

**PAGES**

**MANQUANTES**

# Le Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDECINE

SANTE

CHIRURGIE

THERAPEUTIQUE

## Sommaire

Quelle est la valeur sémiologique des leucoplastes jugales dites plaques des fumeurs, par M. le Professeur LAMOURY..... 217

Le diagnostic, la pathogénie et le traitement de la lithiase biliaire, par M. le Professeur CHAUFFARD..... 223

L'hypomyose, l'hypotonus et l'asthénie cardiaque, par M. le Docteur LE GAVELIER..... 227

La fausse constipation des nourrissons et la diarrhée par suralimentation, par M. le Docteur VARIOT..... 232

L'Œdème aigu du Poumon, par MM. les Professeurs SICARD et DESCOMPS..... 234

Etude sur 300 cas de paralysie infantile..... 243

Traitement des diarrhées du 1<sup>er</sup> âge par les solutions de Gélatine..... 250

Faut-il cultiver le Piment..... 247

Ceux qu'il ne faut pas envoyer au bord de la mer..... 249

L'action normale du nicotéin pour la guérison de ses maladies..... 254

Quelle conduite à tenir dans la grossesse compliquée de fibrome..... 255

La Lithotomie, la Taille, par M. le Docteur PILLET..... 256

Modifications de la surrénale..... 257

Nos Sociétés médicales..... 258

Médecaments nouveaux..... 260

Nouvelles..... 262

Vient de paraître..... 264

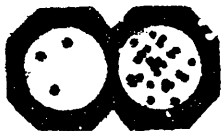
Programme des cours de Berck..... 265



LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LTÉE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



## HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

dépôts

SIROP : une cu. hors de café à chaque repas pour le Canada, Boston, France, etc. Nott's Disp. Est, Montréal. pour les Etats-Unis, Rogers & Co., 90, Bowling Green Street, N. Y.

---

# LE MONTRÉAL-MÉDICAL

Vol. 8

25 Juillet 1908

N° 5

---

## VALEUR SÉMIOLOGIQUE

DES

### Leucoplasies jugales & commissurales

Dites « *PLAQUES DES FUMEURS* »

PAR M. LE PROFESSEUR L. LANDOUZY

---

C'est de ces stomatites blanches, nacrées, de ces *triangles commissuraires* (dits des fumeurs), d'un blanc mat ou d'aspect pelure d'oignon, que je veux traiter.

Je prête à leur constatation une importance étiologique et une valeur sémiologique tout autres que celles qu'on leur attribue généralement. Je ne fais aucune distinction entre ces stomatites nacrées, triangulaires ou commissurales, dites des fumeurs, et les plaques commissurales et jugales, saillantes, d'aspect blanc mat, d'apparence micacée ou psoriasiforme auxquelles on réserve, à tort suivant moi, le nom de leucoplasie vraie, et auxquelles seules on accorde depuis peu l'origine syphilitique. Entre les unes et les autres, il n'y a que des différences d'aspect et de degré : issues d'une même cause, elles sont de même essence et de même nature.

Parmi toutes ces altérations buccales, je vise spécialement ici les lésions commissurales et jugales (celles-ci développées le long d'une ligne marquée par l'affrontement des maxillaires) qualifiées : *plaques des fumeurs*.

Cette qualification me paraît impropre, ou plus exactement, insuffisante puisque c'est dénommer la leucoplasie par sa cause occasionnelle et non pas sa raison essentielle. En

effet, pour exister chez de grands fumeurs ces plaques blanches se rencontrent aussi chez les non fumeurs, hommes ou femmes, comme d'ailleurs la leucoplasie linguale.

Chez les malades (hommes ou femmes, ceux-là singulièrement plus nombreux que celles-ci) présentant des plaques blanches, ce qu'on trouve d'ordinaire, quand on sait bien chercher, c'est la syphilis.

Cela est vrai, quels que soient la configuration, la couleur, la nuance, le siège, l'intensité, la minceur des plaques ; que celles-ci, par leur aspect, rappellent les descriptions données du lichen plan buccal, de la stomatite nacréée, du triangle commissural des fumeurs.

Depuis plus de dix ans, que je m'astreins à orienter dans ce sens l'examen de la muqueuse buccale de tous mes malades, je suis parvenu à faire partager à mes élèves mes convictions :

1° La leucoplasie buccale, à ses divers degrés, est beaucoup plus commune qu'on ne le dit ;

2° L'usage du tabac est une des meilleures *occasions* de faire lever les placards de stomatite blanche ;

3° L'usage du tabac, pour être un précieux *collaborateur*, n'est nullement indispensable ;

4° L'indispensable, dans l'espèce, le *déterminisme*, est la syphilis ; car la syphilis bien cherchée se découvre chez la plupart des leucoplasiques, et réciproquement la leucoplasie est extrêmement fréquente chez les syphilitiques avérés ;

5° Le rôle déterminant de la syphilis — comme le rôle occasionnel et collaborant du tabac — accepté dans la genèse des grandes plaques de leucoplasie linguale doit être étendu aux formes les plus atténuées des taches nacréées, opalines, pelure d'oignon, de la face interne des joues et des commissures, lésions classiquement restées jusqu'ici hors du procès syphilitique, et mises à la charge du tabac.

En vertu de ce concept de la syphilis, cause *déterminante* de presque toutes les formes de leucoplasie, j'ai pu, maintes fois, *en l'absence de tous autres stigmates*, songer rétrospectivement à une syphilis oubliée ou méconnue. Je suis arrivé ainsi à poser des diagnostics qu'on n'aurait pu étayer sur

aucune autre base ; diagnostics que les événements se chargeaient d'affirmer. J'ai pu ainsi, parfois, procurer, notamment à des femmes leucoplasiques, le bénéfice du traitement spécifique.

Chez sept femmes, parisiennes ou provinciales (n'ayant jamais fumé), j'ai pu, à défaut d'autres stigmates, m'appuyant seulement sur la stomatite blanche : pour cinq d'entre elles, porter un diagnostic étiologique décisif ; chez les deux autres, un diagnostic des plus probables.

À deux d'entre elles, par le traitement spécifique ordonné aussitôt reconnue la leucoplasie jugale, j'ai procuré la guérison. Chez d'autres, j'ai fourni les éléments d'une pathogénie d'autant plus vraisemblable, que l'une était veuve (après fausses couches et perte d'enfants morts de débilité congénitale) d'un mari paralytique général ; que l'autre, sans fausses couches comme sans enfants, était pareillement veuve d'un paralytique général ; qu'une troisième, tabétique, était l'épouse d'un mari autrefois soigné par Ricord, et ayant eu dans la suite une paralysie oculaire guérie, en quelques semaines, par traitement spécifique.

Chez une femme, considérée comme atteinte de phthisie commençante, la stomatite me fit penser que, dans l'espèce, la bacillose pourrait bien n'être pas en cause. Frictions hydragryques, sirop de Gibert et iodure de potassium firent si bien, que de précaire l'état général redevint satisfaisant, en même temps qu'avec la disparition des signes d'infiltration pulmonaire coïncidait le retour de la sonorité thoracique et de l'expansion vésiculaire.

Chez une deuxième femme la leucoplasie linéaire, comme aspect (nacre éteinte ou pelure d'oignon), affectait symétriquement la muqueuse jugale ; cette jeune femme impotente d'un coude empâté, douloureux, depuis des mois, tellement semi-ankylosé, que la malade (plusieurs fois déjà j'ai conté son histoire si intéressante), réduite à ne plus faire usage que d'un bras, était obligée de se faire habiller et coiffer. Jeune femme fatiguée, pâle, anémique, respirant incomplètement d'un sommet, suspectée par les uns de germination bacillaire pulmonaire et d'arthropathie tuberculeuse ; sus-

pecte pour les autres de rhumatisme articulaire subaigu, ce pourquoi deux saisons avaient été faites inutilement en stations sulfureuses. La médication spécifique, menée intensive avec périodes de repos, eut raison des accidents vainement combattus pendant les vingt-six mois qui avaient précédé le diagnostic étiologique que j'élayai sur la leucoplasie. La guérison de la jeune femme ne s'est en rien démentie, elle a recouvré la plénitude des mouvements du coude.

En d'autres circonstances, par la constatation seule de la leucoplasie commissurale, j'ai pu faire un diagnostic aussi exact qu'épineux.

Tel le cas d'un peintre en bâtiments récemment apporté, sans renseignements, à la Clinique Laënnec, en résolution complète, dans le coma, et mourant, en quarante-huit heures, sans recouvrer connaissance.

Chez cet homme, les mâchoires contracturées ne permettant de voir ni la langue, ni la gorge, l'examen des muqueuses jugales décelait un triangle commissural symétrique, de teinte intermédiaire entre la nacre et la pelure d'oignon.

C'est avec cela, faute de mieux, que je dus m'essayer à un diagnostic par exclusion.

J'éliminai le coma urémique, le mal comitial, la congestion alcoolique pour me ranger au diagnostic *syphilis encéphalique*. L'autopsie, négative sur tous autres points, nous mit en présence d'une congestion cérébrale sertissant un *svphilome fronto-pariétal*.

L'histoire de mon peintre est un superbe exemple de la valeur sémiologique des taches leucoplasiques dites *plaques de fumeurs*.

Dans un cas particulier, le triangle commissural était le seul stigmaté qui, chez les parents du bébé syphilitique fût à relever pour quiconque, ignorant de l'aphorisme *pater est quem morbi natorum demonstrant*, ne se serait pas contenté de la syphilis du bébé pour reconstituer l'infection paternelle.

La constatation d'un simple trait de leucoplasie, en coup d'ongle, chez une femme ; d'une plaque commissurale chez un homme, sur lesquels, récemment, me consultait mon col-

lègue Rochon-Duvignaud, me permettait de porter, chez les deux malades, un diagnostic sinon certain, au moins des plus probables.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme souffrant de céphalée et qui, affectée : à gauche, d'iritis, de glaucome et de cataracte ; à droite, d'iritis légère, montrait à la commissure droite une petite strie leucoplasique en coup d'ongle. La muqueuse d'alentour présentait un aspect lisse, blanchâtre, opalin, qu'on rendait évident si on prenait soin, en l'essuyant bien, d'assécher la muqueuse commissurale.

Cette femme n'a jamais eu de grossesse, quoiqu'elle ait été toujours bien réglée et que le mari parût vigoureux. Depuis trois mois qu'un traitement ioduré et hydrargyrique est suivi, diminution sensible de la céphalée, et légère amélioration de la vision de l'œil droit.

Pour ce qui est de l'homme affecté de décollement de la rétine (qu'on croit dû à un sarcome commençant), il présente : 1° une plaque commissurale opaline très nette des deux côtés ; plus accusée pourtant à gauche (il se dit modéré fumeur) ; 2° une abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens ; 3° une abolition des réflexes lumineux.

Un très probant exemple de leucoplasie commissurale symétrique (sans leucoplasie linguale) m'était encore hier signalé par mon ancien interne Joseph Troisier, qui, de mon enseignement, a retenu la valeur sémiologique des taches blanches commissurales.

Cette femme, qui n'a jamais fumé, entrée le mois dernier chez mon collègue Chauffard pour de la polysclérose (artério-sclérose, sclérose rénale), est atteinte de tabes : abolition des réflexes rotuliens et achilléens, myosis et signe d'Argyll · incertitude de la marche ; talonnement léger ; signe de Romberg.

Cette femme ne se souvient d'aucune maladie : ni érosions de la peau, ni accidents secondaires. Les renseignements manquent sur le mari : en revanche, l'histoire des grossesses en dit aussi long sur l'étiologie de la leucoplasie que sur la pathogénie des troubles médullaires ;

Première grossesse, datant de quatorze ans, terminée à cinq mois par avortement ;

Deuxième et troisième grossesses terminées à huit mois : enfants morts-nés ;

Quatrième grossesse, menée à terme : enfant paraissant bien portante.

Si je me suis arrêté plus volontiers sur l'histoire des femmes, qui m'ont présenté, sous des apparences variées, de la leucoplasie jugale, je le fais pour plusieurs raisons. D'abord, parce que je tiens à bien établir que si j'ai, chez elles, rencontré la leucoplasie sans la collaboration du tabac, je n'ai pas rencontré les plaques jugales sans syphilis antérieure : celle-ci tantôt démontrée par les succès thérapeutiques ; celle-ci tantôt dénoncée par la maladie du mari ; celle-ci encore démontrée par la concomitance, chez la leucoplasique, d'affections dont la nature fracastorienne ne fait doute pour personne.

Si en matière de leucoplasie jugale, comme en matière de leucoplasie linguale, je n'avais pas tenu à montrer que le *déterminisme* vrai est la syphilis, et l'une des meilleures *occasions* le tabac, je me serais tenu moins complaisamment aux observations féminines qui sont bien moins communes que les masculines.

La part de collaboration du tabac — pour rappeler le langage de M. Fournier — paraît évidente en matière de leucoplasie jugale psoriasiforme, en matière de plaques nacrées commissurales, comme en matière de leucoplasie linguale, mais ce n'est qu'une part contributive. Pour *contributive* qu'elle soit, la part du tabac est si forte, que l'interdiction absolue de fumer est la première prescription que je fais aux syphilitiques. Cette mesure d'hygiène réussira à faire moins fréquentes les leucoplasies jugales et commissurales, mais ne saurait les supprimer (témoin les observations féminines) puisque la *raison maîtresse des leucoplasies, c'est la syphilis*.

La preuve en est que derrière les leucoplasies toutes syphilitis bien cherchées sont d'ordinaire trouvées.

C'est le cas des 15 syphilitiques avérés (9 hommes, 6 femmes) qui se voyaient, en mai dernier, à la Clinique médicale Laënnec : 2 femmes présentaient nettement, mais d'aspect



atténué, de la leucoplasie jugale ; 7 hommes — presque tous fumeurs — présentaient, les uns exclusivement des plaques de stomatite jugale et commissurale ; les autres avaient, à la fois, et de la leucoplasie jugale et de la leucoplasie linguale.

Inutile, j'imagine, de produire un nombre plus grand d'observations pour que soient bien établis : la fréquence des stomatites blanches ; le rôle déterminant de la syphilis, le rôle occasionnel du tabac ; la valeur sémiologique des plaques dites des fumeurs ; valeur telle que, de leur seule constatation, peuvent se déduire des diagnostics d'importance capitale.

C'est le cas ou jamais de rappeler ici le *de minimis curat medicus !*

---

## La Lithiase biliaire

PAR M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

---

La lithiase biliaire est une de ces affections vulgaires qui ne laissent pas de prêter matière à des considérations toujours renouvelées. Un jeune homme âgé de 19 ans, indemne de tous antécédents pathologiques, depuis le 4 mars a eu une série de crises paroxystiques de coliques hépatiques. Les crises se répétèrent trois fois, accompagnées d'une vive douleur au creux épigastrique, dans la région ombilicale et les hypochondres. Ces douleurs étaient compliquées de vomissements alimentaires et se prolongeaient plusieurs heures. Après la seconde, un ictère se déclara, avec urines foncées.

A l'entrée à l'hôpital, au bout de quelques jours, les douleurs avaient disparu, mais un léger subictère couvrait les conjonctives, les selles étaient décolorées, et si la vésicule elle-même était peu sensible à la pression, deux points dou-

loureux étaient décelés à la pression du creux épigastrique et de la région pancréatico-cholédocienne. On sait que cette dernière localisation douloureuse a été fixée par M. Chauffard. On trace à partir de l'ombilic une ligne verticale coupée à angle droit par une horizontale, sur la bissectrice de l'angle, du côté droit, à une hauteur de trois centimètres, on tombe sur la tête du pancréas. La douleur localisée à ce niveau ne veut pas dire forcément lithiase du cholédoque; elle s'observe dans nombre de cas de lithiase vésiculaire, de même que dans les coliques néphrétiques on observe le point para-ombilical de Bazy ou encore le point iliaque, ou encore les points douloureux vésicaux constatés par le toucher vaginal ou rectal. Ce sont là retentissements à distance d'un calcul rénal et pas plus qu'une douleur au point pancréatico-cholédocien ne signifie calcul du cholédoque, une douleur sur le trajet urétéral ne veut dire forcément calcul de l'uretère.

Cette douleur pancréatico-cholédocienne a plus de valeur que la douleur vésiculaire ou épigastrique. En effet, la douleur à la pression de la vésicule, douleur sous-costale sur le bord externe du grand droit, n'existe guère chez les lithiasiques jeunes. On la retrouve surtout chez de vieux lithiasiques dont la vésicule s'est enflammée et entourée de lésions péritoniques. Quant au point épigastrique, il a bien peu de valeur. Il indique le carrefour où se croisent les routes de toutes les algies viscérales. Les maladies de l'estomac (ulcères, cancers, dyspepsies nervo-motrices), du cœur (péricardite avec point xyphoïdien ou épigastrique), de l'intestin (appendicite avec point épigastrique au lieu du point de MacBurney), du foie (foies cardiaques, congestifs, abcès du lobe gauche, kystes hydatiques, coliques hépatiques), toutes ces maladies peuvent se traduire par un point épigastrique.

Pour en revenir au malade actuel, son foie n'était pas augmenté de volume, mais la rate était grosse. Le sérum sanguin présentait la réaction de Gmelin. On ne décelait pas d'hématies granuleuses dans le sang, celles-ci ne se rencontrant du reste que dans les ictères hémolytiques où la fragilité du globule sanguin laisse passer sa matière colorante dans le sérum. Les ictères lithiasiques sont dépourvus d'hématies granuleuses.

Le pouls était ralenti à 60, la tension artérielle, d'abord élevée = 21, baissa les jours suivants. L'élévation initiale est due à une réaction vaso-motrice périphérique. Le malade, en effet, avait accusé des frissonnements et ceux-ci appartiennent souvent à une catégorie de phénomènes réflexes, sans relation avec l'infection. Parfois les frissons sont d'origine infectieuse ; ils s'accompagnent alors d'une grosse fièvre et dénotent d'infection biliaire surajoutée. Des signes d'auscultation cardiaque indiquaient une accentuation du second bruit de l'artère pulmonaire et du bruit tricuspide. M. Potain a décrit des signes plus marqués en pareil cas : bruit de galop droit, dédoublement du second bruit, insuffisance tricuspide.

L'ictère disparut les jours suivants ; les urines redevinrent normales sans passer par la période intermédiaire d'urobilinurie qu'elles montrent si souvent. Ici l'ictère avait été précoce et apparaissait au bout de 24 heures. Ce n'est point un accident constant de la lithiase biliaire ; on le note environ dans un peu plus de la moitié des cas. Sur 455 lithiasiques, Dufour (de Vichy) compte 238 ictériques francs, 21 lithiasiques avec subictère simple des conjonctives, 37 lithiasiques avec urines bilieuses, 160 malades sans ictère, sans coloration des conjonctives, sans urines bilieuses.

On dit communément que les lithiases sans ictère sont vésiculaires. La dénomination est impropre, ainsi qu'en témoigne une observation recueillie par M. Chauffard. Une femme alcoolique parvenue au septième jour d'une colique hépatique entra à l'hôpital très épuisée ; elle n'avait pas d'ictère, pas de pigments dans l'urine, mais avait perdu beaucoup de sang par un épistaxis. Comme elle souffrait beaucoup, l'interne pratiqua une injection de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine.

Du coup la malade se calma si bien, qu'en une demi-heure elle était morte. Il convient de se méfier des injections de morphine dans les cas de douleur ancienne des lithiasiques ; l'action inhibitrice du remède est trop puissante et une mort subite peut s'ensuivre. La morphine ne sera employée que dans les coliques hépatiques récentes.

A l'autopsie, on ne trouva aucune de ces lésions péritonitiques dont on veut aujourd'hui faire le cortège obligé de la colique hépatique. Le péritoine était indemne, mais la vésicule distendue et décolorée par le mucus conduisait à un renflement ovoïde qui dilatait le canal cystique. Ce renflement était dû à un calcul. En pareille occurrence, si des douleurs se prolongent, on pourrait songer à pratiquer l'accouchement forcé du calcul à l'aide d'une laparotomie. M. Chauffard n'hésiterait pas, le cas échéant, à recommander une semblable intervention.

Bien des erreurs ont cours sur la lithiase biliaire. Nombre de médecins, après une crise hépatique, recherchent la dilatation de la vésicule. Celle-ci n'existe guère dans la colique hépatique; on ne l'observe que dans deux conditions: 1° Quand il y a concomitance d'une infection biliaire (cholecystite calculeuse); 2° Quand un calcul est enclavé dans le canal cystique, donnant lieu à une hydropisie consécutive de la vésicule. En pareil cas, la vésicule est dilatée et offre un aspect pyriforme. Une semblable complication nécessite d'habitude l'ablation à la fois de la vésicule et du calcul.

Au point de vue de la pathogénie, les idées admises pèchent par un excès de simplicité. En fait, on distinguera les ictères permanents, ceux-ci liés à une obstruction calculeuse du cholédoque, et les ictères passagers, ces derniers ressortissant à trois causes distinctes: 1° une rétention calculeuse; 2° un spasme cholédocien; 3° une angio-cholédocite.

Il est bien difficile de spécifier les ictères qui dépendent d'une *obstruction calculeuse*. Les caculs, en effet, en dépit d'une recherche prolongée et méthodique, se retrouvent très rarement dans les matières. D'ailleurs, ils sont d'habitude assez petits; quand ils atteignent une grosse dimension, ils ont été éliminés, non par des voies naturelles, mais par une fistule de la vésicule ouverte dans l'intestin. Souvent des malades attirent l'attention sur des dépôts sableux qu'ils éliminent avec les matières. Très rarement, dans l'espèce, il s'agit de boues biliaires. C'est du sable intestinal qui est éliminé, constitué par des concrétions de phosphate, de carbonate de chaux et de sels de magnésie. Très souvent la lithiase intes-

tinale et la lithiase biliaire sont associées. Il est du reste un moyen pratique de reconnaître immédiatement un calcul intestinal d'un calcul biliaire. Ces derniers, composés de cholestérine qui est un alcool, flambent, quand ils sont exposés à une flamme. Les calculs intestinaux ne sont point attaqués. A supposer que le calcul soit à facettes, cette forme annonçant la compression d'un calcul sur un autre appartient aux calculs biliaires. On peut même aller plus loin et dire que puisque le calcul à facettes en annonce d'autres, le plus simple est de confier le malade à un chirurgien qui extirpera le tout.

Si la preuve mécanique du calcul n'est point évidente, une autre cause peut entrer en jeu : une *contraction du sphincter cholédocien* décrit par Oddi. Ce sphincter soumis à l'innervation du sympathique et du pneumogastrique entre en spasme à l'occasion de la colique hépatique, laquelle amène en même temps la contraction de la vésicule. Une stase biliaire fait suite à la contraction du sphincter cholédocien et l'ictère se produit. Les autres hypothèses invoquées pour expliquer l'ictère, manquent de base physiologique. On a parlé d'une polycholie réflexe ; celle-ci n'a jamais existé. En effet, au moment de la colique hépatique, ce n'est point de la polycholie, mais de l'hyposécrétion, de l'hyposécrétion, de l'hyposécrétion, en un mot de l'hypofonctionnement du foie qu'on observe.

Dans le cas où l'ictère se produit au bout de quelques heures sans fièvre et sans accidents infectieux, c'est ce spasme du cholédoque qui sans doute en explique l'apparition.

Les ictères par *angio-cholédocite* s'observent environ dans les 2/5 des cas. Ils surviennent, avec un cortège d'accidents fébriles et plus tardivement que les ictères par spasme, au bout de deux à trois jours. Un frisson ne veut pas dire forcément infection. Il y a des frissons dans la lithiase biliaire et sans fièvre ; une sensation de froid est ressentie au moment des crises les plus bénignes. Elle ne suffit pas pour signifier une angio-cholédocite qui peut très bien faire défaut.

Le diagnostic complet d'une colique hépatique est impossible. On sait qu'elle existe, mais on ne connaît ni le nombre, ni le volume, ni le degré d'ancienneté des calculs.

(on se rappelle que les calculs récents ont une consistance pâteuse). Même incertitude sur l'existence ou non des boues biliaires. La palpation apprend peu de chose ; la vésicule est d'ordinaire petite ; chez un malade, M. Chauffard a cru sentir un jour de la crépitation calculeuse. La radiographie donne des résultats incertains ; des boulettes de matières fécales durcies ont pu être prises pour des calculs.

Le pronostic est très différent entre les ictères permanents par obstruction cholédocienne et les autres. Les premiers relèvent surtout de l'intervention du chirurgien ; on pourra dès les premiers jours soupçonner leur existence si une double condition se produit : persistance de l'ictère avec suppression des points douloureux. Dans l'ictère calculeux passer un parallélisme d'évolution associe la durée des points douloureux et celle de l'ictère.

Ils disparaissent en même temps vers le dixième jour. L'ictère cholédocien dure alors que les points douloureux se sont dissipés.

Le traitement de la colique hépatique est le repos absolu, la diète hydrique ou hydro-lactée. L'application locale de glace rend de grands services et peut faire céder en deux heures une douleur durant depuis quelques jours. Des bains prolongés, une piqûre de morphine, avec les précautions que nous avons exposées plus haut, compléteront la médication.

---

C'est en attaquant les erreurs qui troublent la raison ou qui l'empêchent de se développer, que la sagesse peut aspirer à la gloire de contribuer à diminuer les calamités qui affligent l'homme.

Le grand homme, en tout genre, est un être incommode pour la vanité de ses semblables ; le talent, le génie réduit toujours la médiocrité au désespoir ; celle-ci se venge par des mépris affectés, par la critique et la calomnie de la jalousie qu'elle éprouve.

## L'hypomyose, l'hypotonus et l'asthénie cardiaque

*Paris, 1<sup>er</sup> Juillet 1908*

La nosologie des affections du cœur en se précisant chaque jour davantage rend le diagnostic plus difficile mais la thérapeutique plus positive et plus efficace. Nous avons déjà parlé de l'hypermyose cardiaque qui correspond à un cœur trop gros pour des organes trop petits. Dans les cas de faiblesse congénitale du cœur (*weakened hart*) de surmenage aigu ou d'intoxication chronique l'on peut rencontrer l'hypomyose, l'hypotonus ou l'asthénie cardiaque.

Les faibles dimensions du cœur et la minceur de ses parois en apparence parfaitement conformées (hypomyose) se révèlent par son impuissance physiologique à nourrir des organes plus développés et à accomplir son travail habituel, les palpitations sont fréquentes, ces personnes sont hors d'haleine à la moindre course, au moindre effort, elles éprouvent des sensations étranges, des douleurs, des pesanteurs précordiales et le pouls monte immédiatement à 125 et 140 pulsations et si le travail se prolonge le cœur présente de l'hypotonus, les fibres distendues par un surcroît de pression perdent leur élasticité, les cavités se dilatent et l'on ne constate pas une hypertrophie notable de ses parois. Cet hypotonus qui est une faiblesse musculaire essentielle du cœur se rencontre aussi chez les sujets âgés, entre 60 et 70 ans, sans aucune lésion organique. Chez ces derniers, la diète lactée, le repos au lit, et au besoin un gramme d'un milligramme (1/60 de grain) d'extrait de strophantus toutes les quatre heures seront suffisants pour rétablir la physiologie normale.

Lorsque chez l'adolescent l'on se trouve en présence d'un cas d'hypotonus symptomatique, d'hypomyose cardiaque, la thérapeutique cherchera à atteindre un double but: tonifier

les fibres musculaires existantes et en faire naître de nouvelles.

L'hygiène s'intéressera d'abord à la salubrité de l'habitation, la chambre à coucher doit être grande et baignée par le soleil durant le jour. L'exercice sera modéré, mais augmenté un peu chaque jour, afin d'atteindre la dose maximale, sans que le sujet présente une réaction de fatigue. L'alimentation doit être régulière et contenir le moins de liquide possible : pain grillé, du lait bouilli, des œufs, des viandes rôties ou grillées, des pommes de terre, des légumes secs, des fèves, des haricots, des lentilles (que l'on devrait cultiver abondamment au Canada), des pois, du maïs et des fruits en petite quantité.

L'on recommandera l'hydrothérapie sous forme de douches, de bains salés, de frictions ; puis les massages, la gymnastique suédoise et particulièrement les exercices propres à développer la cage thoracique et à augmenter la capacité respiratoire. Si l'affaiblissement du muscle cardiaque est le résultat de certaines intoxications chroniques, il faut cesser l'usage du tabac et de l'alcool, etc. Un bon moyen qui réussit à faire perdre chez un grand nombre de sujets le goût de savourer le tabac ou l'alcool, c'est de recommander l'usage d'un gargarisme, 3 ou 4 fois par jour d'une solution à 1/1000 d'acide phénique glycérimé, ou des badigeonnages de la base de la langue avec une solution au 1 % de nitrate d'argent.

L'anémie sera combattue par les ferrugineux et arsénicaux. Dans les cas où il existe des ralentissements de la nutrition des arrêts de développement ou des troubles de la croissance, l'opothérapie à la thyroïdine qui est un des plus puissants facteurs de l'excitation de la nutrition est particulièrement indiquée à dose de 0 gr. 25 (de 3 à 7 grains) par jour. L'on recommandera durant 8 jours par mois à dose 1/10 de milligramme (1/100 de grain) la strychnine et le phosphate de soude 30 centigrammes (7 grains) le matin vers 10 heures et le soir vers 4 heures. Dans l'infantilisme compliqué de cryptorchidie, l'opothérapie archidique donne généralement de bons résultats. La faiblesse du cœur a besoin d'un traitement intermittent, mais de longue durée.



*L'asthénie cardiaque :*

L'on doit réserver l'expression d'*asthénie cardiaque* à cet état de méiopraxie dû à l'affaiblissement de l'innervation du myocarde par le vago-sympathique. Cette neurasthénie cardio-bulbaire peut être produite par des causes tant morales (peines, soucis, émotions, etc.), que par les toxi-infections ou les intoxications (alcool, tabac, plomb, etc.) ; le traitement sera donc dirigé vers le système nerveux, après avoir éliminé les toxi-infections et l'artério-sclérose cardio-bulbaire. L'asthénie cardiaque a besoin d'un repos physique et moral, d'une alimentation variée riche en phosphates, sans aucun usage de thé, de café ou de tabac. Comme traitement médical on fera tous les deux jours des injections hypodermiques de l'une des solutions suivantes que l'on alterne à tous les 8 jours. L'on commence d'abord par 10 centigrammes (2/3 de grain) d'une solution d'hypophosphite de chaux, puis l'on continue avec cacodylate de soude, le glycéro-phosphate de soude et l'eau de mer isotonique. Ces injections à dose totale de 2 centimètres cubes (40 minimales) doivent être faites dans la *gouttière dorsale droite* limitée par l'omoplate et la colonne vertébrale, parce que les branches terminales motrices spinal-pneumo-gastriques s'épanouissent dans cette région et choisir de préférence, le côté droit, parce que le vague droit a plus d'action sur le cœur que le gauche. Le liquide injecté est donc mis directement en rapport avec ces filets nerveux et par leur intermédiaire, il exerce sur les centres du vago-sympathique une action stimulante immédiate et par suite une action réflexe mécanique et tonique plus efficace.

(A suivre.)

Docteur D.-E. LE CAVELIER.

---

C'est pour la postérité, c'est pour l'éternité que le sage doit écrire ; c'est du genre humain futur que le grand homme doit toujours ambitionner les suffrages.

## La fausse constipation des nourrissons et la diarrhée par suralimentation

PAR M. LE DOCTEUR VARIOT

On consulte souvent le médecin pour la constipation des nourrissons. Celle-ci est vraie ou fausse. La constipation vraie est surtout fréquente chez les enfants nourris au biberon. La constipation fausse s'observe de préférence sur les enfants nourris au sein. Cette constipation fausse consiste dans l'absence d'évacuation spontanée ; mais les matières ne sont point dures : les selles sont jaunes, bien liées. Les enfants n'ont point le gros ventre de leurs congénères atteints d'entérite. Ils se développent bien et paraissent suffisamment robustes pour leur âge. L'inertie intestinale, chez eux, semble due à la parcimonie de leur ration alimentaire. Elle est suffisante, mais juste. Les matières fécales sont en quantité trop faible pour amener la défécation. M. Variot montre plusieurs enfants nourris par une mère un peu chétive, où pareille pathogénie peut être invoquée.

Pareils faits sont de pratique courante. Pour guérir ces fausses constipations, il suffit d'ajouter un biberon de lait stérilisé à la ration alimentaire consommée au sein. Un suppositoire au beurre de cacao, un lavement avec une cuillerée à café d'huile d'olive ou d'huile de ricin, administré avec une poire en caoutchouc, seront parfois ordonnés concurremment. Règle générale : ne pas pratiquer des lavages d'intestin. On a trop abusé de cette méthode de traitement. L'épithélium intestinal est fragile et se desquame aisément. Une sonde introduite profondément, une grande distension de l'intestin ne sont point manœuvres tout à fait inoffensives. Le lavage d'intestin ne peut être utilisé qu'exceptionnellement dans les grandes entérites : une fois tous les quelques jours, pas davantage.

L'alimentation insuffisante provoque la constipation ; l'alimentation surabondante entraîne la diarrhée. Voici un nourrisson âgé de quatre mois. Il prend à chaque tétée 6 onces de lait, alors que la normale ne devrait pas excéder 4 à 4 onces 1/2. La quantité est trop abondante ; aussi, cet enfant qui présente un aspect vigoureux a-t-il par jour trois à quatre selles grumeleuses, panachées, verdâtres. Il suffit de réduire la durée des tétées pour obtenir une amélioration immédiate ; parfois une potion au citrate ou bicarbonate de soude pourra être ordonnée avant les tétées. En tous cas, les médicaments tels que le bismuth, le tanin, les opiacés, doivent être absolument proscrits.

---

### Contribution à l'étude de la rétroflexion utérine d'origine puerpérale

---

La plupart des rétrodéviations apparaissent après un premier accouchement, et celles même qu'on observe seulement chez les multipares remontent, en réalité, à ce premier accouchement. Elles sont souvent *adhérentes*, et succèdent alors à une inflammation pelvienne. Mais, quoi qu'on en ait dit, elles ne sont pas toujours adhérentes, l'infection puerpérale n'est pas toujours en cause, et force nous est parfois d'invoquer un autre mécanisme.

O. pense qu'elles se produisent de la façon suivante : à la fin de la grossesse et pendant le travail, le segment inférieur et le col sont allongés et surdistendus. L'involution utérine reste-t-elle insuffisante, ils demeureront flasques, se plidseront, et le corps de l'organe, périodiquement refoulé en arrière par la dilatation de la vessie, finira par se rétrofléchir d'une manière permanente.

~~~~~

L'homme n'est estimable qu'en raison du bonheur qu'il procure à ses semblables ; l'homme de bien n'a point perdu son temps s'il a fait un seul heureux.

## Œdème Aigu du Poumon

### d'origine rénale sans lésions aortiques

Par M. M. SICARD, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux  
et DESCOMPS, Interne des Hôpitaux (1).

On a beaucoup discuté et l'on discute encore la pathogénie de l'œdème aigu du poumon. M. Dieulafoy et ses élèves, reprenant l'opinion défendue pour la première fois par Bouveret en 1890, soutiennent la thèse des altérations rénales, cause initiale, nécessaire et suffisante de l'inondation pulmonaire. Au contraire d'autres auteurs, parmi lesquels il faut citer entre tous MM. Huchard, J. Renaut et Honorat se sont attachés à prouver que la lésion rénale était loin d'être constante et que même dans les cas où elle existe, elle est toujours secondaire « à une aortite et surtout à une péri-aortite avec son retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires » (Huchard).

Dans ce débat toujours ouvert nous apportons simplement un nouveau document anatomo-clinique qui vient à l'appui de ceux qui défendent l'origine exclusivement rénale de l'œdème aigu pulmonaire.

*OBSERVATION.* — Le nommé Jean C..., âgé de 37 ans, garçon de cuisine entre salle Saint-Charles dans le service du professeur Brissaud, le 27 décembre 1907. Depuis quelques jours il a cessé tout travail, car au moindre effort, dit-il, il est pris de suffocation, de manque d'air. Les crises dyspnéiques sont très anciennes ; depuis plus de seize ans, il se plaint d'une bronchite chronique initiale, point de départ des crises de suffocations emphysémateuses qui sont venues compliquer depuis longtemps déjà un état bronchique beaucoup plus ancien. Depuis de longues années en effet il accuse

---

(1) Communication faite au Congrès de Québec le 21 Juillet 1908.

à des époques diverses des recrudescences plus ou moins passagères et plus ou moins intenses d'un état dyspnéique presque permanent. Mais dans ces dernières années les crises sont devenues bien plus fréquentes et bien plus graves et il a dû à plusieurs reprises abandonner l'exercice de sa profession. Dans les dernières semaines, précédant son entrée à l'hôpital les phénomènes pulmonaires sont devenus subintrants et ont retenti gravement sur son état général.

En dehors de cela il n'a jamais eu aucune maladie. Il nie formellement la syphilis et rien après un examen attentif de ce côté ne permet de douter de sa parole. Il avoue par contre un penchant marqué pour le vin et l'alcool.

Il est marié et sa femme bien portante n'a jamais fait de fausse couche et a eu une fille morte à 7 ans de fièvre typhoïde.

Dans ses antécédents héréditaires un fait intéressant à noter : son père est mort emphysémateux à 54 ans.

*Examen du malade.* — C'est un homme de 37 ans, fort et bien bâti, mesurant 1 m. 80. Assis sur son lit, le tronc soutenu par des oreillers, le cou paraissant raccourci, le dos voûté, la poitrine bombée, tout l'habitus du malade décèle l'extrême gêne de sa respiration. Sur le facies pâle tranche la coloration pourprée des pommettes, la coloration violacée des lèvres. Son inspiration est courte, brève, précipitée, son expiration au contraire est très prolongée et c'est bien le caractère expiratoire essentiel de la dyspnée de l'emphysémateux. Au moindre effort à l'occasion d'un mouvement ou en voulant boire un peu de lait par exemple, les accès de suffocation surviennent exagérant au maximum cet état asphyxique.

En plus de cette dyspnée on note de fréquents accès de toux, suivis en général d'une expectoration muqueuse assez abondante, avec même quelques crachats jaunâtres, mucopurulents.

A l'inspection on remarque très nettement la configuration spéciale très nette du thorax emphysémateux. La dilatation des espaces intercostaux, la saillie globuleuse des régions claviculaires, l'élargissement en tonneau de la base de la

poitrine imposent d'emblée le diagnostic d'emphysème.

A la palpation les vibrations thoraciques sont à peu près normales.

La percussion met en évidence un son plus clair, plus éclatant presque du tympanisme surtout à droite. Cette sonorité pulmonaire empiète à gauche sur la matité cardiaque.

A l'auscultation on note une diminution très marquée du murmure vésiculaire ; l'inspiration difficile est obscure, *humée*, l'expiration nettement prolongée.

A ces signes d'emphysème s'ajoutent des signes de bronchite chronique : râles sibilants et ronflants disséminés dans toute la poitrine mais très abondants et très serrés, c'est une véritable « pluie de râles ». En outre aux deux bases et principalement à gauche on entend de nombreux râles sous-crépitants.

*Examen des autres organes.* — Le cœur est légèrement arythmique. Il est très volumineux et la percussion décèle facilement son hypertrophie malgré l'emphysème. La pointe est légèrement déviée en dedans du mamelon et en bas. L'auscultation ne révèle aucun bruit morbide. Le pouls arythmique bat à 90, la tension artérielle est de 16 avec l'appareil Potain. Il n'y a pas d'œdème des jambes non plus même que de bouffissure des paupières. Le foie déborde de deux travers de doigts le rebord des fausses-côtes. Il est un peu douloureux à la palpation.

L'examen des urines permet de déceler des traces d'albumine. Les urines sont du reste un peu rares 800 cent. cubes et un peu hautes en couleur.

La température oscille entre 37°5 et 37°8.

*Le 5 janvier.* — Vers 3 heures de l'après-midi, le malade a ressenti brusquement un point de côté thoracique très violent, il a été pris de suffocation angoissante extrême avec petitesse et accélération du pouls. La température a atteint 40°. Au bout de 2 heures sous l'influence de piqûres d'éther, de caféine, ces phénomènes se sont amendés, mais la nuit a été très agitée, remplie de cauchemars.

*Le lendemain 6 janvier.* — Le point de côté a disparu pres-

que complètement, mais la température reste élevée à 39°2. La dyspnée est toujours très vive, l'asphyxie menaçante, tandis que s'accuse la cyanose et le refroidissement des extrémités.

A l'examen des poumons on note à gauche et au sommet une légère augmentation des vibrations thoraciques, un peu de submatité, pas de souffle, mais une diminution très notable du murmure vésiculaire et un grand nombre de râles sibilants. Des deux côtés aux bases de la matité franche et de nombreux râles sous-crépitants.

*Traitement.* — Ventouses, saignée de 250 grammes.

*Le 7 janvier.* — Il y a eu une petite amélioration, la dyspnée est moins prononcée, mais le point de côté persiste toujours. La température est à 38° 4, le pouls petit et arythmique bat à 110.

Il y a toujours une petite quantité d'albumine dans les urines, l'œdème des jambes fait toujours défaut. Des circonstances matérielles indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de pratiquer le dosage des chlorures dans les urines, bien que toutes nos dispositions aient été prises pour obtenir ce résultat. Nous déplorons vivement l'accident malencontreux qui nous prive d'un renseignement très important.

On a pratiqué le dosage de l'urée dans le sang et l'analyse y a décelé 2 gr. 30 d'urée par litre.

La température à 4 heures du soir est de 38°3.

Le soir à 10 heures alors que le malade était assoupi, il a été pris tout d'un coup d'un accès de suffocation terrible avec une toux quinteuse, saccadée, suivie bientôt d'une expectoration mousseuse, sanglante, très abondante. Le malade pâle, en proie à une terrible anxiété est assis sur son lit et essaye de lutter de son mieux par l'action de tous ses muscles respiratoires accessoires contre l'asphyxie toujours croissante. L'interne de garde fait aussitôt une saignée abondante, relève le pouls par de l'huile camphrée et au bout de quelque temps les phénomènes décroissent, le malade se sent peu à peu renaître à la vie et il s'endort un peu même sur le matin.

*Le 8 janvier.* — A la visite, la dyspnée est toujours très forte, l'auscultation permet de reconnaître encore la récente inondation pulmonaire qui se traduit encore par « la pluie de râles fins », sous-crépitants.

La température est à 38°5.

Le cœur très arythmique bat à une allure folle ; le pouls lui aussi très arythmique est petit, fuyant, misérable, presque incomptable et il faut multiplier les examens pour arriver à une moyenne approximative de 154 pulsations à la minute. La tension artérielle est de 17.

*Le 9 janvier.* — Les phénomènes circulatoires s'accroissent encore, tandis que la dyspnée augmente à nouveau. Le malade très faible est incapable de lutter contre le manque d'air de plus en plus absolu et il meurt dans la nuit tant d'asphyxie que de collapsus cardiaque. La température étant tombée dans les dernières heures au-dessous de la normale.

Le diagnostic de mort par œdème aigu du poumon ne nous semblait pas douteux.

L'autopsie devait le vérifier et nous apporter en outre sur le point de départ initial de la poussée fluxionnaire du poumon des précisions anatomo-pathologiques indiscutables que nous allons maintenant décrire avec quelques détails.

*A l'examen macroscopique.* — Le poumon gauche est d'un volume tout à fait anormal, puisqu'il pèse 2 kilos 450 gram. Il est remarquable en outre par une anomalie assez curieuse : sa trilobulation. Il présente en effet deux incisures très nettes, délimitant trois lobes, tout comme le poumon droit. Alors que le lobe supérieur est le siège d'un emphysème considérable et présente par places des placards d'emphysème sous-cutané, le lobe moyen par contre et surtout le lobe inférieur, sont le siège d'un œdème congestif intense que l'on peut comparer après section au tissu splénique et à la coupe et à la pression, il laisse écouler une très grande quantité d'un liquide mousseux et rosé. Fait à noter : un fragment détaché et plongé dans l'eau surnage très nettement.

Le poumon droit est lui aussi très volumineux mais il ne pèse que 850 grammes ce qui s'explique facilement par ce fait qu'il ne présente que des lésions d'emphysème, sans lésions d'œdème congestif.



Il s'agit donc d'un œdème aigu unilatéral gauche localisé même à une seule portion, les deux lobes inférieurs d'un poumon gauche anormalement trilobé.

Les reins sont volumineux et pèsent le droit 210 grammes, le gauche 195 grammes. On les décortique assez facilement. A la coupe ils apparaissent rouges et congestionnés, la substance corticale est effacée et on note un développement marqué du tissu conjonctif des colonnes de Bertin, qui enserrant et qui étouffent les pyramides malpighiennes.

Les capsules surrénales sont normales.

Le cœur pèse 450 grammes, ses cavités sont remplies de caillots cruoriques. Il est hypertrophié en totalité et distendu.

Les valves sont intactes, souples sans nulle trace d'athérome. Les artères coronaires sont indemnes de toute lésion d'endartérite. L'aorte est remarquablement saine, tant au niveau de son origine et de sa crosse que dans sa portion thoracique. De consistance souple, de coloration normale, elle ne présente aucune lésion athéromateuse et *il est exceptionnel même de trouver chez un homme de cet âge, manifestement alcoolique, une intégrité aussi absolue de l'artère aorte.*

Le péricarde est tout à fait normal.

Le foie volumineux, congestif pèse 1.950 grammes, il ne résiste pas au couteau et ne paraît pas sclérosé.

La rate est normale, ainsi que tous les autres organes y compris le cerveau.

On ne trouve aucune compression médiastinale.

*Examen microscopique.* — L'examen histologique de la zone congestive du poumon gauche est tout à fait typique. La description que nous pourrions en faire est tout à fait superposable à la description magistrale faite par Renaut (de Lyon) en 1897 à l'Académie de médecine sur les lésions histologiques de l'œdème aigu du poumon, et que nous résumons en quelques mots : inondation séreuse en masse des alvéoles pulmonaires ; présence dans ce liquide albumineux de globules rouges et surtout d'innombrables globules blancs. rupture des cloisons interalvéolaires, disparition de l'épithé-

lium alvéolaire, balayé par l'irruption subite du liquide; aplatissement et imperméabilité des capillaires sanguins, des parois alvéolaires et par contre distension des petites veines pulmonaires et bronchiques gorgées d'hématies.

Les coupes histologiques pratiquées dans le reste du poumon gauche et dans tout le poumon droit reproduisent les lésions habituelles de l'emphysème banal.

L'examen des reins permet de déceler des lésions anciennes de néphrite chronique légère, se traduisant par un développement anormal de tissu fibreux enserrant les tubes et les glomérules mais très inégalement distribué et en somme peu intense. Les vaisseaux surtout les petits présentent les lésions classiques mais peu accusées pourtant d'endo-péri-artérite.

Mais à côté de ce processus ancien, le microscope révèle des lésions de dates beaucoup plus récentes, lésions épithéliales surtout, montrant à côté de tubes parfaitement sains, des tubes complètement dégénérés ou simplement, dans un même tube, à côté de cellules tout à fait normales, des éléments épithéliaux manifestement altérés.

En outre on aperçoit çà et là disséminés dans le tissu interstitiel de petits ruptus hémorragiques très nombreux, partis des petits vaisseaux et des capillaires voisins gorgés d'hématies.

Il s'agit donc là en somme d'une néphrite chronique ancienne légère, associée à une néphrite récente subaiguë et hémorragique.

Une néphrite légère, associée à une néphrite récente sumefhvbg

Les capsules surrénales ne présentent aucune lésion.

Les coupes de l'aorte montrent l'intégrité complète des trois tuniques et cela de façon indiscutable. Normales également sont les coupes intéressant les valvules. Il n'y a donc aucune lésion aortique ou périaortique tant à l'examen macroscopique qu'au microscope.

Il n'y a rien de spécial à signaler dans les autres organes.

**EN RESUME.** — Nous concluons donc que notre malade bronchitique emphysémateux ancien, est mort en quelques heures d'un œdème aigu du poumon dont nous avons trouvé

la trace indéniable sur la table d'autopsie et au microscope. œdème aigu qui coïncidait avec des altérations rénales manifestes, accompagnées d'albuminurie légère et d'azothémie accusée ; que par contre, ni l'examen macroscopique le plus rigoureux, ni l'examen microscopique n'ont pu révéler la plus légère lésion aortique ou périaortique.

Docteur SICARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, Paris.

D<sup>r</sup> DESCOMPS, interne à l'hôpital Broussais, Paris.

---

## Etude sur 300 cas de paralysie infantile

---

MM. Collins et Romeiser ont étudié 300 cas de paralysie infantile observés pendant l'épidémie qui a sévi à New-York de juillet à octobre de l'année dernière. Dans quelques-uns de ces cas, les lésions s'observaient non seulement au niveau des cornes antérieures de la moelle, mais encore dans d'autres parties de la moelle et même au niveau du bulbe, de la protubérance et dans la substance grise cérébrale (écorce et noyaux).

La paralysie a été observée ailleurs que dans les masses musculaires des membres : c'est ainsi que, dans quelques cas, elle atteignait la musculature de la paroi abdominale, les muscles lombaires et les muscles de la face. Dans 104 cas, une jambe seule était paralysée, dans 59, la paralysie atteignait les deux membres inférieurs. On observa 12 fois la paralysie d'un bras et une seule fois la paralysie des deux bras.

Le traitement consistait en repos absolu, les membres étant placés dans la meilleure position possible pour prévenir les déformations. Outre le massage et l'électricité, les auteurs ont fait usage d'injections intra-musculaires de strychnine avec d'excellents résultats.

Les petits malades ont guéri complètement dans la propor-

tion de 1 sur 20 ; la proportion des cas presque complètement guéris a été de 1 sur 11. Le plus ieune malade avait quatre jours, le plus âgé avait quinze ans. La plupart des cas se sont manifestés entre un-et trois ans.

---

## Traitement des diarrhées du premier âge par les solutions de gélatine

---

Les solutions de gélatine peuvent constituer un agent thérapeutique de premier ordre dans les diarrhées infantiles ; mais, pour pouvoir appliquer ce traitement, il faut observer minutieusement certaines précautions.

L'auteur a adopté le mode suivant : on formule une solution au dixième de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie, et on stérilise à 120° à l'autoclave. Puis après filtration soigneuse, on répartit le contenu dans des tubes à essais chimiques, bouchés par de la ouate stérilisée ou dans des flacons hermétiquement fermés, par conséquent transportables au loin sans danger de contamination. Des flacons ainsi préparés ont pu être transportés dans les pays chauds et ne présenter aucune altération au bout d'une année.

Pour utiliser ces préparations, on les chauffe au bain-marie, puis on les verse dans le biberon après leur liquéfaction complète. La gélatine doit être employée à doses élevées, de 10, 25 et même 30 grammes ; il faut au moins une dizaine de grammes par vingt-quatre heures pour obtenir un effet utile. Etant insipide et inodore, son administration est très facile. Son seul inconvénient est qu'elle ne peut être donnée en même temps que les solutions glacées ou refroidies à une température basse.

L'auteur a administré la gélatine dans les diarrhées d'été, les gastro-entérites dues à une mauvaise alimentation, les

dyspepsies gastriques simples, les entéro-colites dysentériques avec glaires sanguinolentes.

En peu de temps les selles diminuent de fréquence. Leur aspect se modifie, la teinte verdâtre disparaît, la mauvaise odeur s'atténue, la réaction, d'abord acide, redevient alcaline. En même temps les phénomènes généraux s'amendent. L'amélioration est parfois temporaire, mais il suffit, après interruption, de donner d'autres tubes gélatinés. L'emploi de la gélatine permet chez les débiles, les athrepsiques, de passer du lait d'ânesse au lait de vache. Dans l'entérite dysentérique on peut incorporer aux lavements des solutions de gélatine.

Le traitement est par contre impuissant quand il s'agit d'infections digestives véritables, avec dégénérescences parenchymateuses. Mais, même dans des cas en apparence désespérés, il peut encore être efficace et peut soutenir facilement la comparaison avec d'autres médicaments, tels que le bismuth, l'acide lactique, le tannin, etc.

Docteur M. PEHU.

---

## Faut-il cultiver le Piment

---

Le piment est une baie de couleur foncée, à peu près de la grosseur d'un pois, à laquelle se trouvent encore attachées des parties du calice. Son odeur et sa saveur ressemblent à un mélange de cannelle, de clous de girofles et de noix de muscades, d'où le nom qui lui est aussi donné de « All spice » (toutes épices). On le trouve au Mexique, dans certaines contrées de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud, mais d'une qualité inférieure. C'est surtout de la Jamaïque que le piment est exporté.

L'arbre est beau; il atteint souvent une hauteur de 10 mètres. Son écorce est d'une couleur légèrement cendrée ou brune, et se pèle par plaques quand le tronc grossit. Il croît

à l'état spontané, mais il fait aussi l'objet de plantations spéciales. On destine, à cet effet, une pièce de terre placée près des arbres à piment ; on laisse cette terre se couvrir de buissons dans lesquels les oiseaux déposent les graines des baies de piment qu'ils mangent. Il n'y a plus ensuite qu'à laisser se développer les graines ainsi ensemencées. Quand les plants atteignent une certaine hauteur, les buissons sont détruits, et désormais les arbres peuvent croître à leur aise. Si l'on veut obtenir de bons résultats, les arbres ne doivent pas être espacés de moins de 6 à 7 mètres. Ils poussent dans un terrain pauvre, pourvu qu'il soit friable et bien drainé, comme c'est d'ailleurs le cas pour les terrains montagneux de la Jamaïque.

D'après le consul américain de Kingston, l'arbre produit à partir de 7 ans et ses récoltes augmentent chaque année jusqu'à complet développement. Les baies sont cueillies vertes et seulement lorsque les fleurs sont tombées.

Voici la méthode que l'on emploie ordinairement. Un homme grimpe à l'arbre, casse les branches nouvelles, les jette aux femmes et aux enfants, qui cueillent les baies en séparant celles qui sont vertes de celles qui sont mûres. Ces baies sont séchées sur des plateaux exposés au soleil de la même façon que le café. L'opération dure de 3 à 12 jours. On emploie quelquefois des évaporateurs à fruits quand le temps est humide. Lorsque les baies sont suffisamment sèches, elles rendent, lorsqu'on les agite, un son de crécelle et sont de couleur foncée. Elles perdent un tiers de leur poids pendant le séchage. Elles sont emballées ensuite en sacs ou en fûts pour l'exportation. Dans les saisons favorables, on obtient jusqu'à 50 kilos de piments secs par arbre. Les baies de piment mûres sont employées pour la confection du « *pimento dram* », boisson consommée à la Jamaïque. Les branches servent pour fabriquer des cannes et des manches de parapluies. Des feuilles, on distille une huile essentielle.

Les exportations de piment de la Jamaïque dans le courant de l'année finissant au 31 mai 1906, se sont élevées à 91.736 cwts (environ 435.000 kilos) et dans l'année finissant au 31 mars 1907, à 85.294 cwts (environ 423.000 kilos).

## Ceux qu'il ne faut pas envoyer au bord de la mer

---

Les enfants petits, malingres, chétifs. Les enfants irritables aux membres grêles, nerveux.

Pour ces enfants, le sel et l'iode sont bien toujours des toniques puissants, mais l'air de la mer, le vent vif dont nulle côte n'est exempte, donnent un coup de fouet à la nervosité naturelle du sujet.

Le manque d'appétit, une mauvaise humeur continue, une agitation insolite et de l'insomnie en témoignent dès les premiers jours sans que l'accoutumance s'obtienne jusqu'à la fin du séjour. Le bain de mer, s'il est surajouté à l'air marin, exaspère encore ces phénomènes d'excitation ; le bain salé chaud, pas mieux supporté, arrive souvent à faire paraître, lui aussi, un accès de fièvre. Les résultats obtenus obligent donc à constater, par la suite, que le séjour à la plage n'a pas réussi et qu'il vaudra mieux s'en abstenir désormais.

2° Les individus atteints de manifestations oculaires : kératites, conjonctivites, doivent éviter aussi le vent de mer qui, par sa violence et par le sable de la côte qu'il soulève, détermine toujours un réveil aigu de ces pénibles affections.

3° Les personnes atteintes de troubles des voies respiratoires, d'affections du nez, de la gorge et les individus sujets aux bronchites.

---

---

Les idées sont comme les diamants : on passe beaucoup moins de temps à les trouver qu'à les polir.

C'est dans la balance de l'utilité que le philosophe doit peser les hommes, leurs œuvres et leurs prétentions.

## L'action normale du médecin pour la guérison de ses malades

---

Tout malade qui sort du cabinet du médecin, avant même d'avoir pris le remède doit être remonté par un sentiment de réconfort et d'espoir. Si les paroles du médecin n'ont pas produit cet effet salutaire, ce n'est pas la maladie du patient qui est trop grave, c'est l'action morale du médecin qui a manqué de pénétration et d'adresse. Il faut rendre au malheureux confiance en soi ; à ce prix seulement il retirera de la médication l'efficacité totale qu'elle est susceptible de produire.

Si les consultations des hôpitaux n'assurent à ceux qui les fréquentent que des soulagements passagers et incertains, ces échecs tiennent maintes fois à la rapidité de l'examen, à la sécheresse de cœur qui fait tendre d'une main indifférente l'ordonnance au pauvre diable. Il attend, avec une telle expression d'angoisse le mot d'encouragement et de bonté qui ne vient pas. Le médecin qui n'attache pas un sentiment d'émotion et de pitié à la pratique de son art, perdra, du fait de cette incapacité ou de cet oubli, les fruits les plus sûrs de son instruction et de sa peine.

La bonté du médecin, ses paroles compatissantes, exercent des effets stimulants et curateurs. Le système nerveux du malade, favorablement impressionné, traduit cette excitation légère par un accroissement probable dans la production de l'énergie nerveuse. Celle-ci, allant actionner les organes en souffrance, y rétablit les fonctions troublées, s'efforce de réaliser des restaurations cellulaires. Sans doute, dès qu'une maladie organique est en jeu, l'amélioration n'est jamais que temporaire. Le malade n'en a pas moins traversé une période d'atténuation à la faveur de laquelle a glissé dans son âme quelque espoir fugitif d'une guérison, quand même possible.



On s'étonne de voir les pauvres affligés de tuberculose et de cancer, de maladies incurables, changer si souvent de médecin, s'adresser à des empiriques, invoquer les secours de l'au-delà. Toutes ces allées et venues, ces supplications et ces prières n'ont pour but que d'alimenter cette flamme de l'espérance. Une fois éteinte, c'en est fait de la lutte. Le mal a pris définitivement le dessus et la résignation inerte du patient laisse creuser, sans tentative de résistance, les dernières tranchées qui assureront la reddition prochaine de la place.

A notre époque d'utilitarisme, de machinisme, de raison ergoteuse et étroite, il n'est point mauvais d'établir que, même au point de vue scientifique, le cœur et le sentiment ont gardé leur place. Les malheureux couchés sur le lit d'hôpital, bousculés par les soins hâtifs et impatientes des infirmières, en savent quelque chose. Il n'y a qu'à voir leurs pauvres figures ravagées où toute expression suppliante s'est effacée, dans la certitude où ils sont qu'aucune main secourable ne se tendra vers eux. Bientôt, les râles d'agonie encombreront leur gorge et ils se verront mourir au milieu de l'indifférence de tous et dans le bruit non interrompu des conversations particulières.

Un des inconvénients qui rabaissent la valeur de la spécialisation à outrance est le voile dont pareille méthode couvre les réactions réciproques des phénomènes. Tout un champ de l'organisme se trouve obscurci par l'abus de la méthode. Un tel soignera l'estomac sans se soucier du système nerveux, tel autre l'utérus, le cœur, le rein; aucun ne se dira que ces organes appartiennent à des natures vivantes et de sensibilité diverse. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, J.-J. Rousseau agissait ainsi pour l'homme. Il l'isolait de son milieu, le transformait en entité abstraite. Nombre de méthodes thérapeutiques modernes sont inspirées d'une pareille formule. L'antisepsie stomacale transformait l'estomac en cornue de laboratoire: c'est, en effet, une cornue, mais d'une nature bien spéciale. La méthode ne tenait pas compte de la différence qui sépare un vase inerte d'un réservoir contractile et vivant. A part cela, l'antisepsie stomacale fournissait matière à des considérations ingénieuses et dogmatiques.

Ce que le médecin doit savoir, c'est qu'il existe au moins deux sortes d'estomac : ceux des natures épaisses et frustes, ceux des esprits délicats et fins. Les premiers digèrent des cailloux, les seconds sont incommodés par tout repas trop relevé ou copieux. Les émotions, secousses morales de tout ordre ont peu prise sur les âmes paresseuses et non vibrantes ; ces chocs nerveux retentissent, au contraire, en répercussions tumultueuses sur les natures d'élite. L'estomac et tout le tube gastro-intestinal traduisent, par les troubles fonctionnels qui les atteignent, la blessure morale imprimée sur le système nerveux. Quand ils ne sont pas l'effet d'une excitation directe portée sur la muqueuse stomacale (excès de table, de boisson), la plupart des types de dyspepsie apparaissent comme l'aboutissant d'une détresse psychique et c'est en corrigeant celle-ci qu'on guérira le malade. Journalièrement des médecins voient des déprimés anxieux qui affirment, soutiennent, ne pouvoir tolérer le moindre aliment ; il suffit de rendre à ces malheureux confiance en eux-mêmes, de répondre à leur affirmation par une affirmation contraire pour voir souvent le trouble dyspeptique se dissiper avec une rapidité merveilleuse. En quarante-huit heures, des malades qui supportaient avec peine quelques potages légers, se remettent à table et mangent de tout.

De pareils renseignements commandent la conduite du praticien. Plus le système nerveux de son dyspeptique sera affiné, plus on aura chance en modifiant les conditions mentales du sujet, d'obtenir l'amélioration cherchée ; les mentalités vulgaires ne seront jamais remuées avec le même succès. Quand de pareils sujets digèrent mal, le traitement local du trouble gastrique sera institué dans toute sa rigueur ; il y a peu d'espoir d'amélioration avec la psychothérapie toute simple.

Ces notions générales ne s'appliquent pas seulement aux troubles dyspeptiques. Dans toute la pathologie, la double part doit être réservée, d'une part, au degré de nervosité du malade, de l'autre à son trouble local. Les médicaments seront distribués avec d'autant plus de parcimonie qu'ils s'adresseront à des natures plus délicates. Les femmes, les

enfants, tous les nerveux rentrent dans une même classe. Les adultes froids et pondérés, non par éducation, mais par défaut de sensibilité, appartiennent à l'autre. A eux l'arsenal de drogues et les coups de fouet médicamenteux.

Chez les cardiaques, les phthisiques, autant que pour les dyspeptiques, l'influence du système nerveux joue son rôle. Une parole rassurante formulée avec fermeté a plus d'une fois fait cesser des palpitations, calmé des angoisses, abaissé légèrement un degré fébrile.

Mêmes réflexions à l'occasion des maladies des reins et des albuminuriques ; nombre de ceux-ci ont vu baisser leur taux d'albumine du jour où l'espoir de la guérison leur étant garanti, ils se remettent à un régime alimentaire habituel. Le rein mobile, chez la femme, est souvent l'occasion d'un nervosisme angoissant. Plus le médecin parlera du rein mobile, plus il aggravera la souffrance. Il faut certifier l'absence de gravité, faire porter une ceinture, replacer la malade dans son cadre d'occupations habituelles. La relation entre le système nerveux et les organes génitaux est tout aussi intime. Ce sont les obsessions à propos d'un suintement urétral, les douleurs névralgiques, celles-ci si fréquemment localisées dans la région ovarienne de la femme. Que d'opérations et d'ablations des annexes inutiles pour ces cris de souffrance d'un organe douloureux, mais qui n'est point lésé anatomiquement. Si l'abus de ces interventions chirurgicales est moindre qu'il y a quelques années, il ne laisse pas de continuer à chercher sa justification dans maintes conditions où il n'a que faire. Une femme a guéri d'une salpingite. Elle souffre encore. Il s'agit d'une névralgie fixée sur un organe primitivement enflammé. Le chirurgien enlève les annexes. Une saison hydrothérapique et l'action psychique du médecin auraient suffi pour amener la guérison.

Sans doute les paroles ne suffisent pas toujours : le trouble local est trop accentué. N'importe ! Il y aura toujours moyen de le réduire en rendant confiance. L'influence du moral sur le physique est bien plus considérable qu'on ne

l'imagine. Bien maladroit le médecin qui ne jouerait pas d'une arme aussi puissante.

Après les répercussions sur le système nerveux, les réactions des organes entre eux : poumon sur cœur, cœur sur toute l'économie, quand la fibre cardiaque fléchit, estomac et intestin sur l'utérus. Cette dernière sorte de troubles est souvent mal connue. MM. A. Robin et Dalché, en créant le chapitre des fausses utérines, ont montré que nombre de congestions locales avec rougeurs, granulations, exulcérations du col, guérissent non avec un traitement local, mais avec la médication qui rétablit l'équilibre dans les fonctions gastriques ou de l'intestin.

Une autre répercussion curieuse trop peu connue en pratique, est celle que l'estomac et le tube digestif exercent sur le rein. Dès qu'il existe des troubles digestifs, l'albumine peut paraître dans les urines. Qu'il s'agisse dans l'espèce de substances albumineuses qui, n'ayant pas subi l'élaboration digestive, passent à travers la muqueuse intestinale, pénètrent dans le sang et sont rejetées par le rein qu'elles lèsent au passage (Castaigne) (*Cong. de Médec.*, oct. 1907), peu nous importe. Ce qu'il importe de connaître, c'est que l'albumine urinaire, quelle qu'en soit la cause, qu'il s'agisse de néphrites ou de simples troubles fonctionnels, augmente dans tous les cas où il y a trouble digestif. D'où la nécessité de surveiller les digestions de tous les albuminuriques et au cas où celles-ci fléchissent, d'ordonner un régime diététique approprié.

L'action morale du médecin ayant puissance d'action sur les réactions gastro-intestinales, on voit donc que par le seul procédé de son intervention psychique, le médecin a chance de modifier favorablement l'albuminurie.

On sait que les vices de nutrition exercent des répercussions multiples sur de nombreux organes ; ceux-ci à leur tour se montrent affectés de troubles variés entrant en balancement les uns avec les autres. Une crise de goutte guérit une diarrhée, une migraine, un eczéma. Telle bronchite chronique se dissipe avec une poussée d'eczéma; une alimentation sévère a pouvoir d'opérer le même effet curateur que l'érup-

tion cutanée ; un régime lacto-hydrique poursuivi pendant quelques jours améliorera des dyspnées très pénibles qui s'accompagnent d'un encombrement de sibilances dans les bronches. Comment s'opèrent ces réactions des organes les uns sur les autres ? A la faveur des excitations nerveuses et aussi probablement des sécrétions internes. C'est ainsi que Hallion a obtenu la vaso-dilatation des vaisseaux du corps thyroïde par l'injection d'ovarine. A la thérapeutique de tenir compte de tous ces enseignements.

Dans le corps vivant rien n'est isolé : « L'ensemble est lié à l'ensemble », disait Hippocrate ; « il l'est aussi à chaque partie et dans chaque partie ; il y a des parties pour concourir à l'ensemble ».

L'action psychique du médecin agit sur cet ensemble et de là sur les parties qui en dépendent. L'ensemble, c'est le système nerveux. Un médecin qui embrasse d'une vue large les particularités inhérentes, au système nerveux de ses malades et aussi le mode des réactions réciproques qui signalent le jeu de leurs organes, ce médecin a toute chance de faire dès aujourd'hui une thérapeutique dont les lignes traceront la route à la thérapeutique de demain.

---

### De la conduite à tenir dans la grossesse compliquée de fibrome de l'utérus

PAR M. LE DOCTEUR HARDOUIN

---

*Pendant la grossesse* : S'il n'existe pas de symptômes alarmants et en particulier pas d'enclavement, on attendra ; si au contraire il se produit des accidents d'enclavement (et, accessoirement, de torsion et de suppuration), on devra intervenir. Mais comment ? Le fœtus n'est-il pas viable, trois méthodes sont possibles : l'avortement, « infiniment plus grave que toutes les opérations radicales possibles » (*Delagènière*) ; l'hystérectomie abdominale, simple et sans dangers,

mais qui sacrifie le fœtus et détruit toute possibilité de grossesse ultérieure ; la myomectomie, enfin, qui est le procédé de choix, plus difficile mais cependant possible alors même que la tumeur est sessile. Si le fœtus est à terme ou près du terme, l'hystérectomie semble, par contre, mériter la préférence.

*Pendant le travail* : Tout dépend du siège du fibrome. Est-il en dehors de la filière génitale, on attendra. Mais obli-tère-t-il celle-ci, on essaiera de le refouler avec la main et, en cas d'échec, on recourra à l'opération césarienne suivie, en général, d'hystérectomie.

---

## La Lithotritie, la taille

PAR M. LE DOCTEUR PILLET

---

La *lithotritie* est le traitement de choix, pour les calculs petits de la vessie, moyens et pas trop durs. Elle nécessite à peine une chloroformisation « à la Reine », n'entraîne pas de choc opératoire (ce qui n'est pas négligeable chez un vieillard) ; elle permet d'opérer par les voies naturelles et, de ce fait, est plus facilement acceptée. L'infection vésicale n'est pas une contre-indication ; au contraire désinfecter au maximum la vessie et faire ensuite la lithotritie qui fera disparaître l'infection développée à la faveur du calcul.

La *taille*, opération sanglante, nécessite une chloroformisation profonde, oblige à la position inclinée (dangereuse aux scléreux) et nécessite fréquemment un drainage hypogastrique. Elle est indiquée en cas :

De calcul très volumineux ou trop dur pour être brisé au marteau ;

De rétrécissement (traumatique ou blennorragique) serre au point de défendre le passage du lithotrite (ce qui est rare après un traitement approprié) ;

De calculs chez l'enfant (étroitesse de l'urèthre, concrè-

tions souvent oxaliques). La *lithotritie* est donc le procédé de choix ; la *taille*, le procédé d'exception.

Car c'est une faute grave de ne *découvrir une pierre qui devenue grosse*, alors que le patient, en proie aux douleurs d'une cystite secondaire est exposé à la distension et à l'infection urétéro-rénale, c'est-à-dire à un danger immédiat pour sa vie.

## *Modifications de la Surrénale*

### au Cours des Maladies toxi-infectieuses chroniques

*Dans leurs rapports avec les lésions du foie, des reins  
du corps thyroïde et de l'hypophyse.*

Par M. le Docteur Eugène LATRILLE, de la Faculté de Paris

I. — Dans les maladies toxi-infectieuses chroniques, les surrénales sont, en général, altérées.

II. — Ces altérations peuvent se résumer ainsi :

A. — Hyperplasie généralisée ou localisée. Ces deux états s'accompagnent souvent de formations nodulaires, voire même adénomateuses. Dans l'hyperplasie localisée, le reste de la glande peut être normal ou même en hypo-fonction.

Jamais nous n'avons rencontré d'adénomes volumineux formant une tumeur véritable ; et nous n'avons pu au microscope faire le diagnostic, souvent difficile, entre le nodule l'hyperplasique et l'adénome, qu'en recherchant les caractères de la néoformation, qui sont, en l'absence de la kariokynèse, que nous n'avons jamais pu constater nettement : l'augmentation numérique des travées cellulaires, et, dans les travées, l'augmentation de nombre des cellules glandulaires.

B. — D'autres fois, l'aspect des surrénales est l'inverse et peut être considéré comme indiquant l'hypoépinéphrie. Les caractères de l'hypoépinéphrie sont : la diminution de volume des cellules, qui perdent leur aspect spongiocytaire, et renferment moins de pigment ; la rétraction des travées avec élargissement des espaces intertrabéculaires.

Dans un certain nombre de faits, cette hypoépinéphrie n'est pas aussi pure : elle s'accompagne d'une réaction scléreuse

qui peut, soit mécaniquement, soit en troublant la nutrition, modifier l'aspect de la glande, sans que ces modifications impliquent forcément l'état d'hypofonction

III. — L'interprétation de ces lésions est des plus complexes ; il convient de les mettre en parallèle avec l'état des autres glandes internes, particulièrement le thyroïde et l'hypophyse, et avec les lésions du foie et des reins.

A. — La comparaison de l'état des surrénales et du thyroïde ne nous amène à aucune conclusion nette.

La comparaison de la surrénale et de l'hypophyse montrerait peut-être un certain parallélisme entre l'hyperactivité de la surrénale et le nombre exagéré des cyanophiles. Nous nous garderons de toute interprétation, et nous nous contenterons de remarquer seulement qu'un parallélisme semblable découle des constatations faites par divers auteurs dans la grossesse et l'état puerpéral.

B. — La comparaison des modifications de la surrénale avec l'état du foie et des reins nous montre qu'il n'y a aucun parallélisme entre les lésions de la surrénale et celles du foie.

Au contraire on ne pourrait nier que les néphrites chroniques ne s'accompagnent plus volontiers de l'hyperplasie des surrénales ; mais il est certain que la surrénalite hyperplasique simple ou nodulaire ou même adénomateuse peut exister en dehors de toute altération chronique du rein, comme nous l'avons constaté dans sept observations.

Par conséquent nous croyons que la néphrite chronique et l'hyperplasie des surrénales évoluent souvent ensemble, parallèlement ; mais il n'en est pas moins vrai que ces deux lésions peuvent être nettement indépendantes l'une de l'autre.

En résumé, dans les infections ou intoxications chroniques, la surrénale nous semble plutôt lésée à titre d'organe comme le foie, le rein, par exemple. Ses altérations présentent le plus souvent un parallélisme facile à comprendre avec celles de ces viscères, en particulier du rein. Il nous paraît bien difficile de préciser actuellement des relations plus étroites entre ces divers ordres de lésions.



# SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- Société Médicale de Montréal**  
*Président* : M. A. Lesage. *Secrétaire* : M. B. G. Bourgeois, 737, St-Denis.  
 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. Wesley Mills. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison  
 Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir
- Société Médicale de Shofford**  
*Président* : M. J. A. E. Brun, *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de  
 (de West Shefford) Séances régulières : deux fois par année (Shofford P. Q)
- Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.**  
*Président* : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Rivéin, 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 des mois de mars, juin, septembre et décembre
- Société Médicale des Comtés de Seance et Dorchester.**  
*Président* : M. Fortner. *Secrétaire* : M. L. M. Duchêne, Beauceville.  
 Séances régulières : mars, juin, Septembre, Decembre.
- Société Médicale de Rimouski.**  
*Président* : M. Fisel. *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. Rousseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.  
 Séances régulières : mars, juin, septembre, Decembre.
- Société Médicale de Trois-Rivières.**  
*Président* : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.
- Société Médicale de Valleyfield.**  
*Président* : M. Ostigny. *Secrétaire* :
- Association Médicale du District d'Arthabaska.**  
*Président* : M. Balleau. *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. Prevost, St-Jérôme.
- Société Médicale de Montmagny**  
*Président* : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny
- Société Médicale du Comté de Champlain.**  
*Président* : M. Tru tel. *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-d'Iberville )
- Société Médicale du Comté de Maskinonge,**  
*Président* : M. L. A. Pianté. *Secrétaire* : M. Duhamel.
- Association Médicale C. F. de Manitoba.**  
*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 He n.
- Association des Medecins de langue Française de l'Amérique du Nord**  
*Président* : M. Arthur Simard, Québec. *Secrétaire* : M. Piquet  
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908 à Québec.
- Canadian Medical Association.**  
*Président* : Dr. Montzumberl, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto  
 Réunion annuelle : en 1908, à awa.

## *Médicaments Nouveaux*

---

L'année écoulée a vu naître, comme les précédentes, un grand nombre d'agents thérapeutiques nouveaux. Nous ne citerons, dans cet article, que les produits chimiquement définis, nous proposant de revenir une autre fois sur les produits composés, spécialités, etc., qui rentrent dans la catégorie des médicaments galéniques, empiriques ou secrets.

*Autane* : Décrit déjà, l'an dernier, par Eichengrün qui l'a découvert, l'Autane est un mélange de 21 p. d'aldéhyde formique polymérisée, (Paraforme) et de 71 p. de peroxyde de baryum. D'après l'inventeur, quand on met l'Autane au contact de l'eau, il se fait une catalyse du peroxyde de baryum, avec production d'hydrate d'oxyde de baryum qui, à l'état naissant, dépolymérise le paraforme. Il a été préconisé comme désinfectant domestique. C'est un produit à conserver en vases bien clos à l'abri de l'air et de l'humidité. Source : Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer et C<sup>o</sup>, à Elberfeld.

*Blénal* : Constitué par l'éther carbonique du santalol. C'est un liquide huileux, jaunâtre, presque insipide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther, il contient 94 % de santalol. D'après les observations de Brenning et de Lewitt, le blénal agit dans la gonorrhée comme l'éther salicylique du santalol (Santyl). Doses : chaque jour, trois fois quinze gouttes ou trois fois trois capsules, chaque capsule contenant trois centigrammes de blénal. Source : Chem. Fabrik von Heyden, à Radebeul, près Dresde. l'acné, etc. Source : Chem. Fabrik von Heyden, Radebeul.

*Ischémine* : Solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième. Source : Armour et C<sup>o</sup> Ltd, à Hambourg.

*Lécine* : C'est une solution concentrée d'ovalbuminate de fer, neutre, efficace contre l'anémie et la chlorose. Ce pro-

duit, qui est assez agréable au goût, se prend aux doses de 3 5 et 10 gr. par jour, de préférence en deux fois, aux heures des repas. Source : Dr E. Laves, Hambourg.

*Lytane* : Ce désinfectant s'appela primitivement le Lyptol. C'est une solution concentrée, dans l'alcool faible, de produit résultant de l'action de la formaldéhyde sur certains terpènes. C'est un désinfectant assez énergique et non toxique, n'attaquant ni la peau, ni les objets qu'on aseptise.

*Malonal* : Suivant v. Mering, le malonal n'est autre chose que le véronal, c'est-à-dire de la diéthylmalonylurée, à des traces d'impuretés près, impuretés dangereuses, car elles rendent les autres préparations plus toxiques que le véronal. Source : Dr B. Sieber, Chem. Fabrik, à Attisholz, près Soleure.

*Monotal* : Huile incolore, à odeur faible, contenant 60 % de gâïacol sous forme de son éther éthyglycolique. Son pouvoir anesthésique, bien supérieur à celui du gâïacol, s'est affirmé dans plus de 300 cas de rhumatismes musculaires et articulaires traités par Müller. Le monotal a le désagrément de se prendre en une masse cristalline dès que la température devient un peu basse. Cet inconvénient est évité quand on prend son homologue, l'éther méthylglycolique du gâïacol, qui reste liquide à basse température et jouit de toutes les propriétés du monotal. Ce corps, découvert par Impens, s'emploie une à deux fois par jour, en onctions sur les parties douloureuses. Source : Friedrich Bayer et Co, à Elberfeld.

*Perborate de soude médicinal* : Poudre blanche, constituée par du perborate de soude  $\text{Na BO}_3, \frac{1}{2} \text{H}_2\text{O}$ , soluble à 2,5 % dans l'eau à 20°, contient 8 % d'oxygène actif; très bon désinfectant, il permet d'obtenir immédiatement de l'eau oxygénée par sa simple dissolution dans l'eau. Outre ses applications industrielles au blanchiment des matières délicates, il sert à la confection des bains oxygénés mousseux, tels que les préconise le Dr Sarason.

# Nouvelles

---

M. le Professeur Landouzy se rendant au Congrès de Washington, sera dans la vieille cité de Champlain vers le 18 septembre, il se fait un agréable devoir de visiter la Nouvelle-France avant de passer sur le sol Américain. Ce sera la première fois qu'un Doyen d'une Faculté de Médecine de France visitera le Canada, il peut être assuré de la plus cordiale et de la plus chaleureuse réception.

MM. les Docteurs Triboulet et Bernard accompagneront M. Landouzy.

---

M. le Docteur Latreille vient de couronner ses succès obtenus à la Faculté de Médecine de Paris, par une thèse, des plus importantes, sur les Modifications de la Surrénale dans les maladies chroniques, qui lui valut les plus chaleureuses félicitations de M. le Doyen honoraire Debove. Nous ne donnons aujourd'hui que les conclusions de cet intéressant travail relatant 40 observations personnelles avec autopsie, examen histologique du foie, des reins, du corps thyroïde et de l'hypophyse sur lesquelles nous reviendrons.

---

Monsieur le Docteur Maurice Renaud, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine à la Salpêtrière est délégué officiel de l'Université de Paris au Congrès de Québec.

---

C'est avec plaisir que nous annonçons la nouvelle de l'entrée en fonction au « New York Post-Graduate Medical School and Hospital », de M. S. A. Knopf comme professeur de phtisiothérapie, chaire créée pour ce savant.

**Association française pour l'étude du cancer**

Le professeur Poirier a lancé avec éclat l'idée d'organiser en France la lutte contre le cancer. La maladie est venue presque aussitôt paralyser ses efforts, et il a succombé sans avoir pu réaliser l'œuvre qu'il avait rêvée.

L'utilité d'une telle entreprise est incontestable, puisque, en tenant compte seulement des villes de plus de 5.000 habitants, le cancer fait en France près de 13.000 victimes par an.

---

La Société contre l'abus du tabac vient de mettre au concours la question suivante :

*Prix de médecine* : « De l'influence nocive du tabac sur l'évolution des maladies ».

Il sera, en outre, décerné un certain nombre de récompenses aux médecins qui auront fait des travaux ne répondant pas directement à la question posée, mais ayant trait aux inconvénients de l'abus du tabac (hygiène, physiologie, pathologie, thérapeutique, etc.).

Les mémoires doivent être adressés, avant le 31 décembre 1908 à M. *Georges Petit*, secrétaire général, 12, rue Jacob, Paris.

---

La tuberculose en Allemagne diminue d'une façon étonnante : en 1906, il y a eu, pour un total de 56 millions d'habitants, 64.445 décès soit 17,28 pour 10.000 habitants ; or, elle était en 1886 de 37 pour 10.000 habitants.

---

Les hommes ont une pierre de touche pour contrôler l'or ; mais l'or est une pierre de touche pour contrôler bien des hommes.

## *Vient de paraître*

---

**L'aérobisation des microbes anaérobies**, par le Docteur GEORGES ROSENTHAL, 1 vol. grand in-8 avec 2 planches hors texte, une piastre. (Félix Alcan, éditeur).

Le Docteur Georges Rosenthal, Chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Antoine, Docteur ès-sciences, expose dans ce livre sa technique et ses procédés d'adaptation à la vie aérienne des microbes qui ne peuvent supporter le contact de l'air. Après avoir décrit son tube cacheté, ses tubes profonds et étroits, il indique comment se fait la mensuration de l'anaérobiose et l'aérobisation. Dans un deuxième chapitre, il relate les expériences faites avec les divers germes anaérobies dont il étudie les nombreuses modifications biologiques. Enfin un dernier chapitre relate les grands faits nouveaux introduits dans la biologie par ce travail aussi nouveau qu'intéressant.

Le rapport de Fernand Widal à l'Académie de Médecine, inséré à la fin de l'ouvrage, indique la valeur attachée par les Maîtres à ces recherches.

---

### **Journal d'un Praticien**

*Consultations sur la grossesse, l'accouchement, les maladies des femmes et les soins à donner aux nourrissons.* Observations personnelles notées au cours même des événements par le Dr H. Stapfer. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine, Paris. — Un volume in-8° raisin ..... Deux piastres

Ce livre s'adresse à *l'étudiant, au praticien accoucheur, au spécialiste*, chacun y récoltera ample moisson de faits et les renseignements les plus utiles. Le médecin y trouvera la solution d'une quantité de questions qu'il se pose dans la pratique de son art. L'obstétricien de profession y apprendra du

nouveau. L'étudiant s'y préparera à l'exercice des accouchements. Ce journal d'un accoucheur est appelé à un grand succès en raison même des sujets qu'il traite, de son utilité courante et aussi de la façon dont il est présenté.

Nous n'avons pas eu, dans la littérature médicale, de livre aussi personnel, aussi instructif, aussi vivant depuis plus d'un siècle. On ne peut s'en détacher quand on l'a commencé.

L'auteur passe au crible d'une critique intelligente et probe les théories, les préjugés, les doctrines et n'a égard qu'aux faits, à l'observation patiente et exacte.

### Comment former un Esprit

par M. le Docteur TOULOUSE (Librairie Hachette et Cie.) Cinquième mille.

Ce livre s'adresse à tous ; car tous, même mûris par l'âge, même instruits et savants, ont besoin de règles de conduite intellectuelle et morale pour guider leur personnalité, dans l'activité la plus favorable à son bonheur et à sa plus haute réussite sociale.

On apprend tout aujourd'hui à l'école sauf à penser et à agir.

Ce livre essentiellement pratique apprendra aux uns et surgera aux autres ce qu'il faut méditer, ce qu'il faut acquérir.

### Programme des Cours de Berck

I. *Lundi* 17 août 1908 (10 heures matin). — M. CALOT. — Le domaine de l'orthopédie moderne. Ses méthodes. — Traitement des tuberculoses externes (sèches, suppurées, fistuleuses). Adénites. Tuberculose du testicule et de l'épididyme. Injections et liquides modificateurs.

II. *Mardi* 18 août (10 heures matin). — M. CALOT. — Traitement du Mal de Pott. Corssets plâtrés. Celluloïd.

III. *Mercredi* 19 août (10 heures matin). — M. CALOT. -- Traitement de la coxalgie. Injections dans la hanche. Appareils du membre inférieur.

IV. *Jeudi* 20 août (10 heures matin). — M. CALOT. — Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, poignet. Injections articulaires. Appareils de ces régions.

V. *Vendredi* 21 août (10 heures matin). — M. CALOT. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

VI. *Vendredi* 21 août (5 heures soir). — Dr Privat. — Traitement général et traitement marin des enfants anémiques, pré-tuberculeux, tuberculeux et rachitiques. Massothérapie.

VII. *Samedi* 22 août (10 heures matin). — Dr FOUCHOU. — Le matériel et les notions indispensables à la radiothérapie et à la radiographie. La radiothérapie et l'électricité en thérapeutique.

VIII. *Samedi* 22 août (4 heures soir). — Mlle LARSON, diplômée de l'Institut orthopédique royal de Stockholm, professeur de gymnastique suédoise. — Gymnastique médicale. Séance de gymnastique suédoise. Traitement par la gymnastique de la scoliose essentielle de l'adolescence.

IX. *Dimanche* 23 août (10 heures matin). — M. CALOT. — Traitement du pied-bot congénital. Traitement du pied-bot paralytique et de la paralysie infantile. Traitement de la tar-salgie.

X. *Lundi* 24 août (10 heures matin). — M. CALOT. — Traitement du torticolis congénital, de la Maladie de Little, des déformations rachitiques, (scoliose rachitique, *genu valgum*, déviations du tibia, coxa-vara, etc.). Le traitement de l'ostéomyélite aiguë et chronique. Syphilis et tuberculose des os et des articulations.

*Sont admis, les médecins et étudiants français ou étrangers.*

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations, soit par M. Calot, soit par les Drs Privat et Fouchou.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser, dès maintenant, au Dr Privat, à l'Institut orthopédique, Berck-Plage (P.-de-C.).

*Droits à verser : 20 piastres, pour les leçons, démonstrations et les exercices pratiques.*

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.