

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HAWWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XLI

1er FEVRIER 1912

No 2

CLINIQUE

L'ECLAMPSIE (1)

Par le docteur E. A. RENE DECOTRET,

Professeur des cours théorique et clinique d'obstétrique ;
Accoucheur en chef de la Maternité.

Je viens de vous montrer au lit No 7 une malade qui est entrée à la Maternité dimanche matin à une heure et demie. Cette femme, primipare, âgée de 34 ans, a une charpente osseuse très forte et un système musculaire très développé.

Nous l'avons vue, à son arrivée, dans un coma très prononcé. La veille, à 4 h. p.m. elle a commencé à avoir des douleurs d'accouchement; à 8 h. p.m. elle a eu un premier accès d'éclampsie; à 10 h. un second accès. Le médecin, qui voyait cette femme pour la première fois, lui injecta $\frac{1}{4}$ gr. de morphine. De 10 h. p. m. jusqu'à son arrivée à la Maternité, elle eut trois autres accès. A la Maternité, les accès se répétèrent à 2 h. et à 2.20 a.m.

A 2.30 h. a.m. le pouls battait à 110. Je fis à la malade une injection hypodermique de 20 gouttes d'extrait fluide de *veratrum viride* et vingt minutes plus tard le pouls était tombé à 50 pulsations à la minute et la malade n'avait plus et n'a pas eu d'autres accès.

L'utérus, développé longitudinalement, était très étroit. On

(1) Clinique de la Maternité.

y sentait un fœtus en présentation de la tête. Il y avait très peu de liquide amniotique. L'on constatait des contractions presque permanentes. Au toucher, le col était long, très perméable; la poche des eaux plate. L'auscultation était nulle.

A 8 h. a.m. la malade commence à perdre en rouge. A 9 h. a.m. comme l'hémorragie devient plus abondante je décide de terminer l'accouchement.

Les urines, prises au cathéter, étaient très brunes et contenaient une quantité énorme d'albumine. Nous avons tiré en tout, de sa vessie, à peu près 4 onces d'urine.

La sensibilité à la peau a commencé à revenir à peu près une heure après l'injection de veratrum, et à 3 h. p.m. le coma était complètement dissipé et la malade nous répondait très bien et demandait à voir son mari.

Vous avez, là, assez vu et assez entendu pour constater que cette femme a souffert d'une forte attaque d'éclampsie et que le traitement qui a été fait a été vraiment efficace.

Qu'est-ce que *l'éclampsie puerpérale*?

L'éclampsie puerpérale n'est pas une maladie bien caractérisée. C'est plutôt un syndrome caractérisé par des accès convulsifs, le plus souvent à répétition, s'accompagnent de perte de la sensibilité, de l'intelligence, suivis d'un état comateux d'intensité et de durée variables.

L'éclampsie puerpérale serait la manifestation d'une auto-intoxication, autrement dit d'une accumulation de substances toxiques dans l'organisme.

FRÉQUENCE

L'éclampsie s'observe une fois sur 260 à 300 accouchements. Dans les services hospitaliers on ne la voit pas chez les malades internées. Les cas que vous observez ici nous viennent toujours du dehors. L'éclampsie s'observe presque exclusivement chez les femmes dont les urines n'ont pas été examinées pendant la grossesse.

On l'observe plus fréquemment dans les deux derniers mois de la grossesse, puis pendant l'accouchement, et enfin dans les suites de couches. On a cité des cas d'éclampsie avant le sixième mois

de la grossesse et d'autres aussi tard qu'un mois après l'accouchement, mais ce sont des cas excessivement rares et il n'est pas prouvé que ce soit des cas réellement dus à la grossesse.

Les primipares sont plus disposées que les multipares.

SYMPTOMES

On peut diviser les symptômes comme suit :

1° Les phénomènes précurseurs ou prodromiques, ou prémonitoires ;

2° Les phénomènes de l'accès ou convulsions.

Il est rare que l'accès éclamptique éclate brusquement. La femme présente presque toujours, sinon toujours, des symptômes plus ou moins sensibles pouvant faire pressentir l'imminence des convulsions ; ce sont les symptômes de l'auto-intoxication. Ces symptômes sont quelquefois si légers, qu'ils passent aisément inaperçus. Ces symptômes forment une triade qui est devenue classique :

(a) *Céphalalgie* frontale tenace, persistante, avec sensation de constriction au niveau des tempes. Elle est plus marquée au réveil ; elle peut être occipitale.

(b) *Des troubles de la vision*, tels qu'amblyopie, diplopie, perceptions colorées et même amaurose.

(c) *Une douleur épigastrique* ou des vomissements répétés.

Outre ces trois grands symptômes on en remarque un certain nombre d'autres. Un des phénomènes les plus constants est l'albuminurie. Il est très rare qu'on ne trouve pas d'albumine avant l'accès d'éclampsie. Les œdèmes sont communs : œdème aux pieds, aux jambes ou à la face. Il existe des troubles nerveux : névralgies à différents endroits, surtout de la sciatique. On observe encore des bourdonnements, des tintements d'oreilles, de la surdité, des fourmillements dans les extrémités, de l'hémi-anesthésie, de la paresse intellectuelle, de l'insomnie, des cauchemars, de la confusion mentale, une loquacité excessive, ou, au contraire, un mutisme complet. Souvent il y a de la dyspnée.

Les urines diminuent de quantité et la sécrétion urinaire peut être presque totalement supprimée. On peut trouver dans la vessie que quelques gouttes d'urine très foncée.

On a prétendu que le sphygmomanomètre pouvait nous avertir

cer cinq ou six semaines à l'avance une attaque d'éclampsie, parce qu'il y a augmentation de la tension artérielle.

L'ensemble des symptômes prémonitoires constitue ce que Bar appelle l'éclampsisme, c'est-à-dire que c'est de l'éclampsie à laquelle il ne manque plus que les convulsions.

Certains accoucheurs ne se contentent pas de rechercher l'albumine dans les urines des femmes enceintes; ils établiront en plus le rapport de l'azote rendu sous forme d'urée, à la quantité totale d'azote éliminée sous quelque forme que ce soit (rapport azoturique). "Si la cellule hépatique, dit Budin, si souvent en cause dans l'intoxication gravidique, est insuffisante, les combustions, qui, à l'état normal, aboutissent à la transformation en urée des déchets azotés de la nutrition, seront imparfaites, et la quantité d'urée sera inférieure, par rapport à la somme totale de l'azote éliminé sous d'autres formes moins oxydées. Chez la femme bien portante, le rapport azoturique varie entre 80 et 90 p. c. Ce rapport descend plus ou moins au-dessous de 80 (75, 45, etc) chez les albuminuriques menacées d'éclampsie.

"Le dosage des *chlorures*, dit encore Budin, est important à pratiquer en même temps que celui de l'albumine et de l'azote. Le passage des chlorures dans l'urine paraît en raison directe du degré de perméabilité du filtre rénal pour les produits toxiques. Chez la femme dont la grossesse est normale ou chez celle dont l'albumine n'est accompagnée d'aucun symptôme alarmant, le taux des chlorures reste élevé (12 à 15 grammes par 24 heures). Au contraire dès que l'albumine se complique de céphalée, de vomissements, de troubles de la vue, etc., le taux des chlorures diminue plus ou moins, et ceci parallèlement avec le degré d'intoxication."

D'après Bar, Mercier et Menu, l'urine contient souvent des peptones dans les jours qui précèdent les accès. Elle est très acide et contient fréquemment une quantité notable d'urobiline et même des pigments biliaires.

L'attaque ou *l'accès* d'éclampsie présente trois périodes:

- 1° Une période de début ou d'invasion;
- 2° Une période de convulsions *toniques*;
- 3° Une période de convulsions *cloniques*.

Ces trois périodes sont suivies de coma.

La première période est quelquefois précédée d'une véritable aura. La malade prononce quelques mots, fait un geste toujours

le même, parfois exprime de la terreur. Le plus souvent l'accès débute silencieusement.

1^{re} Période. — On remarque, dans la période d'invasion, des contractions fébrillaires des muscles de la face, des lèvres, des ailes du nez, des paupières. Les paupières s'abaissent et se relèvent plusieurs fois rapidement; les globes oculaires roulent dans l'orbite et se dévient en haut et à gauche, ne laissant voir que la partie inférieure de la sclérotique. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. Les ailes du nez s'agitent rapidement: les lèvres se contractent et souvent l'une des commissures labiales est entraînée d'un côté. La langue est projetée hors de la bouche, et fréquemment animée de petits mouvements de va-et-vient. La tête est en même temps projetée alternativement à droite et à gauche et finalement reste immobile, inclinée habituellement sur l'épaule droite et la face tournée du côté gauche. En même temps quelques secousses apparaissent dans les membres supérieurs. Le pouce se fléchit dans la main et les avant-bras se placent dans la pronation forcée.

Cette période d'invasion dure moins d'une minute.

En somme, ce sont les muscles de la face qui sont les premiers à entrer en contraction dans la période d'invasion.

2^e Période. — Dans la seconde période ce sont les muscles du cou, du tronc, et des membres qui entrent en contraction.

La face, de grimaçante qu'elle était, devient immobile et comme figée dans son expression. L'œil est fixé en haut et souvent à gauche. Les mâchoires se rapprochent et mordent la langue profondément. Les membres et le tronc contractés sont absolument immobiles; la respiration se trouve suspendue. La face auparavant livide, prend la coloration noire de l'asphyxie. C'est la mort apparente, et si cet état se prolonge au delà de quelques secondes, c'est la mort réelle. La période de convulsions toniques dépasse rarement quinze à vingt secondes.

3^e Période. — La troisième période ou période des convulsions cloniques débute par une inspiration profonde et bruyante, suivie d'une expiration plus bruyante encore et qui rejette hors de la bouche de la malade une écume sanguinolente. Tous les muscles

contracturés se détendent brusquement pour se contracter de nouveau. Le corps entier est agité par des secousses répétées, brusques et rythmées. Habituellement ces secousses ne déplacent que peu le corps; dans d'autres cas, la femme peut être projetée hors de son lit.

C'est par la face que débute encore les convulsions cloniques.

La physionomie devient grimaçante; les paupières s'ouvrent et se ferment; les globe oculaires roulent en tous sens dans l'orbite; la langue est projetée hors de la bouche et peut à nouveau être mordue. La respiration devient sifflante et irrégulière et s'accompagne de l'expulsion d'une salive écumeuse, mêlée de sang. La respiration prend même le caractère stertoreux à demi-sin-gultueux.

La figure est toujours bleuâtre, cyanosée et tellement gonflée qu'elle ressemble à la face d'un noyé ayant séjourné longtemps dans l'eau.

Cette troisième période a une durée variable de trois à cinq minutes et même davantage jusqu'à 20 minutes.

L'accès est terminée et la femme peut se trouver alors dans deux états assez différents. Si l'attaque a été relativement peu intense, la femme sera dans un état de stupeur, de torpeur ou de somnolence. Elle ouvre parfois les yeux, regarde autour d'elle et ne peut se rendre compte de ce qui s'est passé. La sensibilité revient rapidement. La malade recouvre peu à peu son intelligence. Quand l'accès a été intense, à la troisième période succède un coma plus ou moins intense. Il y a perte complète de la sensibilité et de l'intelligence. Le coma persiste pendant un temps variable: de plusieurs heures à 24 ou 48 heures. Quand la mort n'arrive pas, il survient un demi-coma et enfin un réveil complet.

Rarement l'accès convulsif est unique. Généralement l'attaque d'éclampsie est constituée par une série d'accès d'intensité et de succession variables. Le nombre des accès peut varier de 1 à 100. Les accès peuvent être larvés, la malade ne présentant que quelques petits mouvements de la face ou des membres. En général l'accès présente ses trois périodes bien différenciées, suivies de coma plus ou moins prononcé. Parfois les accès sont subintrants.

Pendant l'accès on remarque une élévation considérable de la

tension artérielle qui diminue un peu après, mais qui cependant reste toujours supérieure à la normale.

Il y a généralement oligurie, quelquefois anurie. L'urine est 2 ou 3 fois plus albumineuse qu'avant l'attaque. Dans les cas graves, l'urine contient souvent de la méthémoglobine.

Dans les cas légers la température reste à peu près normale. Quand les accès sont violents et répétés, la température s'élève graduellement jusqu'à 39°, 40° ou même plus, et la mort peut survenir en hyperthermie. Les grandes élévations thermiques sont d'un mauvais pronostic.

Dans certains cas d'éclampsie, très rares, les convulsions peuvent manquer. La malade a eu de l'éclampsisme et à un certain moment, sans avoir les accès convulsifs elle tombe dans le coma.

MARCHE

La marche est rapide; en 24, 36 ou 48 heures, en général, on est fixé sur le sort de la patiente. On peut observer des rechutes ou des récidives soit pendant la même grossesse ou à des grossesses ultérieures.

La guérison peut survenir, rapide et complète et tous les symptômes de l'intoxication disparaissent plus ou moins rapidement: le coma se dissipe, l'intelligence revient et ensuite la mémoire; la quantité d'urine augmente et l'albumine disparaît. Parfois, la guérison est incomplète; les troubles de la vue persistent longtemps et même toujours; il en est de même des troubles cérébraux (amnésie, aphasie, mélancolie, manie, folie, hallucination).

La mort peut survenir pendant les accès ou à la suite du coma, par intoxication profonde, hémorragies cérébrale ou méningée, ictère grave, hémorragie de la délivrance, etc., par une complication pulmonaire (œdème, apoplexie), hépatique ou rénale.

Influence de l'éclampsie sur l'utérus. — Dans la plupart des cas, l'éclampsie amène les contractions du travail, d'où la grande fréquence de l'interruption de la grossesse. L'accouchement lui-même est souvent accéléré par l'éclampsie. La dilatation et l'expulsion marchent si rapidement quelquefois que, si l'on n'y prend garde, la malade accouche sans qu'on s'en aperçoive, la malade elle-même n'en ayant pas connaissance puisqu'elle est dans le coma.

PRONOSTIC

Le pronostic est toujours grave pour la mère et l'enfant. D'après la plupart des statistiques plus du quart des femmes meurent. L'intensité plus grande, le nombre plus considérable des accès, le coma plus prononcé, la fièvre plus élevée, l'oligurie prononcée, l'ictère plus accusé, la persistance de l'hypertension artérielle sont autant de signes qui augmentent la gravité du cas. L'hypothermie est aussi d'un mauvais présage. Plus l'éclampsie est précoce dans le cours de la grossesse, plus elle est dangereuse. Les hémorragies sont fréquentes et à redouter chez les éclamptiques qui sont aussi plus disposées aux accidents infectieux dans les suites de couches.

Le pronostic est très sérieux pour l'enfant qui est expulsé prématurément ou succombe par intoxication d'origine maternelle, par hémorragies intra ou rétro-placentaires ou par asphyxie pendant les convulsions. Les enfants qui naissent vivants meurent assez souvent dans les jours suivants, par faiblesse congénitale, hémorragie, ou convulsions.

DIAGNOSTIC

En général le diagnostic de l'éclampsie est facile quand on assiste à des convulsions chez une femme enceinte albuminurique. Les maladies qui se rapprochent le plus de l'éclampsie sont l'épilepsie et l'hystérie. Dans ces deux derniers cas, on a les commémoratifs qui nous apprennent l'état de la femme. Dans l'épilepsie, l'attaque est précédée d'une aura, la femme pousse un cri ; après l'accès, elle reprend habituellement connaissance, et l'intelligence revient ; et l'accès est unique et ne revient qu'à de longs intervalles (plusieurs jours). Dans l'hystérie, les convulsions sont simplement cloniques, et s'accompagnent d'attitudes passionnelles ; et l'accès se termine par des gémissements, des pleurs, une abondante émission d'urine. Il n'y a ni stertor, ni coma.

Le coma de l'ivresse est reconnu à l'odeur alcoolique de l'haleine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Chez les femmes qui meurent en éclampsie, on trouve des lésions manifestes de tous les organes ; mais deux organes sont particulièrement lésés : le foie et le rein.

Au point de vue macroscopique, on constate sur la surface du foie un piqueté hémorragique ou une hémorragie en nappe, couvrant une partie de la face convexe du foie. La couleur du foie est tantôt d'un jaune plus ou moins clair, tantôt d'un gris ardoisé. A la coupe le foie est jaune, et on y aperçoit des taches ecchymotiques de volume variable. Histologiquement, les cellules hépatiques sont aplaties, chargées de graisse, vacuolisées, nécrobiosées en grand nombre.

Les reins sont toujours plus ou moins sérieusement lésés. Les reins, qui présentent généralement l'aspect du gros rein blanc, sont augmentés sensiblement de volume. On y constate fréquemment un piqueté hémorragique. Les lésions histologiques portent le plus souvent sur les canaux urinifères et sur l'épithélium qui les tapisse. On rencontre en somme les lésions des néphrites toxiques et infectieuses.

Les uretères sont dilatés.

La rate est augmentée de volume, congestionnée et diffluent, et on y trouve un piqueté hémorragique. Le cœur est hypertrophié; les poumons peuvent être atteints de congestion et d'œdème et présenter des foyers hémorragiques. L'œdème des méninges, l'anémie ou la congestion cérébrales ne sont pas rares. La substance cérébrale présente parfois le piqueté hémorragique.

Le placenta présente les lésions liées à l'albuminurie. Les organes du fœtus (foie et reins) présentent des lésions analogues à celles de la mère.

ÉTIOLOGIE

Parmi les causes prédisposantes et accidentelles de l'éclampsie, on retrouve les causes qui favorisent la production de l'albuminurie gravidique, et toutes les conditions qui favorisent la surproduction des poisons ou leur défaut d'élimination: la primarité, la gémellité, l'hydramnios, l'hérédité, le terrain névropathique, le froid, en particulier le froid humide, les privations, une hygiène alimentaire ou générale défectueuse, le sédentarisme, un état chloro-anémique, la fatigue et le surmenage, la constipation opiniâtre, les lésions anciennes du foie et des reins, la compression des uretères.

PATHOGÉNIE

La cause même de l'éclampsie est encore inconnue. On a successivement considéré l'éclampsie :

- 1° Comme une névrose essentielle ou réflexe ;
- 2° Comme une maladie consécutive à des lésions nerveuses ;
- 3° Comme la manifestation d'une lésion rénale, d'où les théories de l'urémie, de l'ammoniémie, de l'urinémie, de l'albuminurie ;
- 4° Les idées, régnant à un certain moment, en ont fait une maladie microbienne ;
- 5° On a accusé le mauvais fonctionnement du foie, de l'intestin, de la glande thyroïde et on a établi la théorie hépatique, ou hépato-toxémie, celle de l'auto-intoxication intestinale, la théorie thyroïdienne.

6° Certains accoucheurs croient que l'éclampsie est due à l'hypertension dans les artères cérébrales, provoquée par une rétention subite des chlorures.

7° D'après Veit, il faudrait rechercher l'origine de l'éclampsie dans le placenta.

Mais l'idée générale aujourd'hui est que l'éclampsie est provoquée par une intoxication complexe. L'intestin est une fabrique de poisons ; dans l'état normal les organes émonctoires suffisent à éliminer ces produits toxiques. Pendant la grossesse, il y a généralement impulsion plus vive imprimée aux phénomènes nutritifs en vue de la formation des tissus du nouvel être ; mais, par suite même de l'augmentation des actes nutritifs, il y a formation de déchets plus abondants. Si ceux-ci sont incomplètement oxydés ou trop lentement expulsés par suite de circonstances hygiéniques ou pathologiques, l'organisme peut en être intoxiqué, et ses grands appareils gênés dans leurs fonctions ; le dépôt de graisse dans les cellules hépatiques et rénales, l'accunulation des extractifs, des leucomaines dans le sang préparent les accidents convulsifs.

Ainsi pendant la grossesse, l'intestin fonctionne généralement très mal ; les fermentations sont plus fréquentes et les résidus intestinaux ont une toxicité plus considérable. Comme le foie, transformateur des poisons, fixateur des réserves nutritives, etc., est le lieu de passage de tout ce qui est absorbé, si son parenchyme

perd tant soit peu de son activité pour modifier les leucomaïnes et autres déchets qui lui viennent de l'intestin, il s'altère et l'intoxication commencée s'accroît; puis les toxines arrivent en abondance au niveau du rein qu'elles irritent; et elles ne tardent pas à en amener le mauvais fonctionnement, d'où apparition de l'albumine dans l'urine.

« Cette théorie, dit Budin, explique le début habituellement insidieux et la marche progressive des accidents, et aussi l'apparition brusque de manifestations bruyantes, sous l'influence, minime en soi, d'un coup de froid, d'un écart de régime, etc. »

Ainsi donc les lésions du rein ne sont que secondaires et c'est ce qui explique les cas d'éclampsie sans albumine.

Les poisons qui envahissent le sang pendant la grossesse viendraient non seulement de l'intestin mais aussi, d'après certains auteurs, d'une part de la suppression des règles, et d'autre part de la nutrition de l'enfant.

TRAITEMENT

On peut distinguer ici :

- 1° Le traitement prophylactique;
- 2° Le traitement des symptômes prémonitoires;
- 3° Le traitement de l'éclampsie confirmée;
- 4° Le traitement après l'accès.

1° *Traitement prophylactique.* — Il est toujours facile d'éviter les convulsions éclamptiques, quand on a l'avantage de suivre la femme pendant sa grossesse; il est même toujours facile de les éviter encore, quand on peut voir la femme dès les premiers symptômes d'auto-intoxication, je dirai même quand on est appelé seulement quelques heures avant l'accès, c'est-à-dire quand la femme intoxiquée fortement est en imminence de l'attaque.

La première règle hygiénique de la femme enceinte est de bien surveiller le fonctionnement de ses intestins. Dès que la femme présente quelques signes d'éclampsisme, tels que maux de tête persistants, douleur épigastrique, vomissements, œdème, albumine, etc., on doit la soumettre au régime lacté ou au régime déchloruré. Quand l'albumine est en faible quantité et que les autres symptômes d'éclampsisme sont très faibles, le régime lacté peut

être mitigé : (laitages, farines, pâtes, crèmes, etc.). Si l'albumine ne diminue pas ou augmente, il faut prescrire le régime lacté absolu, et même la diète hydrique pour 24 ou 48 heures (Eau d'Evian, ou d'Alet ou limonade de crème de tartre).

On surveille attentivement les fonctions digestives, on facilitera l'évacuation des fécès par des laxatifs ou des purgatifs, et on fera l'antisepsie du tube intestinal (salol, salicylate de Bismuth, benzo-naphtol).

On surveillera le bon fonctionnement de la peau. La femme évitera le refroidissement et la fatigue. Quand la malade est pléthorique, on peut avoir recours à des saignées locales ou générales. On peut calmer le système nerveux par les bains tièdes et prolongés, le bromure de sodium ou de potassium, le chloral ou le veratrum viride.

2^e *Traitement des symptômes prémonitoires, annonçant l'imminence des accès.* — On peut encore assez souvent prévenir les convulsions même quand la malade présente des symptômes annonçant l'imminence des accès. On administre de suite au moins 2 grammes de chloral et 4 grammes de bromure de potassium ; 30 minutes plus tard on donne un bon purgatif salin et de grands lavages. La malade sera tenue chaudement au lit et elle suivra la diète hydrique ou prendra la limonade de crème de tartre. On peut aussi lui faire une saignée générale abondante. Le chloral et le bromure seront répétés une heure ou deux plus tard.

Traitement de l'éclampsie confirmée. — Il faut essayer de faire avorter l'accès en administrant du chloroforme dès le début de la période d'invasion ; mais le chloroforme ne sera pas administré entre les accès, parce que, en ce faisant, on ajoute une intoxication à une autre.

La malade sera placée sur un lit et maintenue de manière à éviter les chutes et les contusions. Il ne faut pas la maintenir trop solidement cependant. Pour empêcher les morsures de la langue, on repousse celle-ci en se servant d'un mouchoir, d'une serviette ou même d'un coin du drap de lit.

Quelquefois après l'accès on est obligé de pratiquer des manœuvres pour rétablir la respiration.

Dans l'intervalle des accès il faut essayer de désintoxiquer

l'organisme et de diminuer l'excitabilité du système nerveux. D'après mon expérience c'est le veratrum viride qui agit le mieux dans ce double but. Pour l'administration du veratrum on se guide sur le pouls; plus le pouls est rapide plus la dose sera forte. Avec un pouls d'au delà de 100 pulsations je fais une *piqûre hypodermique* de 20 à 30 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride. Si le pouls est au-dessous de 100, je donne 10 ou 15 gouttes. Il faut abaisser le pouls en-dessous de 60 (entre 40 et 50 c'est mieux) pour ne plus voir les accès revenir. Le veratrum prend trente ou trente-cinq minutes à produire ses effets: vomissements, abaissement du pouls, transpirations abondantes, souvent des selles copieuses, augmentation de la diurèse etc. Si après 30 minutes le pouls n'était pas descendu aux environs de 50, il faut répéter le médicament (5 ou 10 gouttes).

Après l'administration du veratrum on doit tenir la malade dans la position horizontale, et l'empêcher de se lever. Quand le pouls tombe en-dessous de 40, il faut faire une piqûre avec un stimulant quelconque, avec la morphine ($\frac{1}{4}$ grain) de préférence. On doit tenir la malade pendant 24 heures sous l'influence du veratrum.

Le chloral et le bromure de potassium, s'ils donnent de bons résultats comme prophylactiques, ne valent rien du tout quand les accès sont déclarés.

Les injections de sérum artificiel sont contre-indiquées.

Les grands bains chauds ou les enveloppements dans un drap humide favorisent la diurèse. L'huile de croton (3 ou 4 gouttes dans de l'huile de ricin) est le meilleur purgatif à employer à ce moment.

La saignée, très employée anciennement, et remise à la mode aujourd'hui par certains accoucheurs, donne d'assez bons succès chez les pléthoriques, mais elle est loin de valoir le veratrum viride. Budin avait recours à la saignée seulement chez les femmes asphyxiques, congestionnées, robustes, quand la température est élevée et les accès nombreux et loin de la fin du travail, c'est-à-dire de la saignée physiologique que fait la délivrance.

La morphine à dose élevée donne de très bons résultats. Il faut l'administrer en injection hypodermique à dose de $\frac{1}{2}$ grain à un grain. Je l'ai employé dernièrement à l'exclusion de tout autre médicament et j'ai eu 9 succès sur 10 cas. Ce dixième cas

(le mauvais) était celui d'une femme transportée à la Maternité en éclampsie. Elle avait une température de 105° F. et un ictère très prononcé. Je l'ai accouchée; les convulsions ont cessé; le coma s'est dissipé assez bien et elle est morte une dizaine d'heures après la cessation des accès.

On a essayé les frictions de gâïacol sur la paroi abdominale pour diminuer la tension artérielle. Certains ont proposé l'opothérapie thyroïdienne. Dans les cas graves, où il y a anurie, on peut tenter la décapsulation du rein, et la néphrotomie. Hélas! dernièrement... (mais fermez-vous les yeux et bouchez-vous les oreilles) on a enlevé les deux seins pour guérir l'éclampsie.

On a encore essayé d'autres médicaments contre l'éclampsie; je ne fais que les nommer, ils ne valent rien, les injections de pilocarpine et d'iodure de potassium.

Le traitement obstétrical varie. Si l'éclampsie se déclare *pendant le travail* et que celui-ci marche rapidement on n'a qu'à le laisser faire; mais quand il va lentement, il y a tout intérêt pour la mère et l'enfant à intervenir de bonne heure. A la dilatation complète, il faut extraire rapidement le fœtus par le forceps ou la version, suivant les circonstances. Quand la dilatation est incomplète, il faut l'accélérer et terminer l'accouchement.

Dans les cas où la malade n'est pas en travail, qu'elle est primipare (nécessairement le col est long) et que le fœtus est viable, les accoucheurs ne sont pas d'accord sur la provocation de l'accouchement; quelques-uns interviennent et d'autres s'abstiennent parce que, disent ces derniers, l'évacuation de l'utérus ne donne pas des résultats toujours assez favorables pour la mère ni pour le fœtus.

Nécessairement quand on intervient pour terminer l'accouchement ou le provoquer il faut mettre la malade sous l'anesthésie.

L'accouchement provoqué peut être conseillé comme traitement préventif, seulement quand l'enfant est vivant et viable, que la situation est grave et que le traitement médical est insuffisant.

Traitement après l'accès. — Quand l'attaque d'éclampsie est terminée, que le coma est dissipé, il faut tenir les malades à la diète hydrique pendant 24 ou 48 heures, puis au régime lacté aussi longtemps que l'état des reins ou l'intoxication le demandent.

LES COURANTS DE HAUTE FREQUENCE

Ce qu'ils sont — Indications et effets thérapeutiques (1)

Par le Dr PANNETON

Directeur du service d'Electrothérapie et de Radiographie de l'Hopital Notre-Dame.

C'est au professeur d'Arsonval que sont dus les travaux les plus importants sur les courants de Haute fréquence, c'est lui qui les introduisit en médecine; aussi est-il juste de désigner, comme on le fait de plus en plus, l'emploi thérapeutique des courants de Haute Fréquence sous le nom de *darsonvalisation*.

Nous avons déjà indiqué comment ils sont produits. Nous ajouterons qu'il faut distinguer entre les courants de Haute Fréquence à *oscillations électriques amorties* et à *oscillations non amorties* car les effets physiologiques et thérapeutiques sont différents. Les premiers sont ceux qui sont formés par des trains d'ondes cheminant les uns derrière les autres et à quelque distance les uns des autres; les seconds sont formés par des trains d'ondes enchevêtrées les uns dans les autres, ne présentant pas d'interruption entre eux.

Les applications de la Haute Fréquence se font de plusieurs façons et sont un peu différentes suivant qu'on emploie les appareils à oscillations amorties ou non amorties.

Pour le premier, on utilise: 1° le grand solénoïde de d'Arsonval, dans lequel est placé le malade: c'est l'auto-conduction. Dans ces conditions le sujet est soumis à une induction très énergique, car il peut allumer entre ses doigts une lampe à incandescence en arrondissant les bras parallèlement aux spires. Il est à noter que dans cette expérience ni le sujet ni la lampe ne sont en communication avec la source du courant.

2° Le petit solénoïde d'Oudin ou résonateur avec lequel on obtient les effluves et les étincelles.

3° Le lit condensateur dans lequel le corps du malade constitue l'une des armatures d'un grand condensateur, l'autre armature étant formée d'une grande lame métallique placée en dessous du lit ou de la chaise et reliée à l'une des extrémités du circuit de décharge, l'autre extrémité étant reliée au malade. Le diélectrique de ce condensateur est constitué par un coussin isolant sur lequel est couché le malade.

Pour les courants de Haute Fréquence à oscillations amorties

(1) Voir la 1ère partie dans *L'Union Médicale du Canada*, 1er jan. 1912.

on utilise encore le lit condensateur, monté en dérivation sur un très petit solénoïde, mais surtout les applications bipolaires : la *diathermie*.

Avant d'examiner les indications thérapeutiques des courants de haute fréquence, nous dirons quelques mots de leurs actions physiologiques.

Le premier phénomène qui frappe, lorsqu'on prend entre les mains les rhéophores reliés aux extrémités du circuit de décharge des condensateurs, c'est qu'il n'y a aucune excitation pas plus motrice que sensitive.

D'Arsonval a pu faire circuler dans le corps humain 3,000 milliampères (quantité d'électricité suffisante pour allumer six lampes à incandescence ordinaires) à la fréquence d'un million par seconde sans la moindre sensation et pourtant ces courants traversent bien les tissus ainsi qu'on peut le démontrer par plusieurs expériences. L'absence d'excitation est expliquée par le très grand nombre d'oscillations qui traversent les nerfs et les muscles. D'Arsonval a montré que la secousse musculaire disparaît au-dessus de 10,000 excitations par seconde ; il n'est pas étonnant que cette secousse manque lorsque le nombre d'excitations atteint un million par seconde.

Action sur les échanges respiratoires. — Cette action étudiée dès le début de ses travaux par M. d'Arsonval se manifeste extérieurement par l'augmentation du nombre et de l'amplitude des mouvements respiratoires.

Le dosage des gaz expirés indique une augmentation d'acide carbonique. M. d'Arsonval a constaté que chez lui-même la quantité de CO_2 éliminé en une heure passait de 17 à 37 litres sous l'influence de l'auto-conduction.

Le poids de l'animal diminue plus vite qu'à l'état normal ; ainsi un lapin perd 23 grammes en 8 heures normalement, il en perd 48 grammes dans le même temps si on le soumet à l'auto-conduction.

Action sur la thermogénèse animale. — Elle est augmentée d'une façon notable ainsi que d'Arsonval l'a montré sur lui-même au moyen de l'anémo-calorimètre.

De son côté Bordier a établi avec Lecompte qu'en soumettant des lapins à des séances journalières d'auto-conduction, leur puissance calorifique moyenne passe de 2519 à 2722 calories.

Action sur le système vaso-moteur. — Cette action est remar-

quable: elle se traduit par une dilatation des capillaires périphériques, d'où un abaissement de la pression artérielle. Cette action hypotensive a été constatée par tous ceux qui se sont placés dans des conditions expérimentales convenables.

Sans doute l'on ne possède pas dans la haute fréquence et en particulier dans l'auto-conduction le moyen de guérir l'artériosclérose, ainsi qu'on l'a soutenu surtout dans la grande presse. Mais il suffit que certaines manifestations de cet état morbide soient heureusement modifiées par les courants de haute fréquence pour que l'on préconise leur emploi.

Action sur la sécrétion urinaire. — L'auto-conduction agit puissamment sur la sécrétion urinaire, elle augmente le volume de l'urine, l'urée, l'acide urique, l'azote total, les phosphates, les chlorures, le rapport azoturique.

Morton opérant sur des rhumatisants chroniques, constate une augmentation du taux de l'urée et une diminution du taux de l'acide urique.

L'augmentation, chez les sujets normaux de l'acide urique et de l'acide phosphorique qui conservent leur même rapport, explique d'après Réale et de Renzi l'action favorable de ces courants chez les diabétiques. Cette augmentation simultanée indiquerait en effet l'action de ces courants sur la nucléine, source probable du sucre.

La diurèse moléculaire totale ainsi que celle des molécules élaborées est augmentée, et l'augmentation persiste pendant plusieurs jours.

Action de la diathermie. — Si on prend un morceau de viande crue et qu'on en relie deux côtés opposés à un appareil de diathermie au moyen d'électrodes métalliques, on obtient une cuisson de la viande dans un temps très court. Si l'on coupe ce morceau de viande dans les deux sens, on remarque à la forme de la coagulation qui s'est formée, que les courants de H. F. ont borné leur passage à un cylindre correspondant aux surfaces des électrodes.

De même l'on peut faire coaguler presque instantanément un blanc d'œuf en le touchant en deux points opposés avec deux électrodes métalliques.

En augmentant la densité électrique, les effets thermiques ac-

quièrent une intensité incroyable: on peut, par exemple, transpercer complètement un morceau de viande placé sur une plaque métallique servant d'électrode.

Sur l'homme, ces courants de diathermie produisent aussi des effets remarquables: si l'on tient dans les mains les rhéophores métalliques on éprouve une sensation de chaleur qui monte vers les avant-bras puis vers les coudes.

L'action thermique de ces courants a ceci de particulier qu'elle diffère de tous les autres moyens dont dispose la thermothérapie: l'apport de chaleur, au lieu de se faire d'extra à intus, comme dans ce dernier cas, est d'origine endogène. Les tissus traversés par le courant s'échauffent par le passage du courant lui-même.

On a soumis, dans ces derniers temps, des régions limitées de l'organisme à ce mode de thermothérapie profonde et l'on a recueilli déjà de nombreuses observations favorables, notamment au cours des affections articulaires.

L'intensité du courant s'évolue facilement en plaçant un milliampèremètre thermique dans le circuit secondaire à haute tension où est le corps du malade.

Les effets de ces courants produits à distance sont également très curieux: si l'on introduit le bras muni d'un bracelet dans un petit solénoïde relié aux bornes de l'appareil, le bracelet s'échauffe tellement qu'on est obligé de retirer le bras.

D'après Nagelschmidt on peut élever de plusieurs dixièmes de degré, et même de plusieurs degrés centigrades la température centrale d'un sujet placé sur le lit condensateur et sur qui on a appliqué un large électrode plastique.

Il est utile de faire connaître tous ces effets des courants de haute fréquence avant de parler des indications thérapeutiques, car pour certains médecins peu versés dans ces études d'électricité médicale, mais très portés à critiquer ou à railler les procédés de l'électrothérapie, les différentes formes de courants agissent par suggestion ou surtout pas suggestion!

L'étude pratique qui précède éliminera sans doute toute idée d'effet de suggestion dans les applications de la Haute Fréquence.

Indications thérapeutiques des courants de haute fréquence.

Le nombre des affections que les courants de haute fréquence peuvent influencer favorablement et souvent guérir est assez con-

sidérable, et il a encore été grossi par l'introduction en thérapéutique de la diathermie.

Dans certaines formes de névralgies, surtout celles où une révulsion est nécessaire, les étincelles de Haute Fréquence sont tout indiquées.

On peut avantageusement utiliser aussi les effluves de Haute Fréquence.

La *névralgie paresthésique*, cette affection si rebelle à bien des traitements médicaux ou chirurgicaux, peut être très améliorée ou même guérie par les étincelles de H. F. Les filets nerveux du fémoro-cutané se trouvent tellement modifiés par ces étincelles que les sensations de brûlures, de cuissons intenses accusées par les malades finissent par s'effacer progressivement.

Dans le *zona*, l'effluve de H. F. donne de bons résultats.

Dans certains états d'*tsthénie cérébrale*, l'auto-conduction ou le lit condensateur donnent des améliorations remarquables; chez les neurasthéniques hypertendus, c'est un traitement à instituer, car les bénéfices qu'il fournit sont souvent très réels.

Les *tics convulsifs* sont quelquefois très améliorés par la darsonvalisation.

Certains de ces tics ont diminué dans des proportions inespérées par ce traitement de H. F.

L'*hypertension artérielle* qui s'observe si fréquemment, même en dehors de l'artério-sclérose, peut être très souvent abaissée au moyen de l'auto-conduction ou du lit condensateur. Il ne faudrait point croire, comme on le voit écrit dans les journaux plus ou moins médicaux, que l'on peut ainsi guérir l'artério-sclérose: il s'en faut! mais le symptôme hypertension peut très certainement être favorablement influencé par la darsonvalisation.

Dans le traitement des *lithiases, rénale et biliaire*, la puissante action de la darsonvalisation donne de bons résultats. L'effet de la H. F. s'explique ici par l'augmentation produite dans les combustions organiques et par les modifications apportées dans l'état général des malades. La darsonvalisation constitue certainement un des moyens préventifs les meilleurs et les plus efficaces pour s'opposer à la formation des calculs et aux manifestations goutteuses. Un goutteux avéré, ayant trois ou quatre crises de goutte par an, pourra voir la fin de ses crises en se soumettant

périodiquement, tous les trois mois, par exemple, à des séances de darsonvalisation.

Dans le *rhumatisme chronique*, la darsonvalisation est indiquée pour agir sur l'état général et en particulier pour augmenter les combustions organiques chez les malades dont la nutrition est si ralentie, chez ces malades, qu'on appelle souvent des arthritiques refroidis, le lit condensateur appliqué avec les courants de diathermie donne de très bons résultats: on voit des malades accusant une sensation intérieure de froid, ne pouvant pas facilement se réchauffer, ce qui indique évidemment une sérieuse diminution dans la calorification, se trouver tellement bien du traitement du lit, qu'après quelques séances leurs sensations de froid ont disparu et un bien-être inconnu par eux auparavant se manifeste nettement.

Dans la *coqueluche* on a constaté comme spécifique l'ozone qui se dégage en très grande quantité de l'extrémité du résonateur d'Oudin ou de la spirale à haute tension. Seulement il faut être prudent dans son emploi thérapeutique.

Pour terminer nous passerons en revue les indications thérapeutiques de la diathermie.

La *sécrétion des glandes* est fortement stimulée dans la *néphrite chronique*, Nagelschmidt signale une diminution de l'albumine et une amélioration de l'état général.

La quantité de bile sécrétée par le foie augmente: les applications locales de la diathermie sont la *cholécyste*.

Dans les *céphalées* et les *migraines* la diathermie appliquée par les tempes ou par le front produit d'excellents effets.

Il en est de même pour les *vertiges dus à l'artério-sclérose*, chez des malades qui accusent des étourdissements.

Dans les *myalgies*, la diathermie réussit plus vite que les autres formes d'énergie électrique; dans le *lumbago*, en particulier; l'effet est très rapide.

Dans la *goutte aiguë*, Nagelschmidt signale l'efficacité de la diathermie: le tophus goutteux devient vite indolore et disparaît après peu de temps; il est probable que l'élévation de température favorise l'élimination des cristaux d'acide urique déposés en un point.

Chez les *tabéliques*, l'action sédative de la diathermie peut être utilisée contre les crises et les douleurs fulgurantes qui dispa-

raissent en peu de temps; les *hyperesthésies* que présentent quelquefois ces malades sont guéries en quelques séances.

Enfin il faut signaler la très réelle et très rapide influence de la diathermie dans les *plaies atones* et, en particulier, dans les *ulcères variqueux*.

Nous nous bornons aux applications d'ordre médical des courants de H. F. et en particulier de la diathermie; dans le domaine chirurgical il y aurait bien des choses intéressantes à dire, mais nous serions entraîné trop loin.

De l'exposé qui précède on peut voir quelle importance de plus en plus grande donnent à l'électrothérapie les méthodes nouvelles, et combien de services l'électricité est appelée à rendre à la médecine et à la chirurgie.

Dans les hôpitaux on a compris l'importance de cette question et l'on a organisé dans la plupart d'entre eux des cabinets de physique médicale où les Rayons X et l'électrothérapie occupent la place d'honneur. Aussi avons-nous été heureux du compliment fait par M. de Keating-Hart à l'hôpital Notre-Dame lorsqu'il a dit que le cabinet de physique était royalement installé et qu'il n'en avait pas vu d'aussi beau même en France.

C'est qu'à Notre-Dame nous avons eu l'avantage d'arriver les derniers et d'avoir l'instrumentation la plus moderne et la plus perfectionnée.

INSTITUT BRUCHESI

RECOMMANDATIONS AUX PATIENTS DU DISPENSAIRE ANTI-TUBERCULEUX

360, Ste-Catherine Est, Montréal

Avis généraux

Soyez sur v^{os} gardes, car 99 fois sur 100, parents et amis vous seront plus nuisibles qu'utiles.

Si votre condition s'améliore rapidement, ils vous diront que votre médecin s'est trompé; si votre condition s'améliore lentement, ils vous diront que votre maladie ne guérira pas.

Rappelez-vous bien ceci, quand votre jambe est malade, vous

la faites reposer jusqu'à ce qu'elle soit devenue mieux; malades ou non, vos poumons travaillent 24 heures par jour.

Ces conditions connues, dans les maladies de poumons il ne faudra jamais oublier la question de TEMPS.

Soyez donc plein d'espérance; votre maladie peut se guérir.

Suivez à la lettre, les avis de votre médecin. Amélioration ne veut pas dire guérison. Alors continuez de venir au Dispensaire, aussi longtemps qu'on vous conseille de vous y rendre.

Il n'y a que deux personnes auxquelles il convient de raconter votre maladie: votre médecin et votre garde-malade.

N'écoutez pas les histoires des autres patients, pas plus d'aïeux, que leurs suggestions.

Venez faire rapport au Dispensaire, chaque fois qu'on vous le demande.

Venez sans tarder, si vous avez de la fièvre, de l'indigestion, de la diarrhée, de la constipation, des douleurs, si votre toux augmente ou si vous avez des expectorations rougeâtres. Si vous vous sentez trop mal pour vous rendre au Dispensaire, envoyez un mot.

Si vous avez une hémorrhagie, ne vous alarmez pas; restez bien tranquille et notifiez le Dispensaire.

Ne prenez aucune médecine, excepté celles ordonnées par le médecin.

Conseillez à tous ceux que vous connaissez; parents, amis, voisins, qui toussent depuis longtemps et qui n'ont pas les moyens d'avoir un médecin, de venir se faire examiner au Dispensaire.

Toux et expectorations

Efforcez-vous de contrôler votre toux autant que possible. Vous ne devriez tousser que pour favoriser l'expectoration.

Quand vous toussiez, couvrez-vous toujours la bouche avec votre mouchoir ou avec votre main.

Les crachats contiennent des microbes et sont la plus grande source de dangers pour vous-même, pour votre famille et pour vos voisins. Vous devez bien retenir ce que vous devez faire au sujet des crachats.

Si vous êtes dans la maison, crachez toujours dans un crachoir à demi rempli d'eau; on conseille aussi d'y mettre un peu de chlorure de chaux.

Videz le crachoir dans les cabinets, au moins une fois dans la journée et après, rincez-le bien avec de l'eau bouillante.

Il est préférable cependant d'employer des mouchoirs de papier ou des petits mouchoirs faits de coton à fromage et de les brûler après vous en être servi.

Quand vous êtes au dehors, crachez toujours dans un de ces mouchoirs que le Dispensaire vous donnera, mettez-les dans le petit sac également donné par le Dispensaire, et de retour chez-vous, jetez le tout au feu.

Si vous étiez sorti et que vous n'avez rien dans quoi vous pourriez cracher, alors crachez dans la gouttière de la rue. **NE CRA-
CHEZ JAMAIS SUR LES TROTTOIRS.** N'avalez jamais vos crachats.

Air pur

Restez au grand air tant que vous pouvez, préférablement dans les bois, les parcs ou les champs. N'ayez pas peur du froid; mais évitez avec grand soin, les courants d'air, l'humidité, la poussière et la fumée.

La poussière et la fumée sont plus dommageables que la pluie et la neige.

N'ayez pas peur non plus, de l'air de la nuit; ça n'est pas mauvais et ça contient beaucoup moins de poussière que l'air du jour.

Ne passez pas votre temps et ne dormez pas dans des chambres chaudes et renfermées.

Dans votre chambre à coucher, laissez toujours au moins, une fenêtre ouverte.

Ayez une chambre pour vous seul si possible, si non, ayez un lit pour vous seul.

Quand vous êtes à la maison, restez dans la chambre la plus ensoleillée et la mieux ventilée. Il est préférable que les planchers ne soient pas recouverts de grands tapis, quelques petits rugs sont suffisants.

On ne doit pas laver ni épousseter la chambre pendant que le malade y est. L'époussetage doit se faire avec des linges humides.

On ne mettra dans la chambre du malade ni draperies ni ornements pouvant accumuler des poussières.

Nourriture

Prenez une demi-heure de repos, sur un sofa ou sur une chaise longue avant et après vos principaux repas.

Ne mangez pas au moment où vous vous sentez bien fatigué ou énervé.

Mangez des aliments de bonne qualité. Entre vos repas, prenez une pinte de lait par jour, quatre ou cinq jaunes d'œufs si votre estomac les supporte bien.

Mangez lentement, mastiquez bien vos aliments et évitez tout ce qui peut troubler votre digestion.

Soyez certain que les ustensiles dont vous vous servez pour manger soient bien lavés, une fois votre repas terminé.

Ne fumez pas et ne prenez aucune liqueur alcoolique, excepté par permission spéciale du médecin. Entre vos repas, vous pouvez boire de la bonne eau pure en abondance.

Avant de manger, avez grand soin de toujours bien vous laver les mains sans oublier de faire une toilette soignée des ongles.

Repos

Évitez tout exercice inutile. Ne courez pas, ne levez pas de poids lourds.

Quand vous êtes fatigué, n'entreprenez pas de faire de marches ou d'exercices respiratoires.

D'ailleurs, vous devez toujours éviter de pousser les exercices jusqu'à la fatigue; suivez sous ce rapport, l'avis et la direction de votre médecin.

Mettez-vous au lit à bonne heure et dormez au moins huit heures.

Si vous êtes obligé de travailler, reposez-vous aussitôt votre ouvrage terminé.

Quand le médecin vous en donne une cure de repos, soit au lit soit sur une chaise longue; vous devez la faire sur une galerie ou en face d'une fenêtre couverte.

Vêtements

Portez des sous-vêtements en rapport avec les saisons. Ne portez pas de "chest" protecteur.

Habillez-vous confortablement mais sans extravagance.
Évitez les vêtements qui vous gênent le cou ou la poitrine.
Tenez vos pieds secs et chauds.

Hygiène personnelle

Ayez soin de votre personne : prenez un bain chaud avec savon, deux fois la semaine. Prenez les bains froids et les douches froides, selon les directions que vous donne votre médecin.

Évitez toutes les mauvaises habitudes.

Tenez vos dents en bonne condition, et pour cela, servez-vous régulièrement de brosse à dents.

Voyez à ce que vos intestins fonctionnent tous les jours.

Rasez-vous ou bien portez votre barbe très courte.

N'embrassez personne.

Tous les linges que vous avez souillés ; mouchoirs, lingerie de lit, etc., tout cela devra être gardé dans l'eau jusqu'à ce que l'on soit prêt à les laver.

Ne dépensez pas votre temps et votre argent à acheter des médecines patentées. Elles ne valent rien.

INFORMATION GÉNÉRALE POUR LE MALADE, POUR SA FAMILLE, POUR SES AMIS

En détruisant promptement les expectorations, les personnes souffrant de tuberculose ou consommation, peuvent fréquemment faire leur ouvrage ordinaire, et cela, non-seulement sans donner la maladie aux autres, mais en améliorant leur propre condition et en augmentant leurs chances de guérison.

Quand toutes les précautions énumérées ci-haut, sont bien observées, les personnes en santé, vivant dans l'entourage du malade, ne courent aucun danger de contracter la tuberculose.

INTERETS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU CONSEIL DE DISCIPLINE — DES OFFENSES CRIMINELLES — DE LA VENTE DE L'ALCOOL

Je viens de relire pour la cinquième fois les articles signés par les Docteurs L. J. O. Sirois et Albert LeSage, articles publiés sous la rubrique "Intérêts professionnels", dans le numéro de janvier de "l'Union Médicale."

Réellement, ces deux articles m'ont laissé pensif.

La plume alerte de M. le Docteur Sirois a mis à nu les défauts de certaines clauses de la loi médicale. A M. le Docteur LeSage revient le mérite d'avoir jeté le cri d'alarme au sujet d'un acte du Bureau du collège des médecins, acte qui peut entraîner les plus funestes conséquences.

Evidemment tout ne va pas pour le mieux dans le meilleur des mondes pour que ces deux éminents confrères aient jugé à propos d'avertir les membres de la profession.

* * *

Voyons un peu ce qui en est de ces plaintes. M. le Docteur Sirois nous parle du conseil de discipline et de ses pouvoirs. Ce qu'il nous en dit est suffisant pour prouver à l'évidence qu'en certains cas, justement au bon moment où la profession en général attendrait du bureau une action prompte et énergique, nous assistons au spectacle regrettable d'un organisme qui ne peut fonctionner. Dans les cas mentionnés par le Dr Sirois, le bureau n'a pas juridiction. En somme l'article en question ne montre pas les pouvoirs du Conseil de Discipline, mais bien justement son manque de pouvoirs.

Nous devons être reconnaissants à M. le Dr Sirois d'avoir raconté à la profession les diverses phases par où est passée la loi médicale pour nous être donnée ainsi mutilée. Entre nous, il est bien permis de gémir sur un tel état de choses. Y a-t-il lieu d'espérer qu'il y aura prochaine amélioration ? Les récents événements judiciaires dont Montréal a été le théâtre, illustrent d'une manière parfaite la réforme à faire de ce côté. Je me contente, pour ma part, d'espérer qu'il se trouvera parmi les gouverneurs quelqu'un de dévoué à notre belle profession au point de soulever la question lors de la prochaine réunion du collège.

Si les lecteurs de "l'Union Médicale" se le rappellent bien, j'ai déjà soulevé une question analogue qui est, la vente des boissons enivrantes par les médecins. Grâce à l'appui du Premier Congrès de Tempérance, j'ai réussi à porter la question jusque devant le collège des médecins. Ce dernier a statué sur cette question. J'avais demandé à M. le Dr H. Trudel, gouverneur pour la division électorale où je réside, de bien vouloir appuyer ma demande. Voici ce qui a été adopté :

"Le Dr H. Trudel propose, secondé par le Dr J. M. Brisebois, que le comité exécutif voit aux moyens à prendre afin d'enrayer les abus ou le mal causés par la vente des boissons enivrantes par le médecin ou le médecin-pharmacien." (Procès-verbal de la réunion des gouverneurs du 24 sept. page 37).

Maintenant qu'est-ce qui a été décidé par le comité exécutif ? Rien de connu jusqu'à ce jour. Et pourtant, l'exécutif devra satisfaire à cette décision prise par le collège.

C'est bien ici que je retrouve l'analogie entre les cas que je soumetts au collège et ceux que mentionne le Dr Sirois. Dans l'article de ce confrère, il est question de la vente déraisonnable de la cocaïne. Cette faculté qu'a le médecin de prescrire cette drogue dangereuse, si elle n'est pas tempérée par des règlements justes, mais sévères, peut entraîner les pires conséquences sociales.

En ce qui concerne l'alcool, j'ose dire que la même question se pose. Si l'on accepte l'enseignement, qui a maintenant cours, et à juste titre, que l'alcool est plutôt un poison qu'autre chose et qu'il est bien difficile de s'en bien servir, ne croit-on pas que l'on devrait soumettre l'alcool aux mêmes règlements que la cocaïne, surtout quant à ce qui en concerne la vente par le médecin. Un médecin qui vend des boissons enivrantes à tout chacun, qui tient hôtel en un mot, est-il plus ou moins coupable que celui qui vend de la cocaïne à tout le monde ou bien qui donnerait sa prescription à qui que ce soit ? Il me semble évident qu'il y a analogie entre les deux cas ; pour moi, le médecin serait également coupable dans les deux cas.

Il est donc à espérer que l'exécutif n'en restera pas à une adhésion platonique, mais bien plutôt agira énergiquement.

Et si le collège peut finir par se faire octroyer le pouvoir de suspendre ou éliminer des cadres de la profession les vendeurs ou ceux qui encouragent l'abus de la cocaïne, j'espère qu'il saura se faire octroyer également le pouvoir de suspendre ou exclure de la

profession le médecin arbergiste. Et si, dans le premier cas, il suffit d'une copie certifiée du jugement du tribunal pour que le collège ait le droit d'agir, pourquoi le collège n'accepterait-il pas également le principe que sur production entre les mains du Régistrare d'une copie assermentée du Percepteur du Revenu du district où l'offense a été commise, établissant que le Dr Un Tel a payé l'amende pour vente illégale de boissons enivrantes, le collège ait le pouvoir de sévir sans autre enquête. Il y a, suivant moi, parité dans l'offense. Pourquoi le collège n'aurait-il pas les mêmes pouvoirs dans l'un et l'autre cas ?

Les judicieuses remarques du Recorder Dupuis devraient se trouver dans la bouche de tous les magistrats qui ont à juger le médecin vendeur de boissons.

J'ose espérer que cette réforme se fera dans un avenir prochain. Ce sera un excellent moyen de servir la cause de la Tempérance, et puisque l'amende ne suffit pas à empêcher certains médecins de faire ce commerce, nous sommes en droit d'espérer que si ces personnes avaient la certitude de perdre leur licence, elles y regarderaient à deux fois.

* * *

Monsieur le Docteur LeSage a attiré l'attention du public médical sur un acte important du Bureau Médical (1). Il n'y a pas beaucoup à ajouter. Nous osons croire que le Bureau a réfléchi depuis et qu'il ne laissera pas perpétuer un pareil forfait à l'honneur professionnel. Pour avoir fait une méprise, il n'est pas nécessaire de la laisser se compléter et il est à espérer que le Collège réclamera devant la Législature.

Pour ce qui en est de la partie de l'article du Dr LeSage qui a trait à la réduction du nombre des gouverneurs, il faut bien avouer que c'est là un desideratum de la profession. Ceci me remet en mémoire un plan de réforme suggéré par "Credo" dans "l'Union Médicale" de mars 1907. Le plan proposé peut n'être pas parfait, mais il m'a toujours semblé qu'il avait du bon. Pourquoi ne pas le considérer.

En même temps, le Dr LeSage suggère que le Bureau pourrait se réunir plus souvent. Ce ne serait certes pas un mal. Si un

(1) Lorsque j'ai exposé ces faits dans le dernier numéro, je savais que le candidat était mort, mais le principe lui survit, et c'est pour cela que j'ai écrit ce que vous savez.
A. LeSage.

membre de la profession a quelque sujet de plainte à soumettre au Bureau, il lui faut attendre, en certains cas, de septembre à juillet. Le délai est pour le moins trop long; et pendant ce temps l'état de choses dont il peut avoir à se plaindre continue d'exister.

* * *

Je trouve dans le procès-verbal de l'assemblée des gouverneurs en juillet 1911 (page 54) une résolution *re: charlatans*, et par conséquent des non-licenciés. Si la conduite de l'exécutif n'est pas sujette à caution dans ces cas, j'avoue qu'il est d'une minutie bien emuycuse. J'ai déjà attiré l'attention du collège sur le fait qu'un non-licencié pratique la médecine à ciel ouvert dans mon voisinage. Le Bureau lui a déjà fait payer l'amende. Enfin j'ai réussi à quelque chose. Le Régistraire a été délégué sur les lieux: et a constaté la justesse de mes allégués. Qu'en résultera-t-il? J'ose espérer que le Bureau agira énergiquement et avec persévérance afin d'arriver à faire cesser cette pratique illégale. J'estime que dans ces cas el plus court est d'envoyer ainsi quelqu'un faire une enquête sur place. Mais il demeure plus vrai que jamais ce proverbe: qui va petit train, va loin.

A ce compte, je ne doute plus du succès final; mais grand dieu qu'il en faut des tâtonnements.

Dr OMER E. DESJARDINS.

St-Anastasic, 10 janvier 1912.

NOUVELLES

UNE VISITE AU DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX DE QUEBEC

Profitant d'un voyage fait à Québec avec M. le docteur Dubé pour exposer à l'Hon. Premier Ministre les besoins de la lutte antituberculeuse à Montréal et ceux de l'Institut Bruchési, nous avons visité le Dispensaire de la Ligue antituberculeuse de Québec.

Ce n'est pas une maison luxueuse: elle est bien ordinaire. Elle n'est pas bâtie près du Château Frontenac! A Québec, les hommes qui se dévouent à combattre le fléau de la peste blanche ne font pas de snobisme! Ce dispensaire a été créé pour le peuple.

et il se trouve dans un quartier populaire, sur le boulevard Langelier.

Si son aspect extérieur n'a rien qui saisisse l'attention, le travail qui se fait dans cette humble maison, est intéressant : c'est le bon travail, le travail méthodique, scientifique.

Le nombre des malades avait dépassé le joli chiffre de 300 en 10 mois. Evidemment c'est un beau résultat ! Mais il faut bien reconnaître qu'il en coûte cher à Québec de n'avoir pas des Soeurs de la Providence pour mettre gratuitement à sa disposition un local, des garde-malades et des pharmaciennes.

La ligue antituberculeuse de Québec semble avoir également fait porter ses efforts sur l'éducation populaire et sur l'éducation des médecins.

Les conférences, la littérature distribuée à profusion par la Ligue et par le Bureau de santé municipal, n'ont pas peu contribué, semble-t-il, à amener au Dispensaire les patients tuberculeux.

Les médecins y faisant un stage régulier, acquièrent un entraînement qu'ils ne sauraient avoir d'une autre façon. Ils ont à leur tête le Dr Adjutor Savard qui met à leur disposition l'expérience qu'il a acquise en Europe, car dans la lutte antituberculeuse, comme pour bien d'autres choses on a avantage à savoir ce qu'ont fait et ce que font les autres.

Une garde-malade fait les visites à domicile des patients du Dispensaire, et doit produire de chaque visite un rapport où, s'il est bien fait, la statistique aura grand profit à puiser.

Le système des fiches est tout moderne, et permet de travailler avec méthode, en laissant une marge pour les améliorations ; point qu'il ne faut pas perdre de vue dans toute entreprise humaine.

J'ai gardé de ma visite au Dispensaire de Québec, une agréable impression.

Pour nous médecins qui avons mis au service des pauvres tuberculeux notre initiative et notre travail, il nous plaît de reconnaître l'œuvre bonne accomplie par nos confrères dans un même esprit de charité et de patriotisme.

Nous aimons à dire aux autres que le mouvement antituberculeux s'étend partout et qu'il n'est plus permis de rester en arrière. Ce n'est pas quand l'ennemi force les portes qu'on peut réclamer le monopole de le combattre. Ce n'est pas quand le mal prend des proportions inquiétantes qu'il faut restreindre à soi seul le nombre des défenseurs.

Il n'y aura pas trop d'œuvres dans notre Province de Québec, pour réduire la peste blanche. Le danger étant commun, il ne devrait y avoir aucune discussion, que dis-je ? aucun dissentiment chez ceux qui le combattent.

La Ligue antituberculeuse de Québec peut être fière de son travail. Elle a montré que lorsqu'ils le veulent les canadiens-français savent travailler magnifiquement. Elle ne devra pas s'attarder, comme d'autres, à se contempler elle-même. Elle est bonne, elle est perfectible, ainsi que nous le sommes nous-mêmes : qu'elle s'efforce donc de donner toute la mesure de sa valeur, et nous ne serons pas les seuls, à nous réjouir avec elle et à lui dire pour le peuple de Québec: Merci!

Dr EUGÈNE GRENIER.

CHRONIQUE

LE CHARLATANISME PARA-MEDICAL

Les médecins sont tous les jours lésés davantage par les réclames pharmaceutiques de la grande presse. Ces réclames sont d'un rapport assuré pour leurs auteurs; il le faut bien, car si l'on veut considérer le prix auquel se détaillent les lignes de nos grands quotidiens, on constate aisément que chaque insertion peut coûter de 3000 à 5000 francs pour certaines spécialités vulgarisées. Quel chiffre de vente il faut atteindre pour couvrir de tels frais de publicité ! Et cependant, malgré l'énormité des sommes ainsi dépensées en réclame, l'affaire est bonne, excellente même, puisqu'il n'est guère que ce genre de commerce qui puisse affronter régulièrement le tarif de publicité des grands quotidiens. Contrôlez, en effet, les annonces de l'une quelconque de nos grandes feuilles; il vous sera aisé de reconnaître que la publicité médico-pharmaceutique les fournit au moins pour les trois quarts; le reste est partagé entre les articles d'usage courant, les apéritifs et les produits de consommation.

Aussi, la concurrence faite au corps médical par la publicité de la grande presse est considérable; tous les matins, le lecteur trouve la description détaillée et complète des maladies qu'il a ou qu'il peut avoir, ainsi que les moyens de les traiter.

Cette façon d'atteindre le malade et de le soigner constitue évidemment un exercice illégal de la médecine. Nous avons cru

longtemps qu'il était impossible de rien tenter devant la puissance de la grande presse, trop directement intéressée dans l'affaire; nous n'avions qu'à nous incliner.

La plupart des annonces médico-pharmaceutiques constituent autant une escroquerie qu'un exercice illégal de la médecine. On annonce à grands coups de tam-tam qu'un produit connu depuis longtemps, un sel de fer, une tisane purgative quelconque guérit indifféremment tous les maux, depuis le coryza, jusqu'à la paralysie générale. Cela constitue une escroquerie que nos syndicats devraient poursuivre comme telle.

Contre un illustre marchand de ceintures électriques, le Syndicat des Médecins de la Seine a déjà obtenu des jugements satisfaisants dans ce sens. Malheureusement, le rapport des réclames médico-pharmaceutiques est tel que le paiement de quelques milliers de francs de dommages et intérêts ne gêne nullement le commerçant; l'indemnité à payer rentre dans les frais généraux de l'escroc pour une proportion si minime, que même si elle est annuellement répétée, cela ne grève guère son budget: qu'est-ce que 2000 ou 3000 francs à payer à un groupement médical lorsque chaque annonce, qui paraît deux ou trois fois la semaine, coûte pour le moins autant?

Par dessus le business-man qui vend, à l'aide de la presse, des ceintures électriques, des pilules panacées ou autres fallacieuses drogues, il faut atteindre le journal qui lui facilite son beau métier. Quand le grand quotidien accueille une première fois une annonce, il n'a pas à étudier si elle est légale ou illégale, morale ou immorale, si elle porte préjudice à quelque individu, à une profession; on le paye pour insérer, il insère.

Mais, l'annonce parue, un syndicat peut faire dire par jugement qu'elle est immorale ou lui porte préjudice et que son insertion est désormais interdite à tout journal auquel son caractère délictueux aura été signifié par ministère d'huissier. Le journal qui passerait outre à cette signification deviendrait solidairement responsable du nouveau délit. Il serait responsable de la même façon qu'un patron est responsable des dettes de son employé lorsqu'il continue à payer intégralement les appointements de cet employé malgré l'opposition qui lui a été signifiée.

Voilà, me semble-t-il, la véritable façon d'atteindre les grands rôles de la réclame pharmaceutique illégale. En fait, les der-

nières pages des grands quotidiens sont les véritables boutiques il faut arriver à leur faire interdire d'y exercer leur négoce, car il est fort insuffisant de grever leurs faits généraux d'une minime indemnité annuelle à verser aux syndicats médicaux.

— Cet article est écrit pour la France. On se croirait au Canada : à Montréal, par exemple.

DEVOUEMENT D'UN MEDECIN

Pendant l'épouvantable catastrophe qui a mis la France en deuil, (1) les médecins de la marine ont donné des preuves multiples de courage et de dévouement. Le *Temps* signale que, dès la première explosion, le médecin de deuxième classe Cristau, de la *Vérité*, qui était de garde, reçut l'ordre de se rendre sur les lieux, afin de prodiguer ses soins aux premiers blessés. Il fit diligence et ne tarda pas à accoster la *Liberté*. Il venait à peine de parvenir sur le pont de ce navire que soudain détona l'effroyable explosion qui détruisait le cuirassé. Comme par une bourrasque de feu, le médecin fut emporté. Ses vêtements étaient réduits à l'état de lambeaux, sa casquette était déchirée, son sabre arraché; il avait la barbe, les cils et les sourcils roussis et il était lui-même projeté par-dessus bord et lancé au loin, à la mer. M. Cristau, qui n'avait point perdu connaissance, put nager et se maintenir sur l'eau. On le repêcha et l'on constata qu'il n'avait que des contusions sans gravité. Le médecin militaire Cristau, qui l'avait échappé belle, se remit à soigner les blessés avec un dévouement admirable.

LES BLESSURES OCCASIONNEES PAR LES POUDRES MODERNES

Un médecin de l'hôpital de Saint-Mandrier, où les blessés de la *Liberté* ont été transportés, a déclaré à un correspondant du *Temps*:

« C'est la première fois, en France, qu'on voit l'action explosive des poudres modernes. La plupart des plaies, au lieu de se

(1) Le désastre de *La Liberté*.

présenter par des sections nettes, se font remarquer par l'état des muscles qui sont en bouillie. Les os sont fragmentés, aussi les pronostics sont très favorables pour les amputations; les tégu-ments sont décollés sur une très grande surface.

Un matelot que j'ai examiné, présente une plaie par décollement de toute la région lombaire, dans laquelle on peut introduire l'avant-bras tout entier, du bas des reins jusqu'à l'omoplate. Les gaz ont fusé sous la peau et ont produit d'immenses décollements. Par suite du mauvais état des reins, les amputations seront difficiles.

A remarquer la fréquence des plaies du crâne. Cinq ou six blessés présentent un large renforcement de la boîte crânienne. Deux sont morts après l'opération de la trépanation. Certains cadavres sont complètement mutilés; l'un est horriblement éventré, l'abdomen ouvert laisse échapper les intestins sortant de tous côtés. Trois ou quatre blessés ont le crâne éclaté, vide de la cer-velle qui a rejailli sur les autres. Un cadavre est complètement déchiqueté, laminé; un malheureux est mort écorché vif, la peau a disparu des pieds à la tête; les articulations sont ouvertes; les os et les muscles sont réduits en bouillie.

CONCOURS 1911

La Société Internationale de la Tuberculose a distribué les prix suivants:

2 ^e Prix	Dr P. BARBLER, de Paris.
3 ^e Prix	Dr J. CHIABAS, de Valencia.
Médaille d'Or	Dr DUBÉ, de Montréal.
do do	Dr GAGNIÈRE, de Vaulx-Milieu.
Médaille d'Argent. . .	Dr BINET, de Nancy.
do do	Dr E. FABRI, de Terny (Italie).

Un nouveau concours aura lieu en 1912.

Tout médecin qui voudrait faire partie de la Société Interna-tionale de la Tuberculose, devra adresser sa lettre de candidature à M. le Dr G. PETIT, Secrétaire, 51, rue du Rocher, Paris.

ANALYSES

MEDECINE

Troubles nerveux abdominaux en rapport avec le purpura. Leur cause commune : l'œdème. Par le Dr A. BOURSIEZ, dans *La Clinique*, de Paris, 27 oct. 1911.

Si les crises abdominales douloureuses observées au cours des éruptions purpuriques ont attiré l'attention et les recherches de bien des auteurs désireux d'en découvrir la pathogénie, il n'en est pas de même d'un autre groupe de symptômes plus rarement rencontrés, et partant moins bien observés : je veux parler d'accidents nerveux, de symptômes encéphaliques.

Ces troubles nerveux peuvent débiter, soit au cours ou au déclin de l'éruption, soit dans l'intervalle des différentes poussées purpuriques ; plus rarement ils précèdent l'exanthème.

Les accidents éclatent brusquement, subitement : ce sont des maux de tête, des vomissements, des convulsions, du délire et même des paralysies ; ils peuvent aller jusqu'à l'état comateux, mais, point essentiel, ils ont comme caractères communs avec les crises abdominales douloureuses : 1° de s'accompagner d'une température pas très élevée, c'est-à-dire peu en rapport avec la gravité apparente des accidents ; 2° d'être très éphémères, et 3°, malgré leur aspect parfois dramatique, de ne point entraîner la mort.

Il ne s'agit donc pas ici de ces phénomènes nerveux (convulsions, délire), rares heureusement, que l'on rencontre dans les formes suraiguës du purpura, s'accompagnant d'une température élevée, traduisant l'intensité de l'infection, et se terminant par le coma et par la mort ; pas plus d'ailleurs que de ces ictus apoplectiques survenant brusquement au cours des purpuras hémorrhagiques, paralysant subitement un malade, conséquence d'un épanchement sanguin intéressant les centres nerveux et dont la guérison se fera longtemps attendre.

J'ai eu l'occasion, durant une année passée à la clinique médicale infantile de Nancy, dans le service de M. le professeur Haushalter, de rencontrer quelques cas de purpura accompagnés de troubles nerveux et abdominaux et ce qui frappe avant tout l'at-

tention de l'observateur dans ces deux ordres de symptômes, c'est la brusquerie avec laquelle ils apparaissent, leur peu de durée, leur bénignité.

Voici une fillette, présentant depuis quelques jours déjà une éruption purpurique, qui se plaint de maux de tête; elle a des vomissements, de la constipation; le lendemain, brusquement, elle est prise de convulsions généralisées à plusieurs reprises, à la suite desquelles elle demeure deux heures durant dans un état comateux; quand elle revient à elle, on constate de la parésie d'un bras; *le tout disparaît le soir même*, et jusqu'à la guérison l'enfant ne présente plus que quelques nouvelles poussées d'exanthème accompagnées parfois de manifestations rhumatoïdes et d'œdème des extrémités.

Plusieurs observations de cas semblables ont été publiées dans lesquelles on remarque toujours cette même brusquerie dans l'apparition des accidents et cette rapidité dans leur disparition.

La question de savoir à quoi sont dus ces accidents est très discutée: on a essayé de les expliquer par l'existence de lésions nerveuses, par l'érythème, par l'intoxication (résorption des toxines), etc. Or, l'on sait combien sont fréquentes au cours des purpuras les manifestations œdémateuses survenant brusquement tantôt à une place, tantôt à une autre, aux extrémités, à la face et même, ainsi que j'en ai publié certain cas, à la face profonde de la paroi abdominale, ayant toutes comme caractères essentiels d'être très mobiles et très fugaces. Mais ce sont là précisément les caractères des troubles nerveux ou abdominaux dont il est ici question et il semble très vraisemblable d'attribuer ces accidents éphémères à une cause éphémère comme eux: l'érythème ou l'œdème: or ce que l'on constate à propos de l'éruption purpurique permet de conclure que l'érythème met généralement plusieurs jours pour disparaître, alors que les accidents nerveux ou abdominaux ne durent parfois que quelques heures. Spécialement caractérisés par une grande fugacité, ces symptômes doivent être attribués à une localisation spéciale de ces œdèmes si mobiles, si éphémères, assez fréquents au cours des purpuras.

Naturellement, la preuve matérielle de ces faits est presque impossible à établir puisque les malades guérissent, et je n'ai relevé dans la littérature médicale qu'un seul cas où l'autopsie permit de constater de l'œdème de la pie-mère (Etlinger).

Quant à la pathogénie de ces œdèmes, comme celle du purpura d'ailleurs, elle ne paraît pas encore près d'être élucidée.

Ce qu'il importe donc de savoir, c'est qu'il peut exister, au cours des purpuras, des symptômes pouvant faire croire à l'existence de graves lésions; ces symptômes varieront suivant la localisation de leur cause, l'œdème et, comme celui-ci, auront pour principal caractère d'être très fugaces; malgré leur soudaineté et leur gravité apparente ils disparaîtront très rapidement sans entraîner la mort. Aussi, en présence de ces cas, le médecin ne devra-t-il pas poser d'emblée un diagnostic sévère pouvant parfois entraîner des interventions inutiles ou dangereuses, mais il devra se réserver et observer la marche de ces symptômes qui peuvent disparaître très rapidement; et cela, d'autant plus qu'il aura affaire à un purpura d'une forme peu fébrile, non hémorragique et accompagné d'œdèmes mobiles. Ceux-ci peuvent même précéder l'éruption, dans ce cas on conçoit facilement que si, suivant leur localisation, ils donnent lieu à des symptômes graves nerveux ou abdominaux, le diagnostic reste incertain et obscur tant que l'éruption n'apparaît pas.

Il va de soi que, malgré la gravité apparente de leurs symptômes, ces œdèmes, précisément à cause de leur fugacité, ont un pronostic bénin, mais il faut ajouter *quo ad vitam*, car des récurrences fréquentes, en rapport avec de nouvelles poussées éruptives, peuvent, à la longue, porter atteinte à l'état général.

Nous ne dirons rien du traitement, sinon qu'il est purement symptomatique, ces œdèmes disparaissant d'eux-mêmes avec la plus grande facilité.

PEDIATRIE

Le lait homogénéisé, par le Dr J. CHEVALIER, dans *La Clinique infantile*, nov. 1910.

L'homogénéisation du lait est obtenue par une simple opération mécanique qui détermine l'émulsion de la matière grasse de ce liquide détruisant la force ascensionnelle des globules gras qu'il

renferme et empêchant leur réunion, c'est-à-dire la formation de la crème.

Ce résultat est réalisé par la pulvérisation des globules gras dont le diamètre varie alors entre 1/100e et 1/1000 de millimètre à la suite d'un passage sous forte pression dans des filières d'un diamètre inférieur à 1 dixième de millimètre ou par compression de ce liquide entre deux plateaux tournant parallèlement en sens inverse l'un de l'autre à une très grande vitesse.

Nous n'insisterons pas sur l'appareillage employé pour cette opération et renvoyons à nos communications antérieures: "Technique de l'homogénéisation du lait." Les divers procédés de l'homogénéisation du lait," (*La Clinique infantile*, 1907, 432.611). Mais nous attirons cependant l'attention sur ce fait que depuis sa première utilisation par Julien, ce procédé a été considérablement perfectionné. C'est grâce à ces perfectionnements qu'après avoir donné des résultats cliniques si peu encourageants avec le lait Val Brenne, il pût être utilisé par les médecins à la suite de la mise au point de la fabrication industrielle par E. Lécuyer. On publia, en 1903, 1904 et surtout 1905, les premières observations médicales intéressantes relatives au lait homogénéisé d'après ses procédés.

Comme nous le disions déjà en 1907, au Congrès des Gouttes de lait, l'homogénéisation du lait est une opération délicate et les procédés actuels donnent, suivant les installations et surtout suivant les précautions prises, soit un produit excellent et de bonne conservation, soit un produit inférieur. Il ne faut pas oublier que le lait homogénéise, non stérilisé ou mal stérilisé, s'altère plus rapidement que le lait ordinaire parce que la modification obtenue augmente considérablement l'altérabilité de la matière grasse et favorise son acidification, son oxydation au contact de l'air, de la lumière, des bactéries banales. Cette altérabilité plus facile constitue également son principal avantage juisqu'elle favorise son absorption dans l'économie, mais aussi, il doit être manié avec un soin plus grand que les autres laits stérilisés industriels.

Il est indispensable que l'homogénéisation du lait soit pratiquée aussi rapidement que possible après la traite, que l'opération elle-même et la stérilisation ultérieure s'accomplissent sans interruption et que pendant tout le travail, le lait soit absolument soustrait au contact de l'air et de la lumière.

Une opération bien conduite doit donner un produit dont l'acidité soit la même avant et après la fabrication. Dans aucun cas, l'acidité du lait homogénéisé ne devra être supérieure à 21° Dornic. Elle doit toujours osciller entre 17°5 et 20°, car, pour nous, un lait qui possède une acidité supérieure à 21° Dornic doit être considéré comme ayant subi des transformations assez importantes pour ne plus devoir être employé dans l'alimentation des nourrissons qu'avec la plus grande circonspection. L'augmentation de l'acidité est toujours l'indice de la transformation du lactose et de la caséine; il est fort difficile, sinon impossible, de faire la part des bactéries dans cette transformation et il faut se souvenir que pour l'alimentation, le lait doit non seulement être stérile au moment de sa consommation, mais il ne doit jamais avoir été ensemené pour pouvoir être utilisé en toute sécurité.

L'augmentation de l'acidité des laits à la suite du travail de l'homogénéisation signalée à plusieurs reprises par Eury, Borads, Baudran, et Kohn-Abrest dénote des imperfections de technique et nous considérons l'invariabilité de l'acidité du lait comme le meilleur indice d'une opération bien conduite.

L'homogénéisation du lait ne doit donc déterminer que des modifications purement physiques des constituants de ce liquide, mais elles suffisent pour influencer considérablement les transformations que subit le lait dans le tube digestif et son utilisation dans l'organisme.

J'ai étudié depuis plus de trois ans cette question avec le Dr Variot et les nombreuses observations que nous avons recueillies et en partie publiées ne font que confirmer les conclusions que nous avons développées en 1907 à Bruxelles, au deuxième Congrès des Gouttes de lait.

Lorsqu'on coagule, soit avec de la présure, soit avec de l'acide chlorhydrique, le lait homogénéisé, on voit se former un coagulum léger, poreux, friable, analogue à celui du lait de femme, facilement perméable aux sucs digestifs, laissant rapidement exsuder son sérum, totalement différent, comme constitution, du caillot compact et homogène obtenu, dans les mêmes conditions, avec les laits frais ou stérilisés. L'examen microscopique de ce caillot montre que ce mode de coagulation particulière n'est pas dû à une modification de la caséine, mais simplement à l'état physique de la graisse dans le lait qui, lors de la solidification de l'albuminoï-

de, vient s'interposer en couche mince entre les molécules pour empêcher leur réunion en un caillot compact.

Cette constitution du caillot doit donc favoriser l'action du suc gastrique sur la caséine et faciliter, dans une notable proportion, l'action ultérieure des sucs intestinaux.

Ces déductions *à priori* sont pleinement confirmées par l'expérience et l'observation clinique. J'ai pu constater par l'analyse des selles de nourrissons alimentés avec le lait homogénéisé J. Lepelletier, une meilleure absorption de l'azote alimentaire.

E. Gautrelet examinant parallèlement les résidus de digestions artificielles de divers laits a également constaté que la syntonisation et la peptonisation de la caséine du même lait homogénéisé était plus rapide et plus complète que celle des laits de femme et d'ânesse.

Ce même auteur (C. R. Ac. Sc. 13 déc. 1909) a constaté que dans ses digestions, il se produisait, avec le lait homogénéisé J. Lepelletier, comme avec les laits de femme et d'ânesse, une forte proportion de mannite, provenant de la transformation des matières grasses, ce qui ne se produit que plus faiblement avec les autres laits stérilisés.

Des analyses nombreuses m'avaient depuis longtemps montré que chez les nourrissons, même en mauvais état et atteints de troubles gastro-intestinaux, l'utilisation des graisses était bien supérieure à la suite de l'emploi du lait homogénéisé J. Lepelletier qu'avec les autres laits stérilisés.

Cette transformation de matière grasse en hydro-carbone soluble et diffusible explique, en partie, cette meilleure absorption, mais j'ai pu constater, chez les jeunes animaux, le passage direct de la matière grasse émulsionnée mais non saponifiée, dans les chylifères, ce qui permet d'interpréter son utilisation aussi complète dans les cas de gastro-entérite.

Enfin, il est à remarquer que l'homogénéisation et la stérilisation ultérieure, lorsqu'elles sont bien conduites, ne déterminent pas la disparition des citrates, ni la précipitation des carbonophosphates du lait, ces derniers étant maintenus en suspension grâce à l'état moléculaire ou liquide. Ces diverses considérations permettent d'interpréter facilement les remarquables résultats thérapeutiques obtenus par l'alimentation des nourrissons sains, atrophiques ou atteints de gastro-entérite avec le lait homogénéisé

substitué aux autres laits stérilisés. L'homogénéisation détermine une augmentation de la digestibilité et une assimilation plus parfaite du lait.

La récente communication de Variot à l'Académie de médecine de Paris (10 mai 1910), résultat de nombreuses observations longtemps poursuivies, montre que l'emploi systématique du lait homogénéisé dans le traitement des formes graves de l'atrophie et de l'hypotrophie permet d'élever les enfants lorsqu'ils ne peuvent, ce qui est la règle, tolérer les laits stérilisés et parfois même le lait maternel.

D'autre part, H. Bouquet dans une étude fort documentée (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai 1908) a également montré que dans les cas de gastro-entérite avec vomissements, amaigrissement rapide, diarrhée fétide ou au contraire constipation avec selles grisâtres, on obtenait rapidement par l'emploi exclusif de ce lait la cessation des vomissements et la tolérance gastrique, la régularisation des selles, leur désodorisation et une modification de leur consistance et de leur couleur qui deviennent normales par suite de la disparition des fermentations intestinales.

L'usage du lait homogénéisé ne doit pas être réservé aux nourrissons, il est également utilisé avec avantage pour l'alimentation des adultes sains ou malades et présente surtout de grands avantages dans les pays tropicaux où il remplace avantageusement les laits condensés et autres succédanés.

Comme le dit Variot, l'homogénéisation du lait de vache râpe proche autant qu'il est possible ce lait de celui de la femme, comme le montrent ses propriétés physiologiques et l'emploi de ce procédé constitue, sans aucun doute, le progrès le plus important que nous ayons réalisé depuis longtemps pour l'alimentation des nourrissons et des malades (1).

THERAPEUTIQUE

Entérite tuberculeuse, par R. OPPENHEIM, dans *Progrès Médical*, novembre 1911.

En présence d'un tuberculeux atteint de diarrhée, on n'admettra le diagnostic d'entérite tuberculeuse qu'après avoir éliminé les causes multiples de diarrhées non spécifiques des tuberculeux,

(1) On peut se procurer ce lait à Montréal, sous le nom de "Lait Laurentia". Ce lait est stérilisé et se conserve à n'importe quelle température. On ne devrait pas faire usage d'autre lait chez les enfants. Réd.

diarrhée entéritique d'origine toxique (alimentaire ou médicamenteuse) ou d'origine infectieuse, diarrhée de la dégénérescence amyloïde, enfin diarrhée dyspeptique par troubles des fonctions gastrique, hépatique ou pancréatique. A chacun de ces types cliniques correspond un traitement diététique et médicamenteux basé sur une connaissance exacte de sa cause et qui sera exposé dans une prochaine consultation.

Le diagnostic de tuberculose intestinale étant reconnu exact, le traitement, que ne peut guère être que palliatif — en dehors des formes localisées de tuberculose sténosante ou hypertrophique, justiciables d'une intervention chirurgicale — sera le suivant :

1° Le régime alimentaire sera celui de toutes les entérites chroniques : lait ou képhir en petites quantités, féculents sous forme de bouillies ou de purées, riz, pâtes alimentaires, jaunes d'œufs : la viande, sans être l'objet d'un ostracisme absolu, n'entrera dans l'alimentation qu'en quantité très modérée et de préférence sous forme de viandes blanches (veau, poulet), rôties ou grillées ou de viande crue pulpée ; les poissons à chair maigre (sole, merlan, brochet) pourront être autorisés au même titre que la viande ; on évitera surtout les aliments gras, qui sont mal absorbés, et le bouillon, qui constitue un excellent milieu pour les bactéries intestinales.

2° Le traitement général de la tuberculose par le repos et l'aération sera rigoureusement appliqué ; on y joindra l'usage des préparations calciques, dont il sera bon d'exclure la magnésie et l'on formulera par exemple :

Phosphate tricalcique	0 gr. 60
Carbonate de chaux	0 gr. 25
Chlorure de sodium	0 gr. 10

Prendre trois paquets semblables chaque jour avant les repas, chaque paquet avec un demi-verre d'eau de St-Galmier ou de Pougues (St-Léger).

3° On appliquera sur le ventre pour calmer les douleurs, des cataplasmes arrosés de XX à XXX gouttes de laudanum, ou des compresses humides chaudes ou des compresses d'alcool suivant la méthode d'Esmonet.

4° Faire prendre trois fois par jour, après les repas, un des cachets suivants :

Tannigène	0 gr. 50
Extrait thébaïque	0 gr. 01

qu'on pourra alterner avec les suivants :

Tannalbine..	0 gr. 75
Craie préparée	0 gr. 25
Codéine..	0 gr. 01

5° En même temps, donner deux fois par jour, à distance des repas, soit une des pilules :

Argent colloïdal..	0 gr. 03
Lactose..	0 gr. 05

Pour une pilule.

soit une cuillerée à soupe de la solution :

Collargol..	0 gr. 50
Elixir de Garus..	20 gr.
Eau distillée..	80 gr.

à prendre dans un peu de lait.

6° En cas d'échec de cette médication, on pourra prescrire :

Bleu de méthylène..	0 gr. 10
Lactose..	0 gr. 20

pour un cachet, 3 à 4 cachets par jour (Rénon) ;

Et faire prendre, dans la journée, soit 100 à 200 grammes de poudre de tôle émulsionnée dans de l'eau de riz (Debove), soit de l'eau de chaux à la dose de 100 à 150 grammes, par cuillerées à soupe.

7° On pourra encore prescrire avec succès, pour arrêter la diarrhée, des doses élevées d'acide lactique, par exemple :

Acide lactique..	10 gr.
Sirop de coings..	150 gr.
Eau..	Q. S. pour 500 cc.

limonade à prendre dans le courant de la journée ;

Ou recourir aux diverses préparations de ferments lactiques, si en vogue aujourd'hui dans le traitement des entérites ; mais il faudra en ce cas se méfier des effets décalcifiants de ce traitement, effets particulièrement dangereux pour des tuberculeux et ne jamais l'employer pendant une période prolongée.

8° Si les médicaments administrés par voie gastrique ne triomphent pas de la diarrhée, on recourra aux lavements :

Soit lavements d'eau oxygénée à la dose de 200 à 300 grammes d'eau oxygénée à deux volumes seulement et rigoureusement neutre.

Soit lavements de nitrate d'argent :

Nitrate d'argent	0 gr. 20
Eau distillée	250 gr

pour lavement à renouveler chaque jour.

9° Lorsque l'entérite se complique d'hémorragies intestinales, on recourra au chlorure de calcium, à la morphine et aux petites doses d'adrénaline en potion, en lavements ou en injections sous-cutanées.

Vaccination antituberculeuse préventive et curative chez l'homme,
par M. le Dr M. DUQUAIKE, de Lyon, dans *Gazette Médicale* de Paris.

J'ai d'abord repris les expériences de vaccination préventive humaine de Maragliano, qui n'avaient suscité aucun imitateur.

Dès avril 1910 je vaccinaï contre la tuberculose cinq personnes, dont moi-même en tout premier lieu, afin de m'assurer de l'innocuité de cette petite intervention. Les résultats de ces cinq premiers essais ont été relatés dans la *Province médicale* dès le 25 février 1911.

Or, l'un de ces sujets était légèrement atteint de tuberculose du poumon à la première période, il fut guéri très rapidement et son pouvoir agglutinant fut quadruplé. Ce fut le point de départ de mes essais de *vaccination curative*.

Je me mis alors à vacciner des tuberculeux aux différentes périodes, n'allant qu'avec la plus grande prudence lorsqu'il s'agissait de franchir un échelon dans l'échelle de la gravité. Je fis ces essais principalement dans ma clientèle, mais aussi dans le service du professeur Teissier, qui avait bien voulu le mettre gracieusement à ma disposition. J'obtins les résultats plus qu'encourageants.

Du vaccin Maragliano, uniquement préventif jusque-là, j'ai fait un agent thérapeutique de la tuberculose.

Le vaccin de Maragliano n'agit pas à la façon des sérums, en

conférant une immunité passive, en apportant à l'organisme des anticorps tout formés. Il agit, au contraire, à la façon des tuberculines, en conférant une *immunité active*, en présentant à l'organisme des *antigènes* qui sollicitent de sa part la formation d'anticorps correspondants. Mais, comparativement aux tuberculines, le traitement par le vaccin est: (a) *plus simple d'emploi* une seule séance de scarifications comme pour la vaccination jennérienne, et non des injections hypodermiques graduées tous les deux ou trois jours; (b) *plus inoffensif*, à cause de la faible quantité des éléments microbiens morts qui pénètrent dans l'organisme, aussi le vaccin de Maragliano ne m'a jamais donné un coup de fouet à une lésion tuberculeuse, ce qui est fréquent avec les tuberculines; (c) *plus rapidement efficace*, parce que ce petit nombre d'éléments microbiens travaillent continuellement; (d) *applicable à des cas plus fébriles et plus évolutifs* que les tuberculines, qui n'admettent que des cas torpides; il est facile de voir, par ce qui précède, que les indications du procédé, que je ne suis pas encore à même de délimiter, sont assez étendues; (e) *capable de fournir un réactif de la tuberculose*, comme la tuberculine, mais une seule opération, celle qui assure le diagnostic, sert également pour amener la guérison. On croit vacciner un prédisposé à la tuberculose, une belle éruption de pustules démontre qu'on a vacciné un tuberculeux latent, puis la pustule s'efface, non sans avoir entraîné avec elle la disparition de quelque malaise dont on n'avait pas soupçonné la nature tuberculeuse.

Quant à l'*action préventive du vaccin Maragliano*, je suis de plus en plus porté à la croire réelle et suffisante.

En effet, je constate le pouvoir agglutinant plus que triplé au bout d'un an après la vaccination (obs. n° 1); je constate, d'autre part, que le vaccin est capable de reprendre de l'activité sous l'influence d'une agression de toxines microbiennes (obs. n° 4) très longtemps après n'avoir plus donné signe d'existence; je constate, dans les nombreuses observations qui précèdent, avec quelle facilité il guérit; j'en conclus qu'il est *très probable* qu'en présence d'une agression microbienne, le vaccin agirait comme s'il s'agissait de guérir et cette efficacité préventive durerait, selon toute probabilité, d'après moi aussi longtemps que persiste l'activité latente du vaccin se manifestant par l'augmentation du pouvoir agglutinant, c'est-à-dire de cinq à six ans, au moins, d'après Maragliano.

L'urotropine, son emploi en médecine, par M. BRLEET, dans *Gazette des Hôpitaux*, Oct. 1911.

L'urotropine est un médicament qui paraît devoir prendre une certaine importance dans la thérapeutique journalière. Combinaison d'aldéhyde formique et d'ammoniaque, l'utropine ou hexaméthylènetétramine, $(\text{CH}_2)^6\text{Az}^4$, se présente sous forme de cristaux, en rhomboédres brillants, incolores, très solubles dans l'eau, peu dans l'alcool, pas du tout dans l'éther. Nicolaïer, qui a, le premier, employé l'urotropine, lui attribue des propriétés diurétiques, litholytiques et antiseptiques; on a discuté depuis l'action diurétique et l'action litholytique; mais certainement l'urotropine est un antiseptique, elle passe dans le sang et s'élimine par divers organes, soit en nature, soit après avoir été dédoublée et à l'état de formol; or on sait que le formol est antiseptique, et, d'autre part, il a été démontré que l'urotropine, en solution à 1 p. 200, possède une action bactéricide énergique, puisqu'elle peut être placée, comme activité, entre l'acide phénique et le sublimé.

L'urotropine s'éliminant par les urines, on a d'abord utilisé ce médicament dans diverses affections des reins, de la vessie ou de l'urètre: pour les pyélo-néphrites, Desnos et Minet écrivent que l'urotropine enrayer la pullulation microbienne de l'urine sans d'ailleurs modifier les lésions; pour ce qui est des cystites, ces même auteurs n'accordent à l'urotropine qu'une action médiocre. Étant donné que les microbes pathogènes passent dans le rein au cours des infections aiguës, il était naturel de donner l'urotropine aux malades atteints de néphrite aiguë; c'est ce qui fut fait, et mieux encore on a conseillé l'urotropine, dans les maladies infectieuses, en particulier dans la scarlatine, à titre prophylactique pour aseptiser l'urine et prévenir ainsi les complications rénales. A l'hôpital de l'Institut Pasteur, en 1907-1908, M. Veillon donnait ainsi de l'urotropine à tous les scarlatineux soignés dans son service; nous avons depuis adopté cette pratique, sans noter jamais le moindre incident, et les résultats nous ont paru encourageants.

Plus récemment, diverses expériences, faites surtout par Crowe, ont démontré que l'urotropine s'éliminait en partie par la bile; aussi Crowe conseille-t-il de donner l'urotropine aux malades atteints de cholécystite aiguë; ce médicament est aussi très utile

pour assurer la stérilisation pré-opératoire des vésicules biliaires infectées. Ces faits étaient assez peu connus en France, quand un important article de M. Chauffard a attiré l'attention sur les avantages pouvant être tirés de l'usage de l'urotropine dans le traitement des infections biliaires aiguës: angiocholites, complications de la lithiase biliaire. De plus, M. Chauffard a beaucoup élargi la question en préconisant l'urotropine dans la fièvre typhoïde; dès 1899, d'ailleurs, Richardson donnait déjà de l'urotropine à ses typhiques, à la dose de 2 grammes par jour, pour désinfecter les reins et prévenir la bacillurie. M. Chauffard s'appuie aujourd'hui, pour recommander l'urotropine, sur toutes les recherches bactériologiques qui ont profondément modifié la doctrine pathogénique de la dothiéntérie; on sait en effet que la fièvre typhoïde est surtout une septicémie à bacilles d'Eberth, dans laquelle il existe toujours une infection des voies biliaires, infection d'origine sanguine: en donnant de l'urotropine, on attaque ainsi directement le microbe dans une de ses places fortes les plus importantes. Dans certains cas, la rechute de la fièvre typhoïde paraît être une réinfection intestinale d'origine vésiculaire; l'urotropine pourra donc diminuer les risques de rechute. Enfin, les typhiques convalescents sont parfois longtemps dangereux, en ce qui concerne la contagion de leur entourage, lorsqu'ils restent porteurs de germes, et puisqu'il est admis que ces germes viennent surtout de la vésicule biliaire, en prescrivant l'urotropine à ces typhiques, on fera par là même, dans une certaine mesure, la prophylaxie de la dothiéntérie.

On est d'autant plus autorisé à faire un large emploi de l'urotropine, que sa toxicité est très faible et que le médicament ne s'accumule pas dans l'organisme. Quelques thérapeutes en donnent jusqu'à 10 grammes par jour; mais cette dose est beaucoup trop forte et pourrait provoquer des accidents de congestion rénoveésicale, se manifestant par la fréquence des mictions, le ténesme, ou par des hématuries. M. Chauffard prescrit, chez l'adulte, une dose quotidienne de 2 ou 3 grammes, par cachets de 0 gr. 50; l'urotropine, étant très soluble, peut aussi être employée en solution. M. Gouget conseille de ne pas dépasser 2 gr. 50.

Telles sont à l'heure actuelle, les principales applications cliniques de l'urotropine; il est vraisemblable qu'en en découvrira d'autres, puisque, d'après M. Chauffard, "l'urotropine est le plus actif et le plus diffusible des antiseptiques glandulaires internes."

Le rôle de l'arsenic dans le traitement de la chlorose, par FRITZ SEILER (Berne), dans *La Presse Médicale*, 15 nov. 1911.

La plupart des auteurs admettent que les préparations arsenicales employées isolément ne sont pas ou peu efficaces dans le traitement de la chlorose et qu'il faut leur adjoindre les ferrugineux.

L'auteur a cherché à vérifier cette notion en traitant 13 cas de chlorose seulement par l'arsenic, 12 cas seulement par le fer, 8 cas à la fois par le fer et l'arsenic; les malades continuèrent à vivre de leur vie ordinaire pendant leur traitement.

Tous les huit jours, on recherchait chez tous les malades les augmentations absolue et relative en hémoglobine et en globules rouges. Le résultat obtenu fut le suivant:

Les malades traités par l'arsenic seul (acide arsénieux: 0,005 à 0,01 en pilules ou en injections sous-cutanées) ne présentèrent aucune amélioration. Il semble que les chlorotiques soient tout à fait intolérants vis-à-vis de l'arsenic.

La plupart des malades traités seulement par les pilules de carbonate de fer présentèrent une rapide amélioration de leur chlorose. La proportion d'hémoglobine s'éleva, après un traitement de quatre semaines, de 48,6 pour 100 à 87,1 pour 100; le nombre des globules rouges monta de 4 à 5 millions.

Chez les chlorotiques qui recevaient en plus de leur fer 0,006 d'acide arsénieux par jour, l'amélioration fut encore plus nette dans le même temps.

Il faut donc dans le traitement de la chlorose, comme dans celui de l'anémie pernicieuse, combiner le fer à l'arsenic.

PHARMACOLOGIE

Le Benzoate de soude —

Teinture d'aconit	XXX gouttes.
Benzoate de soude	4 grammes.
Eau distillée de laurier cerise.....	10 —
Sirop de codéine	20 —
— de fleurs d'oranger	15 —
Eau distillée Q.S. pour	150 cent. cubes.

Ou en sirop:

Benzoate de soude	10 grammes.
Sirop de tolu	100 —
Sirop d'aconit.....	50 —

Trois cuillerées à soupe par jour.

Chez l'enfant, je l'associe à l'ipéca sous forme de sirop de Desessartz (dont 20 grammes correspondent à 0 gr. 10 de poudre d'ipéca) :

Benzoate de soude.....	1 gramme.
Teinture d'aconit.....	X gouttes.
Sirop de gomme	20 grammes.
— Desessartz.....	10 —
Eau distillée Q.S. pour.....	90 cent. cubes.

A la seconde période de la bronchite, le benzoate de soude trouve encore son indication ; il est alors utile de le prescrire avec la terpine, plutôt qu'en pilules.

Terpine.....	0gr, 20 centigr.
Benzoate de soude.....	0gr, 50 —
Poudre de Dover.....	0gr, 15 —

pour un cachet. Un à chaque repas et boisson chaude à la suite.

Le benzoate de soude, associé à l'acétate d'ammoniaque, dans la *pneumonie*, entrera utilement dans la composition de la potion que l'on ne saurait refuser au malade et surtout à son entourage.

Il est classique de prescrire le benzoate de soude associé au salicylate de soude, dans la *lithiase biliaire* ; on formule :

Salicylate de soude.....	} à 0 gr, 50centigr.
Benzoate de soude.....	

pour un cachet. Deux ou trois par jour.

Ne pas oublier de les faire prendre avec des boissons chaudes dont l'effet n'est pas négligeable !

Il est également classique de prescrire le benzoate de soude dans la *cystite*, la *pyélo-néphrite* :

Benzoate de soude.....	} à 0gr, 10 centigr.
Térébenthine neutre.....	
Goudron de Norvège.....	

pour une pilule. Six par jour.

BIBLIOGRAPHIE

Paris Médical, publié sous la direction du professeur GILBERT, entre avec succès dans sa deuxième année d'existence. Il a donné en 1911 plus de *trois cents articles originaux, ou cliniques et revues générales*, rédigées par des *professeurs, des agrégés et des chefs de service dans les hôpitaux de Paris et de la Province*. Tous ces articles, ainsi que toutes les nouveautés médicales, comptes rendus, chroniques, etc., forment un total de *2,500 pages de texte à deux colonnes, illustrées de plus de 1000 figures nouvelles*. *Paris Médical* a tenu toutes ses promesses en devenant le plus moderne et le plus intéressant magazine médical, utile à tous les praticiens.

Son prix d'abonnement (12 francs pour la France; 15 francs pour l'étranger) est remboursé par des primes représentant sept fois sa valeur.

Le numéro du 2 décembre est entièrement consacré aux Maladies des Enfants. En voici le sommaire:

Les maladies des enfants en 1911 (*Revue annuelle*), par P. LEREBoulLET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, et G. SCHREIBER. — Troubles cardiaques consécutifs aux infections graves chez l'enfant, par V. HUTINEL, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — Le scorbut des nourrissons, par A. BROCA, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Néoplasme cérébral congénital, épilepsie infantile avec troubles mentaux, par le Dr P. HAUSALTER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et le Dr P. HOGUE. — Traitement des abcès amygdaliens et rétropharyngiens, par le Dr J. COMBY, médecin des hôpitaux de Paris. — Les sucres dans l'alimentation du nourrisson. Leur rôle en pathologie et en thérapeutique, par le Dr P. NOBÉCOURT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et le Dr SCHREIBER. — Indications opératoires dans la coxalgie chez l'enfant, par le Dr NOVÉ-JOSSERAND, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy. — Les écoles de plein air, par le Dr MÉAY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — *Actualités médicales*. — *Sociétés savantes*. — *Libres propos*: Anniversaires, par le professeur GILBERT. — *Avis aux lecteurs*. — *Chronique*: Les enfants trouvés et l'hospice des Enfants-Assistés, par le Dr Pierre LEREBoulLET. — *Chronique médico-littéraire*. — *Sciences médicales*. — *Variétés*: Quelques

œuvres de protection de l'enfance. — *Curiosités*. — *Les cérémonies médicales*. — *La médecine humoristique*: le professeur KIRMISSON, dessin original, par BILS. — *Diététique*: Régime des enfants. — *Formules thérapeutiques*. — *Médications nouvelles*. — *Nouvelles*. — *La vie médicale*. — *Cours*. — *Memento de la quinzaine*. — *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*. — *Thérapeutique pratique*.

(Envoi franco de ce numéro de 92 pages in-4 avec figures contre 0 fr. 70 en timbres-poste de tous pays, adressés à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Æsculape. Grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro: 1 fr. Abonnement: 20 fr. avec prime de remboursement (Etranger. 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Etranger: 15 fr.). A Rouzard, Editeur, 41, Rue des Ecoles, Paris.

SOMMAIRE DU N^O DE NOVEMBRE 1911

Les Hermaphrodites dans l'antiquité et aujourd'hui. (5 illustr.), par le Dr Nass. — L'idylle de la nymphe Salmacis et du bel Hermaphrodite; une question troublante; quelques dessins de Pompéï et quelques marbres grecs.

Les Abus de la Vivisection (6 illustr.), par le Dr Foveau de Courmelles. — Le Calvaire des bêtes; des martyrs inutiles.

Pour la Race noire (9 illustr.), par le Dr Casséus (d'Haïti). — Un médecin noir dit la grandeur de sa race dans le passé, et les espoirs que lui réserve l'avenir.

Divinités pathologiques (9 illustr.), par le Dr F. Régnauld. — Le dieu Horus, sa mère, sa verge; autres dieux infirmes.

Le Congrès de Médecine de Lyon (4 illustr.), par le Dr Esmonet. — Triomphe des Lyonnais. Où l'on voit Lépine, Teissier, Caligula et. . . . Guignol.

Hymne à Asclépios *av illustr.*, par Guitet-Vauquelin.

Le Bal de l'Internat 1911 (9 illustra.). — Une résurrection des belles fêtes païennes; la beauté des femmes, l'art audacieux des loges, la splendeur des cortèges.

Mona Lisa était-elle rachitique? (9 illustr.), par le Dr Legueux, prof. agrégé à la Fac. de Méd. de Paris. — Le bassin de la Jaconde jugé par un gynécologue. *Mona Lisa devant la maternité ei l'accouchement.*

Supplément. — *Un monstre bicéphale* (2 illustr.). — *La ceinture de chasteté* (2 illustr.). — *Le Prof. Branly* (1 illustr.). — *Deux dessins de Rouveyre.* — *Une prévision d'Henri Fabre.* — *La chaumière natale de Bichat.* — *Le Collectionneur de Liquettes.* — *L'Homme phéhistorique de la Quina* (4 illustr.). — *Les amours de la veuve de J.-J. Rousseau, etc.*

SOMMAIRE DU NO DE DÉCEMBRE 1911

La Suggestion par la Beauté: Agnès Sorel et Charles VII (12 ill.), par le Dr Peugniez, prof. à l'École de Médecine d'Amiens. — "Les malades guérissaient au sourire seul de la belle des belles, tant était grand le ravissement que causait l'éclat de sa joliesse et l'insigne douceur de son regard angélique." Son charme séduit Charles VII et le tonifie.

Pour la Race Noire (fin) (6 illustr.), par le Dr Casséus, (d'Haïti). Un médecin noir continue son beau plaidoyer; génie et grandeur d'âme de Toussaint-Louverture. Les Yankees.

Les Enterrés Vivants (5 illustr.), par le Dr Avalon. — Horreur du réveil dans le cercueil; les amours du religieux et de la fille morte. Vésale autopsie un cadavre vivant; photo de l'enterré vivant de Bordeaux. Un signe certain de la mort.

L'Expansion française par les Etudiants (10 illustr.), par le Prof. Chilot. — Les étudiants, jeunesses rayonnantes et l'influence scientifique de la France dans le monde.

La Bête du Gévaudan (5 illustr.), par le Dr Puech, prof. à la Fac. de Méd. de Montpellier. — Une légende d'épouvante. Le chat-tigre venu d'au-delà des mers; corps mutilés; chasses et battues; monstre véritable ou fou sadique.

Un curieux dessin polygonal (1 illustr.). — Portraits bizantins exécutés automatiquement en dehors du contrôle de l'intelligence consciente.

Supplément. — *La Mission du Dr Legendre* (2 illustr.). — *Rites d'Asie* (4 illustr.). — *L'Amour, c'est la lumière.* — *Sur Don*

Juan. — *Le Scu Médical.* — *M. Painlevé et la vision d'Hypatie* (3 illustr.). — *Les Femmes criminelles* (1 illustr.). — *La T. E. K. A.* (1 illustr.). — *Le Soulier et le Cor au pied* (2 illustr.). — *Le Colonel Monteil, sa boîte de Géométrie et la quadrature du cercle.* — *L'Adolescente au cygne* (1 illustr.). — *Les croque-morts littéraires.* — *Judith tue Holopherne* (1 illustr.).

Maladies de l'œsophage, par M. GANGOLPHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. gr. in-8 de 115 pages avec 39 figures. Broché, 3 fr. Cartonné, 4 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et Fis, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le traitement des Maladies de l'œsophage a été complètement modifié depuis quelques années par l'emploi de l'œsophagoscopie. M. Gangolphe en expose les avantages dans le premier chapitre de son traité consacré à l'exploration de l'œsophage. Il expose ensuite les vices de conformation et les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage. Puis il étudie les maladies infectieuses et parasitaires de l'œsophage, tuberculose, syphilis, actinomyose; puis les lésions inflammatoires et les plaies. Mais il s'appesantit surtout sur les corps étrangers, les rétrécissements cicatriciels et les néoplasmes de l'œsophage. Ces affections se présentent avec une telle fréquence qu'il était naturel de réserver la première place à l'étude de leurs symptômes et de leur traitement. Les chapitres qui y sont consacrés sont l'objet de considérations cliniques et opératoires importantes.

Ce volume fait partie du *Traité de Chirurgie* Le DENTU-DELBET, qui se présente sous la forme de fascicules séparés, où se groupent les affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites.

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

22 volumes sont déjà en vente: *Grands Processus morbides* (10 fr.); *Maladies de la peau* (3 fr.); *Maladies des muscles* (4 fr.); *Hernies* (8 fr.); *Lésions traumatiques des articulations* (6 fr.); *Arthrites tuberculeuses* (5 fr.); *Corps thyroïde et Goîtres* (8 fr.); *Maladies des os* (6 fr.); *Maladies de l'œil* (8 fr.); *Maladies des articulations* (6 fr.); *Maladies du crâne* (10 fr.); *Oto-Rhino-La-*

ryngologie (12 fr.); *Maladies des reins et des lymphatiques* (5 fr.); *Maladies des mâchoires* (5 fr.); *Maladies de l'abdomen* (12 fr.); *Maladies du foie* (6 fr.); *Maladies des nerfs* (4 fr.); *Affections chirurgicales de la poitrine* (6 fr.); *Affections chirurgicales de la face* (8 fr.).

L'achèvement de l'ouvrage s'avance rapidement.

“ **La Vie.** ” *Considérations biologiques*, par le Dr Albert Laurendeau, de St-Gabriel de Brandon, au Canada.

Nous accusons réception de ce livre. Il dénote chez l'auteur une belle érudition. Nous l'analyserons prochainement.

Ce livre s'adresse, comme son titre l'indique, surtout aux médecins. Nul ne peut prétendre être véritablement médecin, s'il ne connaît la vie, sinon dans son essence, du moins dans son mécanisme, pu dans son développement phylogénique, aussi bien qu'embryogénique. Autant nous étudions l'ontogénie, c'est-à-dire le développement de l'individu, depuis sa conception jusqu'à son développement parfait, jusqu'à l'âge adulte, autant l'on néglige de nous enseigner la phylogénie, c'est-à-dire, la suite des états biologiques qui se sont succédé sur notre globe depuis les origines: c'est cette lacune, dans l'instruction de tous nos médecins, que l'auteur s'est efforcé de combler. Et non seulement il décrit, dans un vaste mais sommaire coup d'œil, les transformations qui se sont opérées dans les successions biologiques, mais il examine, scrute, approfondit l'obscur problème de la nature de la vie; et sans pouvoir définir ou concevoir ce qu'est la vie en soi, il développe de nouvelles et grandioses conceptions à ce sujet. Aucune étude n'est propre à développer, à parfaire le sens philosophique, et nous oserions dire social, comme ce livre, qui vient de sortir de la plume d'un de nos meilleurs médecins du district qui a mis ses quelques rares moments de loisir ou de répit au service de la science.

“ La vie ”. — In-octavo de 250 pages — au prix de \$0.75; par la poste \$0.85. En vente chez tous les libraires. L'on peut aussi s'adresser à l'auteur: le Docteur Albert Laurendeau, à St-Gabriel de Brandon, Canada.

En vente: C. Déom, 47, Ste-Catherine Est .

SUPPLEMENT

QU'EST-CE QU'UN VACCIN BACTERIEN

Voici quelque chose de nouveau. Il s'agit d'un opuscule publié par la maison Parke-Davis sur les vaccins bactériens.

Cette brochure de 48 pages avec 15 gravures coloriées est imprimée sur papier de luxe encarté dans un couvert artistique.

Ce livre est divisé en trois chapitres :

Chapitre I : Différence entre les vaccins bactériens, les sérums et les toxines. — Comment sont fabriqués les vaccins bactériens? Effets thérapeutiques des vaccins bactériens? — Quand doit-on employer les sérums et les vaccins bactériens?

Chapitre II : Ce chapitre traite de l'origine et de la nature des liquides bactériens, des pouvoirs des vaccins en "série" ou "auto-gènes", de l'indice opsonique, des modes d'emploi de ces vaccins, des renseignements sur chacun d'eux, tant au point de vue de la préparation, des doses et des effets thérapeutiques.

Chapitre III : Consacré aux tuberculines avec des tableaux indiquant le titrage de la solution, les doses et le *modus operandi* dans les différents diagnostics.

Bref, ce livre est une revue synthétique de la question des vaccins.

Tout médecin instruit doit la connaître. Demandez donc cet opuscule à la maison Parke-Davis, à Détroit, Michigan, E. U., en mentionnant "The new booklet on bacterial vaccines." On vous l'adressera gratuitement en vous autorisant de "L'Union Médicale du Canada."

UNE NOUVELLE EAU DE TABLE EN VENTE

Adanac, une eau de table d'un mélange parfait, est mise sur le marché par la Caledonia Springs Company, Limited.

Caledonia Springs, Ont., 14 déc. (Spécial). — Une dépêche spéciale de Caledonia Springs, Ontario, annonce la découverte d'une nouvelle source d'une pureté remarquable. — L'eau de cette source a été analysée par T. A. Starkey, D.M., P.P.H. (Londres), professeur d'hygiène à l'Université McGill, qui dit: "Cette eau est excessivement pure et douce — pure chimiquement et bac-

tériologiquement." Outre l'examen fait par le Dr Starkey, une analyse chimique a été faite par R. F. Rutton, D. M., F. R. S. C., professeur de chimie à l'Université McGill. Dans son rapport, il dit: "L'eau ne laisse rien à désirer en tant qu'eau de source pure et nette, autant que l'analyse chimique peut aller.

Contrairement à l'eau Magi, qui est saline, l'eau de cette source est quelque peu alcaline et contient un certain pourcentage de matières minérales.

Si l'on songe combien la plupart des eaux offertes aujourd'hui sont contaminées, on voit l'importance de la nouvelle découverte. De plus, l'Adanac — c'est le nom qu'on a donné à la nouvelle eau — est parfaitement assimilable. Ajoutée aux vins et aux liqueurs, au lait, ou aux essences de fruits, elle en prend vite la belle couleur et le bon goût, sans les altérer en rien. Au contraire, elle paraît ajouter du crû.

Bien que les Canadiens soient chanceux de posséder une eau comme celle-ci, ils sont doublement chanceux par le fait que cette source soit tombée entre les mains de la Caledonia Springs Company, Limited; car cette compagnie est en position de l'embouteiller d'après les méthodes les plus avancées et les plus modernes connues de la science, et le consommateur pourra avoir la conviction, quand l'eau Adanac arrivera chez lui, qu'elle est aussi pure que s'il la buvait à la source même. L'eau Adanac est embouteillée avec le même soin minutieux que l'eau Magi; les mêmes embouteilleurs experts travaillent sous la même surveillance sévère, de sorte que la propreté et la pureté de l'une ne sont égales que par la propreté et la pureté de l'autre.

MAISON POUR MEDECIN A VENDRE

Magnifique résidence, munie de toutes les améliorations modernes, No 717, rue St-Hubert, Montréal, entre les rues Sherbrooke et Cherrier, Quartier Lafontaine. Trois étages. Façade en pierre. Murs mitoyens en brique solide. Éclairage à l'électricité. Chauffage à l'eau chaude. Sonneries électriques dans tous les appartements. Electroliers aux murs et plafonds. Cheminées dans le salon et le boudoir. Stores et moustiquaires aux châssis. Tapis, prélatrs marquetés. Auvent à l'entrée princi-

pale. Pôles, anneaux, rideaux et portières. En parfait état. A vendre pour \$8,500.00 ou à échanger. Hypothèque, \$3,800.00. S'adresser à T. Valiquette, Administrateur, Boîte Postale 3026, ou Tél. Bell St-Louis 1767.

ANTITOXINE

L'Antitoxine de la Maison Parke-Davis est recommandable à tous les points de vues; il est facile à employer avec les seringues automatiques dans lesquelles il est contenu.

LA RECALCIFICATION CHEZ LES ENFANTS

Voici bientôt dix ans que le Dr P. Ferrier fut d'abord frappé de la fréquence de la carie dentaire chez les tuberculeux, puis reconnu que les poussées tuberculeuses coïncidaient avec des poussées de carie dentaire, et enfin que la carie s'arrêtait quand la tuberculose s'améliorait. En même temps, si l'on examinait les urines au moment des poussées de carie dentaire, on constatait une phosphaturie abondante. Cette phosphaturie s'accompagnait d'amaigrissement et de perte de poids.

Tout cela portait à penser que les sels calcaires jouent un grand rôle dans la nutrition générale et dans l'énergie de croissance. Il faut donc redouter la "décalcification" comme un facteur puissant de la tuberculose. Cette décalcification préparerait le terrain et affaiblirait les défenses de l'organisme.

Depuis les premières recherches de Ferrier, de nombreux documents ont été apportés pour l'étude de la décalcification de l'organisme chez les tuberculeux.

De cette doctrine — solidement étayée et confirmée — est née la méthode thérapeutique de la recalcification, essayée un peu partout après les publications de P. Ferrier, appréciée avec éloges par Letulle, expérimentée avec succès, à Buenos-Ayres, par les docteurs F. Davel et Ginepro (Congrès de 1910), et sur laquelle le docteur E. Sergent a publié, dans la *Presse Médicale* (novembre 1910), un article très documenté.

A son tour, le docteur Comby, dans les "Archives de médecine des enfants," vient d'aborder cette question de la décalcification pathologique et de la recalcification thérapeutique, en se plaçant,

bien entendu, au point de vue de la médecine infantile — et c'est ce qui donne à son article un grand intérêt clinique en même temps qu'une haute portée pratique.

La méthode de Ferrier cherche à combattre les causes de spoliations calcaires et à introduire dans l'organisme des sels de chaux susceptibles d'être fixés par les tissus. Pour cela, il prescrit une hygiène alimentaire convenable et certains sels calcaires dont nous avons à parler. En premier lieu, il faut écarter la suralimentation qui amène la dyspepsie et les fermentations gastro-intestinales décalcifiantes; en second lieu, il faut allonger les intervalles des repas; en troisième lieu, il faut faire un choix dans les aliments. Les deux premières règles s'écartent singulièrement du régime habituellement préconisé dans la tuberculose pulmonaire; mais elles s'accordent bien avec ce que les médecins d'enfants ont l'habitude de prescrire chez leurs petits malades. Alimentation modérée, repas rares, sont deux conditions essentielles de l'hygiène des enfants. Les aliments conseillés par Ferrier et par Sergent sont également ceux conseillés tous les jours pour nos petits dyspeptiques: potages épais, laitages, œufs, ris de veau, poissons bouillis, viandes grillées ou rôties sans sauce, légumes en purée (pommes de terre, carottes, pois, haricots), pâtes, riz, entremets, fruits cuits et confitures. Ils conseillent le pain grillé ou très cuit (la croûte).

Ils suppriment les aliments gras (graisse, fritures, beurre, cornichons, oseille, citrons, oranges), les aliments fermentés (gibier, fromages faits).

Comme boissons, pas de vin, bière, cidre, liqueurs, rien d'alcoolique, prendre de l'eau minérale bicarbonatée calcique, pougues Alice de préférence, en ayant soin de déboucher les bouteilles d'avance pour laisser partir l'acide carbonique libre. Ne rien prendre entre les repas, sauf un peu de ces eaux. Faire trois repas, sans suralimentation, toujours à la même heure.

Cette diététique convient aux enfants comme aux adultes, indique le Docteur Comby.

Au point de vue médicamenteux, le traitement type comprend, au milieu de chacun des trois repas, un cachet:

Carbonate de chaux.
Phosphate tricalcique.
Chlorure de sodium.
Magnésie calcinée.

Délayer dans un peu d'eau une de ces prises avant les deux principaux repas, et boire immédiatement après un demi-verre d'eau de Pougues.

Il peut, dans nombre de cas, être préférable d'utiliser, comme chez les adultes, la forme spécialisée de "Tricalcine" (poudre) que les enfants prennent sans difficulté.

Après une cure calcique de dix à quinze jours, le docteur Comby conseille une interruption d'égale durée avant de reprendre la médication.

D'après Sergent, les corps gras (huile de foie de morue, etc.), et les médicaments acides (ferments lactiques), doivent être rigoureusement écartés, de même que les sirops et balsamiques. Par contre, les injections de cacodylate de soude peuvent être employées concurremment avec la recalciification.

Chez les enfants, on emploie moins souvent les injections de cacodylate de soude que chez l'adulte; mais le docteur Comby a l'habitude de faire alterner, avec les paquets calciques, une solution d'arséniat de soude. Par exemple, l'enfant ayant pris pendant dix jours vingt paquets de phosphate et carbonate de chaux, ou vingt doses de tricalcine, comme il est dit plus haut, il recevra, les dix jours suivants, avant les deux principaux repas, une cuillerée à café de :

Arséniat de soude	0 gr. 03
Eau distillée	100 gr.

Puis on reprendra les paquets après dix jours de repos. Cette cure alternante de calcification et de stimulation arsénicale pourra être continuée indéfiniment. D'après M. Sergent, un autre adjuvant précieux de la recalciification serait l'adrénaline, dont il prescrit chez l'adulte XX gouttes de la solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 100.

Ce médicament, qui agit si bien dans l'ostéomalacie et dans les fractures non consolidées, serait favorable à la recalciification. L'adrénaline serait un agent fixateur des sels de chaux; c'est ainsi qu'elle agit dans l'athérome (calcification des parois artérielles).

Si l'on veut employer l'adrénaline chez les enfants tuberculeux soumis à la recalciification, on donnera seulement X gouttes par jour de la solution au millième.

Les résultats obtenus par M. Sergent, depuis six ans, sont des

plus encourageants. Dans la clientèle hospitalière, le traitement de Ferrier rend de grands services: outre qu'il a l'avantage d'être peu coûteux et relativement efficace, il n'est pas incompatible avec la continuation du travail, et c'est là un de ses plus grands mérites, ainsi que l'a constaté M. Letulle en suivant les malades traités au dispensaire fondé sous l'inspiration de Ferrier.

Chez les enfants, ce dernier argument ne peut être invoqué avec autant de force. Mais il est permis de dire que, dans la seconde enfance, le traitement de Ferrier est applicable à la plupart des cas de tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, péritonéale, etc. Et d'abord ce traitement est simple, facilement accepté par les malades. Enfin, il n'empêche pas les autres traitements: cacodylate, cure d'air, etc.

Dans les cas de tuberculose peu avancée, de phthisie torpide, d'adénopathie bronchique avec amaigrissement, de péritonite tuberculeuse, de séquelles pleurétiques, voir de tumeurs blanches et autres localisations médicales ou chirurgicales de tuberculose chronique, le traitement de Ferrier est applicable et ne présente pas de contre-indications.

Plusieurs de nos petits malades — dit le docteur Comby — ont vu leur fièvre diminuer, leur appétit renaître, leur poids augmenter. Sans pouvoir donner de statistique comme Sergent, qui a employé cette thérapeutique dès son avènement et sur une vaste échelle, j'ai l'impression qu'elle est en bonne voie et surtout qu'elle ne présente aucun inconvénient.

Aussi étendrai-je volontiers aux enfants les conclusions que M. Sergent a indiquées pour les adultes et qui sont les suivantes.

La méthode de recalcification représente l'une des meilleures armes, sinon la meilleure, que nous possédions à l'heure actuelle contre la tuberculose.

Elle n'est point, à elle seule, une médication complète et ne saurait être considérée comme un sûr garant de guérison dans tous les cas.

Elle a pour but de s'opposer aux conditions humorales qui préparent le terrain pour la germination du bacille de Koch et qui favorisent sa pullulation dans l'organisme.

Par sa nature même, la méthode de recalcification devait trouver ses meilleurs effets dans la pré-tuberculose et dans la tuberculose initiale. De fait, elle est, pour M. Sergent, un agent pré-

ventif de tout premier ordre chez les prédisposés et un moyen curatif merveilleux au début de la maladie.

Dans les phases avancées, son action demeure solidaire du plus ou moins de virulence du bacille dans chaque cas particulier dans ces phases, elle ne peut donner qu'une amélioration relative et non une guérison ; mais cette amélioration, elle la donne presque toujours.

De tous les traitements de la tuberculose, c'est elle qui réserve le moins de déceptions et le plus de succès : " elle améliore, comme l'a dit M. Sergent, en 1906, les tuberculeux incurables ; elle favorise la guérison de ceux qui sont encore curables, s'ils peuvent être placés en même temps dans des conditions raisonnables d'hygiène et de repos."

En dehors de la tuberculose pulmonaire, elle est appelée à jouer un rôle utile dans nombre d'autres tuberculoses et particulièrement dans les tuberculoses osseuses. Pour ma part, dit M. Sergent, je l'ai employée avec un succès remarquable dans deux cas de péritonite tuberculeuse chez l'adulte.

Si la méthode de Ferrier représente le traitement de fond de la tuberculose, elle n'exclut pas les méthodes associées qui s'adressent aux autres conditions pathogéniques de la maladie.

Les conclusions des deux médecins argentins cités au début de cet article, les docteurs F. Davel et Ginepro, ne sont pas moins favorables que celles de M. Sergent, et les arguments qu'ils font valoir à l'appui sont presque identiques.

Malgré ces conclusions optimistes, il ne faudrait pas dire que la méthode recalcifiante soit un traitement spécifique de la tuberculose devant donner toujours et partout des résultats satisfaisants. La cure hygiénique s'impose avant tout : repos, aération, alimentation substantielle. Mais à côté de cette cure, qu'on ne doit jamais négliger, le recalcification se présente comme un traitement particulier d'une réalisation facile, ne comportant aucun inconvénient sérieux, inoffensif en un mot, et pour cela très recommandable. Ce traitement si simple, si rationnel, marque un temps d'arrêt, de recueillement, après la série des médications actives, offensantes, débilitantes, douloureuses dont les malheureux tuberculeux ont été trop longtemps victimes.

Docteur F.

Extrait de la " *Province Médicale* "
du 12 juillet 1911.

LES COMPLICATIONS DE LA GRIPPE

La prostration qui naît de toute attaque d'influenza est un des symptômes de la maladie qui demande le plus d'attention.

Cette dépression vitale attaque même les sujets les plus robustes et s'accompagne souvent de complications fâcheuses, comme l'otite, la nervosité, l'inflammation des sinus, les troubles intestinaux, l'asthénie et même la pneumonie lobaire. L'anémie en est le résultat inévitable de toutes ses complications. Le Pepto-Mangan (Gude) est alors le médicament de choix dans toute convalescence de la grippe et l'estomac le tient toujours facilement.

Nous avons le plaisir d'annoncer le retour d'un voyage de trois mois en Europe de notre distingué confrère M. le Dr J. A. St-Denis, spécialiste des maladies des yeux, oreilles.

“ Bien que l'utilité d'un remède se trouve avant tout dans sa valeur thérapeutique, sa facilité d'adaptation n'est pas une qualité de moindre importance.

Ceci est particulièrement vrai dans l'application de la grande chaleur humide, le traitement généralement adopté pour les conditions inflammatoires, et dont l'application continue est si essentielle dans ces dites conditions pour obtenir des résultats.

Soumettre un malade à des pansements fréquents non nécessaires, aussi à des expositions à nu de même, c'est le cas quand les cataplasmes, les linges humides, etc, sont employés, non seulement retarde les progrès du traitement, mais encore dérange et ennuie ce malade, tout en n'étant pas à l'unisson de la thérapeutique avancée.

L'utilité de l'antiphlogistine comme agent thérapeutique ne peut être mieux attestée que par la préférence que lui accordent les membres de la profession médicale dans le traitement des conditions de Congestion et d'Inflammation pour lesquelles la grande chaleur humide est demandée.

La facilité d'adaptation de l'Antiphlogistine l'indique comme le meilleur moyen d'emploi de la grande chaleur humide, attendu qu'il est facile d'application, qu'il conserve sa chaleur pendant des heures et qu'ainsi il ne dérange ni n'ennuie le malade.”
