

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. LeSAGE,  
A. MARIEN.

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

Vol. XL

1er AOUT 1911

No 8

## ACTUALITES

### ALLAITEMENT MATERNEL

#### *Quelques considérations supplémentaires*

Par le docteur AURELE NADEAU  
de Beauce.

Dans notre pauvre pays, on redoute tout ce qui est naturel. On a peur de la lumière, peur de l'air, de l'eau froide. C'est défendu de manger, et c'est défendu à une mère d'allaiter son bébé. Du train que ça glisse, on défendra bientôt aux gens de marcher sur les pieds, attendu que *c'est trop naturel!*

Toutes les fois qu'une mère est faible, au lieu d'en chercher la cause dans les grossesses trop rapprochées, les accouchements difficiles, les relevailles accidentées le manque de repos à la suite des couches, etc., etc., on s'attaque à l'allaitement qui est pourtant la chose la plus naturelle du monde et de tous les siècles.

"Il faut mettre ça de côté!" s'exclament les commères et les donneuses de conseils, avec l'unanimité digne d'une meilleure cause.

Au lieu de corriger ce qui est en défaut, et en particulier l'allaitement lui-même si mal conduit en général, on enlève à l'enfant l'allaitement normal que la nature lui a destiné de toute éternité.

Et lorsqu'à la suite de ce geste contre-nature, on s'aperçoit qu'on n'a rien amélioré, que l'état général de la jeune mère s'est aggravé

même, il semble que la leçon devrait servir pour une autre année.

Il n'en est rien. On ne songe pas un instant à revenir aux anciennes modes: *c'est trop naturel!*

\* \* \*

Toutes les fois que le bébé sans être souffrant n'est pas un paquet de graisse, c'est encore l'allaitement qui fait défaut. On décide — et le jugement est sans appel — que le lait de la maman est insuffisant, et le petit se fait régler son affaire en peu de temps.

On juge les bébés à la brasse et on a la manie de ne croire à leur santé que lorsqu'ils sont gras et joflflus.

C'est pourtant bien le contraire qui est vrai. Le moindre coup de vent, la plus petite rougeole vous enlèvent parfois en un clin d'œil des bébés renflés dans tous les goûts. Vous voyez, par contre, un petit maigre passer à travers la rougeole, la scarlatine et la coqueluche successivement comme un frelon à travers une toile d'araignée.

C'est que l'enfant bourré, suralimenté, subit une *déviati*on de sa nutrition, et tandis qu'il gaspille sa nourriture à accumuler une couche de graisse inutile sous la peau, il forme peu ou mal sa charpente et ses organes. Or, ce sont précisément les organes internes qui nous défendent contre les maladies.

On a d'étranges idées sur l'alimentation. Plusieurs seraient disposés à croire qu'il faut un gallon de lait par jour pour entretenir la flamme de la vie chez un petit être de quinze livres. À ce compte-là, un homme de 200 livres devrait engloutir une paire de bœufs gras chaque mois. Il en est pour l'enfant comme pour l'adulte, la santé ne dépendant pas de la quantité de nourriture qu'on mange, mais de ce qu'on assimile. Et on assimile peu quand on mange *trop, ou trop mal ou trop souvent.*

On nous répondra que l'enfant demande sans cesse. C'est vrai, mais au moins une fois sur deux c'est parce qu'il a soif et non qu'il a faim. Si, au lieu de donner de l'eau à l'enfant dans l'intervalle des tétées, vous lui offrez le sein chaque fois qu'il pleure, vous calmez sa soif, mais aussi, vous le suralimentez et le rendez malade parce que vous lui faites boire du lait lorsqu'il ne peut pas avoir faim.....

D'un autre côté, de l'eau, *c'est bien trop naturel!*

\* \* \*

Toutes les fois que le bébé est souffrant et pleure, au lieu d'accuser votre *mauvais* lait, votre lait *insuffisant*, demandez-vous d'abord si ce lait est bien donné, si vous savez bien votre métier de nourrice. Ensuite, cherchez la chose la plus sûre parce qu'elle est la plus simple et la plus ordinaire. Cherchez le défaut du côté de l'organe le plus exposé à fatiguer parce qu'il est de beaucoup le plus actif. En présence d'un enfant qui crie, la plupart des mères font toutes sortes de découvertes. L'une diagnostique un mal d'oreille, l'autre un mal de tête. Pour d'autres c'est toujours les dents ! Bien peu songent à la cause la plus fréquente, *au grand point faible*, même quand le nourrisson est bien traité... Ce point, *c'est l'intestin*. C'est là qu'on devrait s'accoutumer à trouver le mal. Sur 100 bébés *cruels* il y en a au moins 95 qui ont un intestin en défaut : diarrhée ou bien plus souvent constipation.

Plusieurs mères ont des enfants constipés qui ne s'en doutent pas le moins du monde, ne sachant pas qu'un bébé dans la première année de sa vie doit aller à la selle 2 à 3 fois par jour. À moins de cela, tout jeune enfant doit être considéré comme un constipé. Aussi il est toujours plus ou moins malade, tandis que l'enfant dont l'intestin fonctionne deux ou trois fois par 24 hrs, *librement comme sans diarrhée*, n'est jamais *habituellement* malade.

Pour que votre bébé ne soit pas constipé, il y a trois points à régler :

1° On ne doit jamais lui donner aucun purgatif. Remarquez toujours la constipation opiniâtre des bébés qu'on dose d'huile de castor ou de sel à médecine, ou qu'on tourmente avec des lavements. Comme chez l'adulte, tout purgatif relâche d'abord pour resserer davantage ensuite. On donne de l'huile de castor à un enfant qui a la diarrhée précisément parce que ça le *resserre* ; mais justement pour la même raison, on n'en donne pas aux constipés.

2° Il faut donner de l'eau à l'enfant dans l'intervalle des tétés, et en dehors de notre pauvre Province c'est ce qui se fait partout.

3° Le plus grand facteur pour prévenir la constipation du

nourrisson, c'est de lui assurer les bons offices d'une nourrice qui ne soit pas *elle-même constipée*. Une femme qui boit son verre d'eau froide à jeûn et environ une demi-heure avant chaque repas, réduira du coup sa constipation de moitié. Et avec des jardinages, fruitages, soupes, *de préférence au repas du matin*, elle s'assure un intestin libre, du moment qu'elle en mange assez. Et si elle en mange trop, elle se donnera la diarrhée. Elle peut donc conditionner son régime suivant les besoins comme font d'ailleurs les vétérans de la constipation avec leurs chères pilules, qu'ils finissent par croire si *naturelles*.

Avec ce système de nourriture, vous faites d'une pierre quatre coups, à savoir :

1° Vous avez un intestin qui a la force de marcher tout seul, comme c'est sa destinée, et non pas à coup de drogues qui vous irritent le tube digestif à l'annéc, vous empoisonnent et agacent aussi l'estomac de l'enfant.

2° Le régime végétarien, le régime des herbages est aussi le plus grand agent producteur du lait. Une femme qui sait son métier, et dont le régime est assez riche en végétaux pour qu'elle ne soit pas constipée, peut dormir en paix: elle a tout le *lait* qu'il lui faut.

C'est cette excellente nourriture des laitages et des jardinages qui permettait à nos grand'mères d'allaiter tant qu'elles voulaient. On sait, en effet, que nos aïeules mettaient autant de fierté dans leurs beaux grands jardins qu'on en met aujourd'hui sur les beaux grands chapeaux. De nos jours, malheureusement, les jardins sont petits, et le peu qu'il y a *monte en graine* parce qu'on les visite très rarement.

3° Une mère non constipée et bien nourrie produit du lait sain et doux, non échauffant, qui ne constipe pas, et on vient de voir qu'un enfant non constipé n'est pas malade *habituellement*.

Au contraire, avec de la viande *en excès*, des boissons *alcooliques*, (elles ont ici un effet désastreux!) du poivre, des épices, de la moutarde, des marinades, on fait du lait irritant qui acidifie l'estomac du bébé. Et quatre-vingt pour cent des vomissements des bébés au sein, ne reconnaissent pas d'autre cause.

4° Quand un enfant n'est pas malade, il prend le sein avec

vigueur, et son *tirage* énergique assure la montée du lait d'une façon abondante régulière et durable.

On comprendra que ça vaut la peine de se mettre à la besogne sérieusement, et que ces conseils sont à la portée de tout le monde.

## REVUE GENERALE

### L'ALIMENTATION DES TYPHIQUES (1)

N. D. L. R. — Dans un travail très bien fait sur cette importante question l'auteur s'applique à nous démontrer quel est le meilleur régime à suivre. Ce travail mérite d'être lu et consulté. Nous en publions les passages les plus instructifs.

Ces principes rappelés, étudions maintenant les régimes alimentaires utilisables dans la fièvre typhoïde.

*L'aliment de choix est incontestablement le lait*; son indication est formelle, et il est impossible de le remplacer: il est liquide, il est généralement bien assimilé, il est très nutritif. Aussi doit-on tout mettre en œuvre pour le faire accepter par le malade. C'est l'opinion justifiée par la pratique de la plupart des cliniciens français: Chantemesse, Landouzy, Widal, Merklen, etc. Le lait est en outre diurétique, ce qui constitue un autre avantage très précieux.

*A quelle dose doit-on prescrire le lait?* Pour être suffisamment réparatrice, l'alimentation exclusivement lactée par le lait pur exige quatre litres de liquide pour un adulte de poids moyen.

Une telle quantité est difficilement acceptée par la grande majorité des malades; de plus, et contrairement à ce qu'on croit très souvent, le lait pur n'est pas un aliment idéal; il pêche par excès relatif d'albuminoïdes. Pour corriger cette imperfection, on aura tout avantage à sucrer le lait; à raison de 60 grammes de sucre par litre, l'équilibre physiologique des principes alimentaires se trouve rétabli; il suffira alors de faire absorber au malade 3 litres de lait.

Un certain nombre de typhiques ne supportent pas ce régime exclusif du lait sucré; on peut leur donner 2 litres de lait sucré et 1 lit. 500 de lait non sucré.

(1) Par le Dr Sacquépée, dans *Paris Médical*, 18 mars 1911.

L'alimentation est bien assurée — l'observation le démontre — avec les deux régimes suivants :

1° Lait sucré : 3 litres ;

2° Lait sucré : 2 litres ; lait non sucré : 1 lit. 500.

Elle est un peu moins réparatrice, mais encore suffisante, quand on arrive à faire tolérer 4 litres de lait non sucré.

*Comment le faire prendre ?* Il faut tâcher de faire absorber la quantité nécessaire, et pendant toute la maladie. Pour éviter de surcharger le travail digestif et ne pas créer l'intolérance, accident très désagréable, on donnera le lait à doses faibles, souvent répétées ;  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{5}$ e de litre au sortir du bain, toutes les trois heures, puis une autre dose une heure après. Chez certains sujets, on aura intérêt à diminuer les doses en les rapprochant, ou au contraire à les augmenter en les espaçant, ou bien encore à les supprimer ou restreindre pendant la nuit, pour en donner davantage pendant la journée ; ceci est affaire d'espèces, et ne peut être apprécié qu'après tâtonnement.

Quelques malades, — ils sont malheureusement assez rares, — supportent bien ce régime. Le plus souvent, le lait provoque rapidement un peu de dégoût ; il faut y veiller, ne pas forcer, ce serait courir à l'intolérance. On essaiera alors de s'orienter suivant les goûts et les aptitudes digestives de chacun. Certain préféreront le lait froid, la plupart le lait tiède. Il y aura surtout intérêt à voiler le goût du lait par l'adjonction de substances diverses : café léger, thé léger (ces produits sont excitants et peuvent exagérer les phénomènes nerveux), eau de fleurs d'orange, sel, etc. On pourra avantageusement couper le lait avec des eaux minérales légères, qui peuvent favoriser la digestion : eaux de Vichy, de Vals, de Vittel et bien d'autres. Il est souvent utile, après l'absorption du lait, de faire rincer la bouche (eau bouillie ou eau minérale) et de donner un demi-verre d'une eau minérale légère ; le dégoût du lait peut, en effet, tenir à ce qu'il persiste dans l'arrière-bouche et dans le pharynx une sensation de fade et de corps gras, sensation qui s'atténue beaucoup si on lave en quelque sorte ces muqueuses. Cette pratique prévient beaucoup d'intolérances, car ces dernières sont maintes fois gutturales et non gastriques.

En général, ces divers artifices permettent de faire tolérer pendant toute la maladie 2 litres ou 2 lit. 500 de lait. C'est une ra-

tion insuffisante (1); le malade ajoute l'inanition à la dénutrition.

Encore est-ce là une éventualité relativement favorable. Car, chez quelques sujets, le lait est encore moins bien supporté; il y a intolérance pour le lait. Intolérance gastrique ou gutturale; ou bien intolérance d'assimilation: chez 20 p. 100 des malades, le lait provoque, soit la constipation, parce que sa digestion laisse beaucoup de résidus, soit la diarrhée, parce qu'il est mal digéré. La constipation, à moins d'être excessive, n'a pas grand inconvénient; les typhoïdes "resserrées" évoluent presque toujours mieux que les typhoïdes "relâchées." La diarrhée est plus inquiétante; elle épuise le malade, et de plus elle est l'amorce ou le témoin de la putridité intestinale. On peut essayer de la faire cesser, en ajoutant au lait de l'eau de chaux (60 grammes par litre), ou bien en favorisant sa digestion par l'usage d'eaux minérales; si la diarrhée persiste quand même, il devient nécessaire de modifier le régime au moins pour quelques jours.

Dans trop de circonstances, nous aboutissons donc à cet obstacle: le lait n'est pas suffisamment toléré; le malade en prend trop peu, ou bien il est indiqué de ne pas continuer son emploi.

Il devient alors nécessaire de faire appel à d'autres aliments, sous forme de liquide ou sous forme d'émulsion, à l'instar du lait. Quels seront ces aliments? On peut utiliser le *lait écrémé*, ou le *kéfir*; l'un et l'autre peuvent être mieux tolérés que le lait complet. Mais on se souviendra que le lait écrémé perd la plus grande partie de sa graisse, c'est-à-dire la moitié environ de sa valeur nutritive: le kéfir peut rarement être prescrit à doses un peu fortes, sa valeur nutritive est environ les  $\frac{4}{5}$  de celle du lait. A l'occasion, on pourra recourir à l'un ou à l'autre, sans oublier les réflexions qui précèdent.

Complet ou modifié, le lait est encore généralement insuffisant: le malade n'en prend pas assez. Il faut alors essayer d'autres aliments. Ces derniers devront être liquides, ou presque, assimilables et bien supportés, comme nous l'avons dit plus haut.

De même pour le lait, les aptitudes individuelles sont extrêmement variables; aussi est-il souvent nécessaire de tâtonner quelque peu. Le nombre de préparations utilisables est assez peu élevé;

(1) Environ 1,300 calories pour 2 litres de lait non sucré; 2,200 pour 2 lit. 500 de lait sucré.

citons les aliments d'origine animale: peptones et produits similaires, jus de viande, bouillon; les œufs; les aliments végétaux: farines de céréales (blés, avoine, orge), bouillon ou farine de légumes (haricots, pois, lentilles, pommes de terre, arrow-root).

Aucun de ces aliments n'est parfait; aucun ne vaut le lait: le lait ne se remplace pas. Mais leurs inconvénients sont moindres que ceux de l'inanition; il faut donc les subir, dans la mesure où il est indispensable de le faire. Reste à faire entre eux une sélection judicieuse.

\*

\* \*

Parmi ces succédanés éventuels du lait, je placerai en première ligne l'eau albumineuse sucrée: six à huit blancs d'œufs et 60 grammes de sucre par litre d'eau bouillie; on peut aromatiser avec un peu d'eau de fleurs d'oranger, de café ou toute autre substance à peu près indifférente. D'une préparation facile, ce produit est généralement bien supporté par les malades, à la dose de 1 ou 2 litres; il a l'avantage d'être assez nutritif (2) tout en respectant la proportion désirable des deux éléments alimentaires les plus importants. De plus, il n'amène presque jamais de troubles digestifs, et les éléments qui le composent se prêtent peu aux fermentations intestinales. Généralement l'usage d'eau albumineuse sucrée rend les selles un peu moins liquides et moins abondantes, sans provoquer à proprement parler de constipation; c'est dire que, même à ce point de vue, son action sera heureuse dans la grande majorité des cas. Bien entendu, on n'utilisera jamais que de l'eau albumineuse fraîchement préparée, de manière à éviter toute altération.

Non sucrée, l'eau albumineuse est beaucoup moins nutritive et ne renferme plus guère alors que des substances albuminoïdes. Elle peut encore rendre service tantôt pour régulariser les fonctions intestinales, tantôt à titre alimentaire; dans ce dernier cas, il serait nécessaire de prescrire en même temps des aliments riches en hydrocarbonés, comme les substances d'origine végétale ou de produits sucrés.

(2) Environ 400 calories par litre.



En deuxième lieu, il faut placer les *substances végétales*. On ne les utilise généralement pas dans le régime des typhiques (3), même quand ces derniers sont manifestement en état d'inanition. La raison de cette proscription m'échappe. Il n'est pas question, bien entendu, d'alimenter exclusivement les malades avec des farines diverses; je le répète, le lait ne se remplace pas. Mais en cas d'inanition certaine, les végétaux sont capables de jouer un rôle adjuvant de première utilité. Sont-ils dangereux?

La question ne se pose même pas pour l'une des préparations dont nous parlerons, le *bouillon végétal*, d'ailleurs trop peu nutritif. Pour l'autre mode de préparation, *soupe de farines*, on pourrait objecter que les corps solides des végétaux sont susceptibles de blesser l'intestin; mais ces corps solides ne comprennent guère que les grains de fécule dans les farines bien préparées, dont il existe plusieurs bonnes marques dans le commerce; je ne les cite pas, mais je prie le lecteur de ne pas confondre "farine de légumes" avec légumes cassés ou pulvérisés: ces derniers renferment des débris cellulosiques, irritants et peu digestifs, qui sont exclus des farines. Les seuls corps solides des farines sont donc les grains d'amidon; en supposant même qu'ils arrivent tels quels dans l'iléon — chose bien invraisemblable — pourquoi ces grains microscopiques d'amidon seraient-ils plus dangereux que les corpuscules gras, également microscopiques, du lait? On peut objecter aussi que les aliments végétaux se digèrent moins facilement que les produits d'origine animale; mais ceci varie beaucoup suivant les individus. L'aliment digestible par excellence est le lait, et pourtant nombre de malades le supportent mal. La pratique montre d'ailleurs que, bien préparés, les végétaux peuvent rendre de réels services dans l'alimentation des typhiques. Bien entendu, c'est toujours au praticien qu'il appartiendra de juger si leur usage est indiqué, et de surveiller leur action. En principe, il est toujours bon d'interroger le goût du malade et de le suivre si rien ne le contre-indique. Il faut se rappeler que les farines d'orge et d'avoine sont d'ordinaire légèrement laxatives, alors que les farines de légumineuses ont souvent un effet contraire. Il y a d'ailleurs tout intérêt à combiner céréales et légumineuses (trois parties de céréales pour une de légumineuses).

(3) Vaquez recommande une assiette de soupe à la farine par jour, soit environ 15 grammes de farine (cacahout, riz, etc.).

La préparation de ce genre la mieux supportée est le bouillon végétal; on le prépare de la manière suivante: mettre des légumes dans l'eau, à raison de 2 à 3 kilogrammes de légumes pour 15 litres d'eau; faire bouillir trois heures en marmite couverte; laisser reposer, passer au tamis fin. Malheureusement, le bouillon de légumes est peu nutritif (1); il constitue moins un aliment qu'une boisson; la plupart des typhiques le goûtent beaucoup.

Les soupes de farine sont plus nutritives. On fait bouillir les farines de légumes dans l'eau pendant une demi-heure environ, 60 grammes par litre; on peut ajouter à la soupe ainsi préparée un peu de lait: un quart environ; c'est même là, dans certains cas, un assez bon moyen de faire tolérer le lait, quand il est mal supporté à l'état pur (2); on peut encore incorporer les farines au bouillon de viande. De toutes façons, la soupe sera passée avant consommation, afin d'éviter les grumeaux. A ces petites doses les soupes de farine sont liquides; la plupart des malades les apprécient beaucoup et n'éprouvent de leur usage aucun trouble appréciable. Elles sont riches surtout en hydrocarbonés, et par suite peuvent, comme le sucre, corriger en partie l'imperfection du lait (3). Dans beaucoup de circonstances, elles pourront rendre des services. Mais il est bon de savoir que certains malades ne les supportent pas, parce qu'elles provoquent chez eux un peu de diarrhée; on aura donc toujours soin de commencer par des doses faibles: 15 grammes par litre, pour tâter la susceptibilité du sujet; cette première épreuve servira de guide dans la suite.

Les divers *produits de la viande*, à part le *bouillon*, ne sont jamais tolérés qu'en petites quantités, car ils inspirent vite le dégoût. Ils ne renferment guère, comme substances alimentaires, que des corps azotés, c'est-à-dire que leur emploi, loin de corriger l'imperfection du régime lacté, ne fait que l'accroître, en augmentant encore les proportions des albuminoïdes. Enfin et surtout, ces substances sont celles qui portent le plus à la putréfaction intestinale, comme l'ont montré Gilbert et Dominici, puis Roger.

(1) Environ 4 grammes d'albuminoïdes et 11 grammes d'hydrocarbonés par litre, soit à peu près 55 calories utilisables.

(2) Au cas où les farines seraient employées seulement pour faire tolérer le lait, on aurait intérêt à ne pas dépasser les doses de 15 à 25 grammes de farine par litre.

(3) 1 litre de soupe de farines (à l'eau) donne environ 180 calories utilisables. Les 45c proviennent des hydrocarbonés.

Pour ces diverses raisons, l'utilisation des *peptones* et produits similaires sera généralement très limitée. En cas de nécessité, on les fera prendre dans un peu de bouillon. On ne se fera pas d'illusions sur le jus de viande, dont la valeur nutritive est très faible. Le bouillon est généralement bien supporté; comme le jus de viande, il n'apporte qu'une quantité insignifiante d'aliment, mais il est eupeptique, favorise les actes digestifs chez beaucoup de sujets, et c'est à ce titre que son usage traditionnel mérite d'être conservé.

Le *jaune d'œuf*, riche en graisses et en albuminoïdes, peut pallier en partie, très incomplètement, à l'insuffisance de régime; il est bien difficile de le faire accepter en quantité notable. Peu de malades sont capables d'ingérer plus de trois jaunes d'œufs par jour, mélangés au bouillon ou au lait.

Pour faciliter l'étude des régimes, on peut utiliser le tableau suivant qui fait connaître la valeur alimentaire approximative de quelques aliments par rapport au lait naturel (non sucré):

- 1 litre de lait sucré équivaut à 1. 300 de lait naturel.
- 1 litre d'eau albumineuse sucrée équivaut à 0 0 1. 620 de lait naturel.
- 1 litre d'eau albumineuse non sucrée équivaut à 0 1. 275 de lait naturel.
- 1 litre de soupe de farines (60 grammes) équivaut à 0 1. 300 de lait naturel.
- 1 litre de bouillon végétal équivaut à 0 1. 080 de lait naturel.
- Un jaune d'œuf équivaut à 0 1. 075 de lait naturel.
- 50 grammes de peptone équivalent à 0 1. 150 de lait naturel.

\*  
\* \*

Après cette étude analytique, nous devons faire maintenant la synthèse des régimes. Il est évidemment impossible de tracer des règles fixes, immuables, la manière de faire étant nécessairement variable suivant chaque cas particulier; mais on peut tout au moins étudier quelques types d'alimentation, choisis parmi ceux qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique courante.

I. Le malade supporte bien la quantité nécessaire de lait: soit 4 litres de lait non sucré, ou 3 litres de lait sucré. C'est l'éventualité la plus favorable; on aura soin d'observer les précautions et les détails d'application signalés plus haut.

II. Très souvent, le lait sucré est toléré à dose de 2 lit. 500. La ration est légèrement insuffisante; le complément désirable pourra

être assuré par l'une des combinaisons suivantes, classées par ordre de préférence :

- 1° Eau albumineuse sucrée, 1 litre ;
- 2° Eau albumineuse non sucrée, 1 litre; soupe de farines, 1 litre;
- 3° Eau albumineuse non sucrée, 1 litre; jaunes d'œufs, deux (ou peptone, 50 grammes) ;
- 4° Soupe de farines, 1 litre; bouillon végétal, 2 litres;
- 5° Soupe de farines, 1 litre; trois jaunes d'œufs;
- 6° Soupe de farines, 1 litre; peptone ou produits similaires, 50 grammes.

III. La tolérance pour le lait est moindre, mais encore très appréciable ; l'alimentation lactée comprend soit 1 lit. 500 de lait sucré, soit 2 litres de lait non sucré. Il sera naturellement plus difficile d'assurer dans ce cas un régime suffisamment réparateur. On essaiera de faire accepter, outre le lait, les aliments de l'une ou l'autre des combinaisons suivantes :

- 1° Eau albumineuse sucrée, 2 litres; soupe de farines, 1 litre; jaunes d'œufs, deux (ou peptone, 50 grammes) ; bouillon végétal, 2 litres;
- 2° Eau albumineuse sucrée, 1 litre; soupe de farines, 2 litres; jaunes d'œufs, deux; peptone ou produits similaires, 50 grammes; bouillon végétal, 2 litres;
- 3° Eau albumineuse non sucrée, 1 litre; soupe de farines, 2 litres; jaunes d'œufs, deux; peptone ou produits similaires, 100 grammes; bouillon végétal, 1 litre.

IV. Le lait est mal toléré; le malade ne peut prendre plus d'un litre de lait non sucré par jour, éventualité heureusement assez rare.

Dans ce cas, il est à peine possible de prescrire une alimentation convenablement nutritive. On reprendra l'une ou l'autre des deux formules précédentes en essayant de faire prendre un peu plus des aliments les plus nutritifs, l'eau albumineuse sucrée, soupe de farines, jaunes d'œufs.

V. Il y a intolérance complète pour le lait, chose exceptionnelle. En pareil cas, il est pratiquement impossible d'alimenter le malade dans de bonnes conditions; il faut se résigner au déficit alimentaire, en le limitant toutefois au minimum indispensable par l'emploi des divers succédanés envisagés ci-dessus.

Il va sans dire que les considérations qui précèdent, relatives aux régimes des typhiques, sont d'un ordre très général et ne peuvent servir de règles absolues; elles ont pour but surtout d'orienter

le praticien et de lui procurer des points de repère utiles en lui permettant de sortir du classique "bouillon et lait," presque toujours insuffisant.

Pour un même malade d'ailleurs, il est très souvent nécessaire ou prudent de varier un peu le régime, au moins pour tous les aliments autres que le lait; il sera toujours facile de substituer un aliment à un autre, ou de varier les doses ou les modes d'emploi, au gré des indications cliniques.

La plupart du temps, le régime sera mixte, composé de lait et de tel ou tel de ses succédanés; on aura intérêt dans ce cas à alterner les aliments, en intercalant, par exemple, l'eau albumineuse entre deux prises de lait. Beaucoup de succédanés, comme les farines, les jaunes d'œufs, seront utilement incorporés soit au lait, soit au bouillon.

\*  
\* \* \*

En résumé, sans viser à une alimentation intensive, le praticien doit s'efforcer d'assurer aux malades atteints de fièvre typhoïde, une alimentation suffisamment réparatrice. Dans la grande majorité des cas, il est possible de le faire sans aucun inconvénient.

Un peu d'habitude, quelque initiative, beaucoup de prudence et de perspicacité permettront au médecin traitant de prescrire, suivant les circonstances, un régime approprié; il saura ne pas se contenter d'une règle uniforme, car il est illogique d'imposer un diététique simpliste à une maladie qui est bien loin d'être toujours semblable à elle-même.

---

#### LE SEJOUR AU LIT DES ACCOUCHEES (1)

La durée du séjour au lit après l'accouchement est déterminée d'une façon très différente suivant les auteurs. La question mérite d'être étudiée avec soin, car, dans la pratique, il est utile d'être fixé sur le moment où l'accouchée peut sans inconvénient quitter son lit; nous verrons, en effet, que le lever précoce a de

(1) Par le Dr Fabre, professeur de clinique obstétricale de l'Université de Lyon.

grands avantages, mais, pour cela, il est indispensable de se mettre à l'abri de tous les accidents qui pourraient être attribués à la mobilisation trop hâtive.

Pendant la période pré-antiseptique, la nécessité du séjour prolongé au lit était admise. C'est ainsi qu'en 1846, Jacquemier par exemple (t. II, p. 596) conseille de laisser la malade au lit pendant dix à douze jours; elle ne restera levée d'abord que quelques heures et ne se livrera à aucune occupation: ce n'est qu'après la cinquième ou sixième semaine qu'on doit permettre la première sortie. L'action de se lever trop tôt est, avec les écarts de régime et les émotions morales, la cause la plus ordinaire des accidents et des maladies qui menacent la santé et la vie des femmes en couches. Jacquemier remarque cependant que les imprudences de tous genres, que commettent beaucoup d'entre elles, n'ont pas de conséquences fâcheuses.

En 1882, à la fin de la période pré-antiseptique, Charpentier (première édition, p. 549) écrit que "le séjour au lit doit être prolongé autant que possible; il doit être absolu pendant les cinq à six premiers jours; ce n'est qu'au bout de ce temps que nous permettons de faire le lit pour la première fois, la femme doit être transportée à bras dans un autre lit. La durée du séjour au lit doit être au moins de trois semaines, *souvent plus, jamais moins*. Au bout de ce temps, on permettra pendant huit à dix jours l'usage de la chaise-longue et non du fauteuil, la femme devant rester encore étendue. C'est donc seulement à partir du trentième jour, que nous permettons la marche dans l'appartement, et ce n'est qu'après la cinquième semaine révolue que nous laissons la femme reprendre ses habitudes d'intérieur. Les sorties ne doivent pas commencer avant la sixième semaine... Convaincu de la lenteur avec laquelle se fait l'involution utérine, nous voyons que l'on ne sera jamais assez sévère au point de vue du repos après l'accouchement, et que *plus les femmes retarderont le moment où elles reprendront leur vie habituelle, plus elles permettront à cette involution de se faire régulièrement et complètement.*"

Ces deux citations représentent l'opinion des auteurs. Jacquemier peut être compté parmi les moins sévères, Charpentier parmi les plus sévères; il est inutile de multiplier les recherches.

En 1889, dans la seconde édition de Charpentier (seconde édition, p. 595), la question s'éclaircit grâce aux résultats des pratiques antiseptiques: " Si l'on consulte les auteurs, on trouve des divergences, mais cependant l'accord semble être fait sur ce point qu'un repos de deux à trois semaines est avantageux à l'accouchée. Il est un fait incontestable, c'est que, chez les femmes qui sont soumises à une antiseptie rigoureuse, l'involution utérine est en général très rapide."

Nägeli fixe à neuf jours le séjour au lit des accouchées, Tarnier conseille le lever au quinzième jour, Ribemont entre le dix-huitième et le vingt-cinquième jour; Hubert considère comme très imprudent le lever avant le quatrième jour.

Pendant cette même période, que se passait-il à la campagne? Les accouchées se levaient le deuxième ou le troisième jour, faisaient leur ménage, lavaient leur linge et mettaient leur point d'honneur dans cette pratique.

A Lyon, Fochier fait lever les accouchées au quatrième jour, quand la température rectale reste au-dessous de 37°,8. Il considère l'accouchement comme un acte physiologique dont les suites naturelles permettent le lever précoce. " Plus on s'écarte de la vie selon la nature, plus l'acte physiologique de l'accouchement a tendance à s'écarter de la terminaison naturelle et des suites simples."

En 1898, Otto Kustner, de Breslau, érige en principe le lever précoce des accouchées, et signale les bons effets de cette pratique.

Les avantages du lever précoce sont faciles à mettre en évidence.

L'involution utérine se produit dans de meilleures conditions: pour une raison purement mécanique, l'écoulement des lochies se fait mieux dans la station debout. Cela est surtout vrai chez certaines multipares, dont l'utérus volumineux, à vaste cavité, retient facilement les lochies; dès que les malades se lèvent, il se fait généralement un écoulement immédiat de lochies abondantes.

Dans la position horizontale, les selles sont souvent très difficiles. Beaucoup de malades demandent à être au moins assises sur leur lit. Le lever précoce rend faciles la défécation et les mictions; et l'on sait combien l'état de réplétion ou de vacuité du rectum et de la vessie influe sur la hauteur du fonds utérin. Chez

les femmes qui se lèvent tôt, l'état général est bien meilleur, elles peuvent reprendre rapidement une vie active, au lieu que les malades maintenues longtemps au lit présentent un état de faiblesse souvent prolongée.

Le lever précoce est prophylactique d'un certain nombre de rétroversions qui se produisent dans les suites de couches. Dans la station debout, le corps de l'utérus est sollicité par son poids qui tend à le mettre en antéversion; au contraire, dans le décubitus horizontal, son poids tend à l'entraîner en arrière. Tant que l'utérus reste volumineux, il trouve un point d'appui contre la colonne lombaire; mais, avec le progrès de l'involution, il arrive un moment où le fond du corps utérin échappe au promontoire et peut être entraîné par son poids dans l'excavation, et la rétroversion se produit.

Si le lever précoce paraît avoir des avantages incontestables en favorisant l'involution utérine, le bon fonctionnement de l'intestin et de la vessie, en améliorant l'état général, en évitant la rétroversion de l'utérus, on lui a reproché aussi d'offrir un certain nombre d'*inconvenients*.

Le premier et sans contredit le plus impressionnant est le détachement d'un caillot sous l'influence d'un mouvement brusque.

Nous avons observé à la clinique un seul fait de ce genre. Une malade mourut au quatorzième jour, en s'asseyant sur son lit. Elle avait présenté un 38°,2, elle avait de la phlébite péri-utérine, mais aussi du streptocoque dans l'utérus constaté *post mortem*. Elle ne s'était pas levée d'une façon précoce, même pour aller à la selle.

*La mort par embolie menace les accouchées, mais seulement les accouchées infectées.*

Les infections secondaires, c'est-à-dire celles qui se développent vers le septième ou le huitième jour sont-elles favorisées par le lever précoce? Nous ne le croyons pas; ce n'est pas le séjour au lit qui les évitera, mais seulement la toilette minutieuse des organes génitaux externes des accouchées, et la préservation de tout contact septique. La station verticale, qui facilite l'écoulement des lochies, prévient au contraire beaucoup d'infections secondaires.

Le lever précoce a été encore accusé de prédisposer aux ptoses



viscérales et aux prolapsus génitaux. Chez les grandes multipares, dont la paroi abdominale a été disloquée par les grossesses successives, les viscères ne sont plus soutenus et ont, malgré tout, tendance à perdre leurs rapports normaux. Ce n'est que le repos au lit qui empêchera cette complication. De même, les femmes qui, pendant un accouchement laborieux, à la suite de rotations anormales, ont subi des dilacérations, des déchirures interstitielles des lésions et des transverses du périnée, sont exposées, malgré le séjour au lit prolongé, à faire des prolapsus vaginaux: rectocèle ou cystocèle. Les déchirures vraies du périnée imposent, au contraire, le séjour au lit.

Le danger de la *phlegmatia alba dolens* ne paraît pas une objection plus sérieuse. La phlébite apparaît du neuvième au quinzième jour. Mais il existe des symptômes prodromiques. Le séjour au lit sera-t-il un moyen prophylactique vis-à-vis de la phlébite? Non, elle surviendra quand même, s'il y a infection, et il faudra incriminer l'infection et non le lever précoce.

Je considère ces inconvénients, comme des contre-indications au lever précoce, car il s'agit, dans tous ces cas, de phénomènes infectieux, et non pas de suites de couches normales.

La pratique du lever précoce ne doit donc pas être appliquée systématiquement à tous les cas. Parmi les *contre-indications* qu'elle rencontre, les unes sont d'emblée établies au moment de l'accouchement. Dans les accouchements dystociques, lorsqu'il y a eu une intervention, un traumatisme obstétrical (forceps, délivrance artificielle, version, etc.), on décidera d'emblée de ne pas laisser lever la malade avant d'être bien certain qu'il n'existe aucun phénomène infectieux, même très léger.

Dans les autres cas, il faut, avant de décider le lever précoce, surveiller minutieusement les suites de couches; c'est de l'étude de la température du pouls, de l'involution utérine, des lochies, que l'on doit tirer les contre-indications au lever précoce. La température *rectale* est indispensable, car il s'agit d'observer des variations très minimes de la température centrale, variations que la température axillaire ne permet pas d'enregistrer. Pour que le lever précoce puisse être réalisé, il faut que la température oscille entre  $36^{\circ},9$  et  $37^{\circ},3$ , la malade étant au lit. Dès que la tempéra-

ture oscillera entre  $37^{\circ},5$  et  $37^{\circ},8$ , le lever précoce est contre-indiqué.

A  $38^{\circ}$ ,  $38^{\circ},1$ , il faut prolonger le séjour au lit : c'est le moyen de mettre ces malades à l'abri des accidents et de les guérir.

La surveillance du pouls n'est pas moins importante. La rapidité du pouls est un signe de grande valeur : si la température varie entre  $37^{\circ},1$  et  $37^{\circ},8$  avec un pouls au-dessus de 80, laissez la malade au lit, car on doit redouter une phlébite.

L'involution utérine retardée contre-indique le lever précoce. Lorsqu'à dixième, douzième jour, le fond de l'utérus, au lieu d'être descendu régulièrement d'un centimètre par jour, dépasse largement le pubis, il faut maintenir la malade au lit.

Les lochies normalement ont une odeur fade, elles doivent être franchement rouges pendant les quatre premiers jours, puis devenir moins colorées pour disparaître enfin le huitième et le neuvième jour. Lorsqu'elles deviennent brunâtres, ressemblant à du chocolat liquide, et prennent une odeur fétide, c'est qu'il y a menace d'infection, et ce symptôme peu important oblige donc à laisser la malade au lit.

La conclusion est que vous pourrez laisser lever précocement les malades non infectées, mais les malades infectées, même légèrement, devront faire un séjour prolongé au lit.

Cette règle est simple en apparence, mais il y a beaucoup de cas limites dans lesquels l'hésitation est grande. La culture des lochies rend de grands services ; elle permet de dépister les "porteurs sains de streptocoques" qui ne présentent aucune modification ni du pouls, ni de la température, ni de l'utérus, ni des lochies, mais qui sont en imminence d'infection et devront être laissés au lit.

Il ne faut pas considérer le lever prématuré, même le deuxième jour, comme devant causer des accidents ; chez les malades non infectées, il n'en provoquera aucun. Il suffit d'établir d'une façon certaine que la malade n'est pas infectée, et de surveiller le premier lever, d'en noter les moindres incidents et de prendre un certain nombre de précautions.

Or, les phénomènes caractéristiques d'une infection légère ne se manifestent souvent qu'après le quatrième jour ; ce n'est qu'à ce moment que le lever précoce peut être fixé dans les cas normaux.

Le cinquième jour, lorsque l'accouchée a été purgée, lorsque les

lochies s'écoulent bien et que la vessie fonctionne normalement, on fait lever l'accouchée pendant une heure, de préférence entre deux et trois heures de l'après-midi. Il faut éviter que la malade se lève à peine habillée, il est utile de la faire vêtir complètement et chaudement. Au moindre malaise, le lever est interrompu. Au moment où la malade est remise dans son lit, on prend la température rectale; si la température reste la même ou est abaissée par rapport à celle de la salle, le lever du lendemain sera de deux heures, puis de trois heures le jour suivant. . . . Mais s'il y a la moindre élévation de température, un peu d'accélération du pouls, on doit différer le second lever. Si tout reste normal, la durée du lever est augmentée régulièrement, de telle façon que le dixième jour la malade reste cinq heures debout. Le quinzième jour, elle prend son premier repas à table et le vingt et unième jour elle fera sa première sortie.

Du neuvième au onzième jour, il se produit un léger écoulement sanguin; c'est le petit retour de couche, phénomène normal, qu'il ne faut pas attribuer au lever. Vers le vingt et unième jour, le même écoulement se produit.

Pendant ces deux périodes, il faut une surveillance plus grande, car un certain nombre de complications dues à des infections secondaires peuvent se développer à ce moment. Voici, par exemple, une malade qui présentait du streptocoque à la vulve; à la faveur de l'écoulement sanguin, un milieu de culture propice favorisa son développement et permit l'infection utérine secondaire.

Le lever précoce est une excellente pratique, quand on peut la réaliser, c'est-à-dire lorsque les voies génitales sont absolument pures de tout microorganisme pathogène, surtout lorsque le streptocoque pyogène n'a pu pénétrer dans les voies génitales.

Pour éviter les accidents, il est indispensable d'être très attentif à déceler les moindres signes d'une infection latente: le plus petit signe d'infection contre-indique le lever précoce, et, dans le doute, il est préférable de retarder de quelques jours la première sortie du lit.

---

C'est un des accidents les plus curieux de la pathologie gastro-intestinale, et dont il est d'autant plus intéressant de reprendre l'histoire qu'on possède actuellement, grâce à une heureuse interprétation des faits, les éléments d'une thérapeutique efficace dans la majorité des cas, qui, jadis, se terminaient souvent par la mort.

La dilatation aigue de l'estomac se présente sous deux aspects: l'un chirurgical, l'autre médical. Dans le type chirurgical, l'accident est consécutif à une opération portant sur l'abdomen.

Tel est, par exemple, le premier fait, signalé par Borchart:

Quarantehuit heures après avoir subi une néphropexie, le malade offre une distension abdominale accompagnée de sueurs froides, d'un pouls misérable et fuyant, symptômes qui font penser à une péritonite. On pratique la laparotomie et on découvre un estomac colossalement dilaté.

Malgré les lavages, le malade meurt. On constate, à l'autopsie, une dilatation du duodénum accompagnant celle de l'estomac.

Dans un autre fait, rapporté par Rosenthal, il s'agit d'une malade de trente-sept ans qui, cinq jours après une hystérectomie supra-vaginale pour fibro-myome, se plaint de coliques péri-ombilicales, de soif intense, et présente des vomissements verdâtres. On constate la dilatation gastrique.

Les lavages procurent un certain soulagement, mais il survient des vomissements noirs, l'état général s'aggrave, la malade offre le facies hippocratique. On la place dans le décubitus ventral, selon la recommandation de Schmitzler, et cette pratique est suivie d'un tel succès, que le vingt et unième jour la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Cette dilatation aigue de l'estomac se caractérise donc par un syndrome que l'on peut rapporter, avec Lesenne, à l'occlusion de la partie terminal du duodénum. Elle se reconnaît par la percussion hippocratique, et, d'autre part, par des vomissements très abondants, pouvant atteindre six à huit litres de liquide dans la journée.

En même temps, les malades souffrent d'une soif intense, ont des sueurs froides, présentent un état d'angoisse extrême. Le pouls

(1) Par le Dr Mathieu, médecin des hôpitaux. (*Hôpital Saint-Antoine*.)

est petit, précipité, filant, intermittent. La mort peut survenir au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, quelquefois au bout de deux ou trois jours, ou même davantage : quelques malades ont survécu jusqu'à treize jours.

L'accident peut éclater immédiatement au cours de l'opération et obliger le chirurgien à l'interrompre, les malades étant menacés de mourir en collapsus.

Outre les symptômes et les signes énumérés précédemment, on constate presque toujours une absence d'émission de gaz et de matières par l'anus, ce qui a fait confondre un certain nombre de dilatations aiguës de l'estomac avec des cas d'occlusion intestinale aiguë. Il faut éviter de faire cette erreur de diagnostic, car le traitement n'est pas le même dans ces deux affections.

Les vomissements sont très fréquents, d'abord bilieux, contenant quelquefois des acides de fermentation, mais pas de HCL. La présence d'acide sulfhydrique y serait constante, d'après Maurice Beauchamp, et ceci expliquerait leur fétidité habituelle.

Il n'est pas rare d'observer de véritables hématoméses. Les vomissements renferment à la fois de la bile et du suc pancréatique, le reflux de ces deux sécrétions n'étant pas empêché par le siège de l'occlusion qui occupe la partie terminale du duodénum et laisse libre l'ampoule de Vater.

On constate généralement une dilatation énorme de l'estomac et du duodénum, cessant brusquement au niveau de l'insertion mésentérique, l'artère mésentérique supérieure constituant une sorte de ligature de la partie correspondante du duodénum. Petit, dans sa thèse (1900), insiste sur le pincement du duodénum entre l'aorte et l'artère mésentérique.

Quel est le mécanisme pathogénique de ces accidents ? Est-ce l'occlusion duodénale, la lésion primitive ? Est-ce, au contraire, la dilatation gastrique ?

Les premiers observateurs tendaient à regarder comme phénomène initial l'occlusion duodénale, qu'ils attribuaient soit au poids de l'intestin, soit à des adhérences, soit à une longueur anormale ou à une ptose de l'intestin et du mésentère. La chute de ces organes et le tiraillement des méso auraient amené un rétrécissement du duodénum. A l'appui de cette théorie, on citait ce fait qu'en tirant sur le mésentère on détermine une constriction du duodénum.

Puis, on a montré que la distension de l'estomac est primitive et suffit pour expliquer l'obstruction duodénale: l'estomac distendu ne peut, en effet, se développer en avant à cause de la résistance de la paroi abdominale (d'autant plus que les malades préparés pour l'opération ont généralement un bandage de corps assez serré), et il pousse en bas en refoulant les organes voisins en les comprimant.

Reste à savoir la cause de la dilatation stomacale, dans ces cas-là.

On a invoqué tour à tour le shock et l'infection péritonéale. Dans une mémorable séance de la Société de chirurgie, en 1905, on a expliqué que ces accidents par une péritonite localisée de la partie supérieure de l'abdomen, amenant une distension paralytique analogue à la distension intestinale des péritonites généralisées. Mais l'absence de forte fièvre semblait inconciliable avec l'idée de péritonite.

L'hypothèse du shock abdominal, soit direct, soit indirect par l'intermédiaire des plexus, a été soutenue par Leguen.

Aucune de ces théories n'a paru entièrement satisfaisante pour divers auteurs, qui ont fait remarquer que la dilatation aigue de l'estomac, avec phénomènes d'occlusion duodénale, s'est rencontrée, non seulement à la suite d'opérations abdominales, mais aussi après des interventions portant sur de tout autres régions, comme une ablation du sein, une résection du coude, une résection de la hanche, du genou, un grattage de l'astragale!

C'est alors qu'est intervenu le rôle de la narcose chirurgicale. Celle-ci semble en effet jouer, surtout indirectement, un rôle primordial et très important dans la genèse des accidents. On a vu la dilatation aigue de l'estomac survenir au cours de l'éclampsie traitée par les inhalations de chloroforme. Dans un cas, la malade avait absorbé la dose formidable de 150 grammes de chloroforme. On a donc substitué l'intoxication chloroformique au shock péritonéal dans l'interprétation des phénomènes d'inhibition nerveuse qui, physiologiquement, sont comparables à ce que l'on observe expérimentalement à la suite de la section des deux nerfs vagues chez le chien.

Tout en admettant le rôle du chloroforme ou de l'éther, dans certains cas, on ne doit pas le regarder comme un facteur constant,

ni exclusif, puisque la dilatation aigue de l'estomac survient aussi, comme nous allons le voir, en l'absence de toute intervention des anesthésiques.

C'est Lardennois, de Reims, qui, au Congrès médical de 1909, a attiré pour la première fois l'attention sur le rôle de l'aérophagie dans la genèse des accidents de dilatation stomacale aigue. La même année, une communication analogue était présentée à la Société de Thérapeutique par Paul Tissier. Lardennois rapporte le fait suivant :

Une malade venait de subir, dans d'excellentes conditions, une extirpation d'appendice à froid, lorsqu'elle est prise d'angoisse respiratoire et de douleur abdominale généralisée. La température monte à 38 degrés, le pouls à 130. On constate un ballonnement abdominal considérable. En examinant la malade, on est frappé par l'existence de mouvements continuels de déglutition suivis d'éruclatations. La pauvre malade, tourmentée par la soif, n'éprouvait de soulagement qu'en déglutissant de l'air d'une façon continue, et il suffit de la faire renoncer à ce tic aérophagique pour voir tous les accidents disparaître rapidement, en quarante-huit heures. — L'auteur rapporte sept observations semblables dans son mémoire. On peut en rapprocher l'observation suivante (Mathieu) :

Il s'agit d'une malade qui avait subi une ablation des annexes. Les suites de l'opération avaient été bonnes, lorsqu'on remarque une émission abondante de gaz par la bouche. La malade se plaint d'une sensation de barre autour du creux épigastrique. Elle dit qu'elle est "bloquée". On note un grand ballonnement dans la région stomacale, puis du météorisme abdominal assez étendu avec tympanisme intense. La malade présente un état sub-syncopeal, quelques vomissements bilieux, une langue rôtie. Un lavage de l'estomac ramène une petite quantité de liquide jaune verdâtre. Des régurgitations se produisent toutes les demi-heures. La malade suffoque. Un lavement n'ayant pas donné de résultat, on en est à se demander s'il ne faudra pas pratiquer un anus cœcal. Mais ayant constaté que la malade a des crises d'aérophagie, je fais faire des lavages de l'estomac et conseille de placer un bouchon dans le coin de la bouche de la malade. Au bout de quarante-huit heures, tout est rentré dans l'ordre.

Donc, avec Lardennois, Tissier et Mauban, on peut considérer

l'aérophagie comme l'une des principales causes de la dilatation aigue de l'estomac et de l'occlusion duodénale qui en est la conséquence. La connaissance de ces faits permet de rapprocher le type médical de la dilatation aigue de l'estomac du type chirurgical, parce que si, dans ce dernier cas, le rôle du shock opératoire de l'anesthésie, etc., reste au moins douteux, celui de l'aérophagie n'intervient pas moins, toutefois, que dans le premier.

La dilatation aigue de l'estomac s'observe, on le sait, au cours de la tuberculose pulmonaire, de la scarlatine, de la pleurésie purulente, de la fièvre typhoïde, surtout au moment de la convalescence, quand on commence à réalimenter les malades.

Si on admet le rôle de l'aérophagie, il s'ensuit que ces grandes dilatations aiguës de l'estomac auraient le même mécanisme que la dilatation stomacale modérée et passagère qui accompagne toujours l'aérophagie, dans ses formes les plus communes et bénignes. La gravité des accidents, en pareils cas, s'explique par l'état particulier où se trouvent les malades: état de faiblesse, de cachexie ou de shock, etc. On connaît le relâchement de l'estomac chez les cachectiques, chez les individus atteints d'une maladie infectieuse comme la scarlatine ou la fièvre typhoïde. Dans les cas de dilatation post-opératoire, intervient le défaut de résistance de l'estomac résultant de l'absorption chloroformique. Enfin, pour expliquer la permanence de ces distensions gastriques et leur degré parfois colossal, on peut invoquer le rôle de la *valvule de Gubarow*, déterminant, sous l'influence de la pression gazeuse, une obturation absolue du *cardia*.

Le *diagnostic* de la dilatation aigue de l'estomac avec la péritonite repose sur l'absence de fièvre forte, sur la limitation du ballonnement à la partie supérieure de l'abdomen. Elle se distingue aussi de l'occlusion intestinale par la répartition particulière du tympanisme et l'absence de vomissements fécaloïdes.

Le *traitement* doit être *curatif* et *prophylactique*, et les éléments de celui-ci seront tirés des notions que nous venons d'exposer relativement au rôle de l'aérophagie dans la production des accidents. Il faudra surveiller les malades qui viennent de subir une opération pour les empêcher de se livrer à l'aérophagie en faisant des mouvements de déglutition répétés comme ils sont portés à le faire pour se débarrasser des mucosités et du goût de chloroforme qu'ils



ont dans la gorge, l'aérophagie venant augmenter et aggraver la distension stomacale qui existe toujours à un certain degré du fait de l'anesthésie. Au besoin, on leur mettra une ficelle autour du cou, ou un bouchon dans la bouche pour tenir celle-ci largement ouverte.

Si ces simples moyens sont insuffisants, on fera des lavages de l'estomac, qui rendent grand service en évacuant les liquides et les gaz de l'estomac; celui-ci peut renfermer exclusivement des gaz dans certains cas: la théorie de l'auto-intoxication par résorption des liquides accumulés dans l'estomac n'a donc pas une valeur absolue. On doit cependant tenir compte des idées de Roger, qui a montré que c'est dans la partie supérieure du tube digestif que l'auto-intoxication s'exerce avec le plus d'activité. Les lavages de l'estomac sont un bon moyen de combattre cette auto-intoxication.

A la suite de ces moyens doivent intervenir des manœuvres consistant à placer les malades dans certaines positions déterminées. Schnitzler a recommandé le décubitus ventral. Cette position amène souvent une amélioration très rapide. Baunler a conseillé la position genu-pectorale. Cette manœuvre exerce une action plus marquée encore sur les phénomènes d'occlusion et de distension stomacales et sera essayée quand la précédente aura échoué. On a été plus loin encore, en prescrivant de mettre les malades dans la position de Trendelenburg. Toutes ces manœuvres n'ont d'autre but que de combattre cette tendance à l'occlusion valvulaire du cardia signalée par Gubarow et donnent en effet d'excellents résultats pour diminuer la distension gastrique.

En résumé, grâce surtout à la notion de l'aérophagie, qui permet, dans bien des cas, une prophylaxie efficace, et à l'emploi des lavages de l'estomac et du décubitus ventral, on pourra triompher de la plupart des cas de dilatation aiguë de l'estomac, sans avoir recours à une intervention chirurgicale. Si celle-ci est rendue nécessaire par l'échec des moyens précédents, particulièrement par l'impossibilité d'introduire une sonde dans l'estomac en raison de la torsion du cardia, la meilleure opération à conseiller est la *gastrostomie* à bouche réduite, selon la méthode de Jaboulay, de Lyon, simple fistulette destinée à permettre l'échappement des gaz et le relâchement des parois intestinales.

---

## CHRONIQUE

---

### L'AMOUR EST UNE MALADIE

Voici l'opinion de l'évêque d'Avranches, Pierre-Daniel Hues, sur cette question de l'amour qui a fait tant couler et fera encore tant couler d'encre : " L'amour est une maladie du corps qui se peut guérir par la médecine. C'est une maladie qui est dans le sang et dans les esprits qui s'allument et s'agitent extraordinairement, et on pourrait la traiter méthodiquement par les règles de la médecine, pour la guérir. Je crois que l'on en pourrait venir à bout par de grandes sueurs, et de copieuses saignées, qui emportant avec l'humeur ces esprits enflammés, purgeraient le sang, calmeraient son émotion et le rétabliraient dans son état naturel. Ce n'est pas une simple conjecture, c'est une opinion fondée sur l'expérience. Un grand prince que nous avons connu, atteint d'un amour violent pour une demoiselle d'un grand mérite, fut contraint de partir pour l'armée. Tant que son absence dura, sa passion s'entretint par le souvenir et par un commerce de lettres fort fréquent et fort régulier jusqu'à la fin de la campagne, moment où il fut sérieusement malade. On proportionna les remèdes au mal et on mit en usage tout ce que la médecine en eût de plus efficace. Il reprit sa santé, mais sans reprendre son amour, que de grandes évacuations avaient emporté à son insu. Car, se persuadant qu'il était toujours amoureux, et ne l'étant plus que de mémoire, il se trouva froid et sans passion auprès de celle qu'il croyait encore aimer. Chose pareille arriva à un de mes amis intimes qui, ayant été délivré d'une fièvre longue et opiniâtre par une espèce de crise, qui consista en sueurs, se trouva délivré en même temps d'un amour importun et incommode, dont il était tourmenté depuis longtemps. De sorte que, lorsque après la guérison, il voulut reprendre son train de galanterie, et continuer ses soins amoureux, il ne sentit plus ses anciens empressements et fut étonné de ne reconnaître plus en lui qu'indifférence et que langueur, au lieu de la vivacité et de la tendresse passées.

— " Si non vero, bene trovato ", pourrions-nous ajouter !

---

## MOYEN JAPONAIS POUR RAMENER A LA VIE

D'après le *New-York Medical Record*, le "Kuatsu" (partie intéfrante du jiu-jitsu) est la méthode à laquelle les Japonais ont recours pour rappeler à la vie ceux qui ont été "knocked out." On a constaté qu'elle était efficace aussi dans les cas d'insolation, d'asphyxie pour des noyés et des évanouissements pour d'autres causes.

La méthode est pratiquée de la façon suivante: le sujet est étendu la face contre terre, les bras allongés de chaque côté et l'opérateur avec son poignet frappe rudement la septième vertèbre cervicale avec la régularité d'un charpentier frappant avec un marteau. Aussitôt que le malade recouvre connaissance, il est placé dans une posture assise; les bras sont mis en mouvement rotatif et il est aidé à marcher.

Cette dernière instruction est regardée comme indispensable dans l'application du kuatsu, son objet étant de rétablir complètement les fonctions de la circulation et de la respiration.

Autrement, est-il dit, le patient retombe dans l'inconscience.

Suivant l'auteur Abram, le point essentiel de cette méthode est l'ébranlement de l'épine de la septième cervicale. C'est un des moyens par lesquels le réflexe du cœur peut être obtenu. L'instrument le plus efficace pour cet effet est un marteau pneumatique. L'auteur déclare qu'il a eu l'occasion de pratiquer le choc vertébral dans bien des maladies infectieuses aiguës impliquant le cœur et il a noté l'action presque miraculeuse de la méthode en question.

---

## LES GRANDES FECONDITES

Ménage, cité par le *Centre Médical*, rapporte quelque part, (*Ménagiana* 1693, p. 389-400), le fait suivant:

"M. D... me conta, avant-hier, qu'un petit bourgeois de son quartier, nommé Blunet, avait fait à sa femme vingt et un enfants en sept fois de suite. Que ces enfants trijumeaux avaient non seulement été baptisés, mais qu'ils avaient vécu, les uns plusieurs jours, les autres plusieurs mois, et qu'il en était resté douze des plus forts qui étaient tous grands présentement et en benne santé.

Il nous ajouta que comme on aurait pu douter lequel des deux, de sa femme ou de lui, contribuait le plus dans cette espèce de prodiges, il abusa d'une jeune servante qu'il avait, laquelle, au bout de neuf mois, accoucha de trois enfants mâles, qui, malgré la faiblesse et le jeune âge de leur mère, ne laissèrent pas de vivre quinze jours ou trois semaines. Il n'y a peut-être pas d'exemple d'une pareille chose dans l'antiquité.

Il n'y a pas besoin de remonter si loin, dans la " nuit des temps, " pour trouver des exemples analogues, et si, probablement, il n'en existe plus en France, malgré M. Piot, il y en a au Transvaal.

Dans le district de Kronstad, la veuve Van Wyk a dépassé soixante-dix-huit ans, mais sa vieillesse n'a pas à redouter la misère. En effet voici quelles furent les péripéties de sa vie conjugale :

A dix-huit ans, elle épouse Pierre Lube; au bout de deux ans, elle reste veuve avec un enfant, ci. . . .	1 enfant.
Dix-huit mois après Prétorio devient son mari et lui apporte en dot quatre enfants qu'il avait déjà; ci.	4 —
Mais, il mourut au bout de dix-sept mois sans avoir fécondé sa nouvelle femme.	
Après cinq mois de deuil, elle épouse Piétresse qui avait lui-même sept enfants, ci. . . . .	7 —
Pour rétablir l'équilibre, sans doute, Piétresse lui donna, à elle-même, sept autres maternités en onze ans de mariage, ci. . . . .	7 —
et mourut.	
Un quatrième mari, dont le nom ne nous parvient pas, avait déjà huit enfants, ci. . . . .	8 —
lorsqu'il l'épousa; il en ajouta quatre autres à la collection en onze ans, ci. . . . .	4 —
Le deuil de Mme veuve X. . . faillit demeurer éternel: elle ne se remaria qu'au bout de cinq ans, avec M. Klopper qui n'avait pas encore d'enfant mais se rattrapa, car il lui en donna dix en onze ans de ménage, ci. . . . .	10 —

Deux ans après la mort de M. Wlopper, M. Van Wyk prit la succession apportant lui-même cinq enfants d'un mariage antérieur, ci. . . . . 5 —  
 et ne mourut qu'après en avoir donné quatre autres, ci. . . . . 4 —

Enfin M. Van Wyk mourut à son tour, laissant une veuve avec cinquante enfants. Il est vrai que beaucoup de ceux qui appellent Mme Van Wyk "mère" ne sont ses fils que par le jeu de l'état civil. En revanche, cette vénérable transvaalienne a deux cent soixante-dix neveux bien authentiques. Dieu bénit. . . (1)

## SOCIÉTÉS

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

*le mardi, 16 Mai 1911*

M BENOIT, président.

#### PRÉSENTATION DE MALADES, DE PIÈCES ANATOMIQUES, D'INSTRUMENTS:

1° *Tumeur Royale (en gibecière) de la région lombo-fessière. (2)*

M. MARIEN amène une malade de 23 ans, qu'il observe actuellement à l'Hôtel-Dieu, et qui présente les signes d'une neuro-fibromatose ou maladie de Reclinghausen, avec une énorme tumeur appendue à la région lombo-fessière. Toute la surface cutanée est couverte d'une multitude de tumeurs plus petites, molles, à fleur de peau, et d'apparence bronzée. M. Marien croit que ces tumeurs sont de véritables conjonctivomes à tissus multiples, dont l'évolution est favorisée par l'insuffisance d'une ou de plusieurs glandes à sécrétion interne, et peut-être chez sa malade, par l'insuffisance ovarienne, parce que durant le cours de sa vie elle n'a eu que deux fois ses menstruations et présente en outre un vagin petit et un utérus nain. Par ailleurs, très bien développée, son histoire ne révèle rien de caractéristique, si ce n'est quelques tares nerveuses familiales. L'auteur ne trouve que deux cas de tumeur Royale, rapportés dans la littérature, un par Piollet en 1902, un

(1) Ce fait est très fécond... en surprise, car en additionnant, on constate que cette femme accouchait quatre fois entre 60 et 64 ans!.....

(2) Voir le numéro précédent.

autre par Lambert en 1911; il se propose d'en faire une étude approfondie et de nous en causer plus tard. En attendant il aimerait connaître l'opinion des membres sur ce syndrome, en particulier sur l'origine de la mélanodermie.

M. LATREILLE ajoute que dans les quelques maladies où on la rencontre, la mélanodermie est sous la dépendance d'un trouble du plexus sympathique péri-surrénalien, et qu'il existe des cas mortels d'insuffisance de la surrénale sans mélanodermie, alors que ce plexus n'est pas atteint. Il fait aussi remarquer que l'altération de la surrénale s'accompagne d'hypotension artérielle, d'asthénie et de symptômes d'ordre toxique, manifestations absentes chez la malade du Dr Marien.

M. BENOIT rappelle en plus que l'aménorrhée n'est pas toujours un signe d'insuffisance ovarienne et qu'elle peut se rencontrer chez les tuberculeux et les cachectiques.

2° Avant de passer outre, M. F. de Martigny soulève une question de privilège et demande ce que l'on peut publier ou laisser publier dans les journaux politiques sans déroger à l'étiquette professionnelle, adoptée récemment par une Commission de notre Société. Il voudrait savoir, si deux articles élogieux, à l'adresse du Dr Dubé, publiés dans *La Patrie* de Montréal, les 6 et 12 courant, sont ou non antiprofessionnels. En ce faisant, il ne veut attaquer personne, mais tout simplement établir un principe, et bien loin de blâmer le Dr Dubé, il l'approuve, au contraire; son seul regret est de ne pas le voir ici présent.

M. HERVIEUX ne trouve pas d'analogie entre le cas cité par M. de Martigny et ceux qui ont fait l'objet des discussions antérieures. Il s'agit présentement d'une campagne publique menée contre la tuberculose, à laquelle M. Dubé prend une part très active, dans le seul intérêt public, sans en retirer de bénéfices personnels, sans se poser en spécialiste ou guérisseur extraordinaire. La Société ne saurait condamner les bonnes œuvres.

3° *Présentation de pièces par M. Chs St-Pierre.*

M. Chs St-Pierre a eu l'obligeance de collectionner une jolie

série de sept pièces pathologiques qu'il présente dans l'ordre suivant :

(a) La première est un cancer de l'estomac, provenant d'une célibataire de 67 ans, malade du Dr Kennedy, qui avait souffert depuis l'âge de 20 ans de troubles de l'estomac et de manifestations tuberculeuses. Durant les 10 dernières années, elle ne pouvait avaler que des liquides ; finalement elle a été emportée par une tuberculose généralisée.

A l'autopsie, on trouve un estomac et un œsophage énormément dilatés, avec au cardia une tumeur volumineuse, obstruant presque complètement la lumière du conduit. On se demande s'il s'agit de tuberculose ou d'épithélioma : le microscope donne épithélioma.

(b) La seconde pièce, un kyste dermoïde de l'ovaire a été enlevée par le Dr St-Jacques, chez une fille de 34 ans, qui présentait des signes d'appendicite chronique et d'ovarite secondaire. La tumeur, grosse comme une tête de fœtus à 7 mois est remplie de tissu adipeux très mou et de nombreux longs cheveux. Au microscope, on trouve des cellules épithéliales réunies par du tissu conjonctif lâche, très riche en éléments embryonnaires.

Tantôt on dirait que ces éléments veulent se former aux dépens de cellules cylindriques, tantôt aux dépens du tissu conjonctif. On remarque ici et là de minuscules cavités kystiques plus ou moins dilatées et tapissées d'épithélium cylindrique. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant, c'est qu'il existe quelques amas de cellules qui semblent vouloir s'organiser en vaisseaux néoformés, laissant peut-être soupçonner un sarcôme. La chose est peu probable cependant, et bien que l'auteur n'ait pu trouver à l'examen des pièces ni cartilage, ni poils, ni glandes sudoripares ou sébacées, il penche plutôt en faveur d'un kyste dermoïde, non malin.

(c) *Gangrène massive du testicule par obstruction vasculaire.*— Il s'agit d'un malade du Dr St-Jacques, âgé de 27 ans, qui sans antécédents et sans raison apparente, vit en 8 jours son scrotum tripler de volume, se violacer et devenir très douloureux. A l'ouverture on trouve un testicule et un cordon noirs, gangrenés. Cette gangrène dépendait d'une obstruction vasculaire, due à une torsion du cordon.

(d) M. ST-PIERRE montre ensuite un curieux calcul, extrait par le Dr Hingston, de la vessie d'un jeune homme de 23 ans, qui ayant contracté une hémorrhagie, 18 mois auparavant, n'avait cru mieux faire, pour faire avorter la maladie, que de s'introduire dans l'urèthre une longue tige de gomme à mastiquer. Il avait ouï dire que la gomme possédait des propriétés spécifiques, et déduction logique avait imaginé de l'appliquer *loco dolenti*. Malheureusement cette tige aspirée par la vessie, n'a pas tardé à produire un effet inattendu. Le malade coulant, souffrant, n'en pouvant plus de fièvre et de cachexie, faisait le désespoir des médecins qui ne pouvaient même réussir à introduire une bougie filiforme, quand le Dr Hingston, en face de la mort qui approchait, résolut de faire une cystoscopie. Il aperçut un calcul et vite l'enleva par une taille transvésicale. Ce calcul, ouvert à la scie, laisse voir à son centre un ruban de gomme. Le malade heureusement guéri, jura mais un peu tard qu'on ne l'y prendrait plus.

(e) L'auteur tirant profit de remarques récentes du professeur Marien, tendant à démontrer comme il est difficile, sans l'aide du microscope de diagnostiquer les cas de rupture précoce de grossesse, présente lui aussi son cas de pseudo-grossesse tubaire.

Il s'agit d'une malade de 43 ans, opérée par le Dr Jacques. Mariée depuis 10 ans, elle n'a jamais eu de retards de règles, et se plaint depuis 6 mois d'abondantes métrorrhagies et de vives douleurs par tout l'abdomen. A l'ouverture, l'utérus est volumineux; on trouve à gauche, un gros kyste ovarien, et du côté droit un kyste intraligamentaire avec gros ovaire, gorgé de sang; la trompe de même est volumineuse, tendue, turgescence. Coupée par le milieu, elle met à découvert un gros caillot parfaitement organisé, qui a effondré la muqueuse et la sous-muqueuse et dissocié la musculuse elle-même en plusieurs points. Pourtant on ne voit nulle part d'ulcérations. Et tous les chirurgiens et gynécologues qui ont vu la pièce, admettent que cliniquement il s'agit d'un hématosalphynx, vu l'âge de la malade (43 ans), ses métrorrhagies, sans retard de règles, après 10 ans d'infécondité, bien qu'à l'œil nu, tout semble indiquer une trompe gravide.

Le Dr St-Pierre donnera plus tard le résultat de l'examen histologique.



(f) *Testicule ou ovaire.* — Pour montrer la valeur de l'examen histologique, l'auteur exhibe ensuite une curieuse pièce qu'il a trouvée dans un bocal non étiqueté du laboratoire de l'Hôtel-Dieu. A première vue, on peut croire à un ovaire kystique, la trompe se dessinant très bien sur le contour du kyste, ou à un testicule, entouré de sa vaginale, avec hydrocèle, le cordon étant très saillant. Mais si l'on examine quelques coupes, on voit qu'il s'agit d'un testicule.

(g) *Cancer de l'amygdale, traité pour de la syphilis, par l'éné-sol et le sirop de Gibert.* — L'utilité du laboratoire est mise davantage en évidence par la dernière pièce que présente le docteur St-Pierre. Un pauvre malade de la campagne, âgé de 65 ans, remarquait, il y a un an, au fond de sa gorge, l'apparition d'un bouton amygdalien d'abord inoffensif et qui ne l'incommodait pas. Mais le mal empirant, notre homme s'en vint consulter, à Montréal, un spécialiste de renom, bon clinicien, mais profane vis-à-vis les choses de laboratoire. Le spécialiste diagnostiqua syphilis et traita en conséquence, en gavant le malade de mercure et d'iodure, sans résultats, bien entendu, le mal s'aggravant et envahissant la base de la langue. Découragé, le malade retourne dans son village où son médecin lui conseille de venir à l'Hôtel-Dieu. Il est vu par le Dr J. N. Roy qui fait une biopsie, malheureusement, il ne s'agissait plus de syphilis mais d'un cancer inopérable. Tirant les conclusions nécessaires, M. St-Pierre ajoute que la biopsie pratiquée plus tôt aurait permis de faire un diagnostic précoce, et peut-être d'opérer avec succès le malade, puisqu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux à gros globes cornéens, à évolution très lente. L'auteur termine par quelques conclusions qu'il a déjà énoncées au Congrès de Sherbrooke, démontrant la nécessité dans tous les cas douteux, d'avoir recours au laboratoire, afin de faire bénéficier le malade d'un diagnostic précoce et d'un traitement approprié.

M. MARIEX félicite chaleureusement M. St-Pierre, pour les pièces si intéressantes qu'il vient de présenter, et qui sans nul doute feraient les délices même de la Société Médicale de Paris. Il espère donc que souvent M. St-Pierre nous reviendra.

MM. HINGSTON et KENNEDY prennent part à la discussion, et

donnent quelques explications sur les cas particuliers qu'ils ont eu l'occasion d'observer.

#### 4° *Thérapeutique du foie.*

M. le professeur HERVIEUX, avec sa vaste expérience en la matière, nous indique dans un cliché rapide et lumineux toutes les manières de soulager ou de guérir un foie malade. Il lui est pénible d'avouer, cependant, que la thérapeutique en est restée plus ou moins stationnaire, parce qu'il est impossible de modifier une lésion anatomique établie. Malgré tout, nous avons pour lutter plusieurs moyens: il est possible de modérer ou d'activer la fonction hépatique, il est possible d'agir sur la sécrétion et l'excrétion de la bile. Avec les antiseptiques, la virulence microbienne s'atténue, avec l'opothérapie une fonction insuffisante se relève, en plus les moyens mécaniques, massages, lavements, etc., sont des méthodes tous les jours mises à l'épreuve.

L'auteur énumère en disant leur mode d'action et leurs indications tous les médicaments qui agissent sur le foie. Il insiste sur l'emploi de l'utropine dernièrement recommandée par Chauffard, comme désinfectant général, et qui paraît devoir rendre des services insoupçonnés dans les infections biliaires, en particulier les infections éberthiennes.

Il ne faut pas oublier, néanmoins, que le régime diététique est d'une importance capitale, au cours des affections hépatiques. Celui qui convient le plus souvent est un régime de toxicité minima, dans lequel sont exclus les matières grasses et tous les aliments susceptibles de produire des toxines.

Puis après avoir étudié les grandes lignes du traitement général des maladies hépatiques, le professeur Hervieux en vient au traitement particulier de quelques affections, entre autres des hépatites, des congestions, des cholécystites, de la lithiase, des ictères et des cirrhoses.

Avant la clôture, le président, vu l'heure avancée, propose de remettre à la prochaine séance la discussion de l'important travail de M. Hervieux, et à 11 $\frac{1}{2}$  heures, la séance est levée.

Le Secrétaire,

Ludovic VERNER.

## ANALYSES

### MEDECINE

De la fièvre prolongée dans certaines maladies infectieuses, par M. BERNHEIM (de Nancy), dans *Revue Française de Médecine et de Chirurgie*, 10 mars 1911.

Parmi les maladies fébriles infectieuses ou microbiennes, il en est qui ont une évolution toujours cyclique et régulière, avec défervescence définitive dans un délai déterminé; si la maladie se prolonge, ce n'est pas par elle-même, mais par des complications associées. Telles sont la pneumonie fibrineuse et les fièvres éruptives. Au bout de 1 à 2 septénaires, la fièvre est tombée et l'évolution régressive s'accomplit sans rechute. D'autres maladies fébriles peuvent avoir une évolution prolongée, irrégulière, avec exacerbations, rémissions, recrudescences, rechutes; tels sont la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie catarrhale, la pleurésie, la streptococcie, l'influenza. Cette évolution irrégulière et prolongée peut être due à ce que les lésions organiques, créées par le microbe ou ses toxines, au lieu de se constituer simultanément, d'une pièce, se font successivement ou progressivement. De nouvelles plaques de Peyer, de nouvelles articulations, de nouveaux lobes pulmonaires, de nouveaux organes sont envahis, quand les lésions du début sont déjà en voie d'évolution plus avancée, ou même régressive; ce sont de nouvelles générations microbiennes ou de nouvelles sécrétions de toxines.

Mais alors même qu'on ne constate plus de nouvelles évolutions organiques, qu'celles-ci restent en voie de régression, l'évolution fébrile peut continuer par simple prolongation thermique, *la fièvre restant le seul symptôme qui prolonge la maladie.*

Déjà, en 1876 M. Bernheim attirait l'attention sur ces fièvres prolongées après la fièvre typhoïde, qu'il appelait alors fièvres de convalescence. Cette fièvre qui survit aux autres symptômes, ordinairement irrégulière, continue avec exacerbations vespertines, ou bien intermittente, ne se manifestant que le soir; peut durer de quelques jours à plusieurs mois. Cette fièvre secondaire peut être beaucoup plus longue, trois fois plus longue que la maladie primitive sur laquelle elle s'est greffée.

Dans un intéressant article publié dans la *Revue de médecine* de janvier 1911, le professeur Bernheim a démontré, en s'appuyant sur des faits nombreux et probants, que cette *survie fébrile à la maladie* n'est pas spéciale à la fièvre typhoïde.

Elle se rencontre dans d'autres fièvres infectieuses, dans la grippe, dans la pneumonie catarrhale, dans la pleurésie. Et il

est curieux de constater que cette fièvre de prolongation n'est en rapport ni avec l'intensité, ni avec la durée de la maladie fondamentale; les formes bénignes n'en sont pas dépourvues, loin de là.

En somme, la notion utile à retenir est celle-ci: certaines maladies fébriles microbiennes, telles les fièvres typhoïdes, les fièvres dites paratyphiques, l'influenza, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, les pneumonies catarrhales, les pleurésies, peuvent avoir une évolution prolongée pendant des semaines; elles sont susceptibles de recrudescences et de rechutes, contrairement à d'autres comme la pneumonie fibrineuse et les fièvres éruptives qui ont une évolution cyclique déterminée.

Quant à l'explication d'un tel fait, elle est à rechercher dans l'évolution des microbes qui conditionnent l'infection, quelle qu'elle soit: ils ont une vitalité spéciale et ne font pas tous en même temps leur évolution pathogène; il y a des évolutions successives.

Plusieurs des maladies dont il a été question peuvent avoir une prolongation purement thermique, tous les symptômes ayant disparu. Cette fièvre ordinairement bénigne, souvent vespertine seulement, peut durer des semaines, des mois, peut-être des années, à peu près inoffensive.

La survivance de cette fièvre sans symptômes sensible indiquer la persistance dans l'organisme de microbes ou au moins de toxines pyrétogènes.

Faut-il admettre que les microbes atténués ne conservent plus que leurs qualités pyrétogènes? Sont-ce les microbes générateurs de la maladie primitive ou des associations microbiennes qui entretiennent cette fièvre? Le fait que ce sont précisément les maladies à poussées successives et à évolutions prolongées, c'est-à-dire à vitalité microbienne longue, qui font cette hyperthermie prolongée, ce fait tend à confirmer la première hypothèse.

Peut-être les procédés de laboratoires permettront-ils de découvrir cette survie de microbes et de toxines pyrétogènes que l'observation clinique seule jusqu'ici permet de supposer.

---

## CHIRURGIE

**Th. Gümbel.** La décapsulation rénale dans l'urémie, dans la *Presse Médicale*, 14 juin 1911, analysée par BURNIER.

Le traitement chirurgical des néphrites "médicales" préconisé par Sahli, en 1894, Harrisson en 1896, a été repris par Israël, Katzenstein, et surtout par Edebohls en 1901, qui utilisa la décapsulation rénale dans la néphrite chronique, le mal de Bright. De plus, cet auteur vanta les bons effets de cette décapsulation dans formes graves de néphrites aiguës urémigènes et dans l'éclampsie d'origine rénale. Récemment Sitzenfrey a pu rassembler 58 cas d'éclampsie traités par la décapsulation, et dont 35 (60 pour 100) se terminèrent par la guérison.

Cependant, rares sont encore les cas de décapsulation rénale pour urémie ou anurie; aussi l'auteur rapporte-t-il un cas heureux de décapsulation d'un rein pour urémie grave au cours d'une néphrite parenchymateuse aiguë.

Une fillette de 6 ans, qui avait eu auparavant la coqueluche et la rougeole, fut amenée à l'hôpital, le 3 septembre avec un œdème des jambes et du ventre. Le 4 septembre, tout le corps était œdématisé et le lendemain la sécrétion urinaire diminua, en même temps que la quantité d'albumine s'élevait notablement. Des convulsions apparurent, se répétant fréquemment (18 en tout).

Le 6 septembre, l'enfant était dans le coma, les lèvres étaient cyanosées, les pupilles dilatées et immobiles, le corps très œdématisé, le pouls battait à 160 à la minute, la température s'élevait à 39°3. La veille l'urine contenait 16 grammes d'albumine par litre, mais, le 6 septembre, pas une goutte d'urine ne put être raménée par le cathétérisme.

Comme, malgré tous les traitements employés, l'état de l'enfant ne s'améliorait pas et même s'aggravait, l'auteur proposa la décapsulation rénale qui fut acceptée.

A l'aide d'une incision lombaire oblique, Gümbel mit à nu le rein droit; le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et la capsule adipeuse étaient très œdématisés. Le rein avait une coloration violet foncé; il se laissa facilement attirer en dehors et parut un peu augmenté de volume. A l'aide d'une incision sur le bord convexe, la capsule et l'écorce furent sectionnées incomplètement et

le doigt put ensuite décoller facilement la capsule jusqu'au hile. Tamponnement, sutures. L'opération, qui avait eu lieu à six heures et demie du soir, ne dura que quelques minutes.

Durant la nuit, la malade urina spontanément et le lendemain, il n'existait plus que 7 grammes d'albumine par litre. En quelques heures, la quantité avait donc diminué de plus de moitié. Les convulsions ne reparurent plus et l'enfant reprit connaissance le lendemain. Trois jours après l'opération, l'albumine avait disparu. Au bout de cinq semaines la plaie était cicatrisée, l'œdème complètement disparu et l'état général était parfait.

L'examen microscopique d'un fragment rénal excisé au cours de l'opération montra un œdème et une exsudation dans les glomérules, mais pas d'hémorragies, et une dégénérescence graisseuse accusée de l'épithélium des canalicules urinaires.

L'auteur estime que cette décapsulation rénale est limitée à l'anurie et à l'urémie dans les néphrites médicales aiguës et chroniques. Pour y recourir, il ne faut pas attendre d'avoir épuisé tous les traitements médicaux, car alors on perd un temps précieux. Il faut se résoudre à l'intervention dès que l'amélioration ne s'installe pas après le traitement interne, ou même si les symptômes s'aggravent.

Quand, au cours d'une néphrite chronique latente, soudain apparaît une exacerbation aiguë qui conduit à l'urémie, l'opération est aussi indiquée.

On a discuté pour savoir si la néphrectomie simple n'était pas aussi efficace que la décapsulation. Souvent on associe les deux procédés.

On s'est demandé également si on devait opérer d'un seul ou des deux côtés. Edebohls conseilla la décapsulation bilatérale et Sittenfrey compte parmi les cas d'éclampsie opérés, une mortalité de 75 pour 100 avec la décapsulation unilatérale et de 38,85 pour 100, avec la décapsulation bilatérale. Cependant, Schmidt a fait avec succès une décapsulation unilatérale dans un cas d'anurie consécutive à une néphrite post-scarlatineuse et l'auteur a également obtenu un excellent résultat dans son cas. La question appelle donc de nouvelles recherches.

---

## DIETETIQUE

**Régime de la femme qui allaite.** — Alimentation surabondante, sans excès. Soit:

150-160 gr.	..	d'albumine.
100 —	..	de graisse.
400 —	..	d'hydrates de carbone.

Eviter l'insuffisance des albuminoïdes et des graisses.

*Prescrire*: soupes au lait, et aux farines d'avoine, de sagon, de gruau, de riz, de maïs, de blé vert, avec jaunes d'œufs. Viandes, jambon, œufs; carottes, pissenlit, chicorée, persil, laitue; purée de pommes de terre: entremets farineux. Fruits cuits. Pin blanc. Biscuits.

*Système des petits repas*: six à sept par jour. Après les repas: infusé chaud d'anis, ou de fenouil.

Comme boisson: boire plus que d'habitude: bière, bière de malt, extrait de malt coupé d'eau. Ou bien: décocté d'avoine torréfiée ou d'orge maltée ou de cacao.

*Sont interdits aux nourrices*: aliments lourds ou excitants. Choux, cresson, asperges; viandes faisandées; poissons de mer; épices, ail, oignon, poireau; fromages fermentés; fruits non mûrs; excès de pommes de terre et de légumes verts. Cidre, eaux-de-vie, liqueurs; vins alcooliques.

---

 THERAPEUTIQUE

**Sur le maniement des salicylates dans les affections rhumatismales,**  
par M. VÖELCKER, dans la *Presse Médicale*, 31 mai 1911.

M. Vœleker cherche à réagir contre la tendance de certains médecins à prescrire toujours les salicylates en présence de manifestations rhumatismales quelconques. Or, il en est que cette médication n'améliore en rien. Les localisations articulaires du rhumatisme sont en général améliorées et même guéries par les salicylates. Quand ces derniers se montrent inefficaces, l'aspirine donne parfois d'excellents résultats, mais, dans ces cas, on peut se demander s'il s'agit bien de rhumatisme vrai. En effet, une ar-

thrite non améliorée par le salicylate a bien des chances d'être gonococque ou due à une infection quelconque, et l'on doit aussi se demander si la douleur n'est pas due à une poliomyélite antérieure. Les douleurs du rhumatisme vrai doivent céder en vingt-quatre heures au plus à des doses de 60 centigrammes de salicylate de soude avec 1 gr. 20 de bicarbonate de soude, les trois premières doses étant répétées toutes les deux heures, les suivantes toutes les quatre heures.

Les douleurs qui, après l'arthrite, persistent au niveau des parties fibreuses justa-articulaires, ne cèdent guère au salicylate; elles disparaissent sous l'influence de l'iodure de potassium avec applications locales de salicylate de méthyle. Les salicylates sont sans effet sur la pleurésie et sur la péricardite rhumatismales.

La fièvre de la polyarthrite rhumatismale aiguë cède, en général, au bout de trois jours. Quand la fièvre persiste, le salicylate n'a plus d'action sur elle; on le remplacera par l'aspirine ou le salol. Quant à l'hyperpyrexie du rhumatisme, elle est absolument réfractaire au salicylate. On peut en dire autant des manifestations rhumatismales cutanées, qu'il s'agisse des différentes variétés d'érythème, de purpura ou d'érythème noueux.

Les nodules sous-cutanés décrits par Barlow, et qui sont certainement de nature rhumatismale, ne sont en rien influencés par le salicylate; ils résistent, d'ailleurs, à tous les traitements, ce qu'on pouvait prévoir *a priori*, étant donnée la similarité de leur structure avec celle des nodules inflammatoires qu'on observe sur le bord libre des valves du cœur dans le rhumatisme articulaire aigu, et sur lesquels la médication salicylée est absolument sans effet.

Quant à la chorée, elle n'est aucunement justiciable du salicylate de soude.

On voit donc que les indications du traitement salicylé sont assez restreintes, puisqu'elles se réduisent, en somme, aux seules manifestations articulaires du rhumatisme aigu. Hors ces cas, on s'abstiendra de donner un médicament, non seulement inutile, mais encore nuisible souvent pour l'estomac.

---





On bien donner 3 à 5 fois par jour, une cuillerée à soupe, de la potion :

Acétate d'ammoniaque . . . . .	5 à 10 grammes.
Hydrolat d'oranger . . . . .	40 —
Hydrolat de mélisse . . . . .	80 —
Sirop de safran . . . . .	30 —

F. s. a. une potion.

On bien, toutes les demi-heures, une cuillerée à soupe de :

Infusion de fleurs de sureau . . . . .	120 grammes.
Acétate d'ammoniaque . . . . .	15 —
Sirop de fleurs d'oranger . . . . .	} aa 15 —
Sirop d'opium . . . . .	

F. s. a. une potion.

Pour régulariser le règles chez les femmes qui ont un flux menstruel trop abondant, on ordonnera à la malade de prendre au moment des deux principaux repas, huit jours avant l'époque présumée des règles, 1 à 3 cuillerées à café de la potion suivante :

Elixir de Garus . . . . .	100 grammes.
Extrait fluide d'hydrastis . . . . .	} aa 5 —
Extrait fluide de viburnum prunifolium . . . . .	
Grossypium herbaceum . . . . .	

F. s. a. un élixir.

(AL. ROBIN.)

En cas d'intolérance donner 4 à 6 fois par jour des pilules :

Ergotine Bonjean . . . . .	0 gr. 70
Poudre de sang-dragon . . . . .	0 gr. 10

F. s. a. une pilule ; n° 20.

1. *Mélange contre les douleurs pré-menstruelles.*

Codéine . . . . .	0 gr. 05
Chlcral . . . . .	1 gramme
Bromure d'ammonium . . . . .	1 —
Eau camphrée . . . . .	30 —

A prendre une fois en se couchant.

## 2. Lavement pour calmer les douleurs menstruelles.

Laudanum de Sydenham.....	XX gouttes
Extrait de valériane.....	2 grammes
Asa fetida.....	4 —
Jaune d'œuf.....	No 1
Décoction de guimauve.....	100 grammes

*Hyperhydrose plantaire*

Lavages fréquents avec des solutions astringentes, décoction de feuilles de noyer, ou bien :

Tanin.....	4 grammes
Alun.....	20 —
Eau.....	1000 —

Si les sueurs sont fétides, on peut substituer à ces solutions soit le bain de pied au permanganate de potasse à 1/1000e, soit le bain de pied acidulé :

Acide sulfurique.....	5 grammes
Eau tiède.....	3 litres

dans un bain de pied en porcelaine ou en faïence à répéter tous les trois jours pendant 10 minutes.

Dans l'intervalle on peut poudrer l'intérieur des chaussettes avec une poudre telle que la xudérine, ou bien :

Talc.....	40 grammes
Salicylate de bismuth.....	30 —
Oxyde de zinc.....	20 —
Alun pulvérisé.....	40 —

Mais le traitement de choix est le badigeonnage au formol. La solution :

Formol à 40 p. 100.....	10 grammes
Eau distillée.....	100 —

convient parfaitement pour les personnes qui n'ont pas la peau trop sensible ; un seul badigeonnage avec cette solution suffit, si on le répète trois ou quatre fois dans le courant de la saison chaude.

## NEURALGIES

*Traitement local des névralgies*

Dans les névralgies dites rhumatismales, on peut utiliser le salicylate de soude à l'intérieur et les applications *loco dolenti* de salicylate de méthyle ou de la pommade de Bourget, ainsi formulée:

Acide salicylique.....	10 grammes
Essence de térébenthine.....	10 —
Lanoline.....	10 —

Lorsqu'on soupçonne la nature gonococcique de l'affection, on utilisera les applications du liniment suivant:

Gaïacol.....	5 grammes
Salicylate de méthyle.....	15 —
Huile de jusquiame.....	30 —

répétées deux fois par jour.

On peut encore utiliser les formules suivantes.

Gaïacol.....	2 grammes
Teinture de belladone.....	10 —
Huile de jusquiame.....	30 —

Bien agiter avant l'emploi.

Ou bien encore:

Gaïaco!.....	2 grammes
Salicylate de méthyle.....	10 —
Vaseline liquide.....	40 —

Lorsqu'on veut utiliser la médication interne, on peut employer particulièrement la phénacétine, sous diverses formes:

Citrate de caféine.....	0 gr. 10
Valérianate de quinine.....	0 gr. 15
Phénacétine.....	0 gr. 20
Antipyrine.....	0 gr. 30

Pour 1 cachet. — 1 à 2 cachets par jour.

Hir z l'associe à l'acétanilide et la valériane.

Phénacétine.....	0 gr. 10
Acétanilide.....	0 gr. 20
Valérianate de quinine.....	0 gr. 25

Pour 1 cachet; prendre 2 à 5 cachets en 2 heures.

Prof. LEMOINE.

## BIBLIOGRAPHIE

**Affections chirurgicales des artères**, par Pierre DELBET, professeur à la Faculté de médecine de Paris et P. MOCQUOT, professeur. 1 vol. gr. in-8, de 346 pages avec 41 figures. Broché: 8 fr. Cartonné: 9 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

La publication du *Nouveau traité de chirurgie* des professeurs Le Dentu et Delbet se poursuit très activement: Trois nouveaux fascicules viennent de paraître en l'espace d'un mois: les *Affections chirurgicales de la poitrine*, les *Affections chirurgicales de la face*, et les *Affections chirurgicales des artères*.

Dans ce dernier volume, MM. Pierre Delbet et Mocquot étudient successivement les lésions traumatiques, plaies, contusions et ruptures; — les maladies inflammatoires, ruptures spontanées, ulcérations, thrombose et embolie; puis viennent les anévrismes artériels, artério-veineux et cirsoïdes.

Les anévrismes artériels sont connus depuis la plus haute antiquité et ont été l'objet d'un grand nombre de travaux. Leur pathologie est cependant restée obscure. MM. Delbet et Mocquot ont essayé de l'éclaircir en se basant sur l'anatomie pathologique. Mais ils se sont tout particulièrement attachés à la question du traitement. M. Delbet s'est depuis vingt ans tout spécialement consacré à cette question.

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

Le *Nouveau Traité de Chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet se présente sous la forme de fascicules séparés, où se groupent les

affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites.

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

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

---

**Thérapeutique des maladies respiratoires et de la tuberculose pulmonaire**, par les Drs E. HIRTZ, RIST, RIBADEAU-DUMAS, TUFFIER, J. MARTIN, KUSS. 1911, 1 volume in-8 de 713 pages, avec fig., cart. 14 fr. *Bibliothèque thérapeutique* CILB589-CARNOT. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Haute-feuille, Paris.)

Il n'est pas de jour où le médecin praticien n'ait à intervenir pour traiter une maladie broncho-pulmonaire, une pleurésie, ou surtout en cas de tuberculose pulmonaire. La nécessité pour lui de varier sans cesse ses moyens d'action et de connaître tous ceux dont il peut disposer donne un intérêt toujours très vif aux ouvrages consacrés au traitement de ces maladies. Le nouveau volume de la *Bibliothèque de thérapeutique* mérite d'être accueilli avec une particulière faveur. Il s'ouvre par une très importante étude de Dr Hirtz, médecin des hôpitaux de Paris, dont on connaît la légitime autorité en pathologie respiratoire; en clinicien sagace et thérapeute avisé, il expose avec une grande précision, en multipliant les formules et les indications pratiques, ce que doit être le traitement des maladies aiguës et chroniques des bronches et des poumons et on est assuré de trouver notamment sur les broncho-pneumonies, l'asthme, l'emphysème pulmonaire, la gan-

grène pulmonaire, la pneumonie tout un ensemble d'excellents conseils thérapeutiques.

Le chapitre consacré par MM. Rist et Ribaudeau-Dumas, médecins des hôpitaux de Paris, aux *maladies des plèvres* se fait remarquer par sa netteté et par sa précision, la technique et les indications des injections pleurales de gaz stérilisé y sont fort clairement exposées.

A l'aide d'une abondante illustration, MM. Tuffier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Martin décrivent toutes les *opérations sur les voies respiratoires* depuis le tubage et la trachéotomie jusqu'à la pneumotomie et la pneumectomie.

Enfin M. Kuss, directeur du sanatorium de l'Assistance publique à Angicourt, consacre 400 pages à l'exposé du *traitement de la tuberculose pulmonaire*. Avec les qualités de savoir, de conscience, de précision qui lui sont habituelles, il fixe tous les détails de ce traitement, n'omettant aucun des éléments de la cure hygiénique, précisant notamment toutes les indications de la technique de la cure d'air et de la cure de repos. Il insiste sur la tuberculinothérapie et sa technique et rédige un véritable trait théorique et pratique sur cette question d'actualité. Une large place est faite également aux médicaments pharmaceutiques antituberculeux dont il fixe les indications. Enfin la méthode du pneumothorax artificiel, récemment entrée dans la thérapeutique antituberculeuse, est exposée avec détail.

Par ces quelques aperçus on peut se rendre compte de la valeur de ce nouvel ouvrage et des services incontestables qu'il est appelé à rendre.

---

**Précis d'électrothérapie et de radiothérapie oculaires**, par A. LEPRINCE (de Bourges). Paris, 1911, 1 vol. in-18. de 316 pages avec 33 figures dans le texte, prix: **3 fr. 50**. Librairie Médicale et Scientifique Jules ROUSSET, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Ce précis se compose de 3 parties:

La première comprend la description des appareils électriques susceptibles d'utilisation en thérapeutique oculaire, ainsi que l'ac-

tion des divers courants sur l'œil normal. — (Courants faradique, galvanique, statique. — Haute fréquence, photothérapie, radiathérapie, radiumthérapie.)

Dans la deuxième partie sont étudiées les méthodes d'examen de l'œil normal et pathologique à l'aide de l'électricité: Eclairage, radioscopie, radiographie, rapide diagnostic et extraction des corps étrangers par l'électro-aimant.

Enfin la troisième partie, de beaucoup la plus importante de l'ouvrage, constitue un véritable traité de thérapeutique électrique appliquée à l'œil.

Toutes les affections oculaires sont successivement envisagées ainsi que leur traitement par les diverses modalités électriques, depuis les courants continus jusqu'aux rayons X, la haute fréquence, le radium, et les boues radio-actives. De nombreuses observations complètent le texte et permettent de se rendre compte des résultats obtenus avec les diverses méthodes.

Jusqu'à ces dernières années, l'arsenal thérapeutique électrique de l'oculiste consistait en une batterie de piles. La découverte des rayons X, des courants de haute-fréquence, du radium ouvre un nouveau champ d'action, et le livre si documentée du Dr Leprince sera le meilleur guide des oculistes qui voudraient tenter chez leurs malades des applications électriques ayant déjà fait leurs preuves.

---

l'Hôpital St-Antoine et Stephen CHAUVET, interne des Hô-  
 .\*)&5, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, shrdlum  
 pitaux. 1 vol. in-8° 1911, 14 planches hors texte. Prix:  
 4 fr. A. MALOINE, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Méde-  
 cine, Paris.

Les sections nerveuses ont été l'objet, depuis quelques années, de travaux fort nombreux qui n'ont envisagé que le côté anatomo-pathologique de la question.

*La partie clinique a complètement été laissée de côté, si bien qu'à l'heure actuelle la Séméiologie des Sections Nerveuses est très mal connue. Les descriptions qu'on en donne sont fausses et inexactes.*

Le livre de H. Claude et Stephen Chauvet vient combler cette lacune.

C'est après avoir étudié tous les travaux et toutes les observations qui ont paru sur la question, après avoir minutieusement examiné un grand nombre de sections nerveuses, que les auteurs



ont édifié une sémiologie complète et entièrement nouvelle, car l'on peut dire qu'il n'est pas de chapitre qui n'ait été enrichi de découvertes originales.

Dans la première partie de cet ouvrage, H. Claude et Stephen Chauvet étudient successivement les divers troubles déterminés par les sections totales des nerfs mixtes périphériques : troubles de la motricité, des réactions électriques, des sensibilités, des réactions vaso-motrices et sudorales, troubles thermiques et trophiques.

Dans chacun de ces chapitres ils décrivent en détail le trouble envisagé, sa valeur sémiologique et les causes d'erreurs qui entachent son étude.

Les troubles des sensibilités superficielles (tact, douleurs, chaud et froid), sont longuement étudiés ainsi que ceux des sensibilités profondes. Ces dernières, jusqu'à présent for mal connues, sont l'objet d'une étude approfondie et d'une théorie pathogénique nouvelle. C'est en se basant sur cette étude qui bouleverse les idées actuelles sur les sensibilités que les auteurs sont amenés à discuter et à rejeter, en s'appuyant sur des arguments des plus probants, les hypothèses jusqu'à présent admises des sensibilités supplées, recurrentes, etc...

Les troubles des réactions vaso-motrices, sudorales, thermiques négligés dans la plupart des livres classiques sont minutieusement décrits et enrichis de constatations entièrement originales.

Parmi les troubles trophiques, H. Claude et Stephen Chauvet mettent particulièrement en lumière les altérations osseuses qu'on observe après les sections nerveuses et exposent les facteurs jusqu'à eux méconnus, qui les conditionnent.

Ils décrivent enfin des troubles trophiques cutanés très légers qui avaient passé jusqu'à présent inaperçus et qu'ils ont décélé par le procédé des empreintes digitales.

Dans la deuxième partie de leur ouvrage, les auteurs donnent comme exemple, les résultats de leur technique dans un cas de section d'un nerf médian et il est facile de voir combien cette observation avec les troubles qu'elle relate, diffère des descriptions classiques. De très nombreux dessins, des documents photographiques et radiographiques illustrent cette observation.

En résumé, étant donné le grand nombre des sections nerveuses, la gravité de leurs suites, les résultats encourageants qu'on obtient après les sutures opératoires, les considérations médico-légales auxquelles elles prêtent, lorsqu'elles sont, ce qui est très fréquent, le résultat d'un accident du travail, les sections des nerfs doivent être bien connues, et voilà un ouvrage que doivent posséder, parce qu'il montre la question sous un jour entièrement nouveau, tous

ceux qui sont susceptibles de les rencontrer: praticiens, neurologistes et chirurgiens.

Mais ce travail s'adresse à d'autres encore.

Chemin faisant en effet, H. Claude et S. Chauvet, ont décrit, à propos de chacune des sensibilités superficielles et profondes, l'appareil sensoriel dévolu à la sensibilité envisagée, la physiologie de cette dernière et la façon de l'étudier en se tenant à l'abri des causes d'erreur. C'est pourquoi cet ouvrage intéresse également les physiologistes et est indispensable à tous les étudiants qui doivent apprendre la façon d'examiner les sensibilités et leurs perturbations sur les malades qu'ils voient chaque jour à l'hôpital.

**Traité de Thérapeutique**, par A. MANQUAT, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé au Val-de-Grâce. 1 vol. in-8 de 612 pages. Broché: 10 fr.; Relié maroquin souple: 12 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Les sciences médicales font de si importants et si rapides progrès qu'une simple revision du *Traité de thérapeutique* de M. Manquat eût été insuffisante. Il a dû récrire entièrement son ouvrage, afin de pouvoir le mettre d'accord avec la pratique médicale actuelle.

Deux préoccupations ont présidé à la disposition des matériaux de ce nouveau travail: celle de classer les agents thérapeutiques d'après leur but principal, et celle de la fusion de tous les agents, quelle que soit leur nature, dans le même groupe d'applications.

Les agents biologiques, hygiéniques, physiques, mécaniques, naturels, dynamogènes ont acquis, dans ces dernières années, une importance capitale à côté des médicaments proprement dits. Il devenait nécessaire de les faire entrer dans le cadre de la thérapeutique usuelle.

M. Manquat a groupé tous les agents thérapeutiques en quatre classes, qui constituent quatre parties distinctes.

La première partie renferme les médicaments curateurs ou spécifiques (quinine, mercuriaux, médicaments salicylés, arsenicaux spécifiques), les anti-infectieux indifférents (métaux colloïdaux, agents de leucothérapie, révulsifs), les antiseptiques, les antiparasitaires, les antidotes, les anti-infectieux biologiques (vaccins, sérums), la radiothérapie et la fulguration. C'est l'objet du premier volume.

La deuxième partie est consacrée aux *réparateurs des tissus*, aux *modificateurs des muqueuses respiratoires et urinaires*, aux *vomitifs*, aux *réparateurs minéraux*, aux *aliments*, aux *régimes*, au *lavage de cavités*, aux *fonctions*, aux *saignées*, etc. La troisième partie comprend les *modificateurs des organes et fonctions* (modificateurs des fonctions digestives, de la circulation, de la respiration, du système nerveux, des urines, de la nutrition, opothérapie, climats, eaux minérales, hydrothérapie, massage, électricité.) Le deuxième volume est consacré à l'étude de ces deux classes de médicaments.

La dernière partie est réservée aux *médicaments symptomatiques* (anesthésiques, somnifères, antithermiques, antispasmodiques, eupnéiques, apéritifs, etc.). A cette dernière partie est annexé un résumé des *connaissances pharmaceutiques* indispensables aux médecins. C'est l'objet du troisième volume.

Chaque volume forme un tout complet et se vend séparément.

Cette sixième édition ne diffère pas seulement des précédentes par le plan et par le choix des sujets, elle en diffère encore par le souci de fournir en toute occasion des notions applicables à la pratique médicale. Les agents thérapeutiques nouveaux et les médications nouvelles sont soigneusement passés en revue. Citons le traitement de la syphilis par les *injections mercurielles*, l'*hectine*, le *spirosal*, le *mésotane*, le *salène*, les *métaux colloïdaux*, le *nucléinate de soude*, les *péroxydes*, un résumé des notions relatives à l'*immunité* et à l'*anaphylaxie*, le *sérum antidysentérique*, le *sérum antistreptococcique polyvalent*, le *sérum antiméningococcique*, le *sérum antirhumatismal*, l'*autosérothérapie*, les *tuberculines*, les applications nouvelles du *chlorure de calcium* et du *carbonate de chaux*, l'*hémoplasie*, l'*alimentation des malades* longuement étudiée, la *ponction lombaire*, les *composés organiques de l'iode*, l'*adrénaline*, la *stovaine*, la *novocaïne*, le *réronal*, le *formiate de soude*, la *bourdaine*, la *phénolphtaléine*, la *cholesérine*, etc.

---

**Les préjugés en oto-rhino-laryngologie**, par le Docteur J. BOSVIEL.

Préface du Docteur F. DE GRANDMAISON. A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'École de Médecine, Paris, 1911. Un volume in-12. Prix: 3 fr.; Net, 2 fr. 75.

Voilà un livre qui devrait être lu non seulement par les Médecins mais par les profanes. Ces derniers surtout pourraient en faire leur profit. Il est vrai qu'ils y sont un peu malmenés, ce qui n'est que justice, mais de si aimable façon qu'ils ne sauraient

s'en plaindre. — Le Docteur J. Bosviel, en écrivant cet Ouvrage, a rendu grand service à la Médecine et au Corps médical tout entier; en effet, la profession souffre, pour une large part, des erreurs répandues à profusion sur elle. — En les combattant, en en montrant le ridicule, l'Auteur les réduit à néant et donne au praticien les armes nécessaires pour en triompher à son tour.

---

Le numéro du 1er juillet de *Paris Médical*, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils est entièrement consacré aux *Maladies du Cœur*.

Les maladies du cœur en 1911 (*revue annuelle*, par les Drs Pierre Lereboullet, médecin des hôpitaux de Paris et Hetz. — Rôle de la radiologie dans le diagnostic et l'évolution des aortites, par les Drs Vaquez, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et Bordet. — Le cœur dans le rhumatisme viscéral malin de l'enfant, par les Drs Weil, professeur à la Faculté de méd. de Lyon et Mouriquaud, professeur agrégé. — La mesure de la pression artérielle, par le Dr Pachon, professeur agrégé des Facultés de médecine. — Traitement chirurgical de la symphyse du péricarde, par le Dr Wiart, chirurgien des hôpitaux de Paris. — La diététique des cardiaques, par le Dr Ribierre, médecin des hôpitaux de Paris. — *Libres propos*. — *Chronique scientifique*. — Les grands médecins: Le professeur Potain (avec nombreuses figures.) — *La médecine humoristique*. — *Diététique*. — *Formules thérapeutiques*: Les diurétiques chez les cardiaques. — *La vie médicale*. (Envoi franco de ce numéro de 68 pages in-4 avec figures contre 0 fr. 70 en timbres-poste, tous pays.)

---

**Æsculape**, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le No: 1 fr. 50. Abonnement d'un an: 20 fr. (France), 25 fr. (Étranger), entièrement remboursé par des Primes de valeur au moins égale au prix de l'abonnement.

#### SOMMAIRE DU NO DE JUIN 1911

##### 1° Texte.

*Voyage médical en Italie* (15 illustrations), par le Dr Gougerot, professeur agrégé. — Pèlerinage médico-artistique.

*L'École de Médecine d'Indo-Chine* (3 illustrations), par le Dr

Matignon. — Comment elle pourrait faire rayonner l'influence intellectuelle française dans l'Extrême-Orient.

*A propos de dessins exécutés sous la suggestion hypnotique* (2 illustrations), par le Dr J.-A. Sicard, professeur agrégé. — Impressions de terreur et de cadavérisation d'un réalisme saisissant.

*Le Cimetière des chiens, à Asnières* (6 illustrations). — Comptendu pittoresque et vivant d'une visité à l'originale nécropole; 6,000 chiens y sont inhumés; des centaines de tombeaux avec épitaphes imprévues, attendries.

*Quelques anomalies de la figure humaine au Musée du Louvre* (7 illustrations), par le Dr Lepaître. — Où l'on voit des tableaux représentant: dacryocystite chronique, cicatrices, alcoolisme, prognatisme, acné hypertrophique, acné rosée, etc.

*Coutumes et Superstitions des Mois* (6 illustrations), par le Capitaine Baudesson. — Les vertus du Bois d'Aigle, ... etc.

*Spiritisme et Métapsychisme* (15 illustrations), par le Dr Geley. — Réponse à l'article du Professeur Grasset. Documents nouveaux, irréfutables, semble-t-il; exposition de la question sous son aspect scientifique.

*Les Terres cuites pathologiques de l'époque alexandrine* (10 illustrations), par le Dr F. Regnault. — On les prenait pour des grotesques; elles sont grandement intéressantes pour le médecin.

*L'Hôpital français du Caire* (1 illustr.), par le Prof. M. Hache.

## 2° Supplément.

*L'Homme mécanique "Occultus"* (1 gravure). — *Le Baiser.* — *La Femme, son moi inconnu de l'Homme, et son sourire* (1 illustration). — *Tatave et la Baronne.* — *Les victimes du Livre.* — *Le sexe et l'éducation.* — *Destinées d'épouvante* (3 illustrations). — *L'invasion des modernes et des primaires.* — *Le chien médium hypnotique de Madame Rostand.* — *Le sexe à volonté.* — *Pres-sous-nous* (dessin de Mirande). — *Comment vivent les femmes de lettres?* — *L'avenir de la race.* — *Les Drosères astucieuses et féroces.* — *Les animaux possèdent-ils une âme?* — *L'entrée dans la vie* (dessin de Daunier). — *Pompes funèbres* (dessin de Daunier).

## Répertoire de Médecine Internationale. Avril 1911.

**SOMMAIRE :** *Première partie.* Dr V. MORAX.—Le diagnostic des suppurations de la région palpébro-lacrymale; Dr J.-A. RIVIERE.—Traitement de la Neurasthénie par les agents physiques: Formulaire thérapeutique (*suite*).

*Deuxième partie:* Revue des revues (résumés sur feuillets mobiles).

*Troisième partie*: La profession médicale et les transformations de l'esprit public; Médecine légale; La ligue contre la mortalité infantile; Association médicale internationale contre la Guerre; Curieuse statistique de mortalité infantile dans l'Aisne; Séparation du Corps enseignant et des examinateurs; Le renouvellement des ordonnances; Voyages d'études médicales; Société d'hygiène de l'enfance; L'hôpital de Berek: un éloge allemand; Suppression des gibernes des médecins militaires; Bibliographie; Ouvrages Français et Etrangers récemment parus; Thèses de la Faculté de Médecine de Paris (Mars).

---

**Précis d'Auto-Suggestion volontaire. — Education pratique de la volonté. — Maîtrise de soi-même. — Influence sur autrui**, par le Dr Géraud BONNET. 2e Edition revue et augmentée. Paris, 1911, 1 vol. in-18, 302 pages. Prix: 3 fr. 50. Librairie J. ROUSSET, Editeur. 1 rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-prince (Paris VIe).

L'auto-suggestion volontaire est une suggestion qu'on se fait à soi-même volontairement.

C'est une action de la volonté et de la pensée qui, réagissant à son tour, sur cette pensée et cette volonté, peut permettre de les gouverner et de les diriger.

Grâce à l'auto-suggestion volontaire, chacun peut obtenir des modifications dans son état moral, dans son état physique, et exercer des effets favorables, sur toutes les fonctions de l'organisme.

La pensée et la volonté de l'homme sont des forces très souvent irrésistibles qui sont toujours à sa disposition et dont il doit apprendre à se servir au mieux de ses intérêts. C'est ce que l'auteur nous enseigne dans des chapitres spéciaux relatifs à l'éducation pratique de la volonté, à la concentration de la pensée et à la puissance personnelle qui conduisent à la maîtrise de soi-même et à l'influence sur autrui.

La première édition de ce livre a été rapidement épuisée; un accueil des plus favorables sera fait certainement à cette nouvelle édition.

---

## SUPPLEMENT

### CONTRE LA FIEVRE DES FOINS

Quoiqu'il arrive, tout médecin aura à combattre la fièvre des foins chez un ou plusieurs de ses clients.

Sans doute, on peut prévenir cette maladie en expédiant nos malades dans des climats appropriés où ils puissent être hors d'atteinte du pollen des fleurs; mais tous ne peuvent pas se payer le luxe d'un voyage.

— Avons-nous un médicament que nous puissions prescrire, sinon comme curatif, du moins comme palliatif de la fièvre des foins chez ceux qui restent parmi nous?

Oui: l'Adrénaline sous les trois formes suivante:

*Solution, inhalation, et crème.* (Voir les formules au couvert de ce journal).

Suivez les avis qui vous sont donnés et vous aurez des résultats surprenants.

Si vous avez besoin de détails, écrivez à la maison Parke, Davis à Montréal, et on vous donnera toutes les informations requises.

---

### QUEBEC ANCIEN ET MODERNE

Par voie de la Compagnie de Navigation Richelieu et Ontario. — Bien au delà de la ville, sur les hauteurs que borde la citadelle, vous voyez les plaines d'Abraham, où en 1759 le Général Wolfe offrit la bataille aux troupes du Général Montcalm.

La lutte fut terrible et se termina par la victoire de l'armée anglaise et la possession décisive de la ville et du pays. Un peu plus loin, les deux Généraux Wolfe et Montcalm tombèrent mortellement blessés, stimulant jusqu'au dernier soupir, l'un les vainqueurs et l'autre les vaincus.

Puis un peu au delà, existe le magnifique monument de granit à l'endroit où le général anglais rendit le dernier soupir. Longeant le chemin qui borde la rivière au bas de la côte, vous apercevez l'endroit où Montgomery, le général américain perdit la vie dans un assaut contre la ville le fameux soir du premier de l'an 1775.

Au sommet du penchant de la montagne, vous voyez un petit enseigne en bois indiquant l'endroit où le brillant général tomba

à la tête de ses hommes dans son ascension funeste sur le sommet du rocher.

Ce n'est pas tout Québec qui appartient à cette période ancienne, alors que le progrès était inconnu et que l'on se contentait du cours naturel des choses. L'invasion anglaise a produit des changements heureux qui font ressortir davantage l'état primitif de certains quartiers.

Sur le sommet du rocher de la vieille cité et au delà de la citadelle, vous pouvez apercevoir de longues avenues, ornées de résidences modernes où la pelouse, les fleurs et la verdure diffèrent complètement de la filière ancienne de vieux châteaux de brique pressée ou de plâtre noirci bâti sur les confins des trottoirs, avec un étroit passage donnant sur la cour en arrière, sans aucun indice de végétation quelconque qui représente encore le centre français sur le bord du fleuve. Nous avons aussi des magasins modernes, où l'énergie commerciale du XX<sup>e</sup> siècle est en évidence. Mais vous jetez un œil sur ces endroits familiers et vous vous demandez où, le soir, après la journée de labeur, ce Français peut bien assembler sa famille sur un balcon quelconque qui est un accessoire urgent et indispensable de toute bâtisse privée et lui facilite une petite conversation avec le voisin.

Où peut-être vous visitez cette petite buvette où Pierre s'abrite pour rencontrer ses amis et fumer sa pipe pendant qu'il déguste un verre de cette liqueur étrange et particulière à l'endroit.

L'on éprouve une sensation curieuse à visiter ces petites buvettes qui occupent une place si importante dans la vie domestique.

Et la petite Française — si vous avez un point faible pour le beau sexe — et qui n'en a pas parmi nous — nous fait une impression magique. Vous flânez dans le vieux Québec. En haut s'élève la ville progressive, mais les rues sont étroites et noires, peuplées d'une race originale qui vous impressionne. Encore plus haut, les lumières resplendissantes de la Terrasse Dufferin, remplie d'une activité inconnue à ce chétif et vieux Québec d'en bas, et avec un sentiment de regret vous constatez une ère nouvelle de progrès qui s'annonce déjà, et soupirez en songeant au jour où la transformation complète aura évolué, pour ne laisser du Québec d'aujourd'hui qu'un souvenir agréable.

Livrets illustrés et toute information sur demande, à J. F. De'an, agent de transport, cité, R. & Ontario Navigation Co.,  
9-11, Carré Victoria,  
Montréal.



**L'ANEMIE DE LA "VILLE"**

La vie active de la ville, surtout pour ceux qui vivent à l'intérieur, courbés sur leurs pupitres, livres de comptes ou d'étude, ne peut manquer de produire tôt ou tard une dépréciation vitale sérieuse chez tout homme, femme ou enfant ainsi situé.

L'indolence générale et le métabolisme sont bientôt suivis de perte d'appétit et de dégénérescence sanguine à forme anémique.

Bien que le Pepto-Mangan (Gude) ne puisse remédier à la cause première, il contribue cependant presque toujours au relèvement des forces, ramène l'appétit et agit comme tonique général sur tout le système et le sang. Le Peptomangan (Gude) n'est pas irritant pour l'estomac, l'absorption en est facile et l'assimilation prompte, sans aucune constipation.

**BOVRIL EST SANS REPLIQUES**

Le BOVRIL est scientifiquement préparé sous la direction de notre expert chimiste, et c'est vous dire que c'est le dernier mot, dans la concentration scientifique du bœuf.

Embouteillage automatique et n'est jamais touché des mains.

**EXTRAIT FLUIDE D'ERGOT NATIONAL**

est la préparation d'Ergot par excellence.

Nous basant sur la qualité d'Ergot nature employé, et notre méthode moderne de production, nous pouvons vous recommander ce produit avec la plus grande confiance, et spécialement pour

*Augmenter la pression sanguine.*

*Stimuler l'utérus.*

*Prévenir l'hémorrhagie après délivrance.*

*Aider l'involution à terme.*

et dans tous les cas où l'Ergot est indiqué.

S'il vous plaît spécifier "*National*."

**NATIONAL DRUG & CHEMICAL CO.**

**OF CANADA, LTD.**

**CENTRAL LABORATORIES,**

**MONTREAL.**

## A LA PROFESSION MÉDICALE

Il nous fait plaisir de vous annoncer que nous avons publié une liste complète et nouvelle des produits manufacturés à notre *Laboratoire Central Pharmaceutique*, comprenant le nom ordinaire et technique et la dose de nos (*National*) *Extraits fluides*. Aussi la formule en détail de tous nos extraits fluides composés.

Ce petit livret comprend aussi *d'autres produits pharmaceutiques "National"* et une liste complète des *Produits chimiques "National"* manufacturés au Canada à la *Manufacture de produits chimiques "National," Montréal*.

Nous nous ferons un plaisir d'envoyer cette liste à tout médecin sur réception d'une carte postale ou lettre.

## EVIAN (1)

MESSIEURS, (1)

Evian a une richesse en sources considérables ; dans un étroit périmètre coulent abondantes les sources Bonnevère, Guillon, des Cordeliers, Clermont, etc., etc., mais surtout, et avant tout, la source Cachat, la mieux connue, la plus appréciée, la plus répandue. Toutes ont même caractères, même composition, même température, mêmes usages, et mêmes indications ; toutes donnent les mêmes résultats. Aussi, pour faire connaître *la statique, l'anatomie* (comme vous avez coutume de m'entendre dire) des eaux d'Evian ; pour résumer l'histoire de cette grande Station, me contenterai-je, d'analyser particulièrement la source Cachat : son histoire sera toute une étude analytique et synthétique d'Evian.

Vous avez jugé combien l'eau de la source Cachat est limpide, claire, transparente, d'une coloration toute particulière, difficile à décrire, rappelant la teinte bleu électrique qu'ont, par exemple, les parois des grottes taillées à même dans les glaciers ; inodore, presque insipide : je dis, presque insipide, parce que, due à la source, elle a un goût agréable, difficile à définir, plutôt légère-

(1) Evian, chef-lieu de canton du département de la Haute-Savoie, sur la rive gauche du lac Léman, à 400 mètres d'altitude. climat doux.

Saison du 15 mai au 15 octobre. Complet établissement de Physiothérapie.

(1) Leçon du professeur Lumduzy

ment acide et métallique, goût *sui generis* qu'on ne retrouve plus, du reste, dans l'eau prise dans les bouteilles. Vous avez jugé de sa fraîcheur, sa température restant invariable à 12° centigrades.

Vous savez également combien cette eau est *aérée*, puisque vous avez vu s'en dégager, sous forme de bulles moyennes et fines, des gaz que nous savons être de l'azote, de l'oxygène et de l'acide carbonique.

Par ceux des hydrologues qui rangent les eaux minérales d'après leur richesse chimique, la source Cachat mérite d'être classée parmi les eaux de *minéralisation totale inférieure*, sa teneur minérale totale n'atteignant pas 0.50 par litre (exactement 0.4218). Si je retiens votre attention, tout d'abord, sur la faible minéralisation globale de la source Cachat, ce n'est certes, ni pour mal penser, ni pour médire d'Evian, bien au contraire.

A dessein, maintes fois déjà, notamment au cours de ce voyage; il y a quelques jours, à Aix; ce matin même à Thonon, je vous ai dit: que la *qualité*, que la manière de composition d'une eau importait autant aux hérapiéutes, que la quantité de principes qu'elle tenait en solution ou en suspension. Nous reviendrons sur ce point dans un instant, quand je vous dirai que les propriétés *osmosantes* de l'eau d'Evian sont justement fonction de sa faible minéralisation.

Les éléments pondérables de cette minéralisation sont les *bicarbonates alcalins* et le *chlorure de sodium*; leur faible quantité permet de répéter ce que nous avons dit maintes fois déjà, que ce n'est certes pas seulement en minéralisant, en "assolant" l'économie (comme un fermier le ferait de sa terre sur laquelle il répandrait des engrais chimiques) qu'agissent les eaux minérales prises en boissons. C'est souvent moins la matière qu'elles apportent (à fins d'incorporation cellulaire immédiate) que la provocation à des combinaisons instables, à des transformations continuelles de nos milieux organiques. En un mot, c'est du potentiel plus que de la matière qui par osmose s'infiltré dans l'organisme. La preuve en est que les eaux minérales, matériellement parlant, emportent souvent plus qu'elles n'ont apporté; grâce à leur état d'électrisation particulière, elles sont véritablement des forces coulantes.

Une boisson d'eau minérale prise, vivante, au griffon, est vraiment une solution ayant une énergie mesurable; ce sont des forces

que l'eau épanchée au travers de l'économie met vraiment en circulation. Ce sont autant d'éléments minéraux, organiques, thermiques, électriques, que transporte la boisson, et c'est du conflit de ces éléments jetés dans le milieu intérieur du malade, que vont naître une série de combinaisons instables, d'oxydations, de métamorphoses — adéquates pour une part à la composition *spéciale* de chaque source — aboutissant à tout un ensemble de réactions organiques et fonctionnelles de l'économie.

Exactement la source CaCHAT contient par litre :

Bicarbonate de calcium.....	0.2822
— de magnésie.....	0.1244
— de sodium.....	0.0089
Chlorure de sodium.....	0.0030

auxquels il faut ajouter des traces de :

Phosphate de fer.
— de calcium.
Azotate de sodium.
Iode
Sulfate de sodium.
— de potassium.
Lithine.

Pareille eau agit plutôt en raison de la manière dont sont groupés; en raison de la manière dont sont associés les principes minéraux, facteurs de forces et de réactions qu'en raison de la qualité, de la nature et de la quantité des principes minéraux. Cette association semble répondre à un type qui oriente dans le sens le plus désirable la manifestation des forces osmotiques. Le milieu intérieur que l'eau d'Evian contribue à constituer tend singulièrement à favoriser la combustion, l'oxydation, la dissolution, l'assimilation, les métamorphoses, l'assimilation comme l'élimination des principes minéraux et organiques dont est faite notre vie cellulaire.

#### ACTION DES COMPOSES ARSENICAUX RECENTS DANS LA THERAPEUTIQUE DU PALUDISME (1)

Nous sommes redevables au Dr Roques (*Thèse*, Toulouse 1911) d'une importante contribution au traitement du paludisme. Bien

(1) Par le Dr E. ROQUES, ex-interne des hôpitaux de Toulouse, ancien aide d'anatomie et lauréat de la Faculté, interne de l'hôpital civil français de Tunis.

placé, à l'hôpital français de Tunis, pour étudier les effets de cette thérapeutique antimalarique, notre confrère a expérimenté comparativement, dans un grand nombre de cas, les nouvelles préparations d'arsenic organique, à savoir: *l'atoxyl* ou anilarsinate disodique, *l'hectine* ou paraamino-phénylarsinate de soude, enfin la préparation 606 d'Ehrlich-Hata ou tri-xydiamido-arsenobenzol.

La première conclusion qui découle de ses recherches, très consciencieusement suivies, est l'inefficacité complète de l'atoxyl dans la malaria. Même à doses élevées, l'atoxyl est incapable d'arrêter ou de modifier un accès de fièvre. Son action directe sur les hématozoaires de diverses formes n'est pas appréciable. Enfin il est excessivement toxique, de sorte qu'il convient de l'exiler sans hésitation de la thérapeutique antipaludéenne.

En revanche, l'hectine a donné au Dr Roques des résultats si bienfaisants, voire même si remarquables, qu'il conseille d'y recourir, systématiquement pour toutes les formes du paludisme. En effet, écrit-il, " ce composé: 1° s'est montré efficace dans tous les cas, à la fois sur l'hématozoaire qui a disparu du sang périphérique dans des délais très brefs, et sur la fièvre qui est tombée brusquement après une seule injection intra-musculaire du dérivé; 2° il a présenté, dans toutes nos observations, une action particulièrement heureuse sur le sang dont il a rapidement élevé le taux des leucocytes et des hématies, ainsi que la richesse hémoglobinique de ces derniers; 3° il a donné à la nutrition un coup de fouet vigoureux qui a eu pour résultat d'augmenter considérablement la diurèse ainsi que l'élimination des chlorures et de l'urée; 4° il s'est montré constamment dépourvu de toxicité et n'a jamais déterminé aucun accident; 5° l'hépto-splénomégalie a rétrocedé de façon très nette après son administration; 6° ses injections ont toujours été indolores et parfaitement tolérées."

En ce qui concerne la posologie, le Dr Roques emploie couramment, chez l'adulte, la dose de 0 gr. 20 d'hectine; les doses supérieures ont été bien supportées, mais n'assurent pas de résultats plus évidents. Chez les enfants atteints d'un paludisme de moyenne intensité, il estime suffisantes des doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 15.

Notre confrère pratique une injection au moment de l'accès à dose maxima, de façon à sidérer les hématozoaires et permettre leur phagocytose plus aisée et rapide. Il fait ensuite, les deux ou

trois jours suivants, une deuxième injection de 0 gr. 05 plus faible que la première. Il pense qu'il est d'une bonne pratique de faire de la sorte une série de trois à quatre injections tous les six jours, jusqu'à disparition complète et définitive des accès.

Notons que le Dr Roques n'a pas jusqu'ici trouvé de cas rebelles au composé arsenical de Mouneyrat. Il n'a pas non plus, dans l'emploi prolongé et intensif qu'il en a fait, observé de phénomènes toxiques d'aucune sorte.

Quant à son mécanisme d'action, il l'explique par de puissants effets phagocènes. " Nous pensons, dit-il, que l'arsenic de l'hectine n'est pas un antiseptique vis-à-vis du protozoaire de Laveran, mais qu'il agit contre lui en excitant les fonctions défensives de l'organisme et plus particulièrement la phagocytose."

Quoi qu'il en soit, dans la plupart des observations, les hématozoaires ont disparu presque entièrement après une seule injection, et dans aucun des cas, il n'a été retrouvé d'hémamibes après le troisième jour.

Bref, le Dr Roques conclut que " nous avons en l'hectine une ressource précieuse, grâce à laquelle il nous sera permis d'influencer favorablement et sans actions nocives accessoires les processus nutritifs, et, en augmentant l'énergie vitale des cellules et leur force de résistance, de débarrasser l'organisme des parasites qui l'assiègent. Ainsi, l'hectine par son action antiparasitaire, ses effets antithermiques, son action éminemment bienfaisante sur la régénération du sang et tous les processus nutritifs généraux, doit être appelée à prendre rang dans la thérapeutique antimalarienne."

Enfin, dans les accès pernicioeux, le Dr Roques a fait l'essai de l'arsenobenzol, qui lui a paru avoir sur eux une action courte, mais décisive, laquelle permet à l'hectine d'agir dans la suite, bien que, du fait des phénomènes d'arseno-résistance, elle doit être injectée à forte dose.

..Il est encore un autre avantage des plus précieux à l'actif de ces nouveaux dérivés à molécule très complexe: c'est d'éviter la cachexie paludéenne, ce que ne fait point la quinine employée seule.