence aussi altérable que la levure de bière.

En 1899, Couturieux, appliquant aux ferments de raisins la méthode qui lui avait réussi avec la levure de bière, pour la préparation de la Levurine, obtenait sous le nom de *Levurase* un produit qu'il appela plus justement par la suite, *anase*, qui n'est autre qu'une levure sèche de vin de champagne. Ce produit correspondant à dix fois son poids de ferments de raisin frais, a sur ce dernier les avantages de la conservation indéfinie sans addition d'antiseptique et d'un emploi facile : Il garde toutes ses propriétés jusqu'à 55° centigrades environ.

La levure de vin, comme la levure de bière renferme de la zymase ou alcoolase une oxydase, des diastases enzymoïdes, peptones, etc. Elle agit, par conséquent, de la même façon.

Il est donc présumable que partout où la levure de bière a été employée, on obtiendra les mêmes résultats avec la levure de raisins. Cette dernière, à cause de sa résistance à l'acidité, provenant sans doute du milieu acide dans lequel elle a vécu (beaucoup plus acide

que le moût de bière), sera peut-être préférée pour le traitement des affections de l'estomac parce qu'elle s'accoutumera mieux à l'acidité du suc gastrique. Sa résistance aux températures relativement élevées et enfin son goût plus agréable que celui de la levure de bière, la feront préférer par beaucoup de malades.

*Applications.*—L'expérience a démontré l'excellence du traitement par la levure de raisin dans l'*inappétence*, les affections du *tube digestif* et la *neurasthénie* ; mais nous accorderons la préférence à la levure de bière et à son dérivé la levurine extractive, pour le traitement des infections aiguës, staphylococcies et streptococcies diverses.

Faute de place nous allons donner un résumé succinct des cas, où le ferment de raisins, sous la forme d'œnase a été employé avec succès par MM. Lancereaux, Auvard, Dumont, Tisné, Laskine, Despaigne, Huguenin, etc.

*Inappétence.*—1 à 2 comprimés de 50 centigrammes d'œnase avec un peu d'eau légèrement sucrée, quelques minutes avant les principaux repas.

*Dyspepsies.*—Un demi à deux comprimés de 50 centigrammes immédiatement à la fin des repas.

*Entérites.*—1 à 2 comprimés, trois fois par jour (de préférence entre les repas) autant en lavement.—*Enfants* : 1 à 2 comprimés par jour et autant en lavements dans la *diarrhée verte*.

*Constipation.*—1 à 2 comprimés d'œnase le matin au petit déjeuner et si besoin autant le soir avant ou après le dîner.

*Diabète.*—4 à 8 comprimés par jour au début des repas dans de l'eau non sucrée,

*Anémie, Neurasthénie.*—1 comprimé d'œnase avant les repas, matin, midi et soir ou bien encore immédiatement à la fin des repas.

*Rhumatismes.*—1 à 2 comprimés au début des repas.

*Grippe.*—2 à 8 comprimés par jour.

*Furonculose.*—Le docteur Olivier (de Paris), a donné l'œnase avec plein succès (4 comprimés par jour) chez une malade atteinte de furonculose contractée près d'une autre personne. Par la suite, cette malade étant sujette, tous les mois, au moment de ses époques, à une poussée de petits furoncles sur le bas-ventre et le haut des cuisses, elle prend 8 jours avant l'époque probable des règles 4 comprimés par jour, jusqu'à l'apparition des règles, et depuis il n'est plus survenu de furoncles.

*Eccéma, Acné.*—Le docteur Olivier a donné l'œnase (4 con-

primés par jour) dans un cas d'eczéma sec par plaques disséminées sur les membres inférieurs et sur les bras au voisinage du coude. Au bout d'un mois les plaques avaient complètement disparu ainsi que la démangeaison.

---

### NUTRITION DANS LES LÉSIONS DU CŒUR

---

Une alimentation appropriée est un point essentiel dans le traitement des maladies cardiaques fonctionnelles ou organiques. Je ne connais aucune autre maladie où l'administration de remèdes appropriés est si souvent rendue inutile par une alimentation nuisible. Dans les dérangements fonctionnels les remèdes les mieux choisis ne produisent aucun effet si la nourriture fournie au malade est trop abondante ou mal appropriée. Dans les affections organiques la médication est inutile si on néglige de surveiller la nutrition. Si on se rappelle que au moins 40 pour cent des dérangements fonctionnels du cœur sont d'origine gastro intestinale on comprendra mieux la grande importance d'une diète appropriée. Dans ces affections nerveuses ou fonctionnelles les remèdes sont peu efficaces tant qu'on n'a pas prescrit un régime approprié. Cette diète doit se composer de substances qui pour être digérées demandent très peu d'efforts de la part du tube digestif et présentent cependant tous les éléments d'une alimentation parfaite. Dans les maladies organiques la diète a une grande importance car les indigestions non seulement aggravent les lésions mais entravent la nutrition du cœur. Dans les affections valvulaires on trouve que le cœur est capable de continuer son ouvrage par l'entremise de changements qui surviennent graduellement et qui favorisent la compensation ; l'affection s'aggrave quand la compensation fait défaut.

Le principal but du traitement doit être de maintenir cet état de compensation ; quoique les remèdes généralement employés dans ces cas produisent en partie le résultat désiré, celui-ci ne peut être parfait que si le malade est soumis à un régime approprié. Dans l'hypertrophie du cœur le médecin doit surveiller spécialement l'alimentation.

Dans le traitement des différentes maladies du cœur, d'après mon expérience qui est longue, j'ai trouvé que la bovinine était l'idéal comme nourriture et comme tonique. Cette préparation stimule le cœur exactement dans la mesure nécessaire, ni trop, ni trop peu. Elle donne au système la quantité nécessaire de chaque élément de la nourriture et une quantité normale de fer assimilable. Chaque malade doit être étudié spécialement et recevoir la quantité de Bovinine appropriée à son cas.

T. J. BIGGS, M. D.  
Stamford, Conn.

MANUEL DE MATIÈRE MÉDICALE, à l'usage des garde-malades par le docteur E. P. Benoit, médecin de l'hôpital Notre-Dame, professeur suppléant de pathologie interne à l'Université Laval.—Vol. in-16, broché, de 286 pages. Prix \$1.00. S'adresser à l'hospitalière en chef de l'hôpital Notre-Dame.) Frais de poste, 10 centimes.

## RÉPERTOIRE THÉRAPEUTIQUE

### LA LEVURINE EXTRACTIVE

La levurine extractive, préparée par Couturieux en 1899 et présentée à l'Académie de médecine le 15 juillet 1899 par M. Laugeaux, est un produit sec, de couleur marron clair, d'odeur de peptones, de saveur légèrement amère rappelant celle de la bière et du houblon, salubre dans l'eau et la glycérine. La levure extractive renferme tous les principes solubles de la levure de bière, zymase de Buchner et Rapp, sucrase ou invertine, maltases, peptones, glyco-gène, leucine, tyrosine, etc.

La levurine extractive présente les caractères des albuminoïdes: ses solutions sont précipitées par la chaleur, les réactifs de Tanret, d'Esbach, l'acide chromique, etc., elle se détruit à 55°. Elle correspond à 35 fois son poids de levure fraîche et à 6 fois son poids de levurine brute.

De nombreuses observations ont démontré que la levurine extractive jouissait de toutes les propriétés de la levure fraîche; elle a sur elle les avantages considérables d'agir sous un très petit volume, d'être toujours identique à elle-même, facilement dosable, de conservation presque indéfinie, agréable et facile à absorber.

La levurine extractive a été employée avec succès dans le traitement de la furonculose, de l'anthrax, de l'acné, de l'eczéma, de la grippe, de l'angine herpétique, de la pneumonie, de la variole, de peste bubonique, du diabète, des dyspepsie, de l'entérite, de la leucorrhée, et en général, dans toutes les maladies à infection staphylococcique.

Le mode d'action de la levurine extractive n'est pas encore bien défini, mais la plupart des expérimentateurs paraissent croire que la levurine extractive agit en modifiant le terrain, en le rendant impropre au développement des microbes pathogènes et en diminuant le titre glycémiqne du sang.

La levurine extractive existe en pharmacie, en solution sous forme d'ampoules injectables de 3 centimètres cubes (1 à 2 par jour en injection intramusculaire dans les cas graves), et en comprimés dosés à 20 centigrammes de principe actif (un comprimé correspond à une cuillerée à café de levure fraîche), à prendre 2 à 8 par jour avant ou après les repas.