

Le

# Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE UNE FIASTRE PAR ANNÉE

MEDICINE

CHIRURGIE

SANTÉ

THERAPEUTIQUE

## Sommaire

Des bronchites locales du som-  
 met, par M. le Prof. HUTINEL. 459

Faux cancers et tumeurs inflam-  
 matoires du ventre, par M. le  
 Professeur LE DANTU..... 460

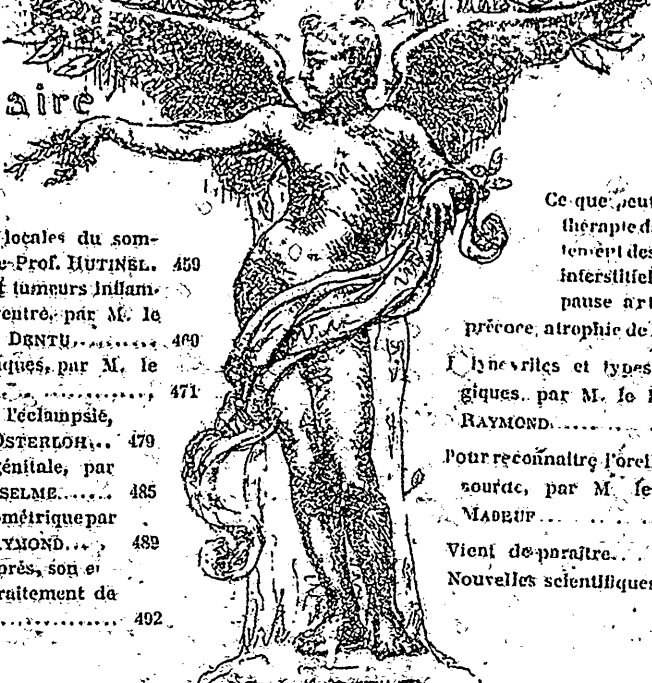
Les faux cardiaques, par M. le  
 Dr O. JOSUA..... 471

Traitement de l'éclampsie,  
 par M. le Dr OSTERLOH... 479

Syphilis extra-génitale, par  
 M. le Dr JEANSELME..... 485

Spondylose rhizométrique par  
 M. le Prof. RAYMOND... 489

L'essence de cyprès, son ef-  
 fectif pour le traitement de  
 la coqueluche..... 492



Ce que peut la radio-  
 thérapie dans le tra-  
 tement des fibromes  
 intersticiels, méno-  
 pause artificielle  
 précoce, atrophie de la tumeur. 495

L'hynerites et types porpyle-  
 giques, par M. le Professeur  
 RAYMOND..... 500

Pour reconnaître l'oreille la plus  
 sourde, par M. le Docteur  
 MADRUP..... 502

Vient de paraître..... 504

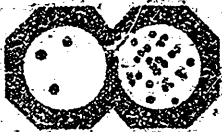
Nouvelles scientifiques..... 507

SCIENCE

LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS-LTÉE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



## HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER CHIMIQUE PURISSIME OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIE, NÉURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

SIBON MÉDICAL, 100, RUE SAINT-DENIS

DEPÔTS

pour le Canada Rouzier Frères, 63, Notre-Dame Est, Montréal  
 pour les États-Unis, Beckmann, 40, Beckmann Street N. Y.

---

---

# LE MONTREAL-MÉDICAL

Vol. 9

25 Décembre 1909

N° 10

---

---

*Hôpital des Enfants-Malades.*

## Les bronchites locales du sommet <sup>(1)</sup>

Par M. le Professeur HUTINEL

---

Messieurs,

La semaine dernière nous avons fait une erreur de diagnostic. On n'a pas coutume de s'en vanter, mais celle-ci présente un tel intérêt clinique que je l'ai choisie comme sujet de cette leçon.

C'était, vous vous le rappelez, à propos d'une petite fille d'une dizaine d'années. Son père, qui l'amenait à l'hôpital, était bien portant, mais elle avait perdu sa mère, il y a deux ans, d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide. Elle était malade depuis quatre ou cinq jours, fiévreuse, mal en train, et toussait fréquemment. Elle n'avait pas encore eu de maladies sérieuses, mais elle était délicate, chétive et s'enrhumait facilement. Lorsque je me suis approché de son lit et que j'ai demandé le diagnostic que vous aviez porté, ceux d'entre vous qui l'avaient examinée ont été unanimes pour me dire qu'il s'agissait d'une tuberculose pulmonaire déjà avancée, localisée au sommet droit.

---

(1) Leçon recueillie et révisée par le Dr Roger Voisin, chef de clinique médicale infantile et revue par le professeur.

J'ai appliqué l'oreille au point qui m'était indiqué et j'ai entendu dans la fosse sus-épineuse de nombreux râles humides, et sous-crépitants, prenant presque pendant la toux la sensation de bruits cavernuleux ; je ne poussait pas plus loin mon examen ce jour-là, ayant plusieurs autres malades à étudier. Le diagnostic que vous m'avez porté paraissait exact ; cependant je demandai que l'on fit l'intra-dermoréaction à la tuberculine.

Deux jours après, je revoyais l'enfant, l'intra-dermo-réaction était négative et les signes stéthoscopiques s'étaient modifiés. Ce n'étaient plus des râles humides à timbre cavernuleux que l'on percevait, mais simplement de gros râles de bronchites. J'ai posé alors le diagnostic de bronchite locale, et je vous ai conseillé de vous méfier. Ces bronchites locales, vous disais-je, ne sont pas très rares chez les enfants ; elles sont souvent prises, comme nous venons de le faire, pour une fonte tuberculeuse, mais elles peuvent avoir des causes multiples ; elles sont en rapport tantôt avec un rétrécissement mitral, tantôt avec des végétations adénoïdes, tantôt avec une adénopathie trachéo-bronchique, tantôt avec une fièvre typhoïde et je vous conseillai de faire le séro-diagnostic. La température pourtant oscillait entre 37° et 38° et elle n'était qu'à 37°2 le jour de mon examen.

Le lendemain, par contre, elle montait ; l'état de l'enfant se modifiait, la bronchite se généralisait d'abord dans tout le poumon droit, puis dans les deux poumons ; le ventre se ballonnait, des taches rosées apparaissaient et le séro-diagnostic pratiqué était positif. Aujourd'hui le diagnostic de fièvre typhoïde est indiscutable et tous les symptômes de la dothiéntérie se trouvent réunis : langue rouge et collante, splénomégalie, ballonnement du ventre, diarrhée, taches rosées, etc.

Il s'agissait donc dans notre cas d'une bronchite locale du sommet, marquant le début d'une fièvre typhoïde, mais cette bronchite avait été assez localisée, assez intense pour qu'on eût posé avec beaucoup de vraisemblance le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

C'est de ces bronchites locales, qui simulent la phthisie

pulmonaire, que je désire vous entretenir aujourd'hui. Elles ne sont pas très rares chez l'enfant, et il faut les connaître, car elles sont la source fréquente d'erreurs de diagnostic.

Elles s'observent à tous les âges, mais on les rencontre surtout chez les enfants déjà grands, de 7 à 15 ans, et aussi chez les jeunes adultes. Or, c'est chez de tels sujets que la tuberculose commence à être plutôt pulmonaire que ganglionnaire.

Les caractères cliniques de la fluxion locale sont presque toujours les mêmes, mais la poussée bronchique survient dans des conditions bien différentes qui en modifient un peu le tableau symptomatique. Permettez-moi de vous rapporter quelques exemples que j'ai été à même d'observer.

Premier cas : il s'agissait d'un jeune homme de 14 ans, qu'une croissance excessive paraissait avoir fortement fatigué ; c'était un adénoïdien, respirant mal par le nez. Sa mère, inquiète de sa pâleur et de sa mauvaise mine, me le conduisit. En l'auscultant je fus frappé de trouver au sommet du poumon droit de gros râles humides, pouvant faire croire à une fonte tuberculeuse de l'organe. Mais il n'y avait qu'une très légère submatité, pas de fièvre ; je posai le diagnostic de bronchite locale en conseillant à la mère de faire surveiller son fils. Peu de jours après mon examen, mon collègue des hôpitaux Duflocq fut également consulté ; il posa le même diagnostic de bronchite locale. Nous avons raison ; en quelques jours tous les symptômes disparaissaient, et actuellement le jeune homme est un beau et grand garçon, lymphatique à coup sûr, mais qui ne ressemble nullement à un phtisique.

Autre type : je soignais depuis plusieurs années un jeune garçon pour de l'adénopathie trachéo-bronchique ; un jour, il avait 18 ans alors, je fus appelé auprès de lui parce qu'il toussait ; je constatai au niveau d'un sommet des signes localisés qui me firent porter le diagnostic de congestion du sommet. A cette époque je ne connaissais pas encore bien ces phénomènes, je m'inquiétai pensant à la tuberculose et je fis demander une consultation au Professeur Potain. Celui-ci ne put venir que 10 ou 12 jours plus tard. Le jour de sa

venue, en maître bienveillant qu'il était, il dit bien à la famille qu'il y avait encore un peu de bronchite au sommet, mais, je puis vous l'avouer, il n'existait plus aucun symptôme inflammatoire.

Voici maintenant un troisième type un peu différent. J'avais été appelé à donner mes soins à un jeune homme de 24 ans, qui finit par succomber à une tuberculose généralisée pulmonaire, intestinale et péritonéale ; quelques mois après, un de mes anciens internes, médecin habituel de la famille, vint me demander de voir avec lui un jeune frère de mon ancien malade. Il était désolé ; il constatait au sommet une grosse poussée de tuberculose et redoutait l'évolution fatale observée peu de temps avant chez l'ainé. Je vis le malade, j'entendis également des râles humides au sommet, mais il me parut impossible d'admettre un ramollissement si rapide du poumon ; je pensai à une bronchite locale et je rassurai la famille. Ce malade est maintenant un beau garçon qui se marie dans quelques semaines.

Je terminerai la série de ces exemples par celui d'une jeune femme de chambre que j'observai à la Pitié, alors que j'étais l'interne de Peter. Cette jeune fille était en place chez mon maître, lorsqu'elle fut prise subitement de céphalalgie, de fièvre, de diarrhée, etc., qui nécessitèrent son hospitalisation. Le diagnostic de fièvre typhoïde était probable et ne tarda pas à se confirmer ; mais nous crûmes tout d'abord qu'il existait, de plus, une tuberculose d'un poumon. Le sommet droit présentait des râles humides strictement localisés sous la clavicule. Cependant, la fièvre typhoïde suivit un cours régulier ; la malade entra en convalescence et, plus tard, lorsque nous auscultâmes le sommet, nous n'y trouvâmes plus aucun symptôme suspect : tout s'était arrangé. Ce cas est tout à fait à rapprocher de celui de notre fillette.

\*\*\*

Dans ces diverses observations, les symptômes que l'on peut noter sont à peu près identiques. Ce sont des signes de bronchite localisés au sommet. Sans doute, on trouve aussi une certaine rudesse respiratoire, des sibilances ou des rhon-

chus dans le reste des poumons ; mais il y a, au sommet, prédominance manifeste des bruits anormaux : ce sont des râles humides, des râles sous-crépitaux. On n'observe pas de craquements ; ceux-ci sont des bruits fixes à timbre spécial qui se produisent dans une cavité accidentelle. Les râles, qui révèlent la présence de mucosités dans les bronches, sont plus fugaces, plus mobiles. Les bruits respiratoires sont d'ailleurs peu modifiés ; il n'y a pas de souffle ; on note tout au plus un certain degré de rudesse de la respiration.

Si l'on percute, on trouve parfois une légère diminution de la sonorité ; mais cette submatité est toujours très peu marquée et l'on est frappé du désaccord existant entre les signes stéthoscopiques et les résultats fournis par la percussion. Les vibrations sont également peu augmentées, la voix ne présente pas trop de résonance ; enfin, tandis que l'on ausculte la fosse sus-épineuse, si on vient à frapper légèrement avec l'index sur la clavicule, on constate que la transsonance est bonne et qu'elle n'est pas comme modifiée comme chez les phthisiques.

Les symptômes fonctionnels sont également peu marqués ; la dyspnée est modérée ou nulle ; il n'y a pas, pour ainsi dire, d'expectoration ; l'enfant tousse, mais cette toux n'est ni fréquente, ni marquée.

En somme, l'examen physique du malade, s'il est suffisamment complet, permet généralement de poser le diagnostic de bronchite locale ; mais( ces signes vous ne les percevrez que si, connaissant déjà ces bronchites, vous vous donnez la peine de les chercher. Or, vous ne les chercherez que si ce diagnostic vous semble probable, soit parce qu'il y aura désaccord entre les accidents locaux et les phénomènes généraux, soit parce que les commémoratifs éveilleront votre attention.

Ne vous fiez pas trop cependant à ce désaccord clinique, ni à ces commémoratifs. Vers 10, 12, 14 ans, la phthisie pulmonaire prend parfois un aspect floride que avez pu remarquer plus d'une fois. Tel enfant qui a une figure rose et un embonpoint très suffisant est déjà porteur d'une grande cavité tuberculeuse ; c'est un sujet qui ne réagit pas à l'in-

fection bacillaire ; il semble l'accepter : c'est un « consentant » comme le qualifie M. Triboulet.

Cependant, dans ces bronchites locales, ni l'état général, ni les symptômes généraux ne sont à dédaigner, surtout dans certains cas. Dans d'autres, par contre, les enseignements qu'ils fournissent ont moins de valeur. Voyons donc les diverses circonstances dans lesquelles se produisent ces bronchites locales.

Notre malade, vous l'avez vu, à la *fièvre typhoïde* ; or, cette manifestation n'est pas très rare dans la dothiéntérie. Murchison, Guéneau de Mussy, Peter, qui se rappelait probablement le cas dont je vous ai parlé, l'avaient déjà signalé. Vazeille, en 1885 ; Moutier, Archaronni, en 1904, l'ont étudiée dans leurs thèses inaugurales.

Les signes fluxionnaires apparaissent généralement dès le début de la maladie ; quelquefois seulement, ils ne s'observent qu'au moment d'une rechute. Ils disparaissent parfois vite ; d'ordinaire, ils suivent la même marche que les autres symptômes de la dothiéntérie. Ce parallélisme entre les signes de la fièvre typhoïde et ceux de la congestion du sommet semble devoir exister chez notre malade. La fluxion du sommet occasionne d'ailleurs peu de dyspnée. Elle a tous les caractères du catarrhe typhique ; ce qui surprend, c'est sa localisation. Ces faits sont assez connus maintenant pour que je n'y insiste pas davantage.

La cause de ces bronchites de la fièvre typhoïde paraît imputable à une modification de la circulation pulmonaire par les toxines du bacille d'Eberth ; mais la localisation au sommet est toujours suspecte, même quand elle disparaît sans laisser de traces.

Voici maintenant une autre maladie qui, chez les sujets jeunes, peut provoquer une localisation pareille : c'est le *rétrécissement mitral*. Rien de plus commun que les fluxions broncho-pulmonaires chez des sujets atteints de cette lésion. Elles se localisent le plus souvent au niveau des bases, mais exceptionnellement, elles peuvent se présenter au sommet et en imposer pour une phtisie avancée, et cela d'autant plus que la tuberculose s'associe souvent au rétrécissement mi-

tral. J'ai vu une jeune fille dans ces conditions. Elle présenta un jour une hémoptysie abondante et je constatai, en même temps, des signes de congestion du sommet. Les accidents disparurent, la jeune fille se maria, eut des enfants et actuellement c'est une femme d'une quarantaine d'années, toujours cardiaque, mais qui ne présente aucune manifestation tuberculeuse. Je pourrais en multiplier les exemples.

Chez les *albuminuriques*, des phénomènes pareils peuvent se produire. Il en est de même dans les *affections abdominales*. Rappelez-vous cette fillette de la salle Parrot, chez qui on craignit, pendant deux jours, une péritonite tuberculeuse, parce qu'elle présentait, en même temps qu'un gros empâtement indolore de la partie inférieure de l'abdomen, des râles localisés à un sommet. L'intra-dermo-réaction fut négative : il s'agissait, en réalité, d'une réaction péritonéale, consécutive à une appendicite.

Nous arrivons à une lésion que j'ose à peine vous rappeler, tant je vous en ai parlé souvent, c'est-à-dire à l'*adénopathie trachéo-bronchique*.

Ici, le mécanisme de la localisation se comprend facilement ; les bronches, comprimées par un ganglion, se dilatent en aval de l'obstacle. A l'occasion d'une infection banale, la bronchite se localise dans ce point déjà lésé ; sans doute ce n'est pas habituellement au sommet, mais la chose est possible. On peut aussi faire intervenir les troubles de l'innervation pulmonaire que cause l'irritation locale des nerfs, fréquente au voisinage des ganglions tuberculeux.

Dans d'autres cas il existe, au niveau du sommet une lésion latente. C'est d'une *tuberculose guérie* ou en voie de guérison qu'il s'agit le plus souvent. Rien de plus simple. Un tuberculeux guéri ne conserve au sommet de son poumon qu'une respiration affaiblie et une expiration prolongée ; si un jour il s'enrhume, ou simplement s'il rentre à Paris après s'être traité dans un sanatorium, on constate une bronchite locale qui peut alarmer beaucoup le médecin s'il ne sait pas discerner ce qu'il y a de superficiel dans ces manifestations qui peuvent guérir facilement.

Une cause plus commune encore peut-être chez les en-



fants, c'est *l'insuffisance nasale*. L'enfant présente des végétations adénoïdes, du catarrhe chronique de la pituitaire et une tendance exagérée aux rhumes ; souvent on constate chez lui une bronchite localisée au sommet et il faut savoir reconnaître son origine. Vous comprenez la joie des parents quand vous leur laissez espérer que l'enfant qu'ils vous ont présenté comme tuberculeux, n'a, en réalité, qu'une lésion peu grave.

\* \* \*

Comment peut-on expliquer la localisation au sommet des bruits anormaux ? L'explication m'en paraît assez simple, du moins pour la plupart des cas. La bronchite locale se produit chez les sujets qui ont en somme, au sommet du poumon, une épine irritative. La vaso-dilatation se fait surtout là où il y a une cicatrice. Le même phénomène s'observe sur la peau voici un enfant porteur de larges cicatrices consécutives des brûlures anciennes : s'il fait une rougeole, une scarlatine, s'il présente une roséole syphilitique, le maximum des lésions érythémateuses s'observera au niveau des cicatrices. Il me paraît en être de même pour le poumon.

Cette explication est-elle toujours exacte ? Elle l'est souvent et il faut toujours craindre, dans ces bronchites locales l'existence d'un foyer tuberculeux latent. Mais cette tuberculose peut ne pas exister dans le poumon ; elle peut être localisée dans un ganglion du médiastin. Or vous savez que je ne considère pas comme indifférent d'avoir une lésion étendue du parenchyme ou une lésion ganglionnaire. Celle-ci est d'un pronostic bien moins inquiétant.

Il ne faut pas dire, cependant, que la bronchite locale soit toujours liée à une tuberculisation, soit du poumon, soit des ganglions. C'est évidemment le cas le plus habituel et il faut toujours se méfier des adénoïdiens, des mitraux qui présentent une bronchite du sommet ; il faut se méfier même des typhoïdiques.

Et cependant, il faut le reconnaître, la tuberculose n'existe pas dans tous les cas. Chez l'adénoïdien, la chaîne ganglionnaire du cou et du médiastin peut être touchée par une in-

fection banale ; dans ce cas, l'adénopathie médiastine aiguë n'est pas forcément de nature tuberculeuse. Les signes qu'elle provoque passent et leur disparition rapide peut faire soupçonner leur nature banale. Il y a un signe précis qu'il faut alors rechercher : c'est la réaction de l'enfant à la tuberculine, c'est l'intra-dermo-réaction ou la cuti-réaction. Les résultats qu'elle fournit ont une véritable importance ; parfois, il est vrai, ils peuvent être retardés, mais il ne faut pas exagérer l'importance de ces réactions atténuées ou négatives, car elles ne s'observent que dans certains cas spéciaux et pas en général chez les enfants que nous venons d'étudier.

Il y a donc des bronchites locales qui simulent la tuberculose et qui peuvent n'avoir aucune corrélation avec elle. Tout exceptionnels qu'ils soient, ces faits sont importants et montrent avec quel soin il faut examiner les malades pour arriver à un diagnostic exact.

toujours liée à une tuberculisation, soit du poulmon, soit des

Ce *diagnostic*, vous ne le ferez en effet que si votre esprit est déjà prévenu. Inspectez, percutez, étudiez les vibrations thoraciques, auscultez, faites tousser votre sujet. Surveillez la dyspnée, examinez les crachats, l'état du pouls, la courbe de la température. Presque toujours vous trouverez dans l'évolution de la lésion locale ou dans les symptômes généraux, quelque chose d'insolite qui appellera votre attention. Pratiquez alors l'examen bactériologique des crachats, faites l'intra-dermo-réaction, ou même une injection de tuberculine, soumettez votre enfant à l'écran radioscopique et parfois vous arriverez à nier une tuberculose que d'autres auraient affirmée.

Ces bronchites locales ne sont d'ailleurs sérieuses qu'en raison des craintes qu'elles inspirent. Elles n'ont par elles-mêmes aucune gravité, dans la fièvre typhoïde, comme chez notre enfant, elles disparaissent avec la maladie causale, mais s'il se produit plus tard un réveil des foyers éteints, il faut se méfier et craindre la tuberculose.

Quelle sera la réponse que vous ferez aux parents quand vous aurez constaté une bronchite localisée au sommet ?

Ne soyez pas trop pessimistes, on ne vous le pardonnerait pas. Dites qu'il y a de la bronchite avec une poussée congestive, qu'il y a à craindre qu'il n'apparaisse quelque chose plus tard, mais que tout peut s'arranger et suivez votre malade. Il guérit. Allez-vous faire un bon pronostic ? Attendez. Sans doute il sera meilleur et si l'examen des crachats et si l'intra-dermo-réaction sont négatifs, mais attendez encore : il peut y avoir là une lésion éteinte, un vieux foyer scléreux ou ganglionnaire. C'est un lieu de moindre résistance, un point qui reste suspect, bien qu'il semble dépourvu de virulence.

Il faut donc surveiller votre malade et le traiter, non pas comme un phtisique, assurément, mais comme un candidat à la phtisie. Un sommet de poumon où l'on constate une mauvaise circulation est plus propre qu'un autre à se tuberculiser.

Instituez donc une bonne hygiène ; faites vivre l'enfant à la campagne, à l'air, donnez-lui une alimentation saine, évitez-lui les fatigues. Comme médicaments, prescrivez d'abord quelques balsamiques, puis administrez de l'huile de foie de morue et plus tard de l'arsenic. N'oubliez pas qu'une gymnastique suédoise bien comprise contribuera au développement physique de l'enfant et à l'élargissement de son thorax.



*Parce que les hommes commencent à voler dans les airs, il ne faut pas, pour cela, que chacun se croie un aigle.*

*Pour être civil et parfait médecin, il faut être juste, bon, généreux, discret et plein de tact.*

*Rappelez-vous toujours cette maxime de la sagesse antique : Tout comprendre, c'est tout pardonner. Appliquez-vous toujours à trouver les raisons secrètes des mouvements humains, bons ou mauvais.*

## Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre

Par M. le Professeur LE DENTU

---

M. Le Dentu fut consulté, en juin 1906, par un monsieur âgé de 39 ans, au teint fortement bistré, tirant un peu sur le jaune, à qui plusieurs médecins avaient dit qu'il était atteint d'un cancer de l'intestin. Ce diagnostic s'appuyait sur l'existence d'une tumeur intra-abdominale, grosse comme un poing environ, fixe dans tous les sens, correspondant à la région ombilicale. Cette tumeur était assez ferme et animée de battements violents, résultant de ses rapports intimes avec l'aorte. Elle n'était douloureuse ni spontanément, ni à la pression ; mais le malade se plaignait surtout d'une sorte de lumbago très intense, dont le début remontait à un an. Quelque temps après, il avait présenté des signes certains d'entéro-colite muco-membraneuse accompagnée de constipation, et quelquefois de selles sanguinolentes. Quant à la tumeur, il est vraisemblable qu'elle n'avait commencé à se développer que vers le mois de mai, au moment où les pulsations aortiques exagérées avaient fait penser qu'il s'agissait d'une aortite. Plus récemment même, on les avait attribués à un anévrysme. Amaigrissement et affaiblissement considérables survenus en un an.

Étant donnée l'entéro-colite constatée nettement et la corrélation connue de certains lumbago avec les affections du gros intestin. M. Le Dentu écarte le diagnostic cancer, et *diagnostique une tumeur inflammatoire, une péricolite* accompagnée probablement d'adénite prévertébrale, celle-ci fournissant une explication à la propulsion de l'aorte en avant et à ses battements superficiels, qui, par cela même, semblaient plus violents.

En dépit de crises fréquentes de vomissements qui au-

raient pu faire croire à de l'obstruction intestinale, mais qui étaient, en réalité, d'ordre nerveux, en dépit d'hémorragies graves provenant de boufferelets hémorroïdaux saillants à l'extérieur et de l'altération profonde de l'état général, la tumeur disparut complètement et en moins de trois mois, par l'effet du repos absolu au lit, d'applications émollientes sur le ventre et d'un régime approprié.

Malheureusement, une sclérose rénale se développa insidieusement. Elle donna lieu à des hématuries, puis à des phénomènes urémiques qui causèrent la mort en février 1909, trois ans et demi après le début du lumbago.

Depuis quelques années, plusieurs auteurs ont signalé la ressemblance de certaines tumeurs inflammatoires du ventre, avec des cancers, péricarite, péricolécystite, appendicite chronique pseudo-néoplasique, sigmoïdite et péri-sigmoïdite, colite et péricolite, surtout dans la portion ascendante et au niveau des angles.

Tels sont les sièges d'élection de ces sortes de tumeurs ; par contre, *ces faux cancers, de nature inflammatoire, se développent très rarement sur le côlon transverse.*

Le repos absolu au lit a fait ses preuves comme pierre de touche, pour le diagnostic, ou comme moyen de traitement efficace et définitif, dans des cas déjà assez nombreux. En cas d'hésitation prolongée, la laparotomie exploratrice serait légitime. La véritable indication de l'intervention réside dans les signes d'obstruction aiguë ou chronique.

---

*Lorsqu'une pauvre famille rurale devient, par son travail, propriétaire, c'est parce qu'elle a récolté dans son champ, en même temps que l'or, une abondante moisson de vertu.*

## Les faux cardiaques <sup>(1)</sup>

Par M. le Docteur O. Josué

*Médecin des hôpitaux.*

---

Messieurs,

Vous verrez souvent à la consultation des malades qui viennent demander conseil parce qu'ils se croient atteints d'une affection cardiaque. Certains se plaignent de palpitations, insistent longuement sur ce symptôme dont ils se montrent parfois très effrayés, sans que l'examen clinique permette de découvrir aucun signe de lésion du cœur. Souvent c'est dans un autre organe que l'on trouve la cause des accidents : la maladie se cache sous le masque des manifestations cardiaques. Ces malades sont des *faux cardiaques*. Il importe de ne pas les prendre pour des vrais cardiaques, car le pronostic et le traitement sont différents en pareil cas.

Potain a dit : « tout malade qui consulte pour des palpitations doit être présumé exempt de maladie de cœur ». Les palpitations constituent, en effet, le principal symptôme dont se plaignent les faux cardiaques. Ce symptôme consiste en une sensation pénible perçue par le malade qui a conscience douloureusement des mouvements du cœur. Il ne faut pas confondre les palpitations, phénomène subjectif que le malade est seul capable d'apprécier, avec les modifications du rythme, phénomène objectif que le médecin est à même de constater.

Le malade peut éprouver des palpitations avec un cœur battant normalement ; mais cela est rare. Par contre, des modifications profondes du rythme surviennent souvent sans que le sujet en ait conscience : la tachycardie fébrile, les irrég-

---

(1) Leçon recueillie par M. Brac, externe du service, et revue par l'auteur.

gularités de certains cœurs atteints de myocardite, etc., ne sont nullement perçues.

Cependant, les palpitations s'accompagnent, le plus souvent, de modifications du rythme. Potain distingue, à ce point de vue, trois variétés de palpitations. On peut constater une forte impulsion de la pointe avec accélération des battements du cœur. C'est la forme hyperkinésienne. On peut observer des battements irréguliers : c'est la forme arythmienne. Dans la troisième forme, les phénomènes sensitifs sont très marqués ; c'est la forme hyperesthésienne. Ces trois variétés de palpitations s'observent chez les faux cardiaques. Parfois les malades éprouvent une sensation particulièrement pénible d'arrêt du cœur, en même temps qu'il se produit une intermittence ; souvent c'est après une pulsation fortement ressentie que survient cette sensation angoissante.

Les palpitations peuvent être continues, ne laissant aucun repos au malade. Le plus souvent, elles surviennent par accès durant de quelques minutes à plusieurs heures ou plusieurs jours. Les accès peuvent être rares ou se reproduire fréquemment.

On voit, dans certains cas, apparaître en même temps des symptômes très effrayants pour l'entourage du malade. La face pâlit, les extrémités se refroidissent et le malade, couvert de sueurs, se sent défaillir au milieu d'une inexprimable angoisse qui lui fait craindre de mourir ; le pouls est petit, faible ou ralenti. D'autres fois, le malade, agité, se plaint de vives souffrances ; la face est vultueuse, les mains sont moites le sujet éprouve une sensation de chaleur intolérable ; le pouls est rapide et mou, quoique bien frappé. Ce sont les palpitations par excitation de Peter.

Il arrive que le malade se plaigne vivement de la région précordiale. On constate souvent une hyperesthésie de la paroi qui est exaspérée par les mouvements mêmes du cœur et qui cède, dans certains cas, rapidement à une pulvérisation de chlorure de méthyle, comme l'a montré Huchard. Les malades éprouvent aussi une sensation pénible de gros cœur. Les douleurs, de siège et de caractère variable, peuvent irradier dans le cou, dans les bras, le long des espaces intercostaux ; elles

peuvent prendre les caractères des accès de fausse angine de poitrine. Ce dernier syndrome, trop important pour être décrit incidemment, sera étudié dans une leçon spéciale.

Le cœur est souvent absolument normal. Dans d'autres cas, il existe des modifications du rythme. Il n'est pas rare enfin, de trouver des souffles extra-cardiaques qui sont indépendants de toute lésion du cœur. Rappelons rapidement les caractères de ces souffles. Ils sont variables. Potain les appelle « souffles de consultation ». Vous les constaterez à un moment, mais le lendemain, ou même quelques instants après, il vous sera impossible de les entendre. Ils sont modifiés par la respiration, par la position du malade. Leur siège est différent de celui des souffles orificiels. Situés en des régions dont Potain a précisé la topographie, ils ne se propagent pas, comme les souffles valvulaires, mais ils naissent et meurent sur place. Leur timbre est différent de celui des souffles organiques.

Il est des cas où l'hésitation sera grande. On constate en effet, chez des nerveuses, les signes physiques du rétrécissement mitral, sans qu'il y ait de lésion organique. Le roulement diastolique, le souffle présystolique, le dédoublement du second temps sont attribués, en pareil cas, à un spasme des piliers ou du sphincter qu'on a décrit au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Tous les signes disparaissent dès le lendemain ou au bout de quelques jours. Le peu de constance des signes permet seul de faire le diagnostic, d'où le précepte de ne jamais porter le diagnostic de rétrécissement mitral sans avoir examiné la malade plusieurs fois à quelque temps d'intervalle.

On a signalé également des insuffisances mitrales spasmodiques. Il suffit d'être averti de la possibilité de ces cas rares.

Si vous interrogez ces malades sur leurs crises passées, ils les racontent avec un grand luxe de détails et parlent souvent de la terminaison qu'ils redoutent. C'est, qu'en effet, les sujets qui nous occupent brodent tous leur fausse cardiopathie sur le même canevas parce que tous sont des névropathes. Leur nervosisme peut être plus ou moins apparent, plu



ou moins facile à découvrir ou à apprécier. Certains se plaignent bruyamment, ou bien ils sont abattus, découragés, ce sont des neurasthéniques, qui souffrent de tous les organes; la tare nerveuse est évidente chez de tels sujets. Mais elle existe aussi chez les faux cardiaques, qui sont, en réalité, des tuberculeux, des adénoïdiens, des dyspeptiques, des surmenés, des intoxiqués, etc. C'est ce que démontre un examen complet.

Aussi bien aurons-nous toujours soin d'examiner l'appareil respiratoire chez les malades qui présentent les symptômes cardiaques que nous venons d'analyser. C'est souvent de ce côté que vous trouverez la cause véritable des accidents. Hirtz, de Strasbourg, a dit : « Quand un malade se plaint de palpitations, il faut examiner le poumon, et examiner le cœur quand il se plaint d'essoufflement. »

Il n'est pas rare que l'on constate, en pareil cas, des signes de tuberculose au début, au niveau des sommets des poumons. Germain Sée, Peter, Potain, Huchard, Barié et d'autres encore avaient déjà signalé les syndromes cardiaques qui marquent parfois l'évolution tuberculeuse. Un de mes élèves, le D<sup>r</sup> Grosset, a consacré sa thèse à l'étude de ce faits.

C'est à la période initiale de la tuberculose pulmonaire que vous verrez parfois survenir des troubles cardiaques, tellement intenses, tellement prépondérants sur les autres manifestations symptomatiques, que les malades se présentent comme des faux cardiaques. Cette forme clinique s'observe surtout chez des jeunes filles ou des jeunes femmes. Ces malades sont pâles, ont l'aspect anémique. Elles mènent une vie mondaine fort active, parlent avec volubilité; leur intelligence est souvent supérieure à la moyenne. Il n'est pas difficile de trouver des indices de nervosisme chez de telles malades; leur manière de réagir et de s'exprimer, leur habitus extérieur, parfois des commémoratifs plus précis, tout dénote chez elles un terrain nerveux.

Parfois le tableau clinique est différent. Les sujets sont las, découragés, dégoûtés de tout et de tous. Loin de présen-

ter de l'éréthisme nerveux, ils ont l'habitus des neurasthéniques ; la tare nerveuse est manifeste.

Vous verrez aussi des femmes arrivées à l'époque de la ménopause se plaindre du cœur, alors qu'elles sont, en réalité, des tuberculeuses au début, comme l'a montré Peter. Les changements de caractère, les bouffées de chaleur, etc., tout l'ensemble symptomatique, dans certains cas, ne permettent aucun doute sur le nervosisme.

La tare nerveuse est plus difficile à trouver chez les jeunes gens de dix-huit à vingt-deux ans, qui sont atteints de ces sortes de palpitations attribuées souvent à tort à l'hypertrophie de croissance, alors qu'elles sont en rapport avec des lésions tuberculeuses des poumons. Et, cependant, ces jeunes gens sont la plupart du temps des surmenés, des intoxiqués par le tabac ou l'alcool ; un examen approfondi vous fera saisir, chez eux, l'influence nerveuse. Ces accidents sont particulièrement fréquents chez les jeunes soldats. Le docteur Chavigny constate que 80 0/0 des palpitations que l'on observe dans l'armée sont d'origine pulmonaire, et presque toujours liées à des lésions tuberculeuses. Là encore il est possible de mettre en lumière l'importance de l'élément nerveux : en effet, le changement brusque de milieu et de genre de vie ébranle profondément le système nerveux de certains individus.

Il vous arrivera de ne pas trouver d'autre maladie organique que des végétations adénoïdes du pharynx chez des faux cardiaques. La conformation spéciale de la face, le timbre nasonné de la voix, attireront votre attention ; l'examen local confirmera le diagnostic. Il faut connaître ces faits, car tous les accidents disparaissent par le traitement des lésions pharyngiennes.

Notons aussi les troubles cardiaques dont souffrent les malades atteints d'affections génitales prolongées. Certaines de ces manifestations sont d'origine réflexe, la plupart sont liées à des troubles nerveux, qui peuvent aller jusqu'à la neurasthénie la plus profonde. Je ne reviendrai pas sur les accidents de fausse cardiopathie qui surviennent au moment de la ménopause ; parfois liés à la tuberculose, comme nous

l'avons vu, ceux-ci peuvent être dus à la simple influence génitale et nerveuse.

L'influence nerveuse est manifeste chez les jeunes gens atteints de blennorrhagie ou de syphilis, qui se plaignent de violentes palpitations. L'impression morale et la crainte font de ces individus des névropathes, s'ils sont prédisposés. Il n'est donc pas étonnant qu'ils soient parfois des faux cardiaques.

Il n'est pas rare d'observer des malades qui souffrent et qui se plaignent du cœur, alors que le tube digestif et le foie sont malades. Parfois vous verrez survenir, chez de tels sujets, des accès de palpitations ou de la tachycardie. Mais il peut y avoir plus : il se produit, parfois, une vaso-contraction intense des vaisseaux pulmonaires par un réflexe parti de l'intestin ; la tension s'élève dans l'artère pulmonaire, comme le démontre l'accentuation du second ton au niveau du deuxième espace intercostal gauche. Un degré de plus et le cœur droit se dilate ; une insuffisance tricuspidiennne fonctionnelle survient et le syndrome asystolique apparaît. Ne semble-t-il pas qu'il s'agisse, en pareil cas, de phénomènes purement mécaniques ? En réalité, le réflexe ne se produit que chez des individus prédisposés, chez des nerveux.

Parfois le trouble digestif reste tout à fait latent. Le malade se plaint uniquement des phénomènes cardiaques qu'il présente. Vous serez souvent avertis de l'origine gastrique des accidents par ce fait que les palpitations surviennent pendant la première moitié de la nuit, comme l'a montré Huchard. On a signalé des accès de tachycardie, le pouls battant jusqu'à 200 fois par minute.

Dans certains cas, la constipation opiniâtre sera la cause des palpitations. L'entéro-colite muco-membraneuse peut aussi s'accompagner de manifestations du côté du cœur. Or, nous savons que les malades atteints de ces troubles intestinaux sont, le plus souvent, des névropathes.

Vous n'ignorez pas que les chlorotiques ont souvent les apparences de fausses cardiaques. Elles se plaignent de palpitations, de douleurs de siège variable, avec tendance syncopale. Ces symptômes peuvent prendre une place prépondé-

rante. Il n'y a rien là de nature à vous surprendre puisque ces malades sont des névropathes et qu'elles souffrent en même temps de troubles digestifs.

Les mêmes considérations s'appliquent aux individus surmenés par des excès de travail physique et cérébral, ou des excès vénériens. On voit des sujets qui préparent des concours ou des examens, devenir des faux cardiaques ; il y a, chez ces malades, deux facteurs à envisager : d'une part, la fatigue physique causée par les veilles, d'autre part la

Ce n'est pas tout : l'effet de certaines intoxications vient s'ajouter aux causes précédentes. Les intoxications par le café, l'alcool, le tabac, et surtout par le thé, sont des causes fréquentes de fausse cardiopathie. Il suffit parfois de soustraire l'individu à ces causes nocives pour voir disparaître tous les symptômes pénibles.

Entre les surmenés, les intoxiqués et les véritables neurasthéniques qui se présentent chez le médecin avec leur histoire écrite, qui se plaignent de partout, qui se désintéressent de tout ce qui n'a pas trait à leur état de santé, il n'y a souvent qu'une différence de degré. Vous ne serez pas étonnés de trouver, chez les neurasthéniques, toute la série des troubles fonctionnels cardiaques : palpitations plus ou moins pénibles, troubles du rythme, phénomènes vaso-moteurs avec congestion ou avec ischémie, manifestations douloureuses multiples et variées ; tout cela peut se rencontrer. On constate parfois, en palpant le ventre de ces malades très amaigris, des battements aortiques intenses faciles à percevoir ; les patients attirent quelquefois l'attention de ce côté, se plaignant de véritables palpitations abdominales. Un auteur américain, Dana, a décrit une forme de neurasthénie particulièrement grave à cause de sa persistance ; c'est la forme pulsatile. Le malade ressent des battements pénibles dans tout le corps et dans la tête. Dans d'autres cas, ce sont les douleurs précordiales qui prennent la première place. Les troubles du rythme cardiaque sont parfois très marqués ; on a signalé des cas où la tachycardie était extrême.

Quel que soit, d'ailleurs, le complexus morbide dont se plaignent ces malades, ils sont et restent avant tout des

neurasthéniques. Tous se présentent de la même manière, tous s'étendent avec complaisance sur les souffrances qu'ils endurent. Ils ne dorment pas la nuit ; leurs digestions se font mal ; ils ressentent des douleurs dans le dos, dans la tête, etc. Les souffrances de ces individus sont à la fois réelles et imaginaires. Ils s'écourent sans cesse, suivant l'expression populaire. Ils interrogent leurs sensibilités viscérales ; ils les affinent ; ils finissent par éprouver des sensations anormales. Alors que les mouvements des viscères — les contractions du cœur en l'espèce — restent, en général, dans l'inconscient chez le sujet normal, ils sont perçus, au contraire, par les neurasthéniques. Ces malades éduquent leur sensibilité viscérale, comme nous arrivons à perfectionner notre sensibilité tactile. Mais en même temps intervient un élément psychique. Le malade s'effraye des sensations qu'il perçoit ainsi, de même qu'il s'effraye de certaines sensations, cependant physiologiques. Sentant son cœur, ou éprouvant quelques mouvements tumultueux de ce viscère — à la suite d'un exercice physique, par exemple — prend peur, et l'émotion qu'il subit retentit elle-même douloureusement sur le cœur et cause des palpitations. C'est ainsi que le neurasthénique devient un faux cardiaque.

Les hystériques peuvent également localiser leur névrose sur le cœur. Le diagnostic se fait, en général, facilement, dans ces cas, à l'aide des stigmates. Il peut être, cependant, très difficile dans les formes d'hystérie monosymptomatique, d'hystérie viscérale portant uniquement sur le cœur. N'oubliez pas que le faux rétrécissement mitral se voit chez les hystériques ; or, si vous tenez compte de ce fait que le vrai rétrécissement mitral coïncide souvent avec l'hystérie, vous vous rendrez compte que le diagnostic peut présenter de réelles difficultés.

Tous les accidents, parfois fort impressionnants pour l'entourage, qui surviennent chez les faux cardiaques, comportent un pronostic bénin quant à la vie. Ils ne sont jamais mortels. Il n'y aurait lieu de faire quelques réserves que pour les cas de dilatation aiguë réflexe du cœur droit ; en guérit-elle le plus souvent.

En général, les accidents cèdent facilement à un traitement approprié. Dans certains cas, cependant, le pronostic est assombri par la persistance désespérante des troubles morbides. Le malade peut tomber dans cette lamentable cachexie neurasthénique où, amoindri psychiquement et physiquement, il ne reste plus que l'ombre de lui-même.

(A Suivre).

---

## Traitement de l'Éclampsie

Par M. le Docteur OSTERLOH

---

L'auteur passe en revue le traitement de l'éclampsie gravidique et de l'éclampsie puerpérale dans ces dix dernières années.

Une thérapeutique définitive et féconde en résultats fera toujours défaut tant qu'on aura pas élucidé complètement la nature de l'éclampsie, car les succès ne dépendent pas seulement du mode de traitement, ni du nombre des attaques, mais avant tout et en première ligne de l'extension des altérations des organes internes à la suite de chaque attaque. Bien que, au cours du temps, les hypothèses aient changé, une partie essentielle de la prophylaxie subsiste encore aujourd'hui et consiste dans le traitement de la néphrite gravidique, qui a pour but d'éliminer par les urines, les principes toxiques de l'organisme. En présence d'attaques convulsives, la tâche principale du médecin consiste en une intervention active dans les cas où l'orifice utérin n'est pas encore dilaté. La dilatation forcée avec le dilateur de Bossi, les incisions

cervicales et même l'opération césarienne vaginale préconisées récemment par Dührsen sont indiquées dans ces cas.

Des méthodes de dilatation de l'orifice utérin moins énergiques, telles que la dilatation manuelle ou avec les ballons peuvent aussi donner de bons résultats. A côté du traitement opératoire purement obstétrical, le traitement symptomatique et causal des convulsions éclamptiques occupe une large place et consiste en saignée, injections sous-cutanées de solutions salées physiologiques, décapsulation rénale, inhalations d'oxygène, ponction lombaire, respiration artificielle, massage du cœur, et en outre, des narcotiques et des analeptiques en grand nombre.

Depuis des années, l'auteur a obtenu de bons résultats avec le traitement suivant : En cas d'éclampsie gravidique imminente, lorsque le traitement diurétique ordinaire a échoué, on interrompt la grossesse par les moyens artificiels tels que la dilatation avec la laminaire ou l'instrument de Bossi, l'introduction d'un ballon en caoutchouc ; l'accouchement est ensuite dirigé et terminé éventuellement d'après les principes généraux.

En cas d'urgence, la délivrance forcée à l'aide du dilateur de Bossi, ou des incisions cervicales de Dührsen est indiquée. Outre l'emploi de la saignée dans les cas où le pouls est tendu, des injections sous-cutanées répétées de sérum physiologique (jusqu'à 1500 cc.), l'administration de la caféine pour la diurèse, l'irradiation avec les lampes à incandescence électriques pour la diaphorèse, sont indiquées.



*C'est à l'heure où la cervelle est malléable qu'il importe de réaliser le dressage en faisant passer dans le domaine de l'inconscient des petits préceptes moraux, des vérités fondamentales et inébranlables.*

**Maladies du Cerveau**  
**EPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES**

*Traitées depuis 40 ANS avec succès par les*

**SIROPS HENRY MURE**

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

Rigoureusement dosés. 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop à écorces d'oranges amères irréprochable.

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

Maison HENRY MURE, A. GAZAGNE, Ph<sup>o</sup> et 1<sup>er</sup> classé, guérisseur et curé, Pont-Saint-Esprit (Gard).

**Eaux Minérales Naturelles**



**SOURCES**

**SAINTE-JEAN** Maux d'Estomac.  
Appétit, Digestions.

**PRÉCIEUSE** Foie, Calculs, Bile,  
Diabète, Goutte.

**MARIE** Eau de Table  
légère, limpide et gazeuse.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX, VALS (Ardèche).

Chez tous les principaux Pharmaciens et Marchands d'eaux minérales.

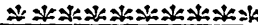




# LE BRANDY PH. RICHARD

N'est pas un cognac artificiel composé d'alcools à bas prix, coloré, aromatisé et vendu sous une étiquette pompeuse.

Le Brandy Ph. Richard est le produit distillé par des experts du pur jus de la vigne, que l'on conserve dans des fûts de chêne jusqu'à ce qu'il ait acquis cette finesse, ce bouquet, et arôme qui font les délices des gourmets.



## L'extract de Malt

**DE MILLER**

Le meilleur de Milwaukee, le plus Nutritif des aliments liquides, le plus Hygiénique, le plus riche, celui qui s'assimile le plus facilement, le

**TONIQUE RECONSTITUANT**

le plus Efficace recommandé spécialement aux mères qui nourrissent.

**Distributeurs Généraux :**

**LAPORTE, MARTIN & CIE, Ltée.**

Epiceries, Vins, Liqueurs. Eaux Minérales  
en Gros

**MONTREAL**



# SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- Société Médicale de Montréal**  
*Président* : M. T. Parizeau. *Secrétaire* : M. H. G. Bourgeois, 232, Sherbrooke O  
 Séances régulières : le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> mardi de chaque mois, d'octobre à juin.
- Société Médicale de Québec**  
*Président* : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.
- Montreal Medico-Chirurgical Society**  
*Président* : M. Alex. Hutchison. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison.  
 Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir
- Société Médicale de Shefford**  
*Président* : M. J. A. E. Brun. *Secrétaire* : M. A. Lossard, Granby, Co. de  
 (du West Shefford. Séances régulières : deux fois par année. (Shefford P. Q
- Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.**  
*Président* : M. Conquin. *Secrétaire* : M. A. Rivetin, Chicoutimi.
- Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.**  
*Président* : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-Brandon.
- Société Médicale du District d'Ottawa.**  
*Président* : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Papineauville.
- Société Médicale du Comté de Wolfe.**  
*Président* : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.  
 Séances régulières : le 1<sup>er</sup> mardi de - mois de mars, juin, septembre et décembre
- Société Médicale des Comtés de Souance et Dorchester.**  
*Président* : M. Fortier. *Secrétaire* : M. L. M. Déchêne, Beauceville.  
 Séances régulières : mars, juin, Septembre, Décembre.
- Société Médicale de Rimouski.**  
*Président* : M. Fisol. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.
- Société Médicale de St-Hyacinthe**  
*Président* : M. Turcot. *Secrétaire* : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.
- Association Médicale du Comté de Portneuf.**  
*Président* : M. Roussseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.  
 Séances régulières : mars, juin, septembre, Décembre.
- Société Médicale de Trois-Rivières.**  
*Président* : M. Le Blois. *Secrétaire* : M. O. Taurigny, Trois-Rivières.
- Société Médicale de Valleyfield.**  
*Président* : M. Ostigny. *Secrétaire* :
- Association Médicale du District d'Arthabaska.**  
*Président* : M. Belleau. *Secrétaire* : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co.  
 Séances régulières : janvier, mars, septembre, (d'Arthabaska,
- Société Médicale du Comté de Terrebonne.**  
*Président* : M. Grignon. *Secrétaire* : M. H. Provost, St-Jérôme.
- Société Médicale de Montmagny.**  
*Président* : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.
- Société Médicale du Comté de Champlain.**  
*Président* : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellemare, St-Narcisse.
- Société Médicale du District de St-François (Sherbrooke).**  
*Président* :  
*Secrétaire* :
- Société Médicale de St-Jean (Iberville).**  
*Président* : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duval (St-Jean-Iberville).
- Société Médicale du Comté de Maskinongé,**  
*Président* : M. L. A. Plante. *Secrétaire* : M. Duhamel.
- Association Médicale C. F. de Maniôba.**  
*Président* : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. Dubuc, St-Boniface, Man.
- Association Médicale de l'Ouest de Montréal.**  
*Président* : M. E. G. Asselin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Henri.
- Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord**  
*Président* : M. Arthur Simard, Québec. *Secrétaire* : M. Pâquet.  
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1910 à Sherbrook
- Canadian Medical Association.**  
*Président* : Dr. Montizambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ DU DOCTEUR FRANCK

Purgatifs

Dépuratifs

Antiseptiques



Contre la Constipation

et ses fâcheuses

conséquences

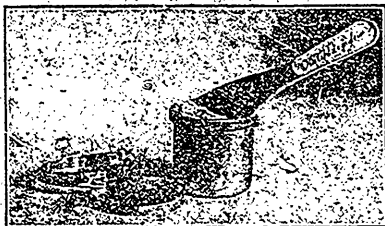
Codex Français. Edit. 1866. Formule N° 603

Prière à Messieurs les Docteurs de stipuler les véritables Grains de Santé du Docteur Franck — Dans toutes les Pharmacies

# ANTIPHLOGISTINE

Antidote de l'inflammation

Nous fournit la méthode la plus scientifique de combattre l'Inflammation et la Congestion. Elle est spécialement un bienfait contre les affections saisonnières de l'hiver.



**Pneumonie.** — Appliquez sur la poitrine, les côtés et le dos, et recouvrez avec un justaucorps de toile à fromage doublé d'ouate.

**Bronchite.** — Appliquez à la région sterno-claviculaire. Si un pansement est appliqué à la

première apparition des symptômes de bronchite, l'on peut prévenir un développement grave.

**Pleurésie.** — Appliquez au niveau de l'inflammation en en dépassant les limites. Dans tous les cas, la couche d'Antiphlogistine doit avoir au moins 1/8 pouce d'épaisseur aussi chaude que le patient peut confortablement le supporter et être recouverte de plusieurs feuilles d'ouate et d'un bandage.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.

(New-York)

## Syphilis extra-génitale

Par Monsieur le Docteur JEANSELME

Le chancre peut exister en un point quelconque du tégument externe, et sur toutes les muqueuses dermo-papillaires. Pour qu'il y ait contamination, il suffit de la blessure la plus insignifiante. Ce fait est prouvé par l'expérimentation. Les inoculations profondes, au contraire, ne donnent pas lieu au chancre.

Les sources de contamination peuvent être : une blessure par un instrument qui est souillé par le virus syphilitique, comme le rasoir. M. Jeanselme en a observé une dizaine de cas dans l'espace de vingt ans. Il cite notamment l'observation d'un jeune homme de 28 ans qui eut un énorme chancre du menton, de la dimension d'une pièce de deux francs, contracté de la sorte. Autrefois, on voyait souvent la syphilis extra-génitale à la suite de la vaccination de bras à bras. On l'observe à la suite de la circoncision, sur les doigts des opérateurs, etc. On a observé des épidémies de chancre de la trompe d'Eustache. Les spécialistes, dentistes, auristes, etc., doivent pour cette raison stériliser rigoureusement leurs instruments. On a vu des chancres de l'amygdale à la suite d'une amygdalotomie, des chancres divers à la suite de morsures. On voit des chancres de contagion extra-génitale chez les ouvriers par l'intermédiaire de la canne de verre qu'ils se passent de bouche en bouche. De même chez les sages-femmes à la suite de l'insufflation du nouveau-né pratiquée bouche à bouche.

Le chancre professionnel des médecins siège aux doigts ou à la face, quand le malade projette sa salive au moment où on lui fait une cautérisation au nitrate d'argent pour des plaques muqueuses de la gorge, par exemple. Le chancre des paupières est particulièrement fréquent, dans ces circonstances plus encore que celui des doigts.

Chez les nourrices, le chancre est presque toujours au niveau du sein, quand elles allaitent un enfant hérédosyphilitique qui n'est pas leur propre enfant, car une femme qui met au monde un enfant atteint de manifestations syphilitiques en activité peut impunément lui donner le sein (loi de Colles-Beaumetz).

Comment se fait la contamination extra-génitale ?

Il est très rare qu'elle s'opère par le chancre, parce que celui-ci est trop visible, trop « affichant » pour risquer la contamination. Au contraire, infiniment discrète est la plaque muqueuse ; or celle-ci est extrêmement virulente. Dès 1850 on a démontré par la méthode de confrontation que la plaque muqueuse peut engendrer le chancre. Puis sont venues les observations de Langlebert. Ricord s'est rallié à cette opinion, ensuite Fournier. Aujourd'hui, elle a passé en axiome dans la science. Enfin, récemment, on a constaté la spirochète dans les plaques muqueuses, ce qui est venu confirmer définitivement une notion déjà consacrée par l'expérience. Quand on réfléchit aux multiples promiscuités du monde ouvrier, on s'étonne que la contamination ne soit pas plus fréquente. C'est qu'en effet, pour que cette contamination ait lieu, il faut tout un ensemble de circonstances qui, heureusement, se trouvent rarement réalisées.

D'abord, qu'il provienne d'un chancre ou d'une plaque muqueuse, pour que le virus soit viable, il est absolument nécessaire qu'il ne soit pas desséché. C'est un virus éminemment fragile. En cela il diffère absolument des virus diphtérique, scarlatineux, tuberculeux, morveux, qui tous sont reviviscents et gardent leurs propriétés durant des mois et des années. Le virus syphilitique perd sa virulence aussitôt desséché. C'est pourquoi il est rare qu'il y ait contamination par l'intermédiaire d'un verre. A l'hôpital Saint-Louis, on a remarqué que les ventouses scarifiées ne donnaient presque jamais lieu à la contamination syphilitique.

Ces observations sont confirmées par l'expérimentation. Dans les essais d'inoculation sur les singes anthropoïdes, on a vu un chimpanzé résister à l'inoculation de virus desséché, tandis qu'ensuite on lui communiquait la syphilis avec du

virus frais. Cette seconde inoculation était nécessaire pour s'assurer que l'animal n'était pas réfractaire à la syphilis.

Les accidents ulcéreux tertiaires, particulièrement les gommes, sont-elles contagieuses? Laitduzy a vu au bout de 15 ans un syphilitique communiquer le chancre par le pus d'une gomme. Il y a seulement deux ou trois cas de cet ordre. Dans quelques cas, on a trouvé le tréponème. Le plus souvent l'inoculation du liquide gommeux aux anthropoïdes est négative. Cependant Neisser a pu produire le chancre chez un chimpanzé.

Donc la syphilis peut être virulente à toutes ses périodes. Mais, pratiquement, c'est avant tout la plaque muqueuse, puis le chancre qui sont virulents. On peut négliger la contamination par les gommes.

Les chancres extra-génitaux sont très fréquents. Ils figurent dans la proportion de 1/7 des statistiques générales. Beaucoup passent inaperçus, ou sont méconnus. Ils siègent surtout à l'extrémité céphalitique : 850 sur 1.100 d'après le professeur Fournier. Puis on les observe à la région anale et péri-anale, et au membre supérieur. A la tête, les parties les plus atteintes sont les lèvres, la langue, les amygdales. Les gencives le sont rarement. La cause instrumentale de contamination est alors, par exemple, la clef de Garengoet.

M. Jeanselme présente une jeune femme porteuse d'un chancre de la gencive ; il est situé à la partie médiane et, par suite, s'accompagne d'une adénite cervicale bilatérale. La malade attribue cette contamination à l'usage d'une brosse à dents qui lui est commune avec son mari, probablement atteint de plaques muqueuses.

Le chancre de l'amygdale est très fréquent. On le confond facilement avec une angine phlégmoneuse. Les symptômes sont une douleur unilatérale, avec un gros bubon. Tout cela persiste un mois et demi environ. Ce chancre a souvent l'aspect diphtéroïde. Si par hasard on l'observait chez un individu âgé d'une cinquantaine d'années, on pourrait penser à un épithéliôme. Il faut être averti de cette cause d'erreur de diagnostic.

Quel est le pronostic de la syphilis extra-génitale ? On a

dit — surtout Fournier — que c'était le même que dans les autres localisations de la syphilis. Il y a une restriction à faire à cet égard. D'après lui, dans ces formes-là, il arrive souvent que les accidents secondaires cutanés sont plus bruyants, plus fournis, plus florides, plus disseminés, moins discrets que dans les syphilis génitales. Il est de règle de ne pas voir une roséole proprement dite, mais déjà des éléments papuleux, alors que l'accident primitif n'est pas guéri. Souvent même ce sont des éléments papulo-squameux, apparaissant de six mois à deux ans après l'accident primitif. C'est le cas chez la malade présentée ici. Souvent la roséole présente le type céphalo-pectoral (roséole remontée).

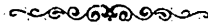
En outre, ces malades font souvent des accidents serveux précoces. C'est ainsi qu'une sage-femme ayant eu un chancre extra-génital, a fait, dès la période secondaire, une paralysie faciale radiculaire. On a l'impression, dit M. Jeanselme, que la syphilis extra-génitale est plutôt plus grave, plus bruyante, plus tapageuse que la syphilis ordinaire. C'est une impression, mais dont manque la preuve.

Le traitement, d'une manière générale, n'a pas lieu d'être modifié, quand la syphilis est à ciel ouvert. Mais s'il s'agit de chancre bucco-pharyngé, il faut prévenir les infections secondaires par des soins d'antisepsie : lavages à l'eau oxygénée, attouchements avec des solutions de résorcine ou d'acide salicylique, avec la teinture d'iode, l'acide phénique en solution concentrée dans l'alcool à 90°. Ces prescriptions ont la plus grande importance. On a vu des sujets mourir au cours de l'évolution d'un chancre de l'amygdale, par septicémie ; d'autres avoir des manifestations locales d'infection, des phlébites, des endocardites.

Enfin, ce qu'on voit beaucoup plus fréquemment, c'est la suppuration des bords cervicaux. On peut et on doit tâcher de l'éviter, ainsi que tous les accidents précédemment énumérés, par les soins antiseptiques. On voit quelquefois le chancre de l'amygdale prendre un aspect gangréneux contre lequel les antiseptiques locaux agissent d'une manière efficace.

En somme, peut-être faut-il traiter la syphilis extra-gé-

nitale avec un peu plus d'intensité, parce que les accidents secondaires sont plus marqués ; mais c'est tout. Cette question des syphilis extra-génitales est intéressante, d'une part, au point de vue de l'étiologie, parce que c'est presque toujours par les plaques muqueuses que se fait la contagion, et, d'autre part, sous le rapport du diagnostic, puisque, presque toujours, elles sont méconnues. Or, il faut bien se pénétrer de cette conviction, qu'à l'heure actuelle il n'est permis à aucun praticien d'ignorer la syphilis et ses dangers, tant pour ne pas méconnaître la maladie quand elle existe, que pour ne pas croire faussement à son existence ; car traiter comme syphilitique un individu qui ne l'est pas, serait pour lui une cause de déchéance injustifiée qui lui ferait craindre de se marier et lui mettrait constamment devant les yeux le fantôme menaçant de la syphilis. D'autre part, si le médecin ne traite pas la syphilis qui existe, il expose le malade aux accidents scléreux para-syphilitiques, tabes ou paralysie générale, contre lesquels le traitement ne fait plus rien. Quant aux chirurgiens, pareilles erreurs les ont entraînés à des opérations dangereuses et inutiles, comme celles qu'ils ont tentées maintes fois contre les crises gastriques du tabes.



## Spondylose rhizomélique

Par M. le Professeur RAYMOND

Un homme de 40 ans, ancien ouvrier chapelier, vient consulter pour des douleurs. Il a été exempté du service militaire pour du rhumatisme blennorrhagique. Il avait pendant la nuit des soubresauts des tendons. Pendant cinq ans, il fut gêné pour marcher à cause de ses reliquats articulaires. Puis, il contracta une angine diphtérique, qui fut suivie de paralysie du voile du palais et des mains, durant six mois.



Actuellement, il se plaint d'une immobilisation douloureuse de la colonne vertébrale, et de quelques douleurs dans les extrémités. En même temps, il présente une éruption de psoriasis. On constate une rigidité presque absolue de la colonne cervicale ; c'est à peine si on peut lui faire esquisser de faibles mouvements de flexion, d'extension ou de latéralité. Il existe un certain degré de scoliose au commencement de la région lombaire. On remarque quelques contractions fibrillaires. La sensibilité objective est conservée. Les mouvements des bras sont très limités. Les deux articulations scapulo-humérales sont prises. Elles sont le siège d'une demi-ankylose douloureuse. Les muscles sus-épineux et sous-scapulaires sont en voie d'atrophie (atrophie réflexe, causée par les douleurs articulaires). Le thorax est légèrement aplati. Les articulations temporo-maxillaires sont prises. — Les hanches sont libres.

Les réflexes tendineux sont exagérés, comme il arrive toujours chez ceux qui souffrent de leurs articulations. Souvent même on trouve de la trépidation spinale.

L'attention s'est fixée dans ces dernières années sur ces cas de maladie ankylosante ou de soudure de la colonne vertébrale qui, cependant, étaient connus depuis longtemps. Dans leurs travaux récents, Marie, Betscherew, Strampell, ont publié des cas analogues sous le nom de cyphose traumatique. Raymond, en 1897, a rapporté l'observation d'une jeune fille de 17 ans chez laquelle l'affection, commençant par le pied, gagna le genou, la hanche, puis le rachis. La radiographie montra la fusion de tous les os entre eux, avec disparition des ligaments, cartilages et synoviales. M. Raymond avait proposé d'appeler cette maladie synarthrophyse chronique. Marie la nomma spondylose rhizomélique, pour indiquer la participation du rachis et des membres. Betscherew insista sur l'existence de douleurs très vives, le début à la suite d'un traumatisme, la limitation à la partie supérieure de la colonne vertébrale. La description de cette maladie est déjà ébauchée dans l'article Rhumatisme vertébral du Dictionnaire Encyclopédique par Besnier, et dans le livre de Lécorché, à propos de la goutte.

# VIENT DE PARAÎTRE

*La Thérapeutique éclectique, physiologique et philosophique*, par M. le docteur Le Cavelier, volume G. R., 550 pages, librairie Basclé, éditeur, 247, rue Saint-Jacques. Prix : 10 francs.

## PRÉFACE

*L'hygiène et la thérapeutique reçoivent chaque jour une orientation plus précise des progrès de la microbiologie et de la médecine expérimentale, de l'étude plus approfondie de la physique et de la chimie biologiques et de nos connaissances de plus en plus complètes sur la composition des aliments et leur métabolisme physiologique.*

*Les vérités thérapeutiques, comme la lumière, nous viennent rapidement de plusieurs points en même temps et le praticien occupé ne peut que constater les faits et utiliser les moyens les plus favorables au traitement de ses malades.*

*Après avoir visité les principaux hôpitaux de toutes les grandes Capitales, il nous a paru intéressant de grouper en une « gerbe thérapeutique » les procédés les plus nouveaux et les plus efficaces dans l'art de guérir et de les unir étroitement par les liens de l'anatomie normale et pathologique, de la physique et de la chimie biologiques, de la physiologie et de la pathologie générales.*

*Ces souvenirs anatomo-physiologiques mettent en mémoire la logique harmonieuse de l'ensemble de l'organisme et facilitent le choix d'une médication judicieuse.*

*Le thérapeute ne doit pas s'astreindre à l'étude d'un seul système ou d'une seule doctrine, mais bien avoir des idées générales, des vues étendues sur tous les constituants de l'organisme et sur la pathologie tant locale que générale pour en déduire des conclusions pratiques auprès du malade.*

*Après avoir donné une définition de la maladie, nous rappelons l'anatomie et la physiologie de la partie atteinte et exposons le rôle des toxo-infections ou des auto-intoxications qui peuvent éclairer le tableau pathogénique et orienter la thérapeutique.*

*En pathologie, il faut toujours voir et apprécier, en même temps que le trouble fonctionnel ou la lésion d'un organe, la physiologie de l'appareil qui joue le rôle supplémentaire et la solidarité de toute l'économie.*

*En thérapeutique, l'on doit considérer l'action d'un traitement sur l'ensemble de l'organisme avant d'en voir uniquement l'effet sur la partie malade.*

*Dans le choix des moyens que nous préconisons pour combattre la maladie, nous mettons en pratique les principes suivants :*

- 1° Les soins d'ordre hygiénique;*
- 2° Le régime diététique;*
- 3° La psychothérapie;*
- 4° La physiothérapie;*
- 5° Une médication pragmatique, éclectique et physiologique.*

*Nous avons donné une large place à la diététique qui est la base de la vie cellulaire et de la chimie biologique.*

*Nous mettons largement au profit des malades les récents travaux de laboratoire qui nous ont fait connaître la prodigieuse action des ferments, les propriétés que possèdent les substances colloïdales ultra-microscopiques, organiques ou métalliques et les résultats heureux que donnent les sérums antitoxiques et vaccinogènes. Nous attachons aussi une grande importance à la physiothérapie dont la valeur nous est démontrée par les excellents effets qui suivent l'application des agents physiques.*

*Dans les affections des voies respiratoires et pour le traitement des maladies contagieuses, nous recommandons l'emploi méthodique de l'Olfactothérapie. Nous donnons ce nom à tout produit volatil, agréable à l'odorat, et possédant des propriétés thérapeutiques tant locales que générales. La physiologie nous apprend que des inhalations d'odeurs désagréables sont suivies d'une diminution de la quantité d'air inspiré et d'une contraction réflexe des vésicules pulmonaires (environ 2.000 millions, d'après Sappey); les inhalations d'ions volatils qui flattent l'odorat augmentent l'amplitude de la respiration, dilatent les vésicules pulmonaires et permet-*

tent de réaliser un véritable lavage du poumon. Sans insister sur l'action locale de l'olfactothérapie et sur ses effets concernant les sécrétions psychiques de la plupart des glandes de l'économie, nous rappelons que Claude Bernard a montré la grande puissance d'absorption que possèdent les muqueuses de la trachée et des bronches. Nous préconisons l'usage des huiles essentielles aromatiques parce que leurs ions volatils peuvent être utilisés par les ferments lipolytiques du poumon ; le pouvoir antiseptique et de pénétration de ces substances est connu depuis la plus haute antiquité et elles ont réussi à conserver durant plusieurs milliers d'années des tissus anatomiques que nos microscopes peuvent reconnaître aujourd'hui. Ces produits volatils sont particulièrement indiqués dans les affections des voies respiratoires et contre les maladies qui se transmettent par l'air.

Toute la médication prescrite est physiologique en ce sens qu'elle vient utilement en aide au malade par tous les moyens efficaces et qu'elle cherche à seconder la nature, sans jamais se substituer à elle, pour produire des réactions de défenses physiologiques capables de ramener l'organisme en équilibre normal de santé.

Cette thérapeutique a son côté philosophique par les explications que nous développons pour montrer et démontrer les indications ou les contre-indications de tels remèdes, leurs différents effets sur la partie malade et sur l'ensemble de l'organisme. « Il faut, a écrit Hippocrate, rallier la philosophie à la médecine et la médecine à la philosophie, car le médecin philosophe est égal aux dieux. »

Il existe une philosophie de la thérapeutique parce que le praticien instruit est appelé à tout moment à agir avec discernement dans la mise en pratique de toutes ces connaissances acquises pour traiter le malade et la maladie.

En clinique, l'on ne peut séparer la pathologie de la physiologie et de la psychologie si l'on veut arriver à des déductions pratiques. Nous avons fait un résumé succinct de la philosophie pragmatique de la médecine et tenté d'expliquer, autant que possible, la raison d'être et le mode d'action des remèdes choisis afin d'augmenter la confiance en la thérapeutique.

Certains de ces cas de rigidité de la colonne vertébrale ont, été rapportés par Leyden à la syphilis, par Poncet, de Lyon, à la tuberculose.

Si l'on considère l'ensemble des faits, on voit qu'il y a des transitions insensibles entre ce qu'on a appelé rhumatisme de la colonne vertébrale, spondylose rhizomélique et cyphose traumatique.

Le malade que présente M. Raymond, se rapporte, de par ses caractères objectifs, surtout au type de la spondylose rhizomélique.

De plus, c'est un arthritique, qui a du psoriasis. Son trophisme n'est donc pas normal. Il cumule des infections diverses : blennorrhagie, diphtérie.

Le traitement d'un cas semblable n'est pas absolument nul. On peut espérer quelque chose de la désinfection intestinale prolongée, de l'opothérapie, de la mécanothérapie, du traitement par les Eaux d'Aix. On a obtenu avec les rayons X également une diminution des douleurs, et la disparition progressive des ostéophytes, qui sont le point de départ de celle-ci.

Somme toute, la spondylorhizomélie est une de ces maladies chroniques qui doivent attirer l'attention de plus en plus et susciter les recherches des nouvelles générations, car elles doivent cesser d'être de simples curiosités pathologiques et devenir, comme les autres, susceptibles d'amélioration et même de guérison par une thérapeutique appropriée.

---

*Les idées sont capables de déterminer, dans l'organisme, des réactions chimiques multiples et même des troubles de la nutrition. La jalousie et l'envie sont souvent la cause de calculs biliaires. La colère ne produit-elle pas l'exophtalmie, tout comme la maladie de Basedow.*

## L'essence de Cyprès

### Son emploi pour le traitement de la coqueluche

Le cyprès « *Cupressus tempéruviens L* » est un conifère qui croit surtout dans le Midi de la France. La distillation de ses feuilles à la vapeur d'eau fournit de 0,5 à 1 0/0 d'une huile essentielle susceptible de rendre des services en olfactothérapie.

Cette essence a été utilisée pour la première fois en 1892 par le D<sup>r</sup> Bravo du Chili pour le traitement de la coqueluche. Depuis, les recherches cliniques de M. le Professeur Soltmann (1) et l'emploi courant de ce remède, surtout en Allemagne, ont prouvé, que son action était réellement très efficace.

Ce remède agit d'une façon rapide et sûre surtout pendant la première phase de la maladie : mais, dans tous les cas et à quelque moment que ce soit de la maladie, le malade ressent une amélioration très sensible de son état. Généralement, le mieux commence à s'accuser de façon très nette deux jours après le commencement du traitement ; le nombre des quintes de toux va ensuite en décroissant rapidement en même temps que la durée des crises diminue.

M. le professeur Soltmann a d'ailleurs reconnu au cours de ses expériences que la respiration prolongée des vapeurs d'essence de cyprès ne produisait aucun effet pernicieux sur le canal gastro-intestinal, les organes respiratoires, le système nerveux, les reins et le cœur.

L'huile essentielle de Cyprès s'emploie de la façon la plus commode en solution alcoolique : on prend une partie d'essence pour 4 à 5 d'alcool à 95°.

---

(1) Keuchhussen und Cypressenol par le docteur Soltmann de Leipzig. *Thérapie der Gegenwart*, mars 1904

On verse, 4 à 5 fois par jour, quelques gouttes de cette solution sur l'oreiller et le linge de l'enfant malade, de façon que l'air ambiant soit à peu près saturé de vapeurs d'essence de cyprès.

Il était donc intéressant, en présence des résultats obtenus d'étudier la composition chimique de l'essence, afin de se rendre compte quel était le constituant qui possédait les propriétés curatives spéciales.

L'huile de Cyprès est un mélange assez complexe de corps chimiques possédant des fonctions différentes.

Nous y trouvons d'abord 60 à 70 des terpènes et sesquiterpènes suivants : de pinène, de camphène et de sylvestrène.

Les carbures proprement dits sont représentés par 1 à 2 0/0 de cymène.

Nous y rencontrons également des traces de cétones non déterminés et de sulfura. De plus l'essence de Cyprès renferme 7 à 10 0/0 d'alcools constitués surtout par du terpinéol et probablement par un peu de geraniol ou de linalcool. Ces alcools sont, en partie libres, en partie combinés aux acides valérianique et acétique.

Mais le corps intéressant, celui qui, fait probablement l'agent efficace dans le traitement de la coqueluche, est un alcool sesquiterpénique : le camphre de Cyprès,  $C^{15}H^{26}O$ . Ce corps, qui fond à  $86^{\circ}$ - $87^{\circ}$  cristallise en belles aiguilles et semble l'isomère stéréochimique du cédrol : alcool sesquiterpénique constituant de l'essence de cèdre; le cédrol est dextrogyre et le camphre de cyprès est inactif vis-à-vis de la lumière polarisée.

Le camphre de cyprès constitue environ les 15 centièmes de l'essence.

Pour compléter cet exposé purement chimique et plutôt théorique, nous sommes heureux de pouvoir donner certaines constantes physiques faciles à déterminer et permettant de se rendre compte de la pureté d'une essence de cyprès.

Remarquons avant tout que les constantes que nous allons donner s'appliquent uniquement à des essences distillées de plantes fraîches. L'essence provenant des plantes sèches dif-

fière des précédentes en ce que les parties les plus volatiles ont disparu pendant le séchage.

Les nombres que nous donnons sont le résultat d'un grand nombre d'analyses effectuées sur des produits d'origine connue et de pureté certaine.

Densité à 15° .....	0,869 à 0,875
Pouvoir rotatoire .....	+ 20° à + 28°

rapporté à la raie jaunée du sodium:

Solubilité alcool à 90° .....	3,6 à 6,5
Solubilité alcool à 85° ....	10 à 14

Les chiffres déterminant la solubilité sont donnés par le nombre de centimètres cubes de l'alcool considéré, nécessaire pour dissoudre à 15°, 1 centimètre cube d'essence.

Toute essence de cyprès extraite de plantes fraîches devra pour être considérée comme pure avoir des constantes physiques entrant dans les limites données plus haut.

Les essences provenant des plantes sèches diffèrent des précédentes en ce que la densité est plus élevée et le pouvoir rotatoire plus faible. Elles sont enfin plus solubles surtout dans l'alcool à 85°.

Nous terminerons ce petit exposé en souhaitant que ce mode de traitement de la coqueluche se vulgarise de plus en plus, car il est la simplicité même comme mode opératoire et, ce qui est mieux, il est d'une efficacité certaine.

La 4<sup>me</sup> édition du Dictionnaire des termes techniques de médecine écrit par M. M. Garnier et Delamarre vient de paraître. C'est le répertoire le plus complet des termes nouveaux qui rendra les plus grands services aux médecins et aux étudiants.

Envoyé franco par colis postal sur réception d'un mandat d'une piastre et vingt-cents.

M. Maloine, éditeur, Place de l'École de Médecine, Paris.



**Ce que peut la radiothérapie dans le traitement  
des fibromes interstitiels,  
ménopause artificiel et précoce,  
atrophie de la tumeur**

Par le docteur H. BORDIER

*Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon*

Il y a longtemps que l'on a cherché à faire bénéficier les fibromes des bienfaits de l'électricité, soit avec le courant continu (Cutler et Brown, Apostoli), soit avec le courant faradique (Tropier, Engelmann).

Mais les résultats que fournissent ces applications électriques ont toujours été incomplets et n'ont fait que modifier quelques symptômes accusés par les malades (douleurs, hémorragies).

Le seul traitement curatif connu jusqu'à présent était le traitement chirurgical et celui-ci restera longtemps encore indiqué dans certaines variétés de fibromyomes, qui par les accidents engendrés rendent ces tumeurs cliniquement graves et justiciables alors d'une intervention chirurgicale efficace et rapide.

Mais il ne faut pas oublier que malgré tous les perfectionnements l'opération (hystérectomie abdominale) reste une opération grave qui peut donner lieu à de nombreux accidents, soit pendant, soit après l'opération.

Un traitement médical, ne faisant courir aucun risque aux malades atteintes de fibromes et capables de les guérir cliniquement de leur tumeur doit, semble-t-il, être favorablement accueilli et être regardé comme un progrès social très important, étant donné le nombre considérable de femmes fibromateuses.

Il y a déjà longtemps que j'ai commencé à faire agir les

rayons X sur les fibromes : c'est à la suite d'un mémoire du Professeur Imbert que j'ai appliqué la radiothérapie dans ces cas. Mais le grand inconvénient qui existait à cette époque, c'est que les doses de rayons X dirigés vers la tumeur ne tardaient pas à amener un érythème, puis une radiodermite qui obligeait à suspendre le traitement radiothérapique ; les doses ayant pénétré profondément étaient alors trop faibles pour pouvoir agir efficacement ; on ne constatait qu'une amélioration de différents symptômes, ainsi que le faisait ressortir l'article du Professeur Imbert. Ces améliorations dues à la radiothérapie ont été constatées par plusieurs médecins et publiées dans les revues d'électrothérapie.

Mais depuis l'emploi des filtres en radiothérapie, la dose de rayons X qu'on peut faire pénétrer profondément sans léser la peau, a augmenté dans de grandes proportions et c'est cette pénétration profonde sans accidents cutanés qui m'a permis d'obtenir les résultats que je vais indiquer plus loin : c'est depuis la fin de 1907 que j'utilise les filtres et c'est à la suite des applications ainsi pratiquées que j'ai eu la satisfaction de guérir plusieurs fibromes interstitiels.

La technique employée a toujours été la même pour l'appréciation des doses de rayons X. J'ai constamment utilisé le chromoradiomètre que j'ai fait connaître (1). Sur la peau était collée une de mes pastilles-réactifs au point où correspondait la direction principale de l'ampoule, et la substance filtrante était placée par dessus.

L'irradiation, faite avec une ampoule de Müller à anti-cathode refroidie, était arrêtée quand la pastille présentait la teinte 0 de mon échelle chromoradiométrique.

Les rayons employés étaient choisis très pénétrants et marquaient 9 à 10° Benoist.

Les séances étaient faites à raison de trois pour chaque porte d'entrée dans l'intervalle des règles, et à 1 ou 2 jours de distance. Les filtres employés étaient des lames d'aluminium de 0,5 à 1,5 millimètres d'épaisseur.

Les résultats d'une semblable technique furent surprenants. On doit les diviser en deux ordres: 1° *Diminution progressive de la tumeur*; 2° *Diminution, puis suppression totale des règles*.

Les rayons X agissent sur le fibrome lui-même, pour en amener l'atrophie progressive ; on sait que les fibromyomes proviennent des capillaires utérins dont l'endothélium reste intact, mais dont l'adventice engendre une zone de *cellules embryonnaires* qui se multiplient et forment des rangées concentriques de fibres musculaires lisses.

L'action des rayons X s'exerce sur les cellules embryonnaires du fibrome, car on sait que ces rayons agissent de préférence sur les tissus, au sein desquels il se produit une poussée prolifératrice, ou sur ceux qui contiennent des cellules où l'activité karyokinétique est intense.

Le second fait mentionné, à savoir la suppression des règles à la suite d'une certaine dose de rayons reçue par les ovaires, doit aussi entrer en ligne de compte.

Cette ménopause précoce a été signalée par Foveau de Courmelles et paraît ne pas avoir été assez remarquée. On a pu, au moyen des rayons X, stériliser les femelles de divers animaux par atrophie des ovaires. Les rayons X ont, en effet, une action élective sur l'ovaire en tant que glande à rénovation cellulaire intense ; l'atrophie peut être facilement obtenue chez les petits animaux avec des doses dites faibles, mais que malheureusement les auteurs n'ont jamais mesurées.

Chez les animaux de taille supérieure, chez la chienne et surtout chez la femme, les résultats ont été négatifs et pour quelques auteurs impossibles à obtenir. Ainsi pour Bergonié et Tribondeau la castration roentgénienne de l'ovaire, « qui aurait un plus grand nombre d'indications que celle du testicule », est rendue dangereuse et aléatoire par la profondeur de la glande chez la femme.

De même, Laquerrière, dans une consommation faite au *Congrès de Lyon*, août 1906, soutient aussi que « chez la femme et les grands animaux, la distance qui sépare les ovaires de la paroi abdominale ne permet pas d'espérer une action très considérable et très durable sur ces organes, sans risquer la radiodermite ».

Les observations qu'il m'a été donné de faire montrent, au contraire, qu'avec une bonne technique les rayons X

peuvent agir fortement sur les ovaires, pour amener la suppression des menstrues sans produire de radiodermite de la paroi abdominale servant de porte d'entrée aux rayons X.

D'après mes observations, et par ma manière d'opérer, je m'ai jamais eu à faire 100 ou 150 applications successives de rayons X, comme l'a fait Foveau de Courmelles

En général, le nombre des séances est beaucoup moindre : ainsi chez une femme âgée de 47 ans, il a suffi de 18 séances pour produire non seulement la disparition de son volumineux fibrome, mais encore la ménopause, les règles ayant manqué dès le troisième mois après le commencement du traitement radiothérapique.

Cette ménopause artificielle et précoce est un fait scientifiquement constaté et qui peut être maintenant considéré comme acquis : c'est très probablement à lui qu'il faut attribuer la plus grande part dans la guérison clinique des fibromes interstitiels. Tous les auteurs et tous les praticiens sont d'accord pour reconnaître que « la ménopause habituellement retardée chez les fibromateuses, amène dans un assez grand nombre de cas la guérison clinique de la tumeur ». (Boursier, *Précis de gynécologie*, 2<sup>e</sup> édition p. 566).

La disparition des règles par les rayons X est accompagnée des mêmes symptômes généraux que ceux qui suivent la ménopause naturelle, sans plus ; certaines femmes éprouvent des bouffées de chaleur, d'autres n'en accusent pas. En tous cas, ce vieillissement artificiel de la femme paraît ne pas entraîner les graves conséquences quelquefois constatées après l'extirpation chirurgicale des ovaires : c'est qu'en effet malgré la suppression des règles et l'atrophie ovariennne, cette glande, l'ovaire, reste à sa place et ne peut-on pas admettre, pour comprendre la différence entre les résultats radiothérapiques d'une part et chirurgicaux d'autre part, que les ovaires, quoique atrophiés par les rayons X, continuent à être le siège de phénomènes, tels que la sécrétion interne, phénomènes qui évidemment sont supprimés quand la glande a été enlevée, comme dans l'hystérectomie totale.

En tous cas, aucun trouble particulier n'a été constaté chez les malades traitées par la radiothérapie après leur ménop-

pause artificielle ; j'ai pu observer deux de ces malades depuis sept mois, après la suppression des règles, et rien n'a été noté dans leur santé générale pouvant faire craindre que cette ménopause artificielle soit suivie de troubles quelconques comme après l'ablation chirurgicale des ovaires ; d'ailleurs il ne faut pas perdre de vue que ce n'est pas brusquement que les rayons X produisent la cessation des époques, mais progressivement, les règles commençant par devenir moins abondantes avant de disparaître tout à fait. C'est encore là une différence à noter avec ce qui se passe dans l'intervention chirurgicale.

Le nombre des malades que j'ai déjà eu l'occasion de soumettre à ce nouveau traitement s'élève à sept : cinq sont entièrement guéries ainsi que cela a été constaté par le médecin traitant de chacune d'elles et aussi pour quelques-unes par des gynécologistes ; deux autres sont sur le point de terminer leur traitement, leur fibrome ayant à peu près disparu et leurs règles ayant déjà cessé.

Ces observations, quoique encore peu nombreuses, suffisent à prouver l'efficacité du traitement radio-thérapeutique des fibromes intestinaux : elles montrent en outre avec quelle sécurité peut être obtenue l'atrophie des ovaires chez la femme, et l'on n'a pas de peine à comprendre la portée d'un tel résultat.

La possibilité, je dirai presque la facilité d'atrophier l'ovaire, en tant qu'organe de reproduction, par les irradiations röntgésiennes, est une raison péremptoire pour interdire l'emploi des rayons X aux personnes qui n'ont pas le diplôme de docteur en médecine. On devine en effet l'usage qui pourrait être fait par une main criminelle des effets que je viens de mettre en évidence.

---

*Les enfants crient, parlent à tort et à travers, pour exercer leur mécanique cérébrale, comme le nouveau-né gigoté pour exercer ses muscles.*

## Polynévrite à type paraplégique

Par M. le Professeur RAYMOND.

---

Un jeune garçon de cinq ans est pris de paraplégie limitée aux muscles de la jambe et du pied. Le malade marche difficilement, avec une aide, et en steppant. Le pied est balant. Les muscles de la cuisse sont conservés. — Il n'y a aucun trouble de la sensibilité objective. La cuisse, étant fléchie, on provoque une douleur par l'extension de la jambe ; il y a un point douloureux au point de bifurcation du sciatique en poplitée externe et interne, et sur le passage du poplitée externe. — Les réflexes rotuliens sont conservés. — On trouve la réaction de dégénérescence partielle ou totale dans les muscles du domaine des nerfs sciatiques poplitée externe et interne.

La santé générale est bonne. Rien du côté des sphincters. La paralysie s'est développée sans avoir été précédée de douleurs ni d'état fébrile.

La maladie a débuté par des troubles de la marche et s'est accusée lentement, doucement.

D'après les signes constatés, il ne s'agit évidemment pas d'atésie-abasie névropathique. Il y a une lésion organique. Quelle est-elle ?

De prime abord, on pourrait penser à une myopathie du type Leyden-Mœbius ; cette affection est caractérisée par une faiblesse des muscles des membres inférieurs, débutant dans le jeune âge ; les membres prennent d'abord en apparence un gros développement par suite de la graisse déposée dans le tissu cellulaire ; dans d'autres cas, les muscles maigrissent d'emblée. — Mais cette maladie n'évolue pas si rapidement (notre malade a été complètement paralysé au bout d'un mois) ; puis on ne trouve pas la réaction de dégénérescence. Enfin la myopathie débute par les muscles du

mollet et de la face postérieure de la cuisse. — Il faut donc éliminer ce diagnostic.

Celui de myosite peut immédiatement être rejeté, à cause de l'absence d'état infectieux et d'œdème antécédent.

De plus, la myosite n'a pas une distribution segmentaire.

Ce qui est certain, c'est que, chez cet enfant, c'est le neurone moteur, le neurone spino-musculaire (en rapport avec le renflement lombaire de la moelle) qui est pris. Or, ce neurone peut être atteint, soit au niveau de la cellule centrale, soit à la périphérie. Dans le premier cas, on a affaire à une *poliomyélite antérieure aiguë*, c'est-à-dire la maladie connue depuis longtemps sous le nom de *paralysie infantile*. — En ce cas, le pronostic est très mauvais, car il y a une destruction irréparable des cornes antérieures de la moelle.

Si, au contraire, le neurone est pris du côté des nerfs périphériques, 90 fois sur 100 la lésion se répare et le malade guérit.

On n'a pas affaire ici à une *poliomyélite antérieure*, dans laquelle il existe une période de paralysie généralisée aux bras et aux jambes, ou occupant, au moins tous les muscles des jambes. Au bout de quelques jours seulement, la paralysie se retire d'un certain nombre de muscles, pour persister dans d'autres. — Ici, au contraire, la paralysie a commencé par le pied, puis a envahi la jambe.

Il s'agit donc d'une *polynévrite*, portant sur les sciatiques poplités externe et interne, presque exclusivement motrice.

Quant à l'étiologie, cet enfant est sujet à s'enrhumer facilement : sa mère est morte bacillaire quand il avait 14 mois. Il présente au sommet gauche de la respiration soufflante et de la submatité, avec des râles de bronchite. De temps à autre, il a des accès fébriles. On connaît bien ces paralysies survenant au cours de la tuberculose, et qui sont dues aux toxines bacillaires. D'autre part, précisément à cause de son hérédité, cet enfant a été soigné par la suralimentation. On l'a gavé de 300 gr. de viande par jour, de vins médicamenteux, d'huile de morue, etc., d'où des troubles de dyspepsie gastro-intestinale, des vomissements et des diarrhées incessantes. Enfin on lui a ordonné une potion arsenicale pour combattre l'état pulmonaire.

Or, M. Raymond a déjà attiré l'attention sur les inconvénients que peut présenter cette médication. C'est ainsi qu'on a vu des cas de chorée, traités par la liqueur de Bourin, déterminer à la longue des névrites périphériques (2 cas, Raymond). La paralysie, dans ces cas-là, était annoncée par des démangeaisons, surtout du côté du scrotum ; quelquefois on note un état mental de sub-délire. Il faut donc user de l'arsenic avec beaucoup de ménagement.

Comme traitement, il faut d'abord prescrire à cet enfant un régime moins chargé, lui donner des aliments de facile digestion, et surtout des aliments phosphorés, des cervelles, des viandes blanches, etc. On lui administrera, soit à l'intérieur, soit, de préférence, en injections sous-cutanées, la strychnine au quart de milligramme, tous les deux jours, puis plus souvent. — Enfin on lui fera des massages légers, et surtout de l'électrisation par les courants indirects, qui sont un excellent agent thérapeutique à employer pour obtenir la régénération des nerfs.

---

## Pour reconnaître l'oreille la plus sourde

---

Les médecins ne devraient jamais demander trop de renseignements aux malades.

C'est ainsi que je procède depuis de longues années et je m'en trouve bien ; je gagne très vite la confiance du malade et j'ai ainsi toute l'autorité morale nécessaire pour le guérir.

D'ailleurs, avec un peu d'entraînement, on arrive parfaitement à décrire aux malades leur affection. Ainsi, lorsqu'un sourd vient me voir, même en ignorant totalement le motif de sa visite, s'il est accompagné, je lui dis de suite, après un simple examen du nez et des oreilles, extérieurement qu'il est sourd ; en outre, je lui désigne l'oreille la plus sourde, s'il a des bourdonnements d'oreilles et du côté où ils sont le



plus forts. Rien n'est plus simple à faire, même pour un médecin peu habitué à examiner le tympan ; je m'explique.

Le tympan n'est pas directement visible au dehors dans la position normale du pavillon par rapport au trou de l'oreille ; si on veut voir le tympan, il faut tirer le pavillon en haut et en arrière. Chez les sourds, au contraire, on voit directement le tympan, généralement sans avoir besoin de tirer le pavillon en arrière ; ces malades ont fréquemment la mauvaise habitude de mettre du coton, soit qu'ils aient un écoulement d'oreilles, soit qu'ils craignent le froid, et ils arrivent ainsi à ce résultat d'élargir l'entrée du conduit, lequel devient beaucoup plus large que dans une oreille normale.

D'autre part, même naturellement, sans coton, certaines personnes ont ce conduit plus largement ouvert d'un côté, non coudé, presque en ligne droite, et alors, en cas de surdité, de bourdonnements, c'est ce côté qui sera le plus gravement atteint.

Que se passe-t-il ? Le tympan, n'ayant pas d'écran entre lui et l'air extérieur pour le protéger, subit toutes les variations de température de cet air, se refroidit surtout, en cas de courants d'air ; la circulation y devient moins active et, par suite, sa vitalité diminue ; d'où surdité plus accentuée de ce côté.

Même observation pour le nez. Si un malade se plaint de bourdonnement, en général, on peut être certain que c'est du côté le plus large que les bruits sont le plus forts ; exception doit être faite lorsque la gorge dans la région amygdalienne est beaucoup plus congestionnée du côté du nez, le moins large.

En résumé, pour savoir quelle est l'oreille la plus sourde sans interroger le malade, il faut tenir compte de l'ouverture plus ou moins grande du conduit auditif et de la congestion de la région amygdalienne ; enfin, moyen infailible pour les débutants, mesurer l'audition de chaque côté avec une montre.

On pourra alors, presque à coup sûr, étonner le malade en lui désignant l'oreille la plus affectée.

D<sup>r</sup> MADEUF

## VIENT DE PARAÎTRE

*La Rivalité Anglo-Russe au XIX<sup>e</sup> siècle en Asie* (Golfe Persique, Frontières de l'Inde), par le D<sup>r</sup> ROUIRE. Un volume in-18 Jésus, avec une carte hors texte. (Librairie Armand Colin, 5, rue de Mézières, Paris), broché ..... 70 cent.

La dernière convention anglo-russe qui règle la situation respective de l'Angleterre et de la Russie au Thibet, en Afghanistan et en Perse, vient de mettre fin à la lutte d'influence des deux puissances qui se disputaient l'hégémonie en Asie. C'est bien le moment de narrer l'histoire de la rivalité anglo-russe en Asie, d'en exposer les origines et le développement, de préciser les considérations qui ont amené les deux puissances rivales à une entente, et de faire ressortir enfin la signification et la portée de cet arrangement, non seulement au point de vue des intérêts spéciaux de l'Angleterre et de la Russie, mais encore au point de vue français, européen et mondial. La série des faits et des événements auxquels la rivalité anglo-russe en Asie a donné lieu, au courant du dix-neuvième siècle, constitue une des pages les plus intéressantes de l'histoire contemporaine et mérite d'être fixée. C'est cet ensemble de faits que M. le D<sup>r</sup> Rouire nous expose dans un livre bien coordonné et d'une lecture extrêmement attrayante. Un style clair, limpide, une documentation solide, une méthode impartiale dans l'exposition des faits, une grande sûreté de jugement dans les appréciations, telles sont les qualités maîtresses de cet ouvrage qui s'impose à l'attention du public canadien.

*Comment élever nos enfants?* (Pédagogie générale), par M. J.-G. HERBART. Traduit de l'allemand par J. Molitor, professeur agrégé au lycée de Lille. In-8°. Paris, Schleicher frères, éditeurs. .... Prix: 40 cent.

Cette pédagogie générale est l'œuvre maîtresse de Herbart. Il y a condensé les idées directes de sa méthode : l'éducation par l'instruction. Quelle que soit la valeur objective de ces doctrines, parfois audacieuses, toujours fort suggestives, quelles que soient les critiques et les discussions qu'elles ne peuvent manquer de soulever, elles sont intéressantes à connaître, surtout à l'heure présente où, de toutes parts, se multiplient les efforts pour répandre partout l'instruction.

Le traducteur, avec une conscience et une compétence absolues, s'est efforcé de rendre la langue du pédagogue allemand claire, facile, accessible à tous, sans jamais trahir la pensée de l'auteur.

*Diagnostic et traitement des maladies du nez*, par le D<sup>r</sup> GAREL, médecin des Hôpitaux de Lyon. — Paris, Vigot Frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine. 3<sup>e</sup> édit., un vol. in-8° avec 145 figures et 4 planches. Cartonné ..... 7 fr.

Un livre de Garel n'a pas besoin de présentation. Le nom seul de l'auteur y suffirait. Aussi n'ai-je pas tant le désir d'analyser dans le détail le « Diagnostic et Traitement des maladies du nez », qui paraît aujourd'hui en troisième édition, que d'en souligner l'excellent esprit clinique qui en est la base et qui plaira aux médecins et aux spécialistes.

Le maître lyonnais a su se tenir également loin des exagérations chirurgicales de la toute jeune école et de la thérapeutique médicale systématiquement conservatrice de l'ancienne.

Et c'est justement là ce qui fait la valeur de cet excellent livre. Savoir distinguer dans le chaos de l'écrasante bibliographie moderne ce qui restera de ce qui n'est que mode ou éphémère engouement, choisir judicieusement par expérience clinique ce qui mérite d'être conservé, éviter de tomber dans la systématisation personnelle est une besogne très délicate dont Garel a su résoudre les difficultés. Il a su mettre tout à fait au point toute la rhinologie moderne.

*Gynécologie Médicale.* Traitement médical des maladies des femmes, par le Professeur Albert ROBIN et le Dr Paul DALCHÉ, 3<sup>e</sup> édition revue et augmentée. — Vigot Frères, Editeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-8°. 2 dollars ..... 40 cent.

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

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

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

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

Le volume se termine par le traitement hydrothérapique et hydrologique des maladies des femmes. — M. BLOCH-VORMSER

*Traitement de la Syphilis,* par le Professeur Alfred FOURNIER, 3<sup>e</sup> édition. — Vigot Frères, Editeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-8° ..... 2 dollars

La troisième édition du *Traitement de la Syphilis*, du Professeur Fournier, associée aux qualités d'un ouvrage depuis longtemps classique l'intérêt d'un livre vraiment nouveau.

L'auteur en effet ne s'est pas contenté de mettre son œuvre au courant des acquisitions récentes de la thérapeutique antisyphilitique, dans sa lutte contre les accidents primaires, secondaires et tertiaires. A l'étude raisonnée du traitement de la syphilis en général (la méthode abortive et sa critique, la méthode curative décrite dans tous ses détails, la direction d'ensemble du traitement) s'ajoutent d'importants chapitres sur la *parasyphilis*.

Seul un syphiligraphie ayant une telle autorité et une si longue expérience était autorisé à envisager avec fruit, au double point de vue pathogénique et thérapeutique, la question encore si controversée des accidents parasyphilitiques, et surtout de la redoutable triade, leucophasie cancéreuse, paralysie générale et tabès.

Il établit, d'après d'importantes statistiques, le moment de l'infection où ces accidents sont particulièrement à redouter, c'est-à-dire la période qui constitue par excellence la *phase périlleuse* de la syphilis. Il montre, preuves en main, la nécessité de ne pas s'en tenir exclusivement à l'emploi des agents spécifiques, mais de faire appel à l'hygiène pour écarter tout ce qui peut nuire au malade, toutes les causes qui peuvent servir d'occasions, de prétextes, de sollicitations à ce qu'on appelle les « décharges » de la maladie. Il envisage enfin la question d'une innovation thérapeutique fort importante pour assurer au malade un supplément de sauvegarde : c'est celle de *cures complémentaires* ou de *renforcement*.

*Formulaire de poche pour les maladies des enfants*, par le D<sup>r</sup> Jules COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants Malades. Troisième édition entièrement refondue et conforme au Nouveau Codex. — Paris, Vigot Frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine. Un volume in-18 raison de 636 pages, reliure souple ..... à ..... 8 francs.

Cette nouvelle édition contient tous les articles nouveaux qu'exigeait le progrès incessant de la pédiatrie et les modifications récentes du Codex français.

Le plan de l'ouvrage n'a pas changé.

Ce livre, essentiellement pratique, contient une table de posologie très détaillée et très complète ainsi qu'une table alphabétique permettant de trouver rapidement la maladie et le médicament cherchés.

Il est superflu de faire l'éloge d'un ouvrage parvenu aussi rapidement à sa 3<sup>e</sup> édition.

*Formulaire Moderne. Traitement, ordonnances, médicaments nouveau*, par le D<sup>r</sup> R. VAUCAIRE. — Vigot Frères, Editeurs, 23, place de l'École-de-Médecine. Un vol. in-18 de 1026 pages Cartonné ..... 7 francs.

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

## Informations Scientifiques

### *La pasteurisation du lait dans l'industrie fromagère*

MM. Mazé, Guéroult et Dinescu ont présenté à l'Académie des Sciences les résultats de leurs recherches relatives à l'influence de la pasteurisation du lait dans le rendement en fromage. On avait observé que le lait chauffé donne, en poids de fromage, un rendement inférieur à celui donné par le lait frais. En cherchant à déterminer les causes de ce déficit, les auteurs de ces nouvelles recherches ont constaté qu'elles se trouvaient dans un excès de chauffage, et qu'au contraire, la pasteurisation, limitée à la température de 67 à 68 degrés, donne un rendement en caillé légèrement supérieur à celui que fournit le lait non pasteurisé. En même temps, ces savants ont reconnu que cette température n'altère pas les albumines du lait, tout en détruisant les bactéries pathogènes, à condition de faire durer son action au moins cinq minutes. Ce degré de pasteurisation serait celui auquel le lait conserve toutes ses propriétés originelles.

M. Peyrony a trouvé en Dordogne un squelette humain fossile qui, paraît-il, a pour le moins vingt mille ans d'âge.

Le linge et les étoffes sont aisément et complètement désinfectés par le fer à repasser dont la température moyenne va de 200 à 300°; les expériences de M. Svehla démontrent qu'un seul passage du fer donne une stérilisation complète des étoffes fines; pour stériliser à fond les étoffes épaisses, il suffit de repasser deux fois sur les deux faces.

### *Le prix Nobel pour la chirurgie.*

On annonce que cette année le prix Nobel, pour la chirurgie, sera attribué à M. Théodore Kocher (de Berne).

D'après des statistiques publiées récemment, il y a annuellement, en Angleterre et aux États-Unis, douze millions de mariages et un millions de divorces. Les catholiques anglais et américains, comme d'ailleurs les catholiques du monde en-

tier, étant à peu près exempts de cette plaie sociale qu'est le divorce, il est évident que nos frères séparés et grands liseurs de Bible donnent une singulière interprétation au verset fameux : « Que l'homme ne sépare pas ce que Dieu a uni. »

A Londres les indigents figurent dans la proportion d'une personne sur 33 habitants. Sur 100 habitants à Londres, 20 finissent leurs jours à l'hôpital ou au *workhouse*. Les sommes consacrées annuellement à soulager la misère forment un total supérieur à 251 millions de francs. En un an, l'alimentation des Londoniens a été partiellement assurée par les quantités de victuailles suivantes : 419.037 tonnes de viande morte importée : 58.735 bœufs, 375.950 moutons, 174.332 tonnes de poisson, 340 millions de litres de lait. En outre, 60.275 personnes ont été occupées à la préparation d'autres articles de consommation. On peut citer dans cette armée de travailleurs : 13.756 boulangers et pâtisseries, 5.242 confituriers, 2.406 chocolatiers, 9.885 brasseurs, 4.283 ouvrier des manufactures d'eaux gazeuses. Les 28.265 usines citées plus haut ont employé 558.641 personnes. L'habillement occupa 130.500 travailleurs dans 9.499 fabriques ou ateliers.

The researches of M. Guttman show conclusively that these products possess a direct anti-rheumatic influence, and among those remedies, antikamnia stands pre-eminent as an analgesic and antipyretic. Here The professor in his *Practical Therapeutics* says : « Salol renders the intestinal canal antiseptic », a condition absolutely essential in the treatment of rheumatism. In short, the value of salol in rheumatic conditions is so well understood and appreciated that further comment is unnecessary. The statements of Professors Hare and Guttman are so well known and to the point and have been verified so often, that the uses of « Antikamnia et Salol Tablets » are at once apparent. Each of these tablets contains two and one-half grains of antikamnia and two and one-half grains of salol. The proper proportion of the ingredients is evidenced by the popularity of the tablets in all rheumatic conditions.