

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec



MARS 1907

SOMMAIRE

Mémoires.

- 287—A propos d'ostéosarcomes des membres à marche rapide.
Dr. A. Simard.
- 295—Le diagnostic précoce de la Tuberculose Pulmonaire.
Dr. J. A. Edge

Reproduction

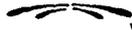
- 305—Les dangers de la suralimentation habituelle.
- 314—Diagnostic et traitement du coryza syphilitique. P. Gaston
- 321—Coupures. P. A. Gastonguay M. D.
- 324—Le pyramidon. J. D.

Société Médicale

- 326—Association médico-chirurgicale du district de Joliette.
Albert Laurendeau.

Thérapeutique

- 330—L'acné furonculense de la nuque. R. Sabouraud.
- 332—Le strophantus dans les maladies du cœur.



INAPPETENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHENIE
CONSTIPATION

Oenase

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

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de
l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique
médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique
chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile
de Beauport. Membre de la société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à
l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du
dispensaire.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryn-
gologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. VERGE, Chef du département d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu.
- C. R. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHER, Médecin du dispensaire. Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIROIS, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. FISET, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLI-
QUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. PL-
NAULT, P. LAGUEUX, E. DON.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU. E. TURCOT. C. VERGE. P. FAU-
CHER. A. SIMARD. E. MATHIEU. A. MAROIS, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

MEMOIRES

A PROPOS D'OSTÉOSARCOMES DES MEMBRES A MARCHE RAPIDE

Par le Dr ARTHUR SIMARD, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Les ostéosarcomes des membres ne se présentent pas tous avec une physionomie identique. Si le plus grand nombre ont une évolution quasi superposable, traversée d'aucuns incidents dignes d'arrêter l'attention, quelques-uns cependant se placent en marge du cadre classique par un mode de développement inusité, par leur situation anormale, par des manifestations locales ou générales qui leur assurent une originalité bien caractéristique.

C'est ce qui justifie la publication des deux observations suivantes et les recommande à l'attention du praticien.

OBSERVATION I : Ostéosarcôme de l'humérus — Désarticulation inter-scapulo-thoracique.

Madame P. L., âgée de 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 décembre 1906, pour une tumeur siégeant à la partie supéro-externe du bras gauche. Elle est mariée et enceinte de 6 mois. On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents familiaux. Au mois de novembre 1905, un an auparavant, elle s'est aperçue à son réveil que son membre gauche était paralysé, paralysie qui aurait duré 3 jours. Depuis ce temps elle a toujours ressenti des douleurs dans l'épaule et le bras, douleurs qui ont été en augmentant. Au mois de juin 1906, elle a noté que son bras gauche était plus gros que d'habitude et spécialement au $\frac{1}{3}$ su-

périeur, face-externe. La tumeur aurait évolué graduellement mais très lentement, si bien qu'au premier novembre elle pouvait être comparée à une orange aplatie. A partir de cette date la tumeur progresse avec une très grande rapidité. Les douleurs de sourdes qu'elles étaient en juin s'installent définitivement, lancinantes et térébrantes au point que pendant les deux mois qui ont précédé son entrée à l'Hôpital, Madame P. L. n'eut pas de sommeil.

A l'examen la malade présente une tumeur lisse, rénitente, non adhérente à la peau mais faisant corps avec l'os, siégeant au $\frac{1}{3}$ supérieur du bras et ayant la grosseur d'une tête d'adulte. Cette tumeur est douloureuse à la pression. Une vascularisation très accentuée est appréciable sur toute sa surface.

Le bras et l'avant bras présentent une atrophie musculaire évidente. L'articulation scapulo-humérale paraît indemne.

Cette malade est pâle, amaigrie, très anémiée. Organes normaux, utérus gravide; température normale.

Le diagnostic d'ostéosarcôme s'impose. Le 31 décembre, la désarticulation inter-scapulo-thoracique est pratiquée et 12 jours après la malade laissait l'hôpital guérie.

L'examen de la pièce a démontré que c'était une tumeur homogène, sans lobules graisseux interposés, développée primitivement dans le périoste et ayant secondairement envahi l'humérus. L'article est normal. L'examen anatomopathologique que M. le Dr Edge a bien voulu faire a donné comme résultat : sarcôme globo-cellulaire.

OBSERVATION II ; Ostéosarcôme de la jambe—désarticulation du genou.

G. C. âgé de 56 ans entre à l'hôpital le 30 août 1906 pour une affection du cou de pied droit. Deux mois auparavant il s'est pris le pied entre deux racines en marchant dans les bois ; son pied s'est renversé en dehors et il est tombé.

Malgré de fortes douleurs il a pu se relever et continuer à marcher. Pendant 3 semaines environ, la marche a été pé-



PLANCHE I.

Pièce préparée par M. W. Verge, E. E. M.

nible en raison des douleurs et du gonflement dans la région du cou de pied. Puis tout s'est calmé pour quelques jours. Un mois après son accident les douleurs sont réapparues à nouveau

mais plus continues cette fois et assez accentuées pour l'empêcher de se porter sur son membre et le priver de sommeil. Il a constaté alors que sa jambe était déformée, ce qu'il attribuait d'ailleurs au gonflement et que son pied paraissait déjeté en dehors. Le repos et les différents traitements qu'il a employés n'ayant apporté aucun soulagement à ses douleurs il s'est décidé de se présenter à la consultation de l'Hôpital.

A son entrée le 30 août, son membre présente la déformation typique de la fracture de Dupuytren. Le pied est déjeté en dehors, le coup de hache est très apparent. La peau est rouge, chaude, l'extrémité inférieure de la jambe notablement augmentée de volume. Les mouvements spontanés et provoqués de l'articulation tibio-tarsienne sont douloureux. Toute la région du cou de pied est sensible à la pression.

Etat général mauvais : amaigrissement, manque d'appétit. Digestions laborieuses, perte de sommeil, température 100° f.

Le diagnostic était à faire entre une lésion inflammatoire consécutive à une entorse ou ayant eu pour point de départ une fracture méconnue d'un côté, et de l'autre une production néoplasique de l'extrémité inférieure du tibia. L'examen aux rayons X ne donna pas un résultat suffisant pour affirmer ou infirmer telle ou telle opinion. Le malade est mis en expérience avec un pansement humide. Du 1 septembre au 14 la température évolue entre 99° et 100°, la lésion paraît progresser.

Une radiographie est prise par M. le Dr C. Verge, chargé du service d'électrothérapie, et elle vient confirmer l'opinion qui nous paraissait la plus probable, à savoir que nous étions en présence d'une production néoplasique du tibia à marche rapide et fébrile, ayant produit une déformation du membre rappelant beaucoup celle d'une fracture de Dupuytren mal consolidée.

La désarticulation du genou fut pratiquée le 15 septembre

et le malade laissait le service quelques jours plus tard avec un bon moignon.



PLANCHE II.

Moulage de la jambe dû à l'obligeance de Sr. Sainte Cécile.

L'examen macroscopique démontra que nous étions en effet en présence d'une production néoplasique à point de départ tibial et ayant envahi tous les tissus jusqu'au $\frac{1}{3}$ moyen de la jambe.

L'examen anatomo-pathologique fait par M. le Dr Guimont donne comme résultat : ostéosarcôme fusocellulaire.

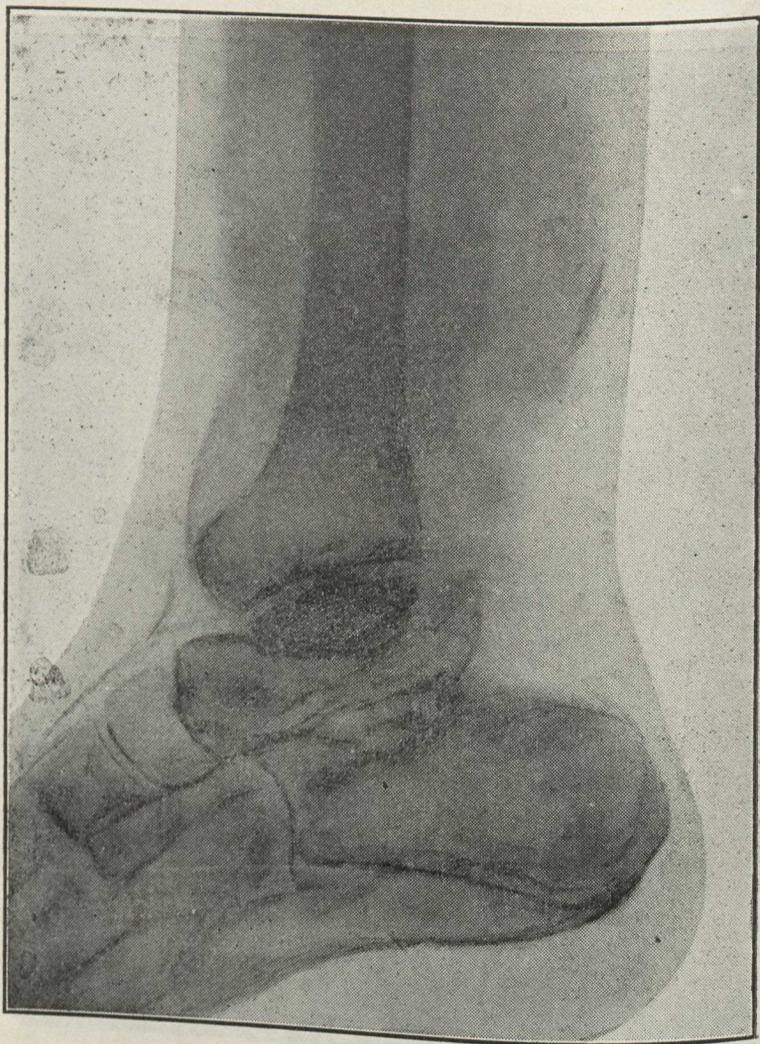


PLANCHE III.

Radiographie par le docteur Charles Vergé.

L'ostéosarcome ne s'est pas présenté dans ces deux observations avec les caractères habituels, connus, classiques. L'évolution

a été d'abord très rapide si l'on tient compte qu'il s'agit d'adultes. Les cas dans lesquels le néoplasme affecte une forme véritablement aiguë se rencontrent plus spécialement chez l'enfant. Chez l'adulte il en est autrement. Aussi est-il rare de voir évoluer un sarcome dans quelques mois. La première malade, si l'on tient compte du moment d'apparition du néoplasme n'aurait certes pas le droit à l'exception. Mais le néoplasme pour avoir évolué lentement de juin à novembre n'en a pas moins changé à cette date complètement d'allure et progressé si rapidement qu'il a pu être pris pour une lésion phlegmoneuse par un médecin.

Le second malade, deux mois avant son entrée à l'Hôpital était apparemment en excellente santé. Survint un traumatisme et le tableau change. L'extrémité inférieure de son tibia se gonfle, le cou de pied se tuméscit et cet homme de 56 ans qui aurait dû être à l'abri du sarcome portait deux mois après un néoplasme qui avait déjà envahi le $\frac{1}{3}$ inférieur de sa jambe.

A part la rapidité de l'évolution néoplasique deux choses sont à noter ici. D'abord l'âge du malade et ensuite la traumatisme que l'on retrouve dans une proportion de 60% dans les antécédents locaux d'une lésion sarcomateuse. Le malade est âgé de 56 ans. Or le sarcome se rencontre surtout audessous de 30 ans. Schwartz sur une statistique de 190 cas trouve 114 audessous de 30 et 166 audessous de 50. C'est dire que plus on avance en âge, moins on est sujet au sarcome.

Ce qui rend encore plus intéressante l'observation du second malade c'est le fait qu'il présentait 100° de température à son arrivée dans le service et que pendant les 14 jours qu'il a été tenu en observation, elle a évolué entre 99° et 100°. La notion de la température jointe au fait qu'un traumatisme du cou de pied avait précédé l'apparition de la lésion, la déformation qui rappelait la fracture de Dupuytren, étaient bien de nature à dérouter. Une fracture mal consolidée et

surtout non traitée convenablement, une tuberculose développée après une entorse, une ostéomyélite à marche chronique pouvaient certes être discutées. Car le sarcome à marche fébrile, surtout chez un adulte, ne court pas les services de chirurgie et si Verneuil et Vanverts en ont cité des exemples, cette forme n'en est pas moins une rareté. L'évolution fébrile d'un sarcome le place hors cadre. Cependant le diagnostic a pu être posé en le basant sur le fait que le repos, les applications résolutes, l'immobilisation n'apportaient aucun soulagement, que de plus l'empâtement avait une marche progressive, que l'articulation tibio-tarsienne semblait indépendante de la masse tibiale, masse à consistance trop ferme, faisant trop corps avec l'os pour ne pas éveiller l'idée d'un néoplasme osseux.

La radiographie apporta la preuve décisive.

C'était bel et bien un ostéosarcome, évoluant avec fièvre, ce qui en soi n'est pas banal. L'examen anatomo-pathologique dans ces deux cas apporte à mon sens une nouvelle preuve en faveur de l'opinion qui veut que si le sarcome est un néoplasme qui s'attaque aux organes pendant leur pleine activité fonctionnelle, ou formatrice, comme le veut Quénu, la notion de l'âge n'est pas seule à considérer, lorsqu'il s'agit de la plus ou moins grande rapidité de l'évolution sarcomateuse. Elle dépend surtout de la variété histologique, et comme les variétés globo et fuso-cellulaires sont les plus malignes, il s'en suit qu'elles imprimeront au néoplasme, quel que soit l'âge du sujet sur lequel il se développe, une allure beaucoup plus rapide que d'autres variétés, celles à myéloplaxes par exemple. La rapidité d'évolution est donc généralement fonction de la variété histologique du sarcome.

Ostéosarcomés à petites cellules, évoluant avec grande rapidité, même avec des manifestations fébriles, chez un adulte et un quasi vieillard, voilà ce que l'on peut retenir de ces deux observations.

BIBLIOPHILE

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Nous n'attachons jamais trop d'importance au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique, car elle offre de grandes chances de guérison.

La lutte que nous avons à soutenir contre la tuberculose est rude ; pour nous en rapporter seulement à une statistique contemporaine, admise et vérifiée par M. Grancher, il a été constaté que la tuberculose atteint le quart des individus qui composent une génération et qu'elle en tue au moins un sixième. Cette constatation nous impose en conséquence le devoir impérieux de redoubler nos efforts pour anéantir le mal ravageur dont les progrès de la civilisation et de l'industrie semblent s'être fatalement faits les puissants auxiliaires.

Comme l'a dit M. Grancher, la tuberculose est la plus curable des maladies chroniques, mais cette curabilité a été exagérée, et a été cause parfois de déceptions.

Il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique. L'on peut en attribuer la difficulté au médecin, mais le plus souvent au malade qui, à cause de son optimisme, se présente trop tard à l'examen.

Au cours de ses observations, M. Grancher nous conseille fortement de ne jamais faire le diagnostic sur un seul examen, attendu la difficulté du diagnostic et conséquemment les mécomptes auxquels l'on s'expose en pareil cas.

Le diagnostic précoce par les signes cliniques peut s'établir sur une série de symptômes et de phénomènes présentés par le malade ; les autres signes sont soumis aux recherches du laboratoire.

Les auteurs classiques reconnaissent trois périodes dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

D'abord la période de conglomération qui se caractérise par de la submatité à la percussion, de l'exagération des vibrations thoraciques à la palpation, une expiration rude, saccadée ainsi que des craquements secs à l'auscultation. En second lieu vient la période de ramollissement des tubercules qui en plus des autres signes cités plus haut, se révèle par un nouveau signe perçu à l'auscultation, le craquement humide et le râle humide, indices de la caséification des tubercules.

Enfin la période des cavernes. Les parties ramollies sont alors rejetées au dehors, en laissant à leur place une excavation d'abord puis la cavernule et la caverne.

Cette dernière a des signes particuliers, le bruit de pot fêlé à la percussion, le gargouillement et le souffle caverneux à l'auscultation.

A ces périodes, M. Grancher décrit une phase préliminaire qui est la véritable période de germination du tubercule et qu'il convient de mettre au premier rang, d'où quatre périodes dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique commune, dont la période de germination serait la première.

Cette période de germination peut être reconnue par l'auscultation. Les tubercules se forment d'abord petits, isolés les uns des autres par du tissu pulmonaire sain et ils siègent au pourtour du vestibule de l'alvéole. Leur présence détermine des changements importants dans le murmure vésiculaire entendu à l'auscultation. A l'état normal, le murmure vésiculaire prend son impression d'ampleur, de douceur et de moelleux au passage de l'air à travers le vestibule de l'alvéole pendant l'inspiration. La sensation change complètement dès qu'il y a des tubercules qui font obstacle au passage de l'air; l'inspiration devient alors rude et basse; au début des lésions, elle est

simplement modifiée. La différence sera sensible à l'auscultation à une époque où la matité n'existe pas encore et où l'exagération des vibrations thoraciques n'est pas encore perceptible.

M. Grancher, à la suite de ses observations, a noté que l'inspiration faible est au moins aussi fréquente, à l'extrême début de la tuberculose, sinon plus fréquente que l'inspiration rude et basse, et comme question de fait, cette inspiration affaiblie semble avoir une prédilection pour le côté droit du poumon.

Ces modifications de la respiration peuvent s'entendre des deux côtés et alors même que l'on ne perçoit aucun bruit pathologique.

Si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants, l'auscultation de la région sous-claviculaire doit être faite avec certaines précautions indispensables.

M. Grancher recommande "l'auscultation interrompue" pratiquée selon la méthode suivante : on ausculte, pendant l'inspiration seulement et dans un grand silence, la région sous-claviculaire d'un côté, "on éloigne légèrement l'oreille du thorax pendant l'expiration, et on recommence ainsi deux ou trois fois, de façon à recueillir toutes les qualités du murmure inspiratoire d'un côté, puis rapidement on passe de l'autre côté et on fait de même."

Il est préférable dans ce genre d'auscultation d'examiner notre malade debout, en ayant bien soin d'appuyer le dos contre un mur ou contre un meuble. Le malade sera complètement dévêtu et l'interposition d'un linge très fin entre l'oreille et la peau sera nécessaire pour saisir les variations et les modifications de la respiration. On fera respirer le malade doucement et profondément. Après l'examen des régions sous-claviculaires, on procédera à l'auscultation des fosses sus-épineuses.

Le professeur Renon fait remarquer que l'inspiration affai-

blie n'existe pas seulement dans les régions supérieures de la poitrine, mais il arrive qu'elle s'étend même à tout un poumon et qu'elle se manifeste de préférence au niveau du poumon droit. La percussion est normale, les vibrations sont normales, mais la respiration est faible ou nulle.

Mr. Grancher interprète cette modification de l'inspiration dans le sens d'une adénopathie trachéo-bronchique, plus ou moins volumineuse comprimant la bronche.

Renou, au contraire, croit que les cas d'insuffisance respiratoire de tout un poumon ne proviennent pas tous de cette pathogénie car au cours de ses nombreuses observations, il a remarqué que ce syndrome était en rapport avec un état atelectasique du poumon d'origine névropathique chez des hystériques et des neurasthéniques.

Quoiqu'il en soit, M. Grancher, en attirant notre attention sur des faits d'un intérêt aussi grand, a permis une surveillance plus suivie des malades et autorisé d'une façon complète le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire quelque singulière qu'elle soit.

Un des symptômes les plus fréquents est la fièvre, qui se singularise comme fièvre latente et dont la recherche est requise.

MM. Daremberg & Chuquet ont bien montré qu'au cas d'une tuberculose latente, une promenade à pied faite pendant une heure, élève la température centrale de cinq dixièmes de degré. Si malgré le repos d'une demi-heure, l'élévation de la température est complètement disparue, nous pouvons avoir de fortes présomptions en faveur de la tuberculose, car elle n'existe pas à l'état sain. Voici l'expérience que M. Daremberg préconise dans les cas douteux. "Faire marcher le malade pendant six jours une heure le matin et une heure le soir, prendre la température avant et pendant la marche, et une troisième fois

après un repos d'une heure. Si la première et la troisième températures sont égales, et si la seconde dépasse de plus de cinq dixièmes de degré, on peut affirmer l'existence d'une tuberculose latente.

A cette période, M. Renon porte notre attention sur d'autres signes non moins importants qu'il appelle les petits signes de la tuberculose. Je tiens ici à vous rappeler le texte des paroles que M. Ruault a signalées en 1903 sur la "diminution de l'expansion inspiratoire du sommet au début de la phtisie". Voici le procédé de M. Ruault :

Le médecin fait asseoir le malade, épaules nues, sur un tabouret. Il lui recommande de se tenir droit, les épaules effacées et également tombantes, le corps d'aplomb, les reins sont nus, sans contraction ni raideur d'aucune partie du corps. Le médecin est debout, se tient droit derrière le malade, et applique doucement la paume des mains sur ses épaules, la main gauche sur l'épaule gauche et la main droite sur l'épaule droite, les pouces en arrière au niveau des fosses sus-épineuses, le pli de chaque pouce à cheval sur le bord saillant du trapèze, les doigts en avant, joints, passant sur les clavicules qu'ils croisent, le pulpe des doigts sur la partie moyenne du creux sous-claviculaire. Dans cette position, toute la face palmaire des doigts doit être autant que possible en contact intime avec la peau du sujet, mais sans y exercer de pression notable. L'observateur prie alors le malade de respirer sans efforts exagérés, mais largement, franchement et régulièrement, et s'appliquant à bien dilater son thorax au niveau des côtes à chaque respiration, sans lever les épaules. Dès que la respiration est bien régulière, on peut constater, si les sommets sont sains, que leur expansion détermine au niveau des régions claviculaires surtout, un soulèvement progressif, symétrique, et parfaitement synchrone des deux côtés des doigts de chaque main, soulèvement commen-

çant à l'inspiration, puis diminuant rapidement pour revenir à zéro à la fin de ce temps respiratoire. Au niveau d'un sommet malade au contraire, le soulèvement des doigts est moindre que de l'autre côté. Cette diminution atteint son maximum, d'après mon expérience, en cas de caverne étendue du sommet avec adhérences pleuro-pariétales épaisses.

En pareil cas, l'inspiration la plus profonde que puisse exécuter le malade peut ne déterminer aucun soulèvement appréciable des doigts. Cette diminution de l'expansion est le plus souvent déjà très nette pendant toute la durée de la période de ramollissement et la plus grande partie de la période d'induration ; mais au début de cette période de conglomération, à fortiori pendant la germination tuberculeuse elle est plus faible et généralement difficile à apprécier. Toutefois, si alors on perçoit malaisément, dans la majorité des cas, la diminution de l'expansion pulmonaire, on perçoit, au contraire, le plus souvent très bien, lorsqu'on a acquis quelque habitude de ce mode d'exploration, d'autres anomalies de l'expansion qui l'accompagnaient ou la remplacent, et qui n'ont point été signalées encore. On trouve que cette expansion peu nettement diminuée d'amplitude est, au contraire, très nettement retardée ou raccourcie, ou encore saccadée ou irrégulière. (1)

En 1899 un autre signe subjectif fut décrit par M. Murat représenté par une sensation anormale éprouvée par les malades. On dirait que leur voix fait vibrer le poumon tuberculisé.

« Il faut, dit M. Murat, évidemment rechercher ce signe, car s'établissant sensiblement et n'étant pas douloureux, il n'éveille nullement l'attention des malades. Mais que le médecin les interroge, les oblige à s'étudier sur ce point, leur fasse faire en sa présence de fortes expirations parlées, des " huncs " reten-

(1) A. Ruault. L'exploration comparative de l'expansion des sommets dans la tuberculose pulmonaire. Presse Médicale, 3 septembre 1903.

tissants, et ils reconnaîtront que les vibrations de la voix se propagent dans le poumon gauche, par exemple, tandis qu'aucune sorte de sensation n'est perçue du côté sain. L'opposition est nette. Ce signe découle logiquement de l'épaississement du parenchyme et est de même ordre que l'augmentation des vibrations et la broncho-phonie."

Et M. Murat ajoute : " J'ai tenu à signaler ici ce symptôme en vue du diagnostic précoce, parce qu'il est un signe révélateur très sensible de la maladie, précieux lorsque celle-ci débute par des noyaux centraux d'infiltration, et dans tant de cas suspects où l'auscultation et la percussion ne donnent que des résultats incertains." (1)

La tuberculose pulmonaire chronique présente encore d'autres petits signes précoces, tels "l'amyotrophie scapulo-thoracique, décrite par M. Boix.

C'est l'atrophie musculaire de la calotte scapulo-thoracique qui coiffe le sommet du poumon. Cette atrophie, plus ou moins prononcée, plus ou moins généralisée, est bien connue aux périodes avancées ou simplement confirmées de la tuberculose. Elle est moins connue au début même de l'invasion bacillaire, où elle se montre assez souvent comme symptôme précoce. Mais précoce ne veut pas dire primitif. L'atrophie musculaire n'est jamais le premier signe de la tuberculisation d'un sommet pulmonaire. Mais se montrant de bonne heure, alors que la percussion et l'auscultation ne décèlent que des modifications respiratoires sans signes adventices, elle peut être le signe révélateur qui attire l'attention sur un sommet que rien ne pouvait, au premier abord, faire soupçonner tuberculeux ; elle peut aussi s'ajouter à des signes stéthoscopiques vagues ou difficiles à interpréter, en particulier chez des femmes nerveuses dont les

(1) Murat. Un signe nouveau pour le diagnostic précoce de la tuberculose. Médecine moderne, 18 novembre 1899.

sommets respirent mal ou présentent des saccades respiratoires, confirmer l'idée d'une tuberculose commençante mieux établie sur un faisceau de signes, ou apporter un élément nouveau à un diagnostic encore hésitant." (1)

Il me reste trois autres signes à vous exposer dont deux très importants.

C'est l'apparition d'une tachycardie qu'aucune pathogénie explique et qui se présente au début de certaines tuberculoses comme un signe révélateur de l'affection.

Je suis forcé de vous donner la description tout à fait remarquable qu'en a faite M. Faisans dans la Semaine Médicale.

"La tachycardie, dit-il, est un phénomène tellement précoce qu'il peut passer pour un symptôme prémonitoire. Je ne compte plus les cas où j'ai constaté une accélération notable du pouls et où j'ai soupçonné une tuberculose latente, six mois ou un an avant le jour où quelque trouble fonctionnel venait indiquer que le poumon commençait à se prendre. Dans ces conditions, il ne peut évidemment être question d'adénopathie trachéo-bronchique et de compression nerveuse ; si le pneumogastrique est excité, ce qui est probable, il s'agit d'une excitation d'origine centrale et sans doute, d'ordre toxique. C'est le virus tuberculeux qui avant toute localisation perceptible sur les poumons, manifeste sa présence dans l'organisme par de la tachycardie et cela je le répète, peut durer plusieurs mois. En voulez-vous un exemple ? J'ai donné mes soins il y a deux ans, à un jeune homme d'une trentaine d'années qui avait joui jusque-là d'une santé parfaite, mais qui s'inquiétait de maigrir avec une rapidité vraiment effrayante. Il avait perdu depuis deux mois, plus de 40 livres de son poids. Cet ama-

(1) E. Boix. L'amyotrophie scapulo-thoracique précoce comme signe révélateur ou confirmatif de la tuberculose pulmonaire au début. Soc. Méd. des hôpitaux, 26 octobre 1900.

grissement, qui avait débuté d'une manière brusque, à la suite d'émotions morales et de chagrins, ne s'accompagnait d'ailleurs d'aucun autre trouble de santé appréciable ; l'appétit n'était pas plus mauvais qu'autrefois, la digestion s'effectuait régulièrement, les urines ne contenaient rien d'anormal ; le malade ne toussait et n'expectorait jamais. Il n'y avait, bien entendu, jamais de fièvre ; et cependant le pouls était constamment au-dessus de 100 pulsations ; cette tachycardie n'allait pas sans un peu d'oppression à la suite des efforts ; le patient se fatiguait plus facilement qu'autrefois, mais c'était, avec l'amaigrissement la seule chose dont il se plaignait.

Ce n'est qu'un an environ après le début de ces singuliers accidents, l'émaciation étant devenue vraiment extrême et la tachycardie étant restée permanente, que ce jeune homme fut pris d'une petite toux sèche, avec de légers accès de fièvre le soir ; j'assistai alors à l'évolution rapide d'une tuberculose subaiguë bronchopneumonique, et, en moins de trois semaines, je constatai tous les signes d'une induration du lobe supérieur droit, alors que jusque-là les diverses explorations pratiquées par moi et par d'autres médecins étaient restées parfaitement négatives....

J'ajouterai tout de suite que ces formes de tuberculose comportent en général un pronostic très sévère ; livrées à elles-mêmes, elles tuent en quelques mois, et quand elles sont combattues avec toutes les ressources de l'hygiène la mieux entendue, sans compter celles plus contestables de la thérapeutique, elles continuent leur marche, plus lentement il est vrai, mais tout aussi inexorablement vers leur terme fatal. Chez ces malades, il semble que la tuberculose, avant de porter ses coups décisifs, se soit appliquée à désarmer l'organisme, à briser sa résistance, à détruire ou à paralyser ses moyens de défense. Ce sont des formes qu'on pourrait appeler toxiques, par opposition aux formes virulentes qui procèdent d'une manière plus franche

et plus brutale, en déterminant d'emblée des lésions granuleuses ou broncho-pneumoniques. (1)

M. Renon partage tout à fait l'avis de M. Faisans, car il a souvent constaté la tachycardie chez des malades suspects de tuberculose, et confirmés par les recherches de laboratoire.

La recherche de la résonance et celle de la transmission par l'emploi du diapason dans l'exploration du thorax peut nous rendre encore des services appréciables. C'est M. Mignot qui a su en démontrer l'importance dans une conférence à l'Académie de Médecine, le 22 novembre 1908.

Enfin l'abaissement de la tension artérielle, éclairé depuis la recherche de Potain et celles de M. Marfan, peut nous fournir de précieuses indications. M. Teissier nous expose ce fait intéressant : toute pression artérielle supérieure à 15 chez un phtisique, rend très probable l'existence d'une complication aigüe ou chronique.

Tel est l'exposé trop succinct des signes de la germination tuberculeuse ganglionnaire.

Pour plusieurs auteurs, un grand nombre d'individus ignorent qu'ils sont atteints de cette lésion précoce de la tuberculose. Beaucoup guérissent par suite d'une défense de l'organisme après une période de combat plus ou moins longue. D'autres moins heureux, plus imprudents dans la conduite de leur vie subissent l'échec qui les conduit à la phtisie.

Enfin, comme conclusion, on ne doit jamais baser le diagnostic de la tuberculose à son début sur un seul examen, mais nous ne devons conclure qu'après de sérieuses observations et de mûres réflexions.

(1) M. Faisans. De la tachycardie chez les tuberculeux, son importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Semaine Médicale, 15 juillet 1895.

Comme le dit fort bien M. Reuon il faut avertir le malade de son état si nous voulons qu'il songe à se soigner.

Nous ne devons pas dissimuler l'étendue et la durée du traitement, car les cas mêmes les plus favorables ne guérissent qu'au prix d'un temps bien long et de soins continus, éclairés et dévoués.

Cette manière de comprendre le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique à son début présente un intérêt capital pour le succès de la lutte anti-tuberculeuse.

Dr J. A. EDGE,

—(0)—

Reproduction

LES DANGERS DE LA SURALIMENTATION HABITUELLE

PAR MM.

MARCEL LABBÉ,
Professeur agrégé
Médecin des hôpitaux.

et

HENRI LABBÉ
Chef de laboratoire
à la Faculté.

“ Plures occidit gula quam gladius.”

(GALIEN.)

Presse Médicale, 16 février 1907.

L'éducation alimentaire est tout entière à faire. Jusqu'à ces dernières années, elle n'avait guère provoqué que des remarques souvent fort judicieuses de gastronomes, tels que Brillat-Savarin, ou des publications d'amateurs, tels que Cornaro, Lessius, devenus hygiénistes par nécessité de santé et désireux

de faire bénéficier leurs semblables des observations qu'ils avaient faites sur eux-mêmes.

Les acquisitions de la science moderne permettent d'envisager ces questions d'une façon plus précise, et les médecins doivent aujourd'hui, comme le réclame le professeur Landouzy, organiser et vulgariser l'enseignement de l'hygiène alimentaire.

*
* *

Quelques principes généraux méritent d'être connus de tous. La première question, et la plus importante, est celle de la quantité d'alimentation. En règle générale, nous mangeons beaucoup trop.

Personne cependant ne nous met en garde contre ces excès alimentaires et la Faculté même paraît les recommander; les quantités d'aliments prescrites par les divers traités de diététique sont très exagérées. Les chiffres donnés par Rübner, par Forster, par Pettenkoffer et Voit sont fortement au-dessus des besoins réels de l'organisme. Cela tient à la manière dont ils ont été obtenus; ils sont tirés de l'observation des faits, non de l'expérimentation; ils représentent ce que l'homme mange en moyenne, non ce qu'il devrait manger.

Ces chiffres des auteurs allemands correspondent, en effet, à ceux que M. Arnaud Gauthier a obtenus en calculant, d'après les statistiques d'entrée et de sortie des octrois, l'alimentation moyenne journalière d'un habitant de Paris à notre époque, soit: albuminoïdes, 107 grammes; graisses, 68 grammes; hydrates de carbone, 424 grammes; ce qui représente un régime de plus de 2.800 calories.

Or, ces chiffres sont la constatation d'un fait, ils ne sont point la traduction d'un optimum physiologique.

Quand on étudie de près, comme nous l'avons fait, les habitudes alimentaires des Parisiens, quand on voit les erreurs

qu'ils commettent inconsciemment, on ne peut songer à ériger en règle de physiologie pratique la constatation de ces habitudes vicieuses ; pas plus qu'on ne peut considérer les chiffres de consommation moyenne d'alcool à Paris comme la mesure physiologique de ce que l'homme doit observer.

Cette manière de raisonner mènerait à la suralimentation et à l'alcoolisation.

Si l'on étudie l'alimentation de quelques sujets de poids moyen vivant d'une vie modérément active on s'aperçoit que l'équilibre de nutrition est entretenu chez eux avec des quantités d'aliments très inférieures à celles qu'indiquent les chiffres classiques. Les travaux de Maurel, de Lapique, de Bardet, de Hirschfeld, de Henri Labbé et Morchoisne ont montré qu'on peut réduire considérablement l'ingestion des albuminoïdes, et que le minimum nécessaire à la réparation des tissus est très inférieur à ce que l'on croyait autrefois.

Il en est de même quand on considère l'ensemble de l'alimentation ; nous connaissons des individus de poids moyen, en parfaite santé, ayant une existence active, qui se contentent d'un régime de 2,000 calories et même moins.

C'est ce que constataient dernièrement MM. Heger et Slosse dans une enquête présentée au Congrès international de l'alimentation : ayant pesé rigoureusement pendant quelque temps l'alimentation d'un certain nombre d'ouvriers belges, ils virent que la nourriture de quelques-uns était très inférieure à ce que l'on croit ordinairement nécessaire ; l'un d'eux, en particulier, se maintenait en équilibre de poids et en équilibre azoté, malgré un travail pénible, avec un régime dont la valeur énergétique ne dépassait pas 1,841 calories : si l'on en croyait les classiques, cet ouvrier eût dû périr rapidement, car il n'avait théoriquement pas de quoi entretenir ses tissus et sa calorification.

Le minimum d'aliments indispensables est très difficile à déterminer, mais il est certainement bien inférieur à ce que l'on admet en général ; on s'en aperçoit lorsqu'on cherche par le régime à faire maigrir des obèses : on est obligé de réduire dans des proportions considérables l'alimentation pour la rendre inférieure aux besoins réels de l'organisme.

En résumé, s'il est très difficile, comme l'a fait remarquer M. A. Gautier, de déterminer exactement la proportion des aliments indispensables, on doit reconnaître que l'homme se soumet en général à une véritable suralimentation. Que devient le superflu ainsi ingéré ?—Il sert à faire les obèses et les dyspeptiques.

* *

Lorsque l'individu ainsi suralimenté est doué d'un bon tube digestif, bien préparé pour la digestion et l'absorption, il devient peu à peu obèse. Parmi les aliments introduits en excès, les matières azotées, après avoir subi les dégradations habituelles, sont éliminées en totalité par l'urine ; mais les hydrates de carbone et les graisses ne sont pas complètement brûlés et s'accumulent dans l'organisme sous forme de réserves de graisse. Peut-être aussi, un trouble particulier de la nutrition, consistant en une impossibilité pour les cellules de l'organisme de brûler complètement l'excès des matières grasses, favorise-t-il la production de réserves graisseuses ?

Fort heureusement, la suralimentation provoque en général un certain degré de dyspepsie, et l'absorption intestinale devient bientôt moins parfaite ; les aliments introduits en excès ne sont pas complètement absorbés et se retrouvent dans les matières fécales. Le trouble dyspeptique est si minime qu'il passe souvent inaperçu : ce n'est pas un trouble de digestion, c'est un défaut d'absorption, que l'examen comparé des ingestions alimentaires et des excrétions urinaires, ou bien l'analyse des matières fécales peuvent seuls faire reconnaître.

Ainsi la dyspepsie—qu'on pourrait dire salutaire—protège l'individu suralimenté contre l'obésité, loin que la dyspepsie prédispose à l'obésité comme le pense M. Leven. Ce qui peut faire croire que la dyspepsie mène à l'obésité, c'est que beaucoup d'obèses ont le tube digestif surmené par la suralimentation et offrent des troubles fonctionnels légers de la digestion ; mais ils ne peuvent être parvenus à l'obésité qu'à condition de ne point avoir de troubles sérieux de l'assimilation.

Quand la suralimentation porte sur un individu dont le tube digestif est peu tolérant, l'obésité ne se produit pas ; c'est la dyspepsie qui la remplace avec toutes ses variétés. On observe d'abord une certaine lenteur des digestions, une gêne après le repas, une sensation de pesanteur, un ballonnement de l'estomac et de l'intestin, des éructations, une tendance au sommeil et une incapacité de travailler après le repas : ce sommeil *post prandia* que M. Hallopeau considère comme physiologique et nécessaire n'est, en réalité, ainsi que M. Leven l'a justement fait remarquer, que le premier symptôme de la dyspepsie. En pratique, tout individu qui est obligé de desserrer son pantalon ou de dormir après ses repas est un dyspeptique, et le plus souvent un dyspeptique par excès d'alimentation et surcharge de l'estomac ; il suffit de lui faire réduire son régime pour voir les troubles digestifs disparaître.

Si le malade n'est point averti et si la suralimentation continue, les troubles digestifs augmentent, les fonctions intestinales sont troublées, les coliques, la diarrhée apparaissent et l'entérite chronique s'installe ; ces troubles sont souvent atténués et se traduisent seulement, chez beaucoup de sujets, par la modification des selles qui sont abondantes, molles, pâteuses, non moulées, fétides, et se produisent une ou deux fois par jour.

D'autres fois au contraire, on observe une constipation persistante avec débâcles de plus en plus éloignées, accompagnée

parfois de crises d'entérocolite muco-membraneuse ; c'est ce qui arrive chez les sujets à intestin atone, distendu par les gaz et les matières ; souvent des hémorroïdes se développent à la suite de la congestion chronique de l'intestin et de la compression des veines hémorroïdales par les fèces.

Quoi qu'il en soit, l'assimilation est fortement troublée, et, malgré sa suralimentation, le malade maigrit : plus on l'alimente et plus il maigrit ; et il suffit parfois de réduire son alimentation pour le voir engraisser de nouveau.

Enfin, le foie lui-même peut être atteint. Il s'hypertrophie par surmenage, se congestionne, devient douloureux spontanément et sensible à la pression, la digestion des matières grasses devient difficile ; l'urobiline, l'indican passent dans les urines ; des poussées d'angiocholite avec ictère peuvent même se greffer sur cet état d'irritation chronique des voies digestives.

Voilà comment l'alimentation excessive, autant et peut-être même plus souvent que l'alimentation vicieuse, provoque les affections du tractus digestif. Elle est un des plus grands ennemis de l'homme.

La suralimentation habituelle, telle qu'on la pratique trop souvent dans les milieux bourgeois, porte principalement sur certaines espèces d'aliments ; ce sont les viandes dont on fait le plus abus. Il en résulte une intoxication lente par les produits nuisibles dérivés de la chair animale ; l'acide urique, les bases xanthiques, la créatine, la créatinine, etc., altèrent peu à peu les épithéliums et s'accumulent dans l'organisme. Il en résulte des troubles profonds de la nutrition, des douleurs rhumatoïdes, de la lithiase rénale, des accès de goutte, et une série d'affections que l'on groupe ordinairement sous le nom d'affections arthritiques et qui nous paraissent, ainsi que M. Pascault l'a soutenu récemment, être la conséquence pathologique des habitudes alimentaires vicieuses, d'une alimentation carnée excé-

sive. L'atavisme et les habitudes jouent ici un grand rôle, dit le professeur Gautier. Ainsi s'explique comment l'obésité, le diabète, la goutte, le rhumatisme sont souvent réunis chez le même individu ou dans une même famille et ont pu être considérés comme des manifestations d'une même diathèse; l'arthritisme n'étant autre chose que le résultat d'une auto-infection produite par la suralimentation habituelle, et ne paraissant une diathèse héréditaire et familiale que parce que les mêmes habitudes alimentaires vicieuses se transmettent par éducation des parents aux enfants.

* * *

La première règle d'hygiène alimentaire digestive à observer est de se garder de la suralimentation habituelle. Cela est surtout affaire d'éducation. Les bonnes habitudes doivent être prises dès l'enfance. Il ne faut point pousser les enfants à trop manger et les habituer au gavage comme font beaucoup de parents; s'ils y ont tendance, il faut les corriger. Pour se bien porter, on doit toujours demeurer sur son appétit, disait déjà Hippocrate.

L'ordonnance des repas et la composition des menus offrent, à ce point de vue, une grande importance. L'alimentation doit être substantielle, variée, opportunément appropriée à l'individu, professe M. Landouzy. Mais, chez les sujets sains, qui ne doivent trouver dans les aliments que le nécessaire pour la réparation des tissus, l'entretien de la température et la production du travail, il n'est point utile d'exciter l'appétit par la trop grande variété des mets. Car, se laissant entraîner par son plaisir et sa gourmandise, l'individu arrive ainsi à la suralimentation inconsciente: l'habitude prise, il lui est fort difficile de s'en défaire.

On proscrit donc les longs repas, aux plats multiples; on ne devrait jamais voir paraître sur la table de famille plus d'un

plat de viande, d'un plat de légumes, d'un entremets et d'un dessert; alimenté à sa suffisance par le premier plat de viande et de légume, le sujet se suralimente avec le second, car il a rarement la sagesse de choisir.

“Quand nous venons ajouter, dit Saint Augustin, cette espèce de plaisir nécessairement attaché à l'usage des viandes, ce plaisir ne nous permet pas de sentir jusqu'où va le simple besoin et nous en cache tellement les salutaires bornes qu'il ne manque presque jamais de nous les faire passer. Quoique la nature ait alors ce qui lui suffit, nous nous imaginons que ce qu'elle a ne lui suffit pas et nous croyons faire pour la santé ce que la sensualité seule nous fait faire.”

Pour les faire plus légers, on recommandera les repas multiples. Le système français des trois repas seulement, est défavorable en ce sens qu'il force aux repas trop abondants et difficiles à digérer. Beaucoup de personnes se trouvent, après le déjeuner et le dîner, dans l'état du boa dont toutes les forces vives sont utilisées pour la digestion. Outre les conséquences pathologiques, outre la détérioration de l'organisme, il en résulte une perte de temps et de travail.

Mieux vaut donc porter à quatre le nombre des repas et les organiser de la façon suivante :

1° Faire dès le matin, avant le travail, un repas substantiel chaud, à la fois réparateur des tissus et producteur de l'énergie, nécessaire au travail de la matinée ;

2° Faire à midi un déjeuner chaud ou froid, mais plutôt chaud en hiver, destiné surtout à produire l'énergie que l'individu dépensera au travail de l'après-midi ; ce repas, peu copieux rapidement digéré, ne provoque point d'arrêt dans le travail musculaire et cérébral ;

3° Faire à cinq heures un repas léger, producteur d'éner-

gie. et destiné à permettre d'attendre le dîner, en terminant la tâche journalière ;

4° Enfin à sept ou huit heures, le dîner, qui ne devra pas être un long festin, mais un repas simple et court. Le travail étant terminé, la déperdition de chaleur étant moindre pendant la nuit que pendant le jour, le dîner n'aura point à produire une grosse somme d'énergie mécanique et calorifique, mais sera surtout destiné à la réparation des tissus. La légèreté de ce repas permettra à l'individu de se coucher peu de temps après sans que la digestion soit entravée ni le sommeil troublé.

* * *

Ce programme alimentaire, assez éloigné des habitudes françaises, rappelle surtout les mœurs anglaises. Nos voisins ont en effet la coutume des quatre repas journaliers—et non de trois, comme l'écrivait dans ce journal M. Martinet, qui méconnaissait simplement le national "five o'clock tea". — Les repas des Anglais sont mieux répartis, en général moins copieux que les nôtres, et seraient parfaits, s'ils comprenaient moins de viande.

Sans aller, comme certains théoriciens, jusqu'à dire que c'est l'alimentation qui fait la supériorité de la race anglo-saxonne, nous devons reconnaître cependant qu'elle s'adapte bien à une existence active et produit moins d'obèses que notre régime français ; diminuons seulement la viande pour éviter la goutte trop connue des Anglais, et, en fait d'alimentation, nous aurons raison de les imiter.

Mettre en garde les individus contre la suralimentation inconsciente qui s'impose trop souvent dès l'enfance, leur montrer les dangers des excès de table habituels, tel est le premier devoir du médecin qui veut faire de l'hygiène alimentaire. On ne saurait trop répéter avec Cornaro que "pour conserver la santé le médecin le plus sûr est un bon régime de vie".

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CORYZA
SYPHILITIQUE

PAR

PAUL GASTOU

(Annales de Médecine et chirurgie infantiles.)

Tout nouveau-né suspect de syphilis héréditaire doit être surveillé au point de vue du coryza.

Tout nouveau-né qui a du coryza doit être examiné attentivement.

Il est évident que s'il présente, avec son coryza, du pemphigus palmaire ou plantaire, le diagnostic de coryza syphilitique s'impose.

Mais habituellement le coryza est la première manifestation de la syphilis, et il faut le reconnaître.

Toute gêne respiratoire survenant brusquement avec enchièvrement et troubles de la déglutition doit être tenue pour suspecte. Si possible, examiner la gorge, souvent on trouve déjà un écoulement muqueux ou muco-purulent dans le pharynx.

Il est rare que l'écoulement nasal ne suive pas de près, mais déjà l'on se prépare à traiter.

L'écoulement nasal peut être en effet dû à :

Coryza simple.—Dans ce cas il n'y a ni l'enchièvrement, ni la gêne respiratoire, ni les troubles de déglutition du coryza syphilitique. L'écoulement est peu abondant, muqueux, rarement muco-purulent et il dure peu.

Le *coryza diphthéritique* survient rarement chez le nourrisson. Il existe le plus souvent des commémoratifs de contagion. L'écoulement est sanieux d'emblée, pseudo-membraneux, il est rare qu'il n'existe pas de fausses membranes ailleurs. En

outre, l'engorgement ganglionnaire, l'état général grave, sont un indice de l'intoxication générale.

Le *coryza de la rougeole* s'accompagne de larmolement et d'érythème buccal et pharyngien : il est souvent peu intense et rapidement suivi de l'éruption.

Les coryzas médicamenteux sont rares chez le nourrisson.

En résumé, il n'est de criterium diagnostique que l'association d'accidents syphilitiques ou le commémoratif héréditaire.

De toutes façons, tout coryza doit être soigné.

TRAITEMENT DU CORYZA SYPHILITIQUE

On a souvent coutume de négliger le traitement local du coryza syphilitique ; parce qu'il est chez un syphilitique, on ne pense pas qu'il survient avant tout chez un nouveau-né et qu'il est dangereux par cela même.

Il faut donc l'éviter si possible. le guérir le plus tôt possible, dès qu'il apparaît.

D'où deux traitements : prophylactique et curatif.

Prophylaxie du coryza syphilitique.—Un premier point des plus importants me paraît être de faire une antisepsie rigoureuse du vagin pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Le streptocoque qui existe dans les narines de l'enfant à la naissance vient probablement du vagin et a pénétré dans les narines pendant le travail ; il en résulte que le premier moyen d'éviter le coryza est de stériliser le vagin.

Ceci est pour la cause occasionnelle du coryza. La prédisposition se fait par les parents : Pour empêcher le coryza syphilitique, le meilleur moyen est d'empêcher le développement de la syphilis infantile.

Soigner le père avant la fécondation. Traiter la mère fécondée ou infectée par un syphilitique. J'ai déjà soutenu dans l'article *Syphilis* du *Traité des maladies de l'enfance* de Gran-

cher, qu'il fallait traiter toute femme fécondée par un syphilitique en puissance ou non d'accidents au moment de la fécondation, qu'elle ait eu ou non des accidents syphilitiques, et cela pour éviter non seulement la syphilis héréditaire, mais encore les dystrophies de l'hérédité syphilitique.

Il faut donc traiter la mère par les moyens habituels.

A plus forte raison, si la mère est syphilitique, il faut la traiter.

Faut-il traiter dès la naissance un enfant né de parents syphilitiques et en apparence sain au moment où il vient au monde ?

Si ni le père ni la mère, quoique l'un des deux ait eu la syphilis antérieurement, n'a eu d'accidents avant la procréation, si la mère n'en a pas eu pendant la grossesse, il n'y a pas lieu de traiter.

Mais si la mère a eu des accidents pendant la grossesse et surtout pendant les premiers mois, je conseillerai de traiter l'enfant préventivement, quitte à s'arrêter au bout d'un mois, étant à peu près certain qu'à ce moment il a pu échapper au coryza.

A plus forte raison faut-il traiter l'enfant s'il y a des accidents syphilitiques.

Comment ? Par l'ingestion de liqueur Van Swieten à la dose de 25 à 30 gouttes par jour ou par des frictions à la dose de 50 centigrammes d'abord, puis dès la chute du cordon ou si les accidents sont intenses, à la dose de 1 gramme d'onguent mercuriel double par jour.

Ce n'est pas tout ; à ce traitement prophylactique général il faut ajouter quelques précautions hygiéniques et un traitement local

Il faut préserver l'enfant du froid, lui faire porter un bonnet, veiller aux changements de température.

Localement, il faut lui nettoyer les fosses nasales avec de petits tampons d'ouate imbibés d'eau stérilisée tiède, d'eau boriquée à 20/1000. Ensuite introduire dans ses narines de l'huile vaselinée.

Mais malgré ces soins le coryza est déclaré : que faire ?

TRAITEMENT CURATIF DU CORYZA

La difficulté ici réside dans l'étroitesse des fosses nasales et l'impossibilité des lavages au siphon qui constitue souvent un danger plus grand que le mal.

Mais cependant on peut et on doit :

1° Nettoyer les fosses nasales pour faciliter la respiration et la déglutition ;

2° Désinfecter et aseptiser la muqueuse pour détruire les germes purulents et empêcher l'infection ;

3° Guérir le coryza ;

4° Empêcher les complications si elles menacent, ou lutter contre elles si elles se sont produites.

Pour *nettoyer* les fosses nasales, introduire dans les narines un fin stylet garni d'un petit tampon d'ouate stérilisée en ayant soin de diriger le stylet d'avant en arrière et non de haut en bas.

Après avoir nettoyé l'orifice des fosses nasales, faire de même avec un tampon d'ouate humide.

Si cette manœuvre ne suffit pas, prendre une poire aspiratrice, en munir l'embout d'un petit tube de caoutchouc, en chasser l'air, puis l'introduire dans les narines et aspirer les mucosités.

Au besoin faire une douche d'air ; l'embout introduit dans une narine, presser la poire après avoir appliqué les parois de la narine contre l'embout.

Faire des vaporisations de vapeur d'eau simple ou boriquée, à 20/1000 au-devant des narines.

Pour désinfecter et aseptiser la muqueuse, introduire de l'huile mentholée à 17100, à 1750, soit à l'aide de pulvérisations, soit à l'aide d'un stylet garni d'ouate.

Faire des attouchements profonds avec un mélange de :

Créosote de hêtre..... 0 gr. 20 à 0,50
Glycérine..... 10 grammes

dont on augmente la force s'il est bien supporté.

Faire des lavages poussés sans force à l'aide d'une petite seringue ou de bock à injection très peu élevé et muni, à l'extrémité du conduit en caoutchouc, d'une petite soude que l'on introduit à l'entrée des fosses nasales.

Les injections seront faites à l'eau bouillie simple, à l'eau boriquée à 20 p. 100, ou bien, comme le conseille Lermoyez, avec des solutions de bicarbonate de soude à 17100, de résorcine à 171000. Utiliser également l'eau oxygénée à 10 volumes de la façon suivante :

Eau oxygénée à 10 volumes.... 2 cuillerées à soupe.
Bicarbonate de soude..... 1 gramme.
Eau bouillie tiède..... 200 —

•Augmenter la force de la solution et faire les lavages avec de l'eau oxygénée à 1 pour 4 parties d'eau, 1 pour 3 s'il y a lieu.

Les fosses nasales nettoyées, chercher à guérir.

Pour *guérir*, insuffler au moment où l'enfant crie et après les lavages :

Iodoforme..... 1 gramme
Benjoin..... 3 —
Acide bcrique..... 10 —

ou :

Calomel à vapeur..... 0 gr. 50
Bicarbonate de soude..... 3 grammes
Talc.....q. s. p. 10 —

puis associer aux lavages des cautérisations avec des solutions

de nitrate d'argent à 1/200, à 1/10, à 1/10, suivant la tolérance de l'enfant et la réaction de la muqueuse.

Essayer même des attouchements avec une solution de sublimé à 1/1000, répétés trois à quatre fois par jour en cas de coryza intense et fétide. Faire également des attouchements avec l'eau oxygénée pure deux fois par jour.

Pour empêcher les complications, protéger les lèvres et la face par de la vaseline neutre, par des poudres inertes. Faire des lavages aseptiques, des lavages boriqués fréquents. Nettoyer la gorge avec le stylet garni d'ouate. Éviter que l'enfant reste sur le dos.

Dès qu'il survient une complication, si on n'a pu l'éviter, la combattre selon sa localisation.

Enfin, il ne faut pas oublier de joindre au traitement local une hygiène et un traitement toniques, et surtout le traitement spécifique.

Puis, quand le coryza sera guéri, il y aura lieu encore de surveiller, de rechercher les complications possibles afin de guérir les reliquats et d'en empêcher les effets tardifs.

Et, pour conclure, je dirai que reconnaître le coryza, le soigner localement, le guérir, est le meilleur moyen, pour le présent, de sauver l'enfant, et pour l'avenir de lui éviter des stigmates tardifs ou des prédispositions qui en font souvent un dégéné et toujours un incomplet.

Note complémentaire du Dr Laurens sur le traitement du coryza syphilitique des nouveaux-nés.—La principale indication est de rétablir la perméabilité du nez dont l'encombrement par les croûtes gêne la respiration et les tétées. Il faut donc procéder à de fréquents nettoyages pour ramollir et évacuer les sécrétions nasales.

Ce qu'on doit éviter de faire.—On s'abstiendra de lavages avec le bock, et même avec la vulgaire seringue urétrale ; on

n'emploiera aucune solution antiseptique, sublimé, etc., en raison du danger d'intoxication. Toute injection dans les fosses nasales, si modérée soit-elle, est dangereuse chez le nouveau-né, car elle risque de faire pénétrer par effraction dans la trompe d'Eustache des mucosités purulentes, et d'autre part la chute de liquide dans le larynx peut provoquer un spasme glottique avec ses conséquences. Bien éviter la cocaïne.

Ce qu'il faut faire.—J'emploie la pratique suivante : instillation dans chaque narine, trois ou quatre fois par jour, au moyen d'un compte-gouttes, de 4 à 5 gouttes d'eau oxygénée à 12 volumes, coupée de 4 fois son volume d'eau. C'est un excellent moyen pour désagréger les croûtes et faire l'antisepsie des fosses nasales. Ces instillations d'eau oxygénée devront alterner avec d'autres pratiques, avec de l'huile de vaseline stérilisée.

Eviter d'introduire des stylets et des portè-cotons dans le nez du nouveau-né pour le nettoyer, en raison de l'extrême difficulté qu'il y a à lui maintenir la tête immobile.

Pour obvier à l'obstruction nasale et faciliter l'alimentation, on se trouvera bien, cinq minutes avant les tétées, d'instiller dans chaque fosse 3 ou 4 gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au dix-millième qui, en amenant une vaso-contraction de la muqueuse, rétablira pour un moment la perméabilité respiratoire.

Si le moyen échoue, nourrir l'enfant à la cuiller, ou au besoin à la sonde œsophagienne.

—o-o—

SANMETTO DANS LES MALADIES GÉNITO-URINAIRES

L'emploi du SANMETTO dans les maladies génito-urinaires a toujours été suivi de bons résultats chez mes malades.

Par conséquent je continuerai à en ordonner dans les cas tributaires de ce médicament.

St-Louis, Mo.

DR H. WICHMANN,

Diplômé en 1864, etc.

COUPURES

Jusqu'à ce jour en face d'un cas d'ostéomalacie, le médecin traitant n'avait guère à choisir, et il se voyait acculé à la nécessité de pratiquer la castration chez sa malade. En effet, cette opération seule a donné quelques succès, alors que tout traitement médical avait échoué.

Dernièrement, le Dr Ascarelli présenta à la Société des Hôpitaux de Rome le cas fort intéressant d'une femme guérie d'ostéomalacie par atrophie des ovaires due à l'action systématique des rayons X. Après deux mois de traitement radiothérapique la malade qui gardait le lit depuis longtemps présentait un mieux notable.

Au bout de cinq mois, la malade marchait sans appui et ne ressentait aucune douleur. La menstruation avait disparu.

Ascarelli pense que dans ce cas, il s'est produit une atrophie des ovaires sous l'action des rayons X, atrophie qui aurait déterminé la guérison. Et comme conclusion, ce médecin italien croit que l'on peut obtenir d'aussi bons résultats par la radiothérapie que par l'ovariotomie double.

*
* * *

Chez l'enfant, le tabes dorsalis a été tour à tour affirmé et nié. Dans la Gaz. int. di medec., Mazzeo affirme l'existence du tabes dorsalis infantile. La chose n'en restera pas moins une rareté. Le cas qu'il rapporte serait dû à la blennorrhagie. Il s'agissait d'une fillette de 12 ans qui, quatre ans auparavant, avait subi une tentative de viol de la part d'un blennorrhagique. L'année suivante, elle eut une arthrite, puis survinrent, quelques années après, des crises gastriques, des douleurs laucinantes dans les membres inférieurs, et enfin tous les signes du tabes.

*
*
*

Au congrès de Lisbonne, le Dr Caravassilli d'Athènes a présenté un mémoire des plus intéressants sur les lavages intestinaux chauds (40° 42° C.) comme moyen topique important pour le traitement de l'entérocolite de la première enfance.

En voici les conclusions :

“ Les lavages intestinaux chauds (40° 42° C) agissent contre es phénomènes locaux de l'entérocolite avec plus d'efficacité que les lavages intestinaux tièdes et les divers moyens thérapeutiques locaux déjà connus, parce que ;

1° Les coliques et les épreintes deviennent moins sensibles et quelquefois cessent tout d'un coup après le lavage chaud pour reparaître moins intenses ou à peine sensibles ou même quelquefois augmentées, mais seulement quelques heures (4-9 heures), après le lavage.

2° Les selles caractéristiques de la maladie modifient vite leur caractère vers la normale et le nombre d'évacuations paraît après chaque lavage sensiblement diminué.

3° Par suite des raisons susdites, le nombre des lavages se borne ordinairement de 3 à 6 pour toute la durée de la maladie.

4° La chaleur du liquide agit efficacement contre l'hémorragie intestinale.

5° Les lavages intestinaux chauds concourent à diminuer la durée de la maladie (3-8 jours).

6° Les enfants acceptent agréablement cette température ; ils dorment tranquillement après le lavage, quelquefois même pendant l'opération. (Clinique Infantile).

*
*
*

L'éclampsie peut-elle se déclarer à toute période de la grossesse ?

Oui, bien que plus fréquente à la fin de la grossesse elle peut se déclarer dès les premiers mois. Aussi, chez toute gestante, n'omettez jamais d'examiner l'urine à toute période de la grossesse. Ce précepte peut paraître banal à quelques-uns. Cependant combien on l'oublie souvent !

* * *

Mixture contre les hémorrhagies de la ménopause.

Tr. viburnum pumifolium	} aa 4 gram.
" hydrastis canadensis	
Elixir de Garus.....	} aa 30 gram.
Sirop thébaïque.....	
Eau de tilleul.....	

Sig : 3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

(J. d'obst., gynéc. ped.)

* * *

Contre la stérilité- Le Dr G.... pensant aux rapports intimes qui existent entre l'utérus et le larynx, disait dans ses leçons intimes : " Si jamais vous rencontrez un jeune marié se plaignant de l'infécondité de sa femme, conseillez-lui de la faire chanter à haute voix pendant l'actus conjugii ; c'est un moyen très bon pour faciliter la conception. Une fois, j'ai donné un conseil à un ami qui attendait sa progéniture depuis plusieurs années. Il eut deux enfants coup sur coup après quoi il recommanda à sa femme de bien serrer..... les dents.

(Montréal Médical).

Contre la dysménorrhée nerveuse, congestive.

Exalgine.....	2.40 gram.
Alcool à 80°.....	20 "
Eau distillée.....	60 "
Sirop d'écorce d'oranges.....	1.08 "
Sirop de coquelicot.....	16 "

Sig : prendre toutes les demi-heures 1 cuillerée à café jusqu'à sédation de la douleur.

Certaines femmes souffrent pendant les premiers mois de leur grossesse d'une salivation exagérée et désagréable. Des lavages buccaux répétés, avec une infusion de feuilles de belladonne — 10 grammes pour un litre d'eau — additionnée de 5 grammes de phénosalyl donnent de forts bons résultats. Le cachet suivant, à la dose d'un à chaque repas, atteint le même but :

Extrait de jaborandi.....	10	centigram.
Jusquiam pulv.....	5	“
Bromure de zinc	3	“
Pour un cachet.....		

P. A. GASTONGUAY, M. D.

Québec, 15 mars 1907.

LE PYRAMIDON

MODES D'ADMINISTRATION, DOSES, ACTION.

Presse médicale, 12 Mars 1907.

Par les temps que nous traversons, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que le pyramidon constitue l'un des médicaments les plus efficaces contre les *névralgies des grippés*.

Nous empruntons au remarquable "Précis de pharmacologie et de matière médicale", que vient de publier le professeur Pouchet, les quelques notions suivantes relatives aux doses, au

mode d'administration et à l'action thérapeutique de cet excellent antithermique-analgésique.

* *

La dose active de pyramidon est de 30 centigrammes, et on n'est presque jamais obligé de dépasser 75 centigrammes à 1 gramme pour une période de 24 heures.

Le mode d'administration le plus simple consiste dans l'emploi de la solution suivante :

Pyramidon..... 1 gramme

Sirop d'écorces d'oranges.... 25 —

Eau distillée..... 75 —

qui se prescrit par cuillerées à soupe dans une période de 24 heures.

On l'a également associé au bromhydrate de quinine; dans ce cas, on prescrit des cachets :

Bromhydrate neutre de quinine.. 10 centigr.

Pyramidon..... 5 —

Pour un cachet. V à X par jour.

Le pyramidon exerce sur le système nerveux une action tout à fait analogue à celle de l'antipyrine; seulement l'abaissement de la température est plus considérable et l'on ne voit pas se produire avec lui les variations de pression et la vaso-dilatation périphérique de l'antipyrine. De plus, il est environ trois fois plus actif que cette dernière; en même temps, son action est plus douce, plus lente, plus régulière; on n'observe pas de réascension thermique brusque et accompagnée de sueurs profuses et de frissons; enfin son action analgésique est plus intense.

La grande différence qui existe entre l'antipyrine et le pyramidon consiste dans l'action que ce dernier exerce, à doses thérapeutiques, sur la nutrition. Loin de provoquer, comme

l'antipyrine, un ralentissement notable des échanges organiques, le pyramidon suractive, au contraire, la nutrition ; il y a, dans ce cas, une dissociation de l'action sur le système nerveux central : action sédative sur les centres thermiques et les centres sensitifs, action excitante sur les centres trophiques.

Employé à des doses de moins de 1 gramme, par doses réparties en 24 heures, le pyramidon n'exerce aucune action sur le cœur et la circulation, et on peut l'administrer pendant plusieurs jours consécutifs. Chez les néphritiques, il n'est pas contre-indiqué et n'augmente pas l'albuminurie. Par contre, chez les tuberculeux, il provoque rapidement l'apparition de sueurs profuses et malgré l'emploi du camphorate acide de pyramidon, qui atténue cet inconvénient, il vaut mieux renoncer à son emploi chez ces individus, en raison de l'action excitante qu'il exerce sur les combustions organiques.

Le seul inconvénient de ce médicament consiste dans ses effets sur le système digestif, ce qui nécessite la suspension ou même la suppression complète de son emploi chez certains malades.

J. D.

—o—

Société Médicale

ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU
DISTRICT DE JOLIETTE

(Séance du 11 mars 1907).

Après avoir adopté une résolution de condoléance au sujet de la mort du regretté et savant Professeur Hingston, l'Association prend connaissance des propositions suivantes :

Considérant.—1° Que les Universités de la province de Québec demandent unanimement que le curriculum des études médicales soit à l'avenir de cinq ans ;

2° Que les dites Universités déclarent qu'elles ne peuvent donner un enseignement théorique et pratique, suivant les exigences actuelles, à moins de cinq ans ;

3° Que dans tous les pays avancés, les cours médicaux sont d'au moins cinq ans ;

4° Que notre province ne pourra obtenir de réciprocité de licences avec les autres provinces, entre autres avec la province d'Ontario, aussi longtemps que nos cours de médecine ne seront pas adéquats aux leurs, c'est-à-dire de cinq ans ;

5° Que le Bureau des médecins approuve la démarche des Universités auprès de la Législature, dans le but d'amender l'acte médical dans le sens mentionné ci-dessus ;

6° Que cette mesure serait propre à relever le niveau scientifique et moral de la profession ;

7° Que cette forte formation scientifique et morale serait à l'avantage du public ;

Proposé par le Dr Désy, secondé par le Dr J. C. Gadoury :

1° Qu'un vote de remerciements et de félicitations soit adopté par l'Association Médicale de Joliette en faveur de MM. Tellier, député de Joliette et J. Lafontaine, député de Berthier lesquels ont appuyé les susdits amendements à l'acte médical, durant la présente session, portant le curriculum des études à cinq ans ;

2° Que l'Association proteste énergiquement contre les votes de M. Dr Bissonnette, député de Montcalm sur cette question ;

3° Que l'Association regrette l'absence à la Législature de M. Gauthier, député de l'Assomption, lors du vote sur cette mesure ;

Que copie de la présente résolution soit envoyée à chacun des députés du district de Joliette.

Puis M. le Dr Beaudry ajoute : " Au point de vue des intérêts de la profession je crois Messieurs, que le vote de M. le Dr Bissonnette est regrettable pour ne pas dire plus. Si je me permettais de qualifier la conduite du député de mon comté, je dirais qu'il a alors fait de la *politiquerie*."

Monsieur le Dr Désy : " J'ai peu de chose à ajouter à l'exposé des considérants qui ont motivé ma proposition, si ce n'est qu'il m'est impossible de saisir les motifs qui ont poussé notre confrère le Dr Bissonnette à prendre la position hostile à la profession, aux universités, que l'on sait. Dans les coulisses

“ de la Chambre, l'on a murmuré qu'un groupe d'avocats, de notaires, d'hommes de profession en un mot, avaient fait opposition à notre bill pour des raisons d'intérêts de caste ; certains esprits étroits craignant que les dispositions de cette loi ne découragent les aspirants disciples d'Esculape et les poussent vers les autres carrières libérales dont l'accès serait plus facile. Aux commerçants, aux cultivateurs, l'on a insinué que les frais des cours médicaux déjà très élevés, deviendraient exorbitants et fermeraient les portes de notre belle profession aux fortunes modestes. L'on a même ajouté, tout haut, que nos médecins étaient assez *capables* ; qu'en prolongeant leurs études stagiaires l'on donnerait occasion à nos futurs guérisseurs “ de surcharger le public, etc., etc.”

Lequel de ces arguments a touché le député de Montcalm ? — Il me semble pourtant que le mal ne serait pas énorme si l'on pouvait parvenir à atténuer la pléthore médicale dont nous souffrons tous. Si nous étions un peu moins nombreux, nous pourrions peut être vivre de notre art, et alors l'on n'aurait pas la tristesse et l'humiliation de voir des confrères faire office de secrétaire-trésorier de leur municipalité, de directeur de poste, voir même d'humble employé de la compagnie Bell ; — toutes choses qui répugnent à la dignité professionnelle, qui empêchent le médecin d'étudier, de suivre le courant de la science, et qui font avec le temps du praticien le plus intelligent, un routinier très peu andessus du charlatan.

Messieurs l'on a été jusqu'à dire que le vote du député de Montcalm était l'expression d'une rancune qu'il avait gardée à l'Université Laval. pour des motifs qu'il nous serait trop long d'exposer ici, et qui ne nous intéressent pas d'ailleurs. Si tel était le cas, non seulement il aurait trahi les intérêts de la profession, mais il aurait forfait à son mandat. — Nous sommes unanimement en faveur de la création d'un Bureau provincial d'examineurs. nous demandons des réformes dans l'enseignement universitaire, toutes choses qui peuvent créer un certain malaise entre la profession et l'université, mais nous ne voulons pas détruire notre Alma Mater, nous voulons au contraire l'aider dans l'évolution progressive auquel elle aspire. Et M. le Dr Bissonnette a été bien mal inspiré dans sa conduite à la Législature à ce sujet. Laissez moi vous dire pour terminer que je regrette que M. Bissonnette ne fasse pas partie de notre Association, car je serais heureux de l'entendre personnellement nous exposer les pourquois de son vote.

MM. les Drs Lippé, Barolet, Gadoury, Laporte, Magnan, Marion, Bonin, Laurendeau, etc., prennent tour à tour la parole

pour approuver les remarques de M. le Dr Désy et finalement l'Association adopte avec entrain les propositions de félicitations en faveur de MM. Tellier de Joliette, Lafontaine de Berthier et ce blâme à M. Bissonnette de Montcalm.

Re. Tarif des compagnies d'assurances : Conformément à une résolution du 11 décembre dernier, le secrétaire a écrit à tous les médecins du district, demandant à chacun leur sentiment au sujet du tarif des examens pour les compagnies d'assurances. Des cinquante-six médecins dont se compose le district de Joliette, quarante ont répondu qu'ils étaient favorables au tarif de \$5.00 par examen et se sont engagés à accepter la décision de la majorité des confrères.

Dr Laporte : " Je sais de source certaine qu'un certain Dr Lesage de St-Louis de Montréal est venu tout dernièrement à Joliette faire des examens pour certaine compagnie d'assurances, et je prierai M. le Secrétaire de vouloir bien prendre des informations à ce sujet, et aussi de se renseigner auprès de la Société médicale de Montréal, afin de savoir si ce M. Lesage est l'un de ses membres."

Le secrétaire donne communication d'une lettre de M. le Dr E. Desjardins de la Société médicale d'Arthabaska, en réponse aux remarques de M. le Dr. Laporte lors de notre dernière réunion, et il est proposé par M. le Dr. Laporte, secondé par M. le Dr Laurendeau : Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette envoie ses sincères félicitations à la Société médicale d'Arthabaska, au sujet des résolutions qu'elle a adoptées à sa dernière réunion concernant le tarif des examens pour les compagnies d'assurance. Adopté.

Re charlatans : Le secrétaire informe l'Association que le rebouteur Mireault a payé les amendes et les frais des deux jugements que nous avons contre lui en décembre dernier, et que depuis cette date, la Commission re charlatans a pris une nouvelle action contre l'incorrigible rebouteur, laquelle a été réglée ces jours derniers, le défendeur payant l'amende et les frais.

Et la séance est ajournée au second lundi de juin à Joliette.

ALBERT LAURENDEAU

Sec. Trés.

P. S. En toute justice il nous fait plaisir d'ajouter ici que depuis la dernière séance de l'Association de Joliette, la question du curriculum des études médicales a été reconsidérée à nouveau par la législature et qu'alors M. Gautier député de l'Assomption a voté en faveur de notre projet de loi. Au nom de l'Association nous lui offrons des félicitations et des remerciements.

Thérapeutique

L'ACNÉ FURONCULEUSE DE LA NUQUE

Par R. SABOURAUD, Chef du Laboratoire de la ville de Paris à l'Hôpital Saint-Louis.

" La Clinique "

L'acné furonculeuse de la nuque est une des plus rebelles et des plus pénibles formes de l'acné. Elle est particulière à l'homme adulte à partir de quinze à dix-huit ans, et ne s'observe guère après cinquante.

C'est une acné pustuleuse et indurée. Un jour, sur un point de la nuque, au niveau de cette zone intermédiaire qui n'est ni vraiment chevelue ni tout à fait glabre, le frôlement du col devient douloureux, et on remarque une rougeur. Le lendemain le poil sera circonscrit d'une pustulette grosse comme un grain de mil, entourée elle-même d'une aréole rouge. Le lendemain la pustule aura doublé de volume et sa base sera indurée, plus ou moins douloureuse. Beaucoup de pustules se succèdent ainsi, chacune évolue tantôt comme un élément d'acné, indolore, tantôt comme un furoncle, quelquefois même comme un petit anthrax. Chez certains sujets, l'affection se présente donc comme une acné avec des symptômes fonctionnels peu accusés, chez d'autres comme une furonculose chronique à répétition, des plus douloureuses.

La durée de cette affection se compte toujours par mois, souvent par années, avec des rémissions plus ou moins durables et ordinairement incomplètes.

Dans les cas les plus marqués, arrivée à son plein développement, l'acné furonculeuse est formée d'éléments cohérents, constituant un véritable *sycosis* de la nuque, tout à fait semblable aux *sycosis* non trichophytiques de la barbe. Et ce *sycosis* évoluera ensuite, ou bien vers l'état phlegmoneux et fistuleux chronique, ou bien vers l'état cicatriciel lisse ou chéloïdien.

I. Dans le premier cas, les pustules d'abord épidermiques, puis dermiques, donnent lieu à des collections suppurées profondes, ramifiées, souvent fistuleuses et communicantes.

II. Dans le second cas, les pustules sont restées demi-superficielles mais leurs cicatrices sont si proches qu'elles se confondent et font sur le coté une bande lisse ou gaufrée sur laquelle plus un poil n'existe. Le plus souvent cette surface cicatricielle est bordée d'éléments pustuleux en activité.

Enfin, chacune des pustules peut être le centre d'une saillie charnue (on dit en dermatologie : d'une papule) très dure, qui simule par sa dureté une chéloïde vraie. Mais cette lésion diffère de la chéloïde, qui est permanente, en ce fait que si l'on arrive à guérir la suppuration qui cause et entretient l'état pseudo-chéloïdien, celui-ci s'atténuera lentement jusqu'à disparaître.

Tous ces états divers de la même acné furonculaire de la nuque sont justifiables d'un même traitement fondamental. Mais chacun de ces états a en outre son traitement particulier.

L'agent thérapeutique à employer dans tous les cas d'acné furonculaire de la nuque, c'est le soufre. Et la meilleure formule, beaucoup copiée, beaucoup démarquée reste la *lotion soufrée* de Vidal :

Soufre précipité.....	10 grammes.
Alcool à 90.....	10 —
Eau distillée.....	} à 50 —
Eau de roses.....	

qu'on applique le soir, au pinceau, après avoir agité la bouteille, et qu'on savonne le lendemain.

C'est le traitement fondamental de l'acné furonculaire de la nuque dans tous les cas, et qui suffit à lui seul dans plus de la moitié.

Quand il ne suffit pas, c'est que la pustulation est déjà profonde et moins acnéique que furonculaire. Dans ce cas, l'*épilation à la pince* du poil qui centre les abcès furonculaires est de rigueur. Et si le furoncle grossit, si la région s'indure, si un furoncle à plusieurs orifices se forme, on doit intervenir rapidement au *galvano-cautère* par une forte, large et profonde piqûre sur chaque orifice présumé de l'anthrax.

Si cet état furonculaire dure depuis longtemps, il s'est formé des abcès à répétition, des clapiers, des fistules. Alors on interviendra avec *les deux cravons* de nitrate d'argent et de zinc, suivant le procédé que j'ai décrit.

Enfin, si l'acné de la nuque a pris la forme cicatricielle bordée de pustules saillantes et de pseudo-chéloïdes, l'*épilation à la pince*, répétée toutes les six semaines de tous les poils de toute la région malade, reste le moyen par excellence qui guérit cette affection tenace en quatre ou cinq mois.

Mais quelle que soit la forme que revête l'acné furonculaire de la nuque, le mieux est de la traiter d'abord par les applications quotidiennes de la lotion soufrée. Si cela ne suffit pas, on intervient contre chacune des complications que je viens d'énumérer par le traitement approprié, sans cesser pour cela d'appliquer la lotion soufrée. Ainsi, on parviendra, dans les cas bénins en un mois, dans les cas graves en quatre ou cinq mois, à éteindre cette désagréable affection.

J'ai conseillé plusieurs fois les stations salines et soufrées : Salies, Challes, contre cet état quand il est récidivant. Beaucoup plus certainement efficaces dans ces cas sont les rayons X : quatre demi teintes B du radiomètre X de Sabouraud-Noiré en quatre semaines, une chaque semaine.

Enfin, il va sans dire qu'on doit supprimer toute cause locale d'irritation, particulièrement les cols droits, montants et serrés qui sont une cause seconde mais indéniable de récidives locales indéfinies.

LE STROPHANTUS DANS LES MALADIES DU CŒUR

Extrait du Journal de Médecine interne en 1907.

Le strophantus a une indication très particulière dans le rétrécissement rhumatisinal de l'orifice mitral. Chez les rétrécis mitraux non compensés, le strophantus doit être donné indéfiniment, comme le pain quotidien du cœur, à la dose de quatre granules de Catillon par jour, et ne doit être interrompu que s'il provoque de la diarrhée.

Le *Dr Besançon*, directeur du *Journal de Médecine interne*. Dans le n° suivant du même journal cette note a provoqué de la part de M. Bucquoy, une lettre au directeur où l'ancien clinicien de l'Hôtel-Dieu, qui a introduit le strophantus dans la thérapeutique française, insiste sur la valeur de ce médicament.

"Vous n'avez pas oublié les services que rend dans la thérapeutique le strophantus, dont vous avez étudié avec moi les bons effets. Vous avez bien fait de les rappeler, et vous avez eu raison d'écrire que c'est un remède merveilleux dans le rétrécissement mitral. Laissez moi vous dire aussi que depuis vingt ans j'en obtiens d'excellents résultats dans les menaces d'asystolie; non pas que je dédaigne la digitaline, certainement plus active; mais elle ne peut être continuée, tandis que le strophantus reste parfaitement toléré et garde son action beaucoup plus longtemps; 2 ou 3 granules suffisent le plus souvent chez les vieux cardiaques.

Je suis entièrement de votre avis sur les prétendues scléroses du cœur, et sur l'abus des iodures donnés à tort et à travers, lorsque le médecin a constaté un bruit de souffle cardiaque, quel qu'il soit."

Les expériences cliniques dont parle M. Bucquoy, ont été faites dans son service d'hôpital, et ont même donné lieu à un important mémoire communiqué à l'Académie de Médecine au début de l'année 1889.

Elles ont toutes été faites avec les *granules de strophantus de Catillon*.

SÉRUMS DE STEARNS

Peu de médecins savent réaliser ce que coûte et ce que sont les détails nécessaires à la production des sérums. Une visite

au laboratoire biologique des messieurs Frédérick Stearns & Cie., démontrerait la somme d'ouvrage et le soin qui doivent être apportés dans cette préparation des sérums Antidiphthérique et Streptolitique.

La construction dans laquelle les chevaux sont maintenus est une des plus complètes et des plus modernes du monde entier. Rien n'a été épargné pour obtenir toutes les facilités dans la préparation des sérums et pour le traitement des chevaux utilisés au cours de cette préparation.

Les mesures sanitaires prises dans l'écurie qui loge 120 chevaux, sont à peu près parfaites dans leurs détails. La propreté, qui règne en maîtresse, est facilitée par des systèmes d'irrigation, par la désinfection journalière, des parquets, des appareils scientifiques utilisés pour la ventilation et un soin tout particulier des animaux. L'on recourt à tous les moyens imaginables pour donner à ces animaux, nonseulement tout le confort, mais aussi pour que tous les objets qui les entourent soient tenus dans un état de propreté irréprochable.

La salle d'opérations est absolument nette, lambrissée de tuiles, bien éclairée, spacieuse et disposée de telle façon que chaque partie peut être parfaitement stérilisée. La dépense encourue pour l'entretien d'un laboratoire de ce genre est énorme ; les salaires seuls des spécialistes, représentent une grande somme annuelle.

La perte occasionnelle d'un cheval producteur, sans mentionner les chevaux qui doivent être mis de côté à cause de leur inefficacité productrice d'un sérum de force suffisante, sont les aléas du coût de la manufacture du sérum auxquels le médecin, d'ordinaire, ne songe guère, ou point du tout.

Du moment que le sérum est extrait jusqu'au moment où il est injecté au patient, toutes les précautions sont prises pour maintenir une asepsie absolue. Chaque manipulation représente un danger nouveau de contamination ; mais on recherche continuellement à en réduire le nombre au minimum.

Des essais absolument certains sont pratiqués sur des cochons d'Inde dont on sacrifie un grand nombre chaque année, pour démontrer la pureté, la force et l'activité des sérums.

Nous devons à messieurs Frédérick Stearns & Cie d'avoir, les premiers, mis sur le marché, des sérums emballés dans des appareils utilisables pour l'injection et parfaitement aseptiques. Des milliers de médecins ont raison d'être satisfaits du résultat obtenu comme économie dans le temps et le trouble, résultat dû aux efforts de ces messieurs pour produire des sérums, nonseulement commodes à administrer, mais aussi, parfaitement effica-

ces dans leurs effets. La seringue "Simplex" employée pour cette marque de sérums, seule propriété de messieurs Stearns & Cie., est l'appareil le plus simple et le plus ingénieux en même temps que le plus commode.

Au cours d'une visite dans ce laboratoire, le sérum "Streptolitique" est digne de l'attention du visiteur. Ce sérum est "Antistreptococcique composé," si l'on peut l'appeler ainsi ; il est préparé tout spécialement et possède une activité exceptionnelle contre toutes les invasions streptococciques. Le champ d'utilité de ce sérum s'agrandit de jour en jour et les résultats que l'on en peut attendre, deviennent, tous les jours, plus familiers à la profession.

Messieurs les médecins seront toujours les bienvenus et une observation personnelle donnera plus d'informations pratiques que des années d'études sur le sujet ne sauraient le faire.

Sur application, les messieurs F. Stearns & Cie., à Windsor, Ont. enverront de plus amples détails sur tout ce qui précède.

— (o) —

LE TRAITEMENT DE LA CONVALESCENCE

Après une maladie aigüe le problème se pose de traiter l'anémie secondaire, système nerveux, glandes hémato-poïétiques, système musculaire, tout est déprimé, et il faut tout tonifier. Sans doute la bonne nature ne demande qu'à parachever la cure à laquelle le médecin a présidé mais il faut lui aider si on veut arriver aux meilleurs résultats possibles. Le praticien prévoyant se chargera de prescrire une médication tonifiante assurant la réfection du sang, et remettant le malade dans un état de résistance satisfaisant.

Des recherches précises ont établi la valeur du fer allié au manganèse, surtout dans les préparations organiques. Ces dernières ont complètement supplanté les vieilles drogues inorganiques. Et une des meilleures préparations de ce genre est le Pepto-Mangan de Gude ; Campain, Zaleski ont démontré à l'évidence l'utilité des ingrédients de ce médicament, l'expérience a établi la valeur de ce médicament. Pepto-Mangan aide la digestion, facilite la motilité de l'intestin et partant prévient toute constipation. C'est par conséquent le meilleur tonique à prescrire dans les circonstances.