

PAGES

MANQUANTES

MALADIES
de
L'INTESTIN

Lactimase

Ferment lactique pur 2 à 6 comprimés par jour
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS.

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



NOVEMBRE 1909

SOMMAIRE

Revue des journaux

- 145.— L'artério-sclérose.—Rapport présenté au Congrès international de Budapest, août-septembre 1909, par H. Huchard. — (*Suite et fin*).
- 161.— Que doit manger un enfant au cours de sa seconde année. *La Gazette Médicale du Centre.*
- 172.— La névropathie psycho-splanchnique.
- 181.— L'iode en chirurgie.—Dr Lance. *Gaz. des Hôpitaux.*
- 184.— Hémorroïdes.
- 186.— Formulaires.
- 187.— Séance du 27 octobre 1909, de la Société médicale du comté de Kamouraska.
- 188.— Mémoire du comité des finances de l'Association médicale canadienne.
- 191.— Bibliographie.

FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul vrai produit de ce nom
derivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTÉRITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anato-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

REVUE DES JOURNAUX

L'ARTERIO-SCLEROSE

*Rapport présenté au Congrès international de Budapest
août-septembre 1909*

PAR

M. le DR H. HUCHARD

MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

(Suite).

A ceux qui dénieient à l'hypertension artérielle l'influence pathogénique sur la production des lésions vasculaires, on peut répondre par les exemples suivants :

1° Celui de l'*aplasie artérielle*, étudiée par Virchow, Lancereaux et son élève J. Besançon, par nous-même avec Bergouignan, par Bouveret, et caractérisée par une sténose aortique et artérielle arrivant à produire une sclérose myocardique et une néphrite conjonctive, à ce point qu'on pourrait assimiler cette maladie à une artério-sclérose congénitale ; 2° le *rétrécissement de l'isthme de l'aorte*, autre lésion congénitale déterminant par hypertension artérielle des lésions athéromateuses, des anévrys-

Syphills
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro Enzymes)
Iodure sans Iodisme

Iodurase

de COUTURIÉUX,
57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules de 1 et 2 cts d'iodure et 10 cts de leuvarine.

mes et des ruptures vasculaires ; 3° les faits d'*athérome de l'artère pulmonaire* consécutif au rétrécissement mitral et à l'hypertension pulmonaire fréquente dans cette maladie, comme Traube, moi-même et dernièrement Vaquez et Giroux en ont cité des exemples très probants ; 4° les faits de *néphrite interstitielle et uricémique* observés par Bouveret, dans lesquels à la première période constituée par les troubles fonctionnels de l'hypertension artérielle, la maladie est curable ; 5° enfin ceux observés par mes anciens élèves Ambard et Beaujard, relatifs à l'action du régime déchloruré sur l'abaissement de la tension artérielle et sur la disparition des symptômes d'une néphrite presque latente, « ce qui démontre ainsi l'exactitude de la conception de l'hypertension primitive de certains auteurs, et en particulier l'hypertension de la présclérose de Huchard ». Il a été, d'autre part, démontré par Ambard, en 1906, que si l'hypertension paroxystique est d'origine surrénale, l'hypertension permanente est de provenance rénale, ce qui confirme l'importance extrême du facteur rénal dans l'évolution clinique de l'artériosclérose, comme je l'avais établi dès 1887 par la formule de cette loi d'une grande importance pratique :

L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie. C'est pourquoi s'impose de bonne heure et pendant toute la durée de la maladie, son traitement rénal sur lequel on ne saurait trop insister.

Gull et Sutton qui avaient constaté, malgré les graves objections de Johnson, en 1872, la lésion « fibro-hyaline » dans les artérioles ou grands capillaires de la pie-mère, de la peau, de l'estomac, de la rate, des poumons, du cœur, de la rétine, avaient certes raison de dire que « l'altération vasculaire devait être considérée comme la partie constante et essentielle de la fibrose

artério-capillaire ». Mais, ils ont eu tort en n'accordant pas au facteur rénal l'importance considérable qu'il exerce sur l'évolution même de l'artério-sclérose, à ce point que je n'hésite pas à dire : Dans l'artério-sclérose, il y a deux éléments essentiels et constants, les lésions vasculaires et l'influence rénale.

Le traitement antitoxique et rénal, déduction rationnelle de la nature de la maladie, vient de la base thérapeutique dans toutes les formes de l'artério-sclérose du cœur. Mais il est utile de faire remarquer que son action s'exerce seulement sur des symptômes toxiques, les plus importants et les plus graves de tous, et à peine sur les symptômes cardio-artériels énumérés plus haut.

* * *

Les principales formes cliniques de cardio-sclérose sont au nombre de cinq :

1° *Forme cardiaque, tachycardique ou tachy-arythmique.* L'arythmie simple est insuffisante pour caractériser la maladie ; il faut qu'il s'y joigne la tachycardie, et à partir de quarante-cinq à cinquante ans, le syndrome tachycardie ou tachy-arythmie avec dyspnée toxi-alimentaire veut dire, même en l'absence d'une faible quantité d'albumine : sclérose cardio-rénale. Si la tachy-arythmie existe seule sans dyspnée pendant un temps plus ou moins long (quelques mois à quelques années), cela veut dire que la lésion reste limitée au cœur et n'a pas encore atteint le rein (sclérose cardiaque). Mais, comme pour l'aortite syphilitique ou goutteuse, on peut prédire à coup sur l'atteinte rénale dans l'avenir, et on doit la prévenir ou la retarder par le régime alimentaire, le traitement antitoxique et rénal.

La tachy-arythmie presque irréductible et rebelle à ce dernier traitement comme à l'action des médicaments cardiaques, en

raison du siège de la lésion myocardique au niveau du faisceau auriculo-ventriculaire, fait disparaître le bruit du galop, et il ne réapparaît, ce qui est facile à comprendre, que dans les cas où la tachy-arythmie devient moins accusée. Dans certaines arythmies rythmées, surtout dans le rythme complé du cœur, l'emploi exagéré de la digitale est capable de produire des accidents graves et promptement mortels, comme j'en ai cité quelques exemples en 1892.

2° *Forme cardiaque, myo-valvulaire.* Les cardiopathies artérielles à forme myo-valvulaire sont caractérisées, non seulement par une lésion valvulaire, aortique ou mitrale, mais aussi et surtout par les lésions artérielles concomitantes, par celle du myocarde et du rein presque toujours. Au point de vue clinique, elles se traduisent par les mêmes phénomènes toxiques et méiopragiques que j'ai étudiés en 1892. De ce nombre sont : les insuffisances valvulaires d'origine artérielle (aortique ou mitrale), parfois le rétrécissement aortique, plus rarement le rétrécissement mitral artério-scléreux que j'ai étudié en 1894.

Celui-ci a une physionomie spéciale, caractérisée par la latence des signes physiques et par l'intensité des troubles fonctionnels, surtout par l'intensité de la dyspnée, d'origine mécanique par le fait de la sténose auriculo-ventriculaire et d'origine toxique par son association à la néphro-sclérose. Cette maladie, souvent méconnue dans sa nature est grave pour deux raisons ; à la fois maladie cardiaque et maladie artérielle, elle présente les dangers de deux hypertensions pulmonaire et aortique. Il en résulte que le dédoublement du second bruit — lequel est dû, dans la sténose mitrale congénitale ou rhumatismale, au grand écart existant entre les deux tensions — ne peut se produire en raison de l'égalisation de ces deux tensions de la forme se étense. De plus, la tachycardie tend à faire disparaître le roulement

présystolique dans la même affection, ce qui produit la latence de signes physiques contrastant avec l'intensité des troubles fonctionnels ou rénaux (dyspnée intense, symptômes angineux possibles et mort subite parfois, arythmie palpitante, légères traces d'albumine, etc.).

3° *Sclérose cardio-rénale à type aortique.* L'artério-sclérose peut avoir un début aortique, et au commencement de l'avant dernier siècle, Testa avait dit que « l'inflammation de l'aorte précède souvent les maladies les plus sérieuses du cœur ». Les aortites syphilitique et goutteuse peuvent rester pendant quelque temps une simple maladie locale en apparence, quand, après quelques mois ou quelques années surviennent tous les accidents que l'on observe d'ordinaire dans les cardiopathies artérielles : dyspnée toxico-alimentaire, insomnie d'origine dyspnéique, poussées d'œdème aigu du poumon, tendance à la cardiectasie, menaces constantes d'accidents non pas seulement asystoliques, mais surtout *toxi-asystoliques*. L'aorte est alors entrée dans la phase rénale, ce qui m'a fait dire : La maladie est à l'aorte et au système artériel, le danger est au rein. Donc, en raison même de cette évolution prévue d'avance, le traitement doit être de bonne heure celui des cardiopathies artérielles, en ayant soin de ne pas abuser, comme on le fait, des préparations iodurées, complices de la maladie puisqu'elles peuvent provoquer ou favoriser chez quelques sujets les poussées œdémateuses du poumon.

4° *Sclérose rénale et réno-cardiaque.* Ici, tous les symptômes de la néphrite interstitielle, la maladie commençant par le rein et continuant par le myocarde. Le bruit de galop, le signe physique le plus important, présente une interprétation pronostique d'autant plus sérieuse que le bruit surajouté, se rapproche au milieu de la diastole (galop médi-diastolique), et d'autant moins grave qu'il se rapproche de

la systole (galop présystolique). A la dernière période de la maladie, la tachycardie devenant extrême, le galop présente l'apparence de celui du cheval emporté, et cette comparaison est la meilleure description qu'on puisse donner de cette forme de galop dont la signification pronostique est des plus sévères.

Il n'y a pas de bruit de galop droit symptomatique des maladies du tube digestif. comme l'a cru Potain par erreur, il n'y a qu'un bruit de galop gauche pouvant s'entendre exceptionnellement à droite et toujours symptomatique d'une affection rénale. De même l'asystolie d'origine gastro-intestinale n'existe pas, et elle ne survient chez les malades atteints d'affection stomacale ou hépatiques que s'ils sont en même temps artério-scléreux.

Pour la même raison, j'ai très rarement vu l'asystolie succéder directement à l'*emphysème* et à l'*asthme*. Sans doute, sous l'influence de ces deux maladies longtemps prolongées avec grande intensité, on peut observer un retentissement sur le cœur droit, mais sans grande asystolie. Cette dernière complication ne survient chez les emphysémateux asthmatiques que lorsqu'ils sont devenus par la suite artério-scléreux. Car le cœur ne se dilate que s'il est dilatable, et il n'est dilatable qu'à la faveur de lésions préexistantes de la fibre myocardique. C'est pour cette raison qu'on n'observe jamais d'asystolie chez les grands asthmatiques avant 40 ans, étant même emphysémateux au plus haut degré et depuis de nombreuses années, alors qu'elle est fréquente chez les asthmatiques plus âgés à la faveur d'une artério-sclérose concomitante.

En terminant cet exposé clinique, et avant de passer à l'étude des formes anatomo-cliniques, il est utile de montrer en quelques mots les profondes différences séparant les cardiopathies

endocardiques d'origine rhumatismale des cardiopathies artérielles d'origine toxique. Ce parallèle suffira.

Ce qui menace le cardio-valvulaire, c'est la stase veineuse des organes, c'est l'insuffisance de la compensation, c'est la fatigue du cœur, c'est la mort lente et progressive par asthénie cardiovasculaire ou asystolie. Ce qui menace le cardio-artériel, c'est l'anémie artérielle des organes, c'est toujours l'intoxication, c'est le mort subite par angine de poitrine, la mort rapide par hémorragie cérébrale ou par œdème aigu de poumon, la mort lente quelquefois par le syndrome hybride de la *toxi-asystolie*, ou par l'urémie. Chez le premier, la dyspnée, réellement cardiaque, est surtout accusée dans le rétrécissement mitral, maladie très dyspnéisante parce qu'elle équivaut en partie à une ligature incomplète des veines pulmonaires, et alors seule, la digitale est capable de l'atténuer. Chez le second la dyspnée est toxique, et seul le traitement rénal et diurétique peut la supprimer. Chez celui-ci, début de la maladie par le *cœur périphérique*, c'est-à-dire par les vaisseaux, c'est-à-dire début fréquent par le rein, et possible par le cerveau ou d'autres organes avant le cœur central; chez celui-là, début par la valvule toujours par le cœur central avec retentissement ultérieur sur les autres organes.

Que de choses expliquées par cette nouvelle conception des maladies chroniques du cœur! Voici un exemple:

Chez les vieillards, la *pneumonie* est toujours grave pour deux raisons: parce que chez les vieux et chez les artério-scléreux, le cœur est toujours menacé de défaillance et de dilatation; parce que chez eux encore le rein et le foie fonctionnent incomplètement dans un moment où, par le fait de la maladie infectieuse, ils doivent fonctionner davantage pour éliminer toutes les toxines produites par la pyrexie. Deux grands dangers qui sont deux faillites: au cœur menacé de défaillance, au rein mena-

gant l'existence par la rétention des poisons. C'est la faillite des organes qui prépare celle de tout l'organisme. Et l'on peut remarquer souvent chez ces malades que l'intensité de la dyspnée, d'origine plutôt toxique que mécanique, n'est pas toujours en rapport avec la faible étendue de la lésion pulmonaire. Il en résulte qu'il ne suffit pas seulement alors de prescrire du quinquina ou de l'alcool à haute dose pour tonifier l'organisme ou de la digitale pour tonifier le cœur, mais qu'il importe surtout et avant tout de veiller à la dépuraction urinaire. Vous aurez beau chercher à relever les forces du malade ; en voulant toujours le guérir de sa faiblesse, vous l'aurez laissé mourir d'intoxication.

5° *Formes anatomo-cliniques.* Je serai bref sur cette question qu'il y a 20 ans, dans mes leçons sur les maladies de cœur, j'abordais pour la première fois dès 1889 en cherchant à fixer le siège de la lésion dans le myocarde. C'est ainsi que j'ai tenté d'étudier cliniquement la cardio-sclérose de la cloison inter-ventriculaire, du myocarde au niveau du sillon auriculo-ventriculaire de la pointe du cœur.

Ces recherches n'ont pas été poursuivies alors comme elles méritaient de l'être. Mais, dans ces derniers temps, elles sont redevenues d'actualité depuis que le faisceau auriculo-ventriculaire de HIS — appelé par nous plus justement *faisceau* de GASKELL-KENT du nom des deux auteurs qui, dix ans avant le premier, dès 1883, l'ont découvert avec ses propriétés physiologiques — peut expliquer le phénomène du blocage du cœur, comme nous l'avons signalé, les premiers en France avec mon élève Berguignan. Mais, on ne saurait trop dire que ce blocage ne peut expliquer tous les symptômes de la maladie de Stokes-Adams, ainsi désignée du nom des premiers auteurs anglais qui l'ont décrite (Adams en 1827 et Stokes en 1846), et que j'ai étu-

diée dans ses formes frustes peu connues comme aussi dans ses formes compliquées. Mais il importe de faire remarquer que dans cette affection, comme je le disais dans mon rapport du Congrès de Genève en 1908 sur l'artério-sclérose, le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes ne constituent pas les seuls symptômes observés. Il y a l'évolution clinique qui se retrouve dans les cas les plus frustes et qui reproduit avec les complications rénales très fréquentes, celles des cardiopathies artérielles. Car, je ne saurais trop le répéter, au risque de commettre de fréquentes redites. Mieux appelée *sclérose artério-viscérale*, puisque tous les viscères, tous les organes peuvent être atteints, même l'estomac et l'intestin au point de constituer des formes gastrique et intestinale, l'artério-sclérose et la cardio-sclérose sont dominées pendant toute leur évolution clinique par des symptômes d'intoxication dus surtout à l'atteinte rénale précoce et constante, et ensuite par des symptômes méiopraxiques des organes liés à la lésion artérielle elle-même, certains phénomènes douloureux révélés d'abord par A. Weber, puis tous les accidents de claudication intermittente des organes, étudiés par nous et ensuite par Grasset.

VI. — INDICATION THÉRAPEUTIQUES

La place étant mesurée, je ne ferai que mentionner quelques remarques importantes au sujet du traitement que j'ai du reste souvent exposé et que je crois suffisamment connu.

Les indications thérapeutiques sont différentes aux quatre périodes de la maladie. Mais le *régime alimentaire* surtout lacté et lacto-végétarien avec la médication rénale et antitoxique reste toujours la base du traitement. Dans cette maladie, toxique par excellence, il faut craindre l'abus des médicaments :

l'abus de la *digitale*, sauf à la dernière période de toxi-asystolie ; l'abus de la *médication iodurée*, presque toujours inutile au début de la première période, nuisible à la troisième et à la quatrième période quand il s'agit surtout de combattre la défaillance cardiaque et l'insuffisance rénale, applicable seulement à la fin de la première phase et pendant le cours de la seconde ; l'abus de certains *sérums antiscéléreux* qui donnent plus de promesse que de résultats et qui font perdre ainsi un temps précieux en entretenant chez les malades et les médecins des illusions thérapeutiques ; l'abus d'une médication comme l'*électricité* par les courants de haute fréquence, médication dont les exagérations ont été reconnues par presque tous les cliniciens et par le Congrès de physiothérapie de Rome en 1907, lorsqu'elle prétend guérir en quelques semaines ou mois une maladie par la suppression permanente d'un symptôme, l'hypertension artérielle ; l'abus encore de la médication par certaines *eaux minérales* avec bains carbo-gazeux que l'on applique parfois inconsidérément à toutes les cardiopathies, sans souci des indications thérapeutiques, toujours bien remplies, surtout dans les premières périodes par les eaux diurétiques, comme à Evian et Vittel. Contrexéville et Capvern et dans les cas où l'éréthisme cardiaque est prédominant, par les eaux de Bourbon-Lancy également en France, riches en hélium (10,000 litres par an pour une seule source), à ce point que Moureau l'appelle une vraie « mine d'hélium » ; enfin l'usage des *cures de terrain*. Cette méthode est inapplicable, puisqu'elle prétend favoriser une hypertrophie qui existe déjà irrémédiablement dans une maladie où la méiopragie des organes commande leur repos et parce qu'elle augmente le travail du cœur déjà exagéré ; impossible, puisqu'on ne peut pas plus faire marcher des dyspnéiques que des paralytiques, aveugle, parce qu'elle ne peut produire suivant la lésion, ici une hypertrophie

du ventricule gauche, là une hypertrophie compensatrice du ventricule droit ou de l'oreillette gauche ; nuisible dans une maladie à tendance cardiectasique, parce qu'elle promet une hypertrophie et quelle nous donne trop fréquemment une dilatation du cœur.

Il est certes regrettable que je n'aie pas, faute de place, la possibilité d'exposer plus complètement le traitement. Qu'il me suffise de dire qu'avec une médication rationnelle, basée entièrement sur l'évolution clinique et sur la physiologie pathologique, on réussit, comme Laennec l'avait si bien vu autrefois, « à faire vivre certains malades pendant 15 ou 20 ans avec des affections du cœur plus ou moins graves ». Il ne connaissait pas alors cette grande classe des cardiopathies artérielles dont, il y a 23 ans au Congrès de Nancy, j'affirmais et démontrais la curabilité. Aujourd'hui, je l'affirme plus que jamais, à la condition de reconnaître, de dépister la maladie de bonne heure dès la période de la préclérose et de la combattre hâtivement par la médication rénale et antitoxique. Cette médication est, à l'heure actuelle, acceptée par la plupart des cliniciens et en particulier par A. Robin qui a dernièrement (1908) consacré à ce sujet des leçons empreintes d'un grand sens clinique et thérapeutique.

Ceci dit, je vais exposer en quelques lignes le traitement qui m'a donné toujours d'excellents résultats, parce qu'il est basé sur la physiologie pathogénique de la maladie.

1° Dans la première période (*artérielle préclérose*), le traitement sa'dresse à l'intoxication, à l'imperméabilité rénale, à l'hypertension artérielle. — L'*intoxication* est combattue surtout par le régime alimentaire, lacté ou lacto-végétarien. C'est là, du reste pendant presque tout le cours de la maladie, la base du traitement, et il est remarquable de voir rapidement, en quelques jours, chez des malades présentant la paleur spéciale des intoxi-

qués, céder la dyspnée si pénible à laquelle, depuis plus de vingt ans, j'ai assigné, par de nombreuses expériences et observations cliniques, une origine nettement toxi-alimentaire. — Contre *l'imperméabilité rénale*, la médication diurétique est des plus importantes, par l'alimentation d'abord et l'emploi de la théobromine à laquelle on peut ajouter pour chaque cachet 0,10 à 0,15 centigr. d'acide thyminique, ce dernier étant le dissolvant naturel de l'acide urique, tandis que les sels de lithine, contrairement à l'opinion commune, le précipitent. — Pour combattre *l'hypertension artérielle*, le massage et la gymnastique musculaires, quelques pratiques hydrothérapiques, les eaux diurétiques les bains carbo-gazeux, l'emploi de quelques médicaments vasodilatateurs et hypotenseurs (trinitrine ou nitrite de soude) sont indiqués. L'usage de l'électricité avec les courants de haute fréquence n'a pas donné les résultats qu'on proclamait. La médication iodurée dont on a tant abusé, est inutile et même nuisible pendant le stade de présclérose. Enfin, à cette période et surtout à la suivante, la médication thyroïdienne que je recommande en raison de son action sur l'appareil vaso-moteur bien démontrée par Léopold Lévi et H. de Rothschild, de son influence favorable sur la sclérose dermique et sous-dermique, sur le rhumatisme chronique, peut aussi produire de bons effets dans l'artério-sclérose. comme Lancereaux et Paulesco en ont cité des exemples (1),

(1) L'iode agit surtout en diminuant la viscosité du sang, comme l'ont démontré les expériences déjà ancienne de Gubler et celles plus récentes de Muller et Juada, celles de P. Boveri qui ont définitivement fixé l'action «hypovisqueuse» de ce médicament (1906-1908). — Enfin divers auteurs en France, en particulier L. Bodin (1907) et Sheffer (1908) recommandent l'emploi du *silicate de soude* à la dose de 1 à 3 grammes par jour, parce que la silice contenue dans le tissu musculaire est assez considérable, tandis que la chaux prédomine dans le tissu fibreux. Je n'ai pas encore constaté les bons effets de cette médication.

2° A la seconde période *cardio artérielle*, caractérisée par les lésions manifestes des vaisseaux, du cœur et du rein, les symptômes toxiques sont beaucoup plus accusés, la dyspnée toxi-alimentaire plus intense, avec ou sans insomnie d'origine dyspnéique; on constate presque toujours de la tachycardie et souvent un bruit de galop qui disparaît ordinairement dans la forme arythmique; il y a tendance à la dilatation du cœur, à la production d'œdèmes viscéraux ou périphériques. Donc, à cette phase, combattre encore l'hypertension artérielle dans sa cause par la prescription du régime alimentaire lactovégétarien et hypochloruré, ou même du régime lacté exclusif; la combattre toujours dans ses effets par la médication vaso-dilatatrice ou hypotensive; réduire au minimum l'introduction des toxines alimentaires dans l'organisme; favoriser de bonne heure et toujours leur élimination par le traitement rénal et diurétique; enfin soutenir le cœur central dans sa lutte incessante contre les obstacles périphériques: tel est le problème toujours complexe à résoudre.

La médication consiste dans l'emploi de la trinitrine, du tétranitrate d'érythrol ou du nitrite de soude, de l'iodure de sodium ou de potassium toujours à petite dose (0,20 à 0,50 centigr., dix à quinze jours par mois).

3° A la troisième phase, *nitro-artérielle*, caractérisée par la dilatation des cavités cardiaques et souvent des orifices, par l'abaissement de la tension artérielle, par la tendance aux œdèmes, aux hydropisies et aux congestions viscérales, c'est-à-dire

Quoi qu'il en soit, l'indication thérapeutique dans les maladies vasculaires doit porter sur le contenant et sur le contenu, sur la paroi artérielle et sur le sang d'autant plus que, d'après la théorie de Thoma, par suite de la perte d'élasticité de tunique moyenne du vaisseau, il se produit un ralentissement de la circulation bientôt compensé par un épaissement de la tunique interne.

par la mitralisation de la maladie, on observe un mélange de symptômes toxiques et hyposystoliques ou même asystoliques avec dyspnée intense et constante, diminution souvent considérable des urines avec des quantités d'albumine beaucoup plus accentuées que dans les deux premières périodes. C'est alors surtout que des complications redoutables peuvent éclater, quoiqu'on puisse également les observer à la seconde phase : œdème aigu du poumon contre lequel une large saignée produit souvent de vraies résurrections ; infarctus pulmonaires par cardiectasie, avec crachats hémoptoïques, d'un pronostic si grave et contre lesquels nous sommes si souvent désarmés après la prescription de la digitale ; épanchement pleural à droite souvent abondant et latent dont j'ai indiqué les caractères cliniques et pour lequel une intervention hâtive est nécessaire ; accidents réellement urémiques contre lesquels le traitement habituel doit être dirigé. — La médication de cette période comprend le régime lacté exclusif, l'emploi de la théobromine, l'administration de la digitale.

Au sujet de ce dernier médicament, je dois m'arrêter quelques instants pour en fixer les principales contre-indications et indications. Dans la cardiopathie artérielle à forme tachy-arythmique, on ne doit point le prescrire contre l'arythmie puisque celle-ci est presque toujours irréductible ; il faut s'en abstenir contre le rythme couplé du cœur parce que dans ce cas la digitale devient comme la complice de la maladie et que je l'ai vue provoquer la mort rapide, ainsi que j'en ai fourni quelques exemples en 1892. Mais, lorsque la maladie s'est pour ainsi dire *mitralisée*, qu'elle est arrivée à la période de toxi-asystolie, la digitale cristallisée (que je préfère) à la digitale en raison de la constance de son action est indiquée à la dose massive d'un milligramme pendant un seul jour. D'autre part un cœur artério-

scléreux est toujours menacé d'insuffisance et de dilatation. Pour les prévenir, surtout au cours de la seconde et de la troisième période, il faut prescrire la digitaline à la dose *d'entretien cardiotonique* (deux granules d'un dixième de milligramme, ou même un granule d'un quart de milligramme un seul jour par semaine ou tous les dix jours). De cette façon, on utilise, on transforme en qualité ce qu'on a regardé avec une si grande erreur, comme des défauts de ce médicament : sa lenteur d'action et surtout sa lenteur d'élimination. Car, un médicament qui agit trop rapidement, qui ne s'accumule pas, qui ne se détruit pas lentement dans l'organisme, n'est plus de la digitale.

4° La quatrième période, *cardiectasique*, à laquelle les malades n'arrivent pas toujours, est ainsi caractérisée : le coeur est considérablement dilaté d'une façon presque irréductible ; les œdèmes augmentent même avec le lait et les liquides ingurgités par le malade, ils deviennent très durs, ne laissant plus l'impression du doigt, ils envahissent rapidement les bourses, l'abdomen et toute la région dorso-lombaire ; la digitale n'agit plus, la théobromine reste inerte, les diurétiques divers absolument impuissants. L'induration œdémateuse des membres inférieurs augmente sans cesse ; il y a de l'hydrothorax à droite de la congestion œdémateuse des poumons, surtout à gauche ; le foie est congestionné et douloureux à la pression, surtout au niveau du lobe gauche avec plus ou moins d'ascite. Le malade est dans une situation très périlleuse ; il semble que la médication qui lui a réussi jusqu'alors lui soit devenue contraire et elle l'est en réalité parce que le barrage veineux est devenu presque irréductible parce que les boissons diurétiques, ne s'éliminant presque plus par le rein, restent dans les tissus, surchargent la masse sanguine, élèvent la tension veineuse, d'où augmentation de la dyspnée, de l'œdème, de la dilatation cardiaque de l'asystolie

Alors, une médication d'urgence s'impose dont l'action est transitoire au lieu d'être prolongée. *la réduction des liquides*, celle-ci pouvant ainsi devenir un diurétique des plus puissants, — comme je l'ai montré avec Ch. Fiessinger après Cœrtel — alors que dans ces conditions, une augmentation même minime des boissons provoque la diminution de l'excrétion urinaire.

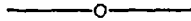
* * *

Nous aurions encore à résumer le traitement de la cardio-sclérose associée au diabète, à l'adipose à l'angine de poitrine, ou encore à l'hypertension et stase portales. J'aurais encore à montrer l'importance pratique des rapports entre la tension artérielle maxima et minima dans les différentes cardiopathies, la valeur du rôle compensateur et salutaire de l'hypertension artérielle qu'il faut bien se garder d'abaisser dans certains cas, la signification grave du pronostic de quelques abaissements spontanés de la tension, toutes choses que nous venons d'étudier avec notre élève L.-A. Amblard (mai 1909). Mais, il faut se borner, et malgré l'imperfection de l'œuvre, je considérerai ma tâche d'aujourd'hui comme presque accomplie si j'ai réussi à délimiter nettement les frontières de l'artério-sclérose, à montrer qu'il n'y a peut-être pas d'artério-sclérose sans atteinte cardiaque ou rénale, et que l'observation clinique seule avec l'appréciation des troubles fonctionnels — cette plainte des organes qui souffrent — bien supérieure à celle des signes physiques, est capable de nous faire connaître une maladie avec le simple contrôle de l'anatomie pathologique; et de la pathologie expérimentale, à montrer encore qu'avec une médication rationnelle et basée sur la physiologie pathologique, on réussit à obtenir des succès thérapeutiques que que l'on n'osait pas espérer autrefois. Ce n'est plus la décou-

rageante désespérance de Corvisart qui, au commencement du dernier siècle, inscrivait en exergue sur la première page de son livre sur les maladies du cœur, ce lambeau de vers du poète latin : *Hæret lateri lethalis arundo*. Une expérience déjà longue et des travaux ininterrompus depuis près de quarante années, m'ont appris qu'il faut en appeler de cette sévère condamnation, et sans partager les illusions de ceux qui prétendent guérir rapidement les cicatrices d'une blessure, je répète ce que j'affirmais en 1896 :

Il n'y a pas de maladie chronique où, grâce à l'intervention de l'hygiène et de l'alimentation basées sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux et du traitement rénal ou antitoxique, la médecine soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années l'échéance fatale.

FIN.



QUE DOIT MANGER UN ENFANT AU COURS DE SA SECONDE ANNÉE

—

I

Si (1) le médecin est parfois stupéfait du régime alimentaire dont les familles gratifient leurs enfants pendant les premiers mois — c'est surtout dans la seconde année que les aberrations des parents, en matière d'alimentation, se donnent libre cours et

(1) Nous avons fait pour la rédaction de cet article les plus larges emprunts au livre de Terrien, « Précis d'alimentation des jeunes enfants » et à un très intéressant article du Dr. Morichau-Beauchamp (*Archives médico-chirurgicales du Poitou*, février 1908).

que la réponse classique « il mange comme tout le monde » acquiert toute sa signification gargantuesque.

Les travaux des accoucheurs et pédiatres modernes ont en effet établi, d'une façon assez précise, le genre d'alimentation, le nombre et la quantité des tétés qui conviennent à la première année : tous les médecins s'accordent à ce sujet, et les familles elles-mêmes commencent à admettre qu'un nourrisson doit être réglé et qu'ils ne doivent pas dépasser certaines quantités de lait, variables et progressives avec chaque mois.

Il n'en est pas de même pour la seconde année de l'enfance, où le régime est encore mal établi et insuffisamment connu ; or, cette ignorance est d'autant plus dangereuse que si les fautes alimentaires de la première année déterminent rapidement des réactions brutales qui inquiètent les parents — dans la seconde année. *L'enfant peut commettre impunément* les pires erreurs de régime. De temps à autre, une formidable indigestion, une poussée de fièvre qui fait crier à la méningite, jettent l'alarme pour quelques jours : mais l'estomac redevient tolérant, un aimable embonpoint, admiré par les amis de la famille, justifie aux yeux de celle-ci son gavage intensif — l'enfant continue à être mis à table, aux heures des repas, et s'y comporte en connaisseur.

Ce n'est que plus tard dans la seconde enfance ou l'adolescence qu'il expiera ce splendide départ par un estomac dilaté — un intestin spasmodique, et une dyspepsie gastro-intestinale installée à demeure.

Quel sera donc le régime de la seconde année ? Il reposera avant tout *sur la diminution progressive du lait* ; il était fréquent, autrefois, d'opérer le sevrage à un an et demi et plus. Or, si des enfants au sein peuvent encore prolonger jusqu'à 18 mois l'allaitement maternel, tout nourrisson au biberon doit à

partir d'un an recevoir une alimentation plus substantielle. A cette époque, en effet, la dose d'un litre de lait ne lui suffit pas, et il est très dangereux de la dépasser.

Les recherches modernes ont établi que l'organisme du nouveau-né contenait des réserves de fer, accumulées dans son foie, et qui sont proportionnellement plus abondantes que celles de l'adulte. Il les utilise pendant sa première année, car le lait est un des aliments qui contient le moins de fer ; mais si à partir de cette époque on n'a pas soin de lui en fournir par d'autres aliments, il est exposé à des anémies de la première enfance bien étudiées dans ces dernières années (1) et qui sont toujours un grave danger pour l'avenir des enfants.

En dehors même de cette question, le lait seul ne saurait être continué pendant la seconde année. Trop souvent il expose à une dyspepsie spéciale, signalée par Guinon : l'estomac se laisse dilater, le côlon est rétracté, le foie est gros, les urines dégagent une odeur forte ; très souvent il y a des éruptions cutanées de prurigo ou d'eczéma. Ils sont alors à la merci d'une infection aiguë, qui, sous forme d'entérite cholériforme ou folliculaire, peut les emporter en quelques jours. Ceux qui résistent resteront dans l'avenir des enfants frêles, à gros ventre, à diarrhée facile ou à constipation opiniâtre.

Il est donc de toute nécessité de recourir à des aliments solides, qu'on substituera peu à peu au lait, et qui seront choisis progressivement d'après leur valeur nutritive.

On se rappellera, d'autre part, que l'estomac n'est pas une cornue indifférente et qu'il faut tenir compte du goût de l'enfant. Tel aliment sera parfaitement toléré par l'un, et ne sera pas supporté par un autre, et les régimes, même les plus nor-

1 Thèse de Lecuhardt, Paris, 1907.

maux, ne devront jamais être appliqués systématiquement, de peur de déterminer des désastres alimentaires. Un aliment nouveau ne devra jamais être donné qu'à petites doses et avec prudence pour tâter ces susceptibilités individuelles.

Ces remarques générales étant faites, étudions par ordre les aliments qu'on peut substituer progressivement au lait, dans le cours de la seconde année.

1) *Les farines*. — On commendera par celles qui sont riches en amidon et pauvres en graisses, en matières azotées, en cellulose et en sels ;

Fécule de Pommes de terre,
Arrow-root,
Farine de riz,
Farine de froment :

on passera ensuite à celles qui sont plus riches en graisse et matières azotées :

Farine de maïs
Farine d'avoine (en cas de constipation) ;

et, dans la seconde moitié de l'année, on s'adressera à un mélange de plusieurs farines, type de Racahout, que les mères de familles ont souvent l'habitude aujourd'hui de composer elles-mêmes, ou aux farines commerciales composées :

Aristose (farine maltée à base de blé et d'avoine).
Céreatine,
Cérémultine,
Phosphatine, etc.

A la fin de la seconde année, on utilisera avec avantage les farines légumineuses (haricots, pois, lentilles) dont la teneur en albuminoïdes est fort élevée ; leur valeur alimentaire est bien supérieure à celles des farines de céréales.

Pour les farines simples, il y a toujours intérêt à les torréfier légèrement : la torréfaction rend l'amidon plus soluble en le transformant partiellement en Glucosine, dextrine et glucose, et le goût des bouillies est plus agréable (Morichau-Beauchamp).

Dans le cas, où elles sont insuffisamment digérées, il y a intérêt à recourir aux bouillies maltées qu'on trouve aujourd'hui dans le commerce (1).

2) *Les panades* jouissent auprès des familles françaises d'une réputation assez justifiée. Du pain grillé, ou de préférence des biscottes sont délayés dans de l'eau ; on fait bouillir jusqu'à ce que le pain soit réduit en bouillie ; on ajoute du beurre ou de la crème de lait et du sel.

La valeur alimentaire du pain est de 20 p. 100 inférieure à celles des farines : de toute façon on ne dépassera pas une panade par jour.

3) *Les œufs* peuvent être donnés dès le douzième mois, à condition de ne donner que le jaune, et un seul par jour. Il sera pris dans le lait, la panade ou peu cuit à la cuiller. S'il est bien supporté, on pourra vers le quinzième mois en donner un second, et les faire prendre alors, à la coque sous formes de crèmes, d'œufs au lait, d'œufs brouillés.

4) *Les potages aux légumes*.—On pourra vers le quinzième mois commencer de petites soupes maigres, aux légumes passés, pommes de terre, carottes, navets, etc., ou aux pâtes, Tapioca, vermicelle.

5) *Légumes*.— Les légumes ne devront jamais être administrés autrement qu'en purées finement tamisées. On débutera par des purées de pommes de terre avec un peu de lait et de beurre, puis des purées de haricots, de pois, de lentilles. Mori-

(1) Bouillie Fanfan, Bouillies maltées de Carriou.

chau-Beauchamp recommande également, comme un excellent aliment, la purée de châtaignes.

En aucun cas on ne donnera de légumes verts dans le courant de la seconde année.

6) *Fromages*. — Tous les fromages frais sont à recommander, notamment les fromages à la crème et les spécialités Petit-Suisse ou Gervais. Ils peuvent être donnés tels quels ou délayés avec un peu de crème.

On sera beaucoup plus réservé pour les fromages conservés et on s'abstiendra complètement de ceux qui sont trop fermentés.

7) *Fruits*. — Ils peuvent être utilisés à partir de 18 mois et seront donnés cuits sous forme de compotes de poires de pommes, d'abricots ou de confitures de groseilles, coings, abricots.

8) *Pâtes*. — Elles peuvent être données de bonne heure dans le bouillon (tapioca, sagou, vermicelle, etc.). Les nouilles, le macaroni et les différentes spécialités de nouillettes seront réservés pour la seconde année.

9) *Bouillon gras*. — La plupart des pédiatres le proscrivent absolument pendant la seconde année. Morichau-Beauchamp pense que, sauf quelques exceptions, il peut être donné, sans inconvénient, légèrement salé et additionné de sagou, tapioca, crème d'orge, crème de riz.

10) *Poissons*. — Dès le 18e mois, on peut commencer à user des poissons : un grand nombre sont inutilisables, du fait de nombreuses arrêtes ; d'autres, comme les poissons gras, morue, sardine, turbot, sont de digestion lourde. Aussi, la sole sera presque exclusivement employée.

11) *La viande* est proscrite par la majorité des pédiatres français, Marfan l'autorise cependant, et en Allemagne on en recommande même l'usage dès le début de la seconde année.

Nous estimons préférable de s'en abstenir. Tout au plus, à la fin de cette seconde année, pourra-t-on autoriser un peu de cervelle de mouton bouillie, puis servie avec du beurre frais, ou même légèrement frite dans le beurre, du blanc de poulet coupé très menu, ou encore de la viande de bœuf ou de mouton, pulpée ou moulinée, séchée au four ou servie dans un bouillon chaud.

12) *Pain et boisson.* — C'est seulement dans la seconde moitié de l'année qu'on autorisera l'usage du pain : la quantité ne dépassera pas 20 grammes à chaque repas. L'eau sera l'unique boisson. La plupart des dyspepsies de la seconde année proviennent de ce que le lait est continué, comme boisson en apparence inoffensive, en même temps qu'on donne des aliments solides.

II

MENUS DE LA SECONDE ANNÉE

Nous n'établirons pas ces menus d'une façon absolument scientifique, c'est-à-dire suivant le nombre des calories que l'enfant doit utiliser : on trouvera à cet égard des tables très intéressantes dans le livre de Michel et Perret (1). Pour rester sur le terrain pratique, nous nous contenterons d'établir des moyennes, suivant des tableaux que le médecin pourra modifier suivant chaque cas particulier.

L'enfant est à la fin de sa première année ; il est arrivé à prendre environ un litre de lait réparti de la façon suivante ; cinq repas dont un avec bouillie. Une seconde bouillie sera progressivement ajoutée.

(1) La Ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux ans.

DU 12^e AU 15^e MOIS. — Cinq repas seulement, dont trois de lait (sein ou biberon, et dans ce dernier cas le lait étant donné pur, non coupé d'eau), et deux de bouillies au lait.

6 heures du matin. — 200 gr. de lait.

9 heures. — 200 gr. de lait.

midi — Une bouillie, avec une cuiller à soupe de farine pour 200 gr. de lait.

4 heures. — 200 gr. de lait.

7 heures. — Une bouillie avec une cuiller à entremets de farine et 200 gr. de lait.

On utilisera les farines de riz, d'orge, de froment, d'arrow-root. Les repas seront espacés de la façon suivante : 3 heures après les prises de lait, 4 heures après les bouillies.

DU 15^e MOIS AU 18^e MOIS. — Cinq repas encore — mais l'un deux se fera sans lait, uniquement avec des aliments solides.

6 heures du matin. — 200 grammes de lait.

9 heures. — 200 gr. de lait.

Midi. — Pas de lait ; donner alternativement :

Ou une panade avec un jaune d'œuf,

Ou un potage maigre aux légumes avec un jaune d'œuf.

4 heures. — 200 gr. de lait.

7 heures. — Une bouillie — avec une cuiller à soupe de farine — et 200 gr. de lait.

On utilisera à cette période les farines de maïs et d'avoine

DU 18^e MOIS AU 24^e MOIS. — 4 repas seulement.

8 heures du matin. — Une bouillie, avec 250 à 300 gr. de lait, et une cuiller à soupe de farine.

Midi. — Repas composé alternativement :

1^o D'un œuf à la coque — en donnant le jaune seulement avec 10 à 20 gr. de pain ;

2° D'une panade avec un jaune d'œuf ;

3° D'une soupe maigre aux légumes ;

4° D'un potage gras aux pâtes.

4° heures. — Une tasse de lait de 200 gr. avec un gâteau sec.

7° heures — Repas analogue à celui de midi.

On complaira; pour préparer les bouillies, les farine composées ou commerciales.

AU 24^e MOIS, l'enfant peut aborder sa troisième année avec le régime suivant :

petit déjeuner. — Une cuiller à soupe de farine composée ou commerciale dans 250 gr. de lait.

déjeuner. — Premier plat composé alternativement d'une sole, d'une cervelle, de 30 gr. de viande (voir plus haut la façon d'apprêter la viande).

Deuxième plat : un peu de purée de pommes de terre, ou de haricots ou de lentilles.

Goûter composé ou d'un fruit cuit en marmelade, ou de fromage à la crème ou d'une cuiller à café de confitures.

20 gr. de pain.

Goûter, ou une petite tasse de lait (150 gr.), ou un fromage frais à la crème.

Dîner. — Une panade avec un jaune d'œuf, ou une soupe maigre aux pâtes avec un jaune d'œuf. Plus tard, on ajoutera à ce repas du soir un peu de pain, un plat de nouilles, macaroni ou spécialités commerciales (ces pâtes seront cuites à l'eau et servies avec un morceau de beurre frais) et un dessert analogue à celui du matin.

Jamais en tout cas on ne donnera du poissons ou de la viande plus d'une fois par jour ; aux repas où figurera du poisson ou de la viande on ne donnera pas d'œuf.

L'eau sera l'unique boisson. *Sous aucun prétexte, on ne donnera du lait en guise de boisson aux repas* : à partir de la première année, le lait doit être considéré comme un aliment solide et non comme une boisson inoffensive.

III

COMMENT RECONNAIT-ON QUE LE RÉGIME CONVIENT A L'ENFANT

Les tables précédentes n'ont qu'une valeur toute relative, chaque enfant réagissant à sa façon — en présence d'un régime, et le médecin sera souvent obligé de modifier ces menus conventionnels. Il se basera sur les résultats d' déjà obtenus — et sur l'examen de l'enfant, appareil par appareil.

1) *Examen général.*

1) *Le poids.* — Normalement, un enfant doit peser 9 kilos à la fin de la première année, 10 kilos à 14 mois, 11 kilos à 18 mois, pour atteindre 12 kilos à deux ans. Un embonpoint excessif doit, tout autant que l'hypotrophie, attirer l'attention, il est souvent le prélude de troubles dyspeptiques sérieux et accuse en tout cas, une suralimentation dangereuse.

2) *La taille.* — A un an, l'enfant normal doit mesurer près de 70 centimètres de long, pour atteindre près de 80 centimètres à la fin de la deuxième année, les chiffres étant un peu moins élevés pour les filles (Quételet).

3) *L'habitus extérieur.* — L'enfant doit être gai, les joues colorées, les muqueuses rouges, les yeux vifs ; l'apathie, l'abattement, ont presque toujours leur origine dans des fautes alimentaires. On se méfiera tout particulièrement du type chlorotique et anémique de la première enfance, avec la peau pâle et jaunâtre, et les muqueuses décolorées ; c'est un signe presque certain de régime lacté trop prolongé ou de suralimentation par le lait.

4). *Squelette et marche.* — Les épiphyses des os longs seront examinées avec le plus grand soin, pour dépister les premiers signes du rachitisme. On s'informerait avec soin si l'enfant commence à marcher et l'on s'inquiéterait si le 15^e et 16^e mois sont passés sans qu'il ait fait ses premiers pas.

2) *Examen local.* — Il a, en la circonstance, une importance toute particulière.

La langue doit être humide et rosée, sans mauvaise odeur de l'haleine. On cherchera toujours si celle-ci n'a pas l'odeur chloroformique, prélude habituel des vomissements acétonémiques et des graves accidents qui les accompagnent.

Le ventre doit être modérément saillant en avant, offrant une consistance ferme et réridente, les muscles droit bien rapprochés l'un de l'autre : quand l'enfant est couché, l'abdomen ne doit pas s'étaler en ventre de batracien et, quand on le fait relever, la ligne blanche ne doit pas céder sous l'effort de l'intestin.

Le thorax doit être régulièrement cylindrique, et ne pas s'élargir à la base sous l'influence combinée de l'hypertrophie du foie et de la rate, et du rachitisme des côtes.

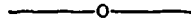
Enfin on s'enquerra avec soin de l'appétit de l'enfant, on apprendra s'il vomit, s'il se plaint du ventre ; on examinera surtout les selles, qui changent progressivement au cours de cette seconde année, se moulant, sans avoir cependant une trop grande dureté, et se rapprochant peu à peu de celles de l'adulte ; on s'informerait de leur odeur, et on rechercherait si elles contiennent des mucosités et des glaires.

On n'oubliera pas non plus de faire raconter très exactement par la famille, la façon dont l'enfant est nourri, et il sera fréquent de découvrir les pires hérésies dans les régimes de tradition familiale ; comme ces régimes ont parfois réussi admirablement aux aînés, il faudra expliquer avec patience que ce qui

convient à un bébé ne convient pas à un autre, et qu'il y a en matière d'alimentation infantile des susceptibilités individuelles contre lesquelles échoue toute systématisation.

Ainsi renseigné, le médecin pourra régler utilement l'alimentation au cours de la seconde année: les menus précédents ne s'appliquent qu'aux enfants normaux et bien portants.

La Gazette médicale du Centre.



LA NÉVROPATHIE PSYCHO-SPLANCHNIQUE



Le professeur Grasset décrit sous ce nom une affection qu'il fait rentrer dans le cadre des névroses et qui se caractérise par des *phénomènes nerveux, viscéraux* et par des *phénomènes psychiques*, d'où la dénomination qu'il lui attribue.

Une névrose n'ayant ni lésion anatomique ni microbe pathogène ne peut être définie que par son évolution clinique et sa symptomatologie. Le seul but du présent travail est de montrer que la névropathie psycho-splanchnique a vraiment une symptomatologie et une évolution clinique spéciales, qu'elle est donc une névrose à part qui ne doit être confondue ni avec l'hystérie ni avec la neurasthénie (qui sont des névroses voisines mais distinctes), ni avec la névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber, ni avec l'artério-névrose de Gaston Lyon, le syndrome Graves, Basedow... qui dans la plupart des cas apparaissent comme des formes cliniques particulières de l'unité morbide générale: la névropathie cérébro-viscérale ou psycho-splanchnique.

Suivant Grasset (*Prov. méd.* 1909), on a trop souvent opposé l'un à l'autre le grand sympathique et le système cérébro-spinal. Cette séparation radicale ne saurait être maintenue ni en clinique ni en physiologie normale et pathologique. Si l'écorce *cérébrale* n'intervient pas habituellement dans la vie inconsciente des viscères elle peut cependant exercer une influence efficace, qui se comprend d'ailleurs, par les relations du grand sympathique avec le cerveau et la moelle. Le grand sympathique est un nerf mixte cérébro-spinal. Avec le pneumogastrique il constitue l'appareil nerveux de la nutrition et principalement des trois grandes fonctions : la digestion, la circulation la respiration avec les sécrétions.

Or, la névropathie psycho-splanchnique *est une psycho-névrose du vago-sympathique* ; elle est caractérisée cliniquement par des phénomènes nerveux portant sur *le tube digestif, sur l'appareil respiratoire, sur l'appareil circulatoire et sécrétoire, sur le psychisme.*

SYMPTOMES DIGESTIFS

La fonction sécréto-motrice de l'estomac est intéressée : c'est la dyspepsie nerveuse. Nous retrouvons ici des symptômes déjà connus : les *nausées et vomissement* qui peuvent aller jusqu'à l'intolérance motrice complète ; l'insuffisance *sécréto-motrice gastrique* avec hypochlorhydrie ou hyperchlorhydrie avec crises douloureuses, spasme pylorique, douleurs tardives. Lorsqu'il y a *asthénie gastrique* c'est la stase alimentaire qui prédomine avec digestions lentes, insuffisance sécrétoire, ballonnement après les repas, fermentations gastriques, renvois gazeux, etc., etc., tous signes que nous avons décrits déjà dans la dyspepsie dite hyposthénique ou hypochlorhydrique.

Au même titre que l'estomac, l'intestin souffre également

et il y a viciation de sa fonction sécréto-motrice. La *constipation* est le *phénomène dominant*. Elle alterne souvent avec de la *diarrhée* et s'accompagne de météorisme généralisé ou localisé de l'intestin avec contractures pouvant simuler de véritables tumeurs (tumeurs fantômes). On constate également l'*entéro-colite muco-membraneuse* qui se caractérise par l'expulsion de muco-membranes dues à une hypersécrétion de la muqueuse.

Les *douleurs* font partie intégrante de la symptomatologie, soit qu'elles dépendent de l'estomac, soit qu'elles se rattachent à l'intestin. Elles sont spontanées ou provoquées. Le *point solaire* est très fréquent, on le trouve au niveau du plexus du tronc cœliaque. On rencontre des points douloureux aux angles des côlons, à la vésicule biliaire, au pont de Mac-Bervey. Le malade est un névropathe et les douleurs dont il est atteint présente des irradiations très étendues qui pourraient en imposer pour les zones hystérogènes.

SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Les symptômes respiratoires ne sont pas des plus marqués, ils sont même généralement assez atténués et vagues sauf dans quelques cas exceptionnels.

Un des signes les plus fréquents qu'il faut savoir rechercher mais dont se plaignent cependant quelques malades tout à fait spontanément, c'est une sensation de respiration incomplète! il leur faut de temps en temps faire des respirations volontaires plus amples et plus profondes. Nous avons eu l'occasion d'observer une de ces malades névropathes, atteinte d'entéro-colite et chez laquelle ce symptôme était des plus accusés. A chaque instant elle faisait une forte inspiration, dilatant au maximum sa poitrine, par suite de la sensation constante de besoin d'air qu'elle ressentait.

Certains malades présentent une fréquence tout à fait anormale de la respiration, ils ont de la *tachypnée* qui survient par crises plus ou moins longues et prolongées. D'autres fois c'est du faux asthme, de la *dyspnée paroxystique* avec toux sèches, douloureuses, s'accompagnant d'une sorte de *constriction thoracique* avec points névralgiques. On comprend facilement l'embarras du médecin dans ces circonstances, si son attention n'est pas attirée sur ces troubles vago-sympathiques; il peut croire à de l'asthme vrai, à une dyspnée d'origine cardiaque ou d'origine urémique.

SYMPTOMES CIRCULATOIRES

Ceux-ci peuvent se présenter sous une forme véritablement impressionnantes pour le médecin. On observe, dit Grasset, *des crises de palpitations, de la tachycardie habituelle et paroxystique* pouvant atteindre des chiffres très élevés; *refroidissement des extrémités et bouffées de chaleur, sueurs locales, battement artériels* au creux de l'estomac, au cou et en maints autres endroits; *pouls arythmique* et surtout instable et variable; *vertiges sensations de défaillance imminente, hypothermie, syncope, fausse angine de poitrine*, avec irradiations dans les bras, hyperesthésie *précordiale* et *douleurs diverses à la pression*.

Deux malades que nous avons longuement observés, nous confirment dans l'opinion soutenue par Grasset, Toutes deux étaient atteintes de troubles digestifs avec entérite muco-membraneuse toutes deux étaient névropathes, toutes deux ont présenté des troubles cardiaques dont l'intensité était véritablement effrayante pour l'entourage et le médecin.

La première de ces malades, fille d'arthritique nerveux, ayant présenté des migraines, de l'eczéma, des troubles hystériques dans sa jeunesse, fut atteinte de troubles digestifs à la suite

de grossesses répétées et de surmenage. Ces troubles digestifs, caractérisés par de l'asthénie gastrique avec entéro-colite muco-membraneuse ne tardèrent pas à se compliquer de phénomènes pseudo-angineux graves. Ces accidents survenaient de préférence la nuit, sans qu'on pût invoquer aucune cause déterminante. Vers deux heures du matin, le plus souvent, sans phénomènes prémonitoire, notre malade se réveillait en proie à une angoisse inexprimable. Elle était prise d'une horripilation générale, avec sensation de refroidissement, surtout périphérique et de sueurs profuses. En même temps le pouls se précipitait atteignant 120 à la minute, le cœur battait avec violence, et une sensation de constriction fort pénible se produisait à la région précordiale; notre malade avait l'impression d'étouffer comme serrée dans un étau. Cette douleur irradiait dans les deux bras, la mâchoire, l'épaule gauche et s'accompagnait de fourmillements. A ce moment, le visage était complètement décomposé et d'une pâleur cadavérique impressionnante.

Progressivement, sous l'influence des boules chaudes, du champagne à l'intérieur, des frictions cutanées, la chaleur revenait aux extrémités, la tension artérielle s'abaissait, le pouls devenait plus ample et moins fréquent, et la crise se terminait laissant la malade dans un grand abattement.

Notre seconde malade était une dyspeptique nerveuse. Les accidents s'étaient subitement développés à la suite d'une violente émotion: son mari ayant été tué en sa présence par des révoltés. Après une phase assez longue d'hallucination, de délire, elle était tombée dans une prostration extrême, ne quittant plus sa chambre et ne se levant que quelques minutes par jour. Le chagrin, les insomnies, la peur, le défaut de nourriture avaient amené chez elle un amaigrissement extraordinaire. Toute tentative d'alimentation (dès qu'il s'agissait d'un

repas aussi léger fût-il, était suivi de palpitations violentes, d'accélération du pouls, de lipothémies, de syncopes. Le seul moyen qui nous permit de nous rendre maître de cette situation consista dans l'administration du lait et du jus de viande par cuillerée à café de cinq en cinq minutes pendant plus de 15 jours. Au bout de ce temps, de petits repas espacés toutes les trois heures furent supportés et après 3 à 4 mois notre malade avait repris une partie de ces forces et de son embonpoint.

Dans certains cas, comme on vient de le voir, les symptômes cardiaques sont d'une telle intensité qu'ils peuvent inspirer au médecin les craintes les plus sérieuses.

TROUBLES PSYCHIQUES

L'état psychique constitue un élément essentiel de diagnostic. On connaît les expériences de Pawlow sur la sécrétion gastrique psychique. On digère d'autant plus facilement que les aliments impressionnent le goût d'une façon plus intense. Les malades atteints de névropathie psycho-splanchnique sont des émotifs: chez eux, dit Grasset, les phénomènes psychiques s'accompagnent de réactions viscérales beaucoup plus importantes qu'à l'état normal; et réciproquement, les fonctions viscérales influent avec une intensité anormale sur l'état psychique. Une palpitation, une digestion difficile, une gêne respiratoire prennent l'importance d'un événement considérable, provoquent une émotion intense, laissent une terreur folle. L'idée de ce trouble splanchnique s'empare tyranniquement du cerveau, en chasse toutes les autres idées et l'obsède.

C'est un véritable *cercle vicieux de renforcement*, continue Grasset: les malades se croient atteints de toutes les maladies et consultent tous les médecins. Ce sont des *psychasthéniques phobiques et anxieux*. Ils ne craignent cependant pas toutes les

maladies, mais seulement celles qui ont trait à leur estomac, à leur cœur, à leurs poumons. Toutes les sensations qui partent de ces organes les impressionnent vivement; ils les exagèrent et les dénaturent. Le symptôme psychique essentiel de la névropathie psycho-splanchnique est: *la débilité du psychisme supérieur, l'exagération des sensations cénesthésiques et de l'influence réciproque que l'écorce cérébrale et l'appareil viscéral trisplanchnique exercent l'un sur l'autre.*

Au point de vue chronologique, est-ce l'élément viscéral ou l'élément psychique qui se montre le premier? Il semble que l'ordre des phénomènes est le suivant: chez un sujet prédisposé par une certaine débilité mentale, de l'émotivité de l'hypercésthésie, un incident local: indigestion, bronchite, palpitation, réagit sur le psychisme et crée la forme morbide (digestive, respiratoire, circulatoire), laquelle s'aggrave par le fait de ce même état psychique.

DIAGNOSTIC

Pour établir le diagnostic de la névropathie psycho-splanchnique, il faut une condition essentielle qui est la suivante: *l'état initial doit être la maladie du système nerveux.* Entre les phénomènes viscéraux et les troubles psychiques doit exister une affinité de forme et un lien réciproque. *Aucune maladie organique ne doit être à la base, à l'origine du développement des symptômes nerveux, ceux-ci doivent être primitifs.* Dans certains cas, ils peuvent cependant être actionnés par une lésion organique, mais chez les malades qui en sont atteints, on retrouve les stigmates névropathiques antérieurs à la lésion, et de plus la guérison de cette lésion organique laisse subsister les accidents névropathiques qui ne rétrocedent pas. Aussi nombre de malades ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale, vont retrou-

ver leur chirurgien pour se faire opérer de nouveau alors que tout nouvel acte opératoire est inutile car il ne leur reste que des accidents nerveux non justiciables de la chirurgie.

Une fois toute maladie organique locale éliminée comme cause des symptômes observés, il restera à faire le diagnostic avec *l'hystérie et la neurasthénie*.

Les signes caractéristiques de ces trois névroses sont assez distincts pour qu'aucune confusion ne puisse s'établir. Toutefois il est bon de rappeler que les symptômes de ces trois *affections s'inbriquent, se superposent, s'emmêlent* chez le même sujet, non pas cependant de manière à pouvoir donner le change ; car pour un esprit observateur et averti, il sera toujours possible de reconnaître les signes pithiatiques aujourd'hui attribués à l'hystérie et les stigmates de la neurasthénie : céphalée spéciale, amyosthénie, dépression cérébrale, etc., etc.

Le pronostic comme toujours est variable ; il est surtout fonction de l'état psychique du sujet. Chez les héréditaires, la maladie est tenace ; le malade tranquilisé sur un point, se rejette sur un autre, il ne peut sortir de son cercle morbide. L'accident local, digestif, cardiaque, etc., disparaît, mais la mentalité spéciale persiste, la névrose reparaît toujours plus ou moins atténuée. Si ce sont des causes récentes ou extérieures qui ont engendré le trouble psycho-splanchnique, le pronostic devient meilleur et la guérison complète est fréquemment obtenue. Comme toute névrose, dit Grasset, la névropathie psychos-planchnique, s'aggrave par sa durée : il est donc de toute nécessité de la diagnostiquer le plus rapidement possible.

TRAITEMENT

D'après l'auteur les indications du traitement se tirent :

1° Des phénomènes viscéraux ;

2° Des phénomènes psychiques et de l'état du système nerveux central.

A) *Des phénomènes viscéraux*. — Il convient d'envisager les formes digestives circulatoire et respiratoire successivement.

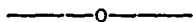
Dans la *forme digestive*, il faudra tenir compte des divers états dyspeptiques : hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie, asthénie stomacale, spasme du pylore. Nous avons déjà exposé longuement ces questions (*Monde Médical* 1908). Se méfier des sensations et des dires du malade ; ne pas abuser de la strychnine et de ses dérivés. Instituer un régime, mais savoir le modifier à temps. Eviter l'usage trop fréquent des lavages intestinaux et des purgatifs. Et, comme le fait remarquer justement Grasset, il ne faut pas croire que tel régime, telle ordonnance qui ont eu à un moment donné d'excellents effets produiront fatalement les mêmes résultats 15 ou 20 ans après.

La *forme respiratoire* n'est pas justiciable des *révulsifs intestines*, ils aggravent les craintes et l'irritabilité nerveuse du malade. Il faut avoir recours aux antispasmodiques et aux calmants : valériane, bromure, bromoforme, codéine, héroïne, etc. Le traitement hydrique est aussi indiqué comme d'ailleurs dans la forme cardiaque.

Les *accidents cardiaques* nécessitent-ils l'emploi des toniques du cœur ? Je pense, dit Grasset, *qu'il y a de ces cas où réellement il faut prescrire des médicaments cardiaques*. C'est ainsi que la digitaline (1,5^e de milligramme par jour) calme certaines palpitations, qu'on l'associe ou non au bromure ; que la spartéine régularise l'arythmie. Enfin, s'il y a défaillance du myocarde, tendance à la syncope on injectera l'huile camphrée et exceptionnellement de la caféine.

B) *Des phénomènes psychiques et du système nerveux cen-*

tral. — Le traitement psychique prime tous les autres, et dans certains cas il ne sera possible que dans un établissement spécial. Ce traitement devra tendre à démontrer au malade surtout par des faits plutôt que par des raisonnements qu'il n'a aucune maladie organique. Chaque médecin agira suivant ses propres lumières; il est difficile d'établir des règles à ce sujet. En général, il faudra s'abstenir de tout médicament en dehors des toniques vrais; cacodylate de soude, quinine et quinquina, acide phosphorique, tous les névropathes, dit Grasset, ayant une grande tendance à la *Toxio-manie* et ayant abusé de tous ces médicaments.



L'IODE EN CHIRURGIE



L'iode est un antiseptique puissant, peu toxique et beaucoup moins cher que certains médicaments d'usage courant, tel que l'eau oxygénée. Aussi son emploi en chirurgie prend-il un essor rapide.

Un des moyens les plus puissants d'action de l'iode est celui des vapeurs qu'il émet à la température du corps, c'est ce que donne le coton iodé qui contient $\frac{1}{100}$ d'iode qu'il émet graduellement quand on l'applique sur la peau. C'est sous cette forme que l'iode pénétrerait le plus facilement les tissus, mais son utilisation est délicate et jusqu'ici très limitée.

Nous ne connaissons aucun document sur l'utilisation de l'iode par ionothérapie.

Pratiquement c'est en solution que l'iode s'emploie.

Il faut 5,525 grammes d'eau à 15 degrés pour dissoudre 1 gramme d'iode, ce qui constitue l'eau iodée, solution trop faible pour l'usage externe. Aussi il est nécessaire d'ajouter de l'iode de potassium qui augmente la solubilité dans l'eau ou d'autres dissolvants : alcool, éther, benzine, acétone, glycérine. Voici les principales formules employées en chirurgie.

SOLUTIONS AQUEUSES IODURÉES OU ALCOOLIQUES

Solution iodo-iodurée forte :

Iode.....	1 gr.
KI.....	2 gr.
Eau.....	100 gr.

Solution de Luyol-Gram :

Iode.....	1 gr.
KI.....	2 gr.
Eau.....	300 gr.

Solution alcoolique n° 1, forte :

Teinture d'iode.....	6 gr.
Eau.....	1000 gr.

Solution alcoolique n° 2, moyenne :

Teinture d'iode.....	3 gr.
Eau.....	1000 gr.

Solution alcoolique n° 2 faible :

Teinture d'iode.....	1 gr. 50
Eau.....	1000 gr.

Solution alcoolique n° 4, étendue :

Teinture d'iode.....	0 gr. 33
Eau.....	1000 gr.

Solution alcoolique et iodurée très forte :

Teinture d'iode.....	20 à	40 gr.
KI.....		4 gr.
Eau.....		100 gr.

Solutions alcooliques. Teintures, nouveau Codex :

Alcool à 90 degrés.....		12 gr.
Iode.....		1 gr.

Donc en poids au $\frac{1}{13}$, nécessité de l'employer fraîche.

Solutions alcooliques. Teintures, nouveau Codex :

Alcool à 95 degrés.....		10 gr.
Iode.....		1 gr.

Un peu plus stable, plus active.

SOLUTIONS DIVERSES (ÉTHÉR, BENZINE, ACÉTONE)

Solution d'Elsberg :

Iode.....		2 gr.
Éther.....		5 gr.
Alcool à 90 degrés.....		5 gr.

Solution de Heusner :

Iode.....		10 gr.
Benzine.....		750 gr.
Paraffine.....		250 gr.

Iodacétone :

Iode.....		1 gr.
Acétone.....		10 gr.

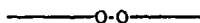
Solution glycerinée forte :

Teinture d'iode.....		4 gr.
Glycérine.....		40 gr.

Solution Glycérinée faible :

Teinture d'iode.....	4 gr.
Glycérine.....	120 gr.

DR LANCE

Gaz. des Hôpitaux.

HEMORROIDES

La thérapeutique des hémorroïde comprend :

- 1° *Hygiène.* — Vie active, exercices faites avec modération.
- 2° *Traitement local.* — Bains de siège fréquemment répétés, petits lavements (les garder un quart d'heure) d'eau chaude additionnée d'alun (2 grammes), ou de teinture de ratanhia (deux cuillerées à café), ou d'eau blanche (une cuillerées à café),
- 3° *Régime.* — Alimentation végétarienne. Supprimer l'alcool et les épices.
- 4° *Médicaments.* — Combattre la constipation par la poudre suivante :

Magnésie calcinée.....	10 gr.
Lactose..	20 gr.
Poudre de réglisse.....	10 gr.

Une à deux cuillerée a café, délayées dans un peu d'eau, le matin à jeun, ou le soir au coucher.

Eviter les purgatifs drastiques. Prendre de plus, trois à six cuillerées par jour de :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis...	60 gr.
Glycérine.....	60 gr.

5° *Traitement des complications: a) Douleurs inflammatoires.* — Lotions très chaudes ou applications glacées.

Si les hémorroïdes sont externes, tamponner tous les matin avec de l'eau alcoolisée très chaude, ou appliquer :

Onguent populeum.....	20 gr.
Extrait de ratauhia.....	2 gr.
Extrait thébaïque.....	0 gr. 40
Ergotine.....	1 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 40

Si les hémorroïdes sont internes, introduire dans le rectum deux à trois fois par vingt-quatre heures :

Extrait de ratauhia.....	0 gr. 30
Ergotine.....	0 gr. 20
Extrait de belladone.....	0 gr. 20
Etrait thébaïque.....	0 gr. 20
Beurre de cacao.....	Q. s.
Pour un crayon court.	

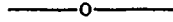
b) Procidence. — Réduire la tumeur variqueuse par le taxis (enduire les doigts de vaseline boriquée cocaïnée à 3%). Appliquer, au besoin, un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'adrénaline au millième.

c) Hémorragie. — Si l'écoulement sanguin est faible, appliquer la pommade d'Unna ou un tampon imbibé de :

Antipyrine.....	2 gr.
Eau distillée.....	10 gr.

Si l'hémorragie est abondante, injecter dans le rectum 2 gramme de :

Chlorure de calcium cristall.....	10 gr.
Eau distillée.....	90 gr.



FORMULAIRES

SOLUTION ALCALINE CONTRE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC (HAYEM)

Eau distillée.....	1,000 c c.
Bicarbonate de soude.....	2 gr. 50
Sulfate de soude.....	2 gr.
Chlorure de sodium.....	2 gr.

Cette solution, que l'auteur substitue à l'eau de Carlsbad, dont elle est la synthèse, est administrée le matin à jeun, en trois fois, toutes les vingt minutes, à doses croissantes (250 grammes le premier jour, en augmentant de 50 grammes par jour jusqu'à 500 gr). La solution doit être chauffée aux environs de 40°. Le traitement ne doit pas dépasser un mois. (*Journal médical de Paris*).

CONTRE LE PRURIT ANAL ET VAGINAL

Enduire la région avec la pommade :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gr.
Cold cream frais sans odeur.....	24 gr.

(*Le Formulaire*).

INTERETS PROFESSIONNELS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU COMTÉ DE KAMOURASKA

Séance du 27 octobre 1909

Après avoir rendu un dernier hommage à la mémoire de feu notre confrère le Dr S. Pelletier, en assistant à son service anniversaire à Rivière-Ouelle, nous nous dirigeons au nombre de neuf vers la résidence de notre secrétaire, le Dr T. Michaud à Saint Pacôme.

Avaient répondu à son invitation : les Drs V. Vézina, de St-Alexandre ; G. Gagnon, de St-André ; B. Deschênes et H. Sirois, de St-Pascal ; A. Garneau, de Ste-Hélène ; M. Blagdon, de St-Philippe ; R. Sénécal, de Rivière-Ouelle ; A. M. Sirois et J. I. Pajeau, de Ste-Anne.

Après avoir donné un temps raisonnable à la conversation, et avoir savouré le plaisir d'être en famille, notre président, le Dr H. Sirois qui, entre parenthèse, n'est pas le moins jovial, nous rappelle à la réalité en ouvrant la séance.

On procède d'abord aux élections. Les officiers suivants sont élus à l'unanimité :

Président honoraire : Dr M. Blagdon, membre du Collège ;

Président actif : Dr V. Vézina ;

Secrétaire : Dr J.-I. Pajeau.

Proposé par le Dr B. Deschênes, secondé par le Dr G. Gagnon, que la société doit aux Drs H. Sirois et T. Michaud, président et secrétaire sortant de charge, de sincères remerciements. Eux deux en effet, ont présidé à la naissance de notre société] et depuis n'ont cessé un seul instant leurs soins les plus assidus. MM. les Dr R.

Sénécal et A. Garneau, après avoir pris connaissance des règlements, qu'ils déclaraient accepter en tous points, sont admis membres aux applaudissements de tous.

Proposé par le Dr M. Blagdon secondé par le Dr A. M. Sirois, qu'à l'avenir les réunions aient lieu trois fois l'an pendant les mois de février, juin et octobre, et que la prochaine réunion ait lieu Sainte-Anne.

M. le Dr R. Sénécal est unanimement choisi, pour préparer un travail qu'il nous lira à la prochaine réunion, sur un sujet de médecine à son propre choix.

Les affaires terminées, madame Dr T. Michaud nous convie à un dîner superbe, auquel nous faisons franchement honneur. D'ailleurs, la grande hospitalité de notre confrère et de sa digne épouse est le meilleur apéritif possible pour la circonstance.

Malheureusement sonne bientôt l'heure du départ, et chacun, après avoir remercié chaleureusement M. et Mde Michaud de leur généreuse hospitalité, retourne à ses occupations, emportant dans son cœur les meilleurs souvenirs de cette réunion.

Signé

Joseph-I. PAJEAU.

Secrétaire.

—:o:—

A LA PROFESSION MÉDICALE DU CANADA.

MEMOIRE DU COMITE DES FINANCES
DE L'ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE

Toronto, Oct. 1909

Mon cher collègue,

Nous avons trouvé à propos d'attirer l'attention de la Profession par tout le Canada sur la proposition d'établir un Journal

Médical qui serait l'organe officiel de l'Association, et à cette intention, nous soumettons à votre sérieuse considération les faits qui suivent :

À la réunion tenue à Montréal en 1927, l'Association Médicale Canadienne adopta définitivement une constitution avec règlements, et l'on décida qu'il convenait que notre Association, à l'instar de la British Medical Association et de l'American Medical Association, et d'autres associations identiques, possédât un journal qui serait en quelque sorte le porte-parole de la profession par toute la Puissance.

D'après la constitution, c'est au Comité des Finances qu'incombe la responsabilité entière de fonder et conduire le journal.

Bien des difficultés se présentèrent lorsque votre Comité se mit à étudier la question. Ainsi tandis que chez nos voisins américains il existe 80,000 praticiens, dans les rangs desquels l'Association peut recruter ses membres, et qu'en Angleterre The British Medical Association publie son journal hebdomadaire à 20,000, à 22,000 exemplaires, nous avons par contre, au Canada, à peine 6,000 praticiens. Encore ceux-ci sont-ils disséminés sur une étendue de territoire telle que leur assistance aux réunions annuelles ne pourra jamais être régulière.

D'après ses pouvoirs, le Comité des Finances fit passer un acte d'incorporation par le Parlement Fédéral conférant à l'Association entr'autres pouvoirs, celui de publier un journal.

Voici le plan adopté et proposé par le Comité des Finances :

- a). Augmenter à \$5.00 la souscription annuelle de l'Association.
- b). Que les membres soient acceptés en permanence et que, comme tels, leurs honoraires de membres soient dus régulièrement chaque année, qu'ils assistent ou non aux réunions de l'Association.
- c). En retour de cette contribution annuelle, donner à chaque membre :
 - 1°. Un journal mensuel.

- 2°. Un certificat de membre de l'Association Médicale Canadienne.
- 3°. Un certificat de membre de l'Association Médicale Provinciale.

En vue du mouvement lancé par les quatre provinces de l'Ouest pour l'établissement d'un Bureau Commun pour la licence, et en vue de la majorité évidente en faveur du Bill Roddick, à la réunion de l'Association à Winnipeg, l'été dernier, le temps semble venu du consensus général de la profession que l'Association ait un journal officiel.

La profession canadienne ne partage pas moins que le reste de la population le désir de travailler à stimuler le sentiment national dans cette partie de l'empire, et l'Association Médicale Canadienne, en fondant son journal, veillera à éviter toute ingérence dans les affaires des autres journaux ayant déjà à leur crédit des services sérieux.

Le comité des Finances désire vivement que les confrères canadiens de langue française réalisent et sentent vraiment que l'Association Médicale Canadienne, tout comme son journal, existent dans leur intérêt tout également, et à cet effet il est proposé qu'il y ait dans la plupart, sinon dans chacune des éditions du journal, un ou plusieurs articles en français. Jusqu'à quel point nous continuerons et développerons ce côté particulier du journal dépendra naturellement du degré d'encouragement et de support que le journal recevra de la part des collègues canadiens de langue française.

La cotisation annuelle est de \$5.00 pour l'année fiscale, de janvier à janvier. D'ici à janvier 1910, votre Comité, espère avoir publié et adressé un ou deux numéros de son journal à tous les praticiens du pays, et suivant l'usage adopté par la British Medical Association, il fera traite sur vous peu après. Dans le cas où vous n'honoreriez pas la traite, nous en concluerons que vous ne

désirez pas faire partie de l'Association ni recevoir le journal. Nous avons adopté ce système très simple et pratique afin de vous éviter l'ennui d'avoir à correspondre.

Pour le Comité des Finances,

Le Président

J. I. FORTERINGHAM

—:o:—
BIBLIOGRAPHIE

Formulaire Moderne — Traitements, ordonnances, médicaments nouveaux, par le Dr R. VAUCAIRE. — Vigot, Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École-de-Médecine. Un vol. in-18 de 1026 pages. Cartonné 7 fr.

L'excellent accueil fait aux quatre premières éditions du Formulaire Moderne et aussi, la publication du Nouveau Codex, nous ont engagé à donner au public médical une cinquième édition entièrement révisée et mise au courant des nouveaux traitements et des nouvelles médications.

Aussi dans ce nouveau formulaire, l'auteur a-t-il augmenté et modifié certains chapitres, surtout ceux qui sont consacrés à l'*opothérapie*, à la sérothérapie, au traitement des affections de l'intestin par la méthode des ferments, aux maladies du *système nerveux*, à la *diphthérie*, à la *gynécologie*, à l'*obstétrique*, à la *thérapeutique infantile*, aux maladies des *yeux*, des *oreilles* et du *nez*, à la *thérapeutique hypodermique*, à la tuberculo-thérapie, à la colloïdo-thérapie, à la *érotérapie*, à l'*atoxyl* dans la syphilis et à l'*antiseptic*, variant les formules suivant les cas et les symptômes. Il a choisi dans l'arsenal thérapeutique, très encombré par les médicaments nouveaux, les remèdes les plus employés prescrits par les maîtres et expérimentés par les plus distingués médecins français et étrangers. Le seul but poursuivi par le Dr Vaucaire dans cet ouvrage est d'aider dans leurs recherches les praticiens qui demandent à être mis rapidement au courant de la science, et de servir de guide aux étudiants en leur présentant un manuel bien fait, complet et précis, de qui le rend indispensable à tous.

Gynécologie médicale. *Traitement médical des maladies des femmes*, par le Professeur Albert ROBIN et le Dr Paul DALCHÉ, 3e édition revue et augmentée. — VIGOT Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-8° . 12 fr.

Le succès de ce livre, dont l'apparition avait comblé une véritable lacune, s'explique non seulement par l'autorité et la compétence spéciale des auteurs, mais aussi par son caractère éminemment

pratique. La connaissance approfondie de la gynécologie est pour le médecin une nécessité qui n'est plus à démontrer ; et en cette matière, comme en beaucoup d'autres, si la part de la chirurgie est et doit rester considérable, elle ne doit pas intervenir d'une manière systématique dans tous les cas : beaucoup de malades restent justiciables d'un traitement purement médical : il suffit de parcourir ce volume pour se rendre compte de la richesse de cet arsenal thérapeutique et des résultats qu'on en peut obtenir.

Il est divisé en cinq parties dont les deux premières sont consacrées aux *fausses utérines* : c'est une étude complète, clinique et thérapeutique, des retentissements des différents appareils sur les organes génitaux ; ces chapitres qu'on chercherait en vain sous cette forme synthétisée, dans la plupart des traités de gynécologie, constituent une des parties les plus originales et les plus neuves de l'ouvrage, et, pour le praticien, un guide précieux qui lui permettra, en évitant les erreurs de diagnostic et d'interprétation, de prescrire le traitement approprié à chaque cas.

Dans la troisième partie où sont passés en revue la menstruation normale puis ses accidents, ainsi que son hygiène et sa thérapeutique nous trouvons un chapitre sur la puberté chez la femme, question qui a déjà été, de la part de l'un des auteurs, l'objet d'une monographie vivante et très appréciée ; puis le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, des métrorragies, de la ménopause, et, enfin, un exposé complètement remanié et mis au point de l'opothérapie ovarienne.

La partie suivante, des plus importantes, contient une étude des différentes maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus et des annexes, avec les moyens thérapeutiques médicaux qu'on peut leur opposer : nous y remarquons notamment un chapitre nouveau sur la syphilis utéro-annexielle encore souvent méconnue, et qu'on consultera avec profit.

Le volume se termine par le traitement hydrothérapique et hydrologique des maladies des femmes ; et les auteurs nous montrent quels succès l'on peut retirer des différents modes d'application de l'eau chaude ou froide, ordinaire ou minéralisée lorsqu'on en pose d'une manière précise les différentes indications.

Ce livre, en résumé, démontre que le médecin est largement armé pour accomplir, en matière gynécologique, une œuvre utile et appréciée des malades. Nous y trouvons ces qualités de clarté, de logique et de pondération, qui caractérisent l'enseignement des deux maîtres qui l'ont écrit. Il sera indispensable à tout praticien désireux de connaître à fond les maladies des femmes et d'utiliser toutes les ressources de son art. Le succès de la troisième édition répondra sans aucun doute à celui des deux premières.

M. BLOCH-VORMSER.

Extrait de la *Gynécologie*, juillet 1909.