

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. DURÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
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. XXXVIII

1er OCTOBRE 1909

No 10

CLINIQUE OBSTETRICALE

PHLEGMATIA ALBA DOLENS (1)

Par F. A. RENE DECOTRET

Professeur de clinique obstétricale. Accoucheur de la Maternité.

Vous avez vu cette malade de la petite salle St-Roch. Elle est seule dans sa chambre isolée de la grande salle des accouchées. Cette malade est atteinte de phlegmatia alba dolens, c'est-à-dire d'une variété atténuée d'infection puerpérale. L'antisepsie et l'asepsie ont tellement modifié l'allure générale des affections au cours des suites de couches, qu'aujourd'hui on ne rencontre plus ces formes graves d'autrefois: la virulence des germes infectants est moins forte, ce qui explique la fréquence plus grande des formes atténuées de la fièvre puerpérale. " Le type de ces formes atténuées, nous disent Labadie-Lagrave et Gouget, c'est la phlébite "

On donne à cette phlébite le nom de *phlegmatia alba dolens*, à cause de l'apparence de la jambe, et par suite de la vieille théorie qui voulait qu'elle soit due à une métastase laiteuse. On dit encore aujourd'hui dans le monde extra-médical: une jambe de lait.

D'après Hirst et quelques Américains, il y aurait deux espèces de phlegmatia après la délivrance; dans l'une d'elles, il y a occlusion des veines du bassin et des extrémités inférieures, occlusion

(1) Clinique médicale à la Maternité de Montréal.

qui gêne la circulation et amène un œdème intense. La thrombose dans ce cas est primitive et due à la pression exercée sur les vaisseaux pendant la grossesse; dans l'autre, la cause est l'inflammation septique des vaisseaux.

On admet généralement aujourd'hui qu'il s'agit d'une thrombose infectieuse relevant de l'action sur l'endothélium veineux du streptocoque ou de tout autre microbe: colibacille, gonocoque, etc. Les toxines microbiennes peuvent aussi léser la veine et produire la coagulation.

La phlébite peut se développer suivant deux mécanismes:

1° *Par propagation, de proche en proche, d'une phlébite utérine.* Lorsque la virulence des agents microbiens est atténuée, la phlébite des sinus veineux de l'utérus, qu'on observe dès que l'infection a dépassé l'endomètre, a tendance à rester localisée et à ne pas suppurer. Il se forme des thrombus auxquels s'adjoignent parfois en amont et mécaniquement, des coagulations secondaires (caillot prolongé) dans les plexus veineux péri-utérins et de là dans les veines iliaques (interne et externe), fémorale ou saphène.

2° *Par localisation, sur un point d'une veine quelconque, et de germes charriés dans le sang:* il s'agit alors d'une phlébite consécutive à une bactériémie transitoire. Secondairement à l'inflammation de l'endothélium veineux, un caillot se forme dans le fond de quelque nid valvulaire.

Anatomie pathologique. — Au début, l'endothélium veineux se tuméfie, devient granuleux et finalement desquamé, amenant la formation d'un caillot. La membrane interne, mise à nu par la chute endothéliale, s'épaissit par formation de fibrilles conjonctives et de capillaires; elle se soude alors au caillot que pénètrent les capillaires néoformés. Secondairement, l'inflammation se propage à la tunique moyenne qui se vascularise et à l'externe qui prolifère. De véritables foyers microbiens existent sur le caillot et sur la paroi veineuse. Le corps même du caillot occupe tout le calibre du vaisseau, mais une extrémité s'effile, et peut se détacher sous forme d'embolie. Au bout de plusieurs semaines, le centre du caillot se ramollit, devient caséux, tandis que sa périphérie subit une transformation fibreuse et se retracte. Le caillot ainsi transformé en canal permet alors le rétablissement de la circula-

tion. Si cette transformation du caillot n'a pas lieu, la veine s'atrophie et ne persiste ultérieurement qu'à l'état de cordon fibreux effilé.

Etiologie. — La phlegmatia alba dolens peut succéder à toutes les formes d'infection puerpérale à porte d'entrée utérine ; elle est plus fréquente cependant à la suite des cas légers. Parfois c'est une complication terminale d'une infection grave.

La phlegmatia est plus commune chez les femmes fortement anémiées (placenta praevia), ou bien quand il y a rétention *in utero* de débris organiques putrides, ou quand il existe des lésions du col ou du segment inférieur.

On a récemment appelé l'attention, nous disent Maygrier et Schwab, sur certaines phlegmatias, dues à une infection *colibacillaire*, consécutive à la stercorémie.

Latonie utérine post partum (chez les femmes fatiguées, malades; après un travail long, etc.), permet la formation de caillots prolongés jusque dans la profondeur de la paroi utérine et prédispose de la sorte à la métraphlébite infectieuse.

Etude clinique. — Accident tardif de la puerpéralité, la phlegmatia débute du douzième au vingtième jour des suites de couches, quelquefois plus tôt, du huitième au douzième jour, dans d'autres cas plus tard, du vingtième au vingt-cinquième jour et même au quarantième jour.

Les phénomènes prémonitoires de l'oblitération de la veine fémorale passent parfois complètement inaperçus, ou ils sont marqués par une infection puerpérale très atténuée et de courte durée (petit mouvement fébrile, irrégulier et passager; fétilité des lochies, quelques escarres vulvo-vaginales); d'autres fois il existait une forme banale de fièvre puerpérale qui, bien traitée, semblait guérie.

La phlegmatia s'annonce par une recrudescence de la température, en même temps que la malade accuse une douleur au niveau d'un des membres inférieurs, le gauche habituellement, dont le volume augmente. La douleur apparaît d'abord dans la fosse iliaque et le pli de l'aîne, parfois au niveau du mollet, du creux po-

plité ou du talon, et s'étend bientôt à tout le membre. C'est quelquefois un simple engourdissement, avec sensation de pesanteur, de lourdeur; cette *impotence fonctionnelle* va en augmentant. La douleur d'intensité variable est quelquefois assez vive pour arracher des cris à la malade, et ne lui laisser aucun repos.

La peau, qui présente un peu d'hyperesthésie au pincement et au frottement a perdu de sa sensibilité au contact et à la température.

L'œdème est plus ou moins accentué; il peut débiter par les malléoles, ou paraître au niveau de la racine de la cuisse; il se montre parfois avec très peu d'intensité.

D'une façon aussi très précoce, avant même l'apparition de l'œdème, on constate souvent de l'hydarthrose du genou. L'œdème est quelquefois si intense et généralisé à tout le membre qu'il lui donne la forme d'un cylindre. Cet œdème est dur; la peau est tendue et blanche, quelquefois parsemée de veinosités, rarement violacée ou rougeâtre. (1)

L'œdème a parfois précédé la douleur; habituellement il la suit immédiatement.

La *palpation*, qui ne devra être faite qu'avec la plus extrême prudence, est douloureuse, au niveau du trajet de la veine. Par de très légers mouvements de va-et-vient, on peut sentir un cordon dur, sur lequel siège parfois des renflements noueux; ce cordon n'est autre que la veine thrombosée (fémorale, saphène interne, saphène externe).

A l'examen, on constate d'une façon très nette une élévation de la température locale dans le membre atteint. Ce signe, très précoce suivant l'enseignement de Pinard, ne manque jamais, il persiste longtemps et met parfois des années à disparaître. Certains auteurs prétendent que la température du membre malade n'est pas modifiée.

Les *symptômes généraux* sont en général peu accusés: après l'élévation thermique du début (aux environs de 39°) la température oscille entre 37° et 38° $\frac{1}{2}$ pendant une à deux semaines, et finit par retomber à la normale.

Le pouls reste rapide, battant plus de 100 par minute.

(1) On peut observer des phlegmatias avec œdème simple et mou.

L'état général n'est que peu touché; on note cependant un peu de pâleur de la face.

Les trois principaux symptômes de la phlegmatia seraient: la douleur, l'œdème et le cordon veineux, mais rien n'empêche que l'un d'eux peut manquer ou être moins accusé.

De Brum, dans sa thèse, publie plusieurs observations où la douleur et l'œdème ont fait défaut, et " il est des cas, dit le même auteur, dans lesquels l'œdème constitue à peu près toute la symptomatologie de l'affection . Voici une note de Laveran et Teissier qui dit: " Bien que le développement d'un œdème et d'une circulation collatérale accompagne la production d'un caillot dans l'intérieur des veines, dans la grande majorité des cas, le fait ne peut pas être considéré comme nécessaire (obs. de Duquet). Maurice Raymond et Poirier ont même publié deux faits *d'oblitération complète de la veine cave inférieure* qui n'avait entraîné ni œdème, ni ascite, ni apparition de la circulation collatérale ".

Variétés. — Il en est, pour les veines comme pour les autres tissus: la lésion est subordonnée à la virulence du microbe et à la sensibilité plus ou moins grande du sujet. De là on peut faire quatre variétés de phlegmatia:

1 La forme commune ou à évolution ordinaire, celle qu'on rencontre le plus souvent; la forme classique;

2 La forme à début pulmonaire, particulièrement grave et peu connue;

3° La forme dite latente, une des plus graves par son caractère insidieux et son allure d'apparence bénigne;

4° Enfin la forme abortive.

1° La forme classique est celle que j'ai décrite plus haut.

2 La variété de phlegmatia dite pulmonaire est très grave et prend son nom du fait que les symptômes pulmonaires constituent le début de la maladie. Ces symptômes pulmonaires ou signes précurseurs apparaissent trois ou quatre jours, quelquefois huit jours avant l'apparition de la phlegmatia et siègent au niveau du thorax.

On constate d'abord, si l'on prend attentivement la température à différentes heures du jour, une légère élévation de la colonne mercurielle. La malade se plaint d'une douleur plus ou moins

vive à l'épaule, douleur qui gagne bientôt la cage thoracique, et prend la forme d'un point de côté. " Le médecin appelé porte le diagnostic de névralgie ou de début de pleurésie ou de pneumonie, surtout si, arrivant quelques heures après l'apparition de la douleur, il constate, ce qui est la règle, une accélération et un défaut d'ampleur des mouvements respiratoires. La percussion et l'auscultation de la poitrine vont encore l'entraîner dans l'erreur, car on peut rencontrer dans ces cas tous les signes des affections pulmonaires, tantôt localisées, tantôt généralisées, depuis le bruit skodique jusqu'à la matité, depuis l'absence de murmures vésiculaires, le râle sibilant, crépitant, jusqu'au souffle le mieux caractérisé. Aussi, avons-nous vu les maîtres de l'auscultation les plus autorisés changer leur diagnostic du matin au soir et du soir au matin annoncer alternativement l'existence d'une pleurésie, le matin sèche, le soir avec épanchement, faisant place à une pneumonie à laquelle venait se substituer le lendemain une broncho-pneumonie avec congestion ou apoplexie pulmonaire, cela quand apparaissaient des *crachats* hémoptoïques". (Pinard et Wallich.)

Puis la malade accuse une douleur à la jambe ou à la cuisse, sur un trajet veineux, en même temps que le membre inférieur augmente on ne tarde pas à augmenter de volume; on est en présence d'un début de phlegmatia qui va évoluer comme une phlegmatia classique.

L'état général est ordinairement profondément atteint; la pâleur de la face est très marquée; la langue est sèche et couverte de fulliginosités; la faiblesse est grande; et l'état du cœur est mauvais.

La douleur dans l'épaule, le point de côté et le trouble dans le rythme des mouvements respiratoires seraient dûs à la présence d'embolies pulmonaires multiples, de petites embolies qui viennent oblitérer de petites branches de l'artère pulmonaire.

3° La *phlegmatia latente* est d'autant plus grave qu'elle est insidieuse, qu'elle paraît plus bénigne, et que fréquemment elle amène la mort subite, l'embolie pulmonaire étant le premier phénomène révélateur de l'affection.

En voici les symptômes: frissons répétés plus ou moins nombreux; température peu élevée 37°2 le matin, 38°02 le soir. Ces symptômes qui apparaissent vers le 9e ou le 11e jour sont si peu

marqués que bien souvent on ne voit pas la nécessité de retenir la malade au lit quand celle-ci demande à se lever. La thrombose des veines des membres peut souvent passer inaperçue pour différents motifs: Tantôt parce que le caillot n'obture pas complètement la lumière du vaisseau, tantôt parce que l'affaiblissement de la malade émousse en elle la sensibilité.

La malade, qui s'est levée, essaie de faire quelques pas et brusquement elle s'affaisse et meurt. C'est l'embolie qui l'a tuée.

4^e La *quatrième* forme de phlegmatia dite *abortive*, diffère des autres par son peu de retentissement tant dans ses symptômes que dans son pronostic; c'est une phlegmatia atténuée, mitigée. Dans cette forme la douleur est légère et débute souvent par le pied. Souvent localisée à ce dernier, elle peut gagner le mollet: jamais elle ne remonte plus haut. L'œdème ne dépasse pas les limites de la douleur; c'est-à-dire qu'il reste localisé au pied, si la douleur n'affecte que cette partie du membre inférieur; il gagne le mollet, si la douleur affecte ce dernier. L'œdème est modéré. L'évolution de la forme abortive est courte; elle se fait en huit ou dix jours. Il y a toujours comme dans les autres formes menace d'embolie. Dans cette forme il n'y a pas de récurrence.

Evolution et pronostic. — La phlegmatia est une affection à marche lente, durant de trois semaines à un mois et même plus. Les accidents disparaissent progressivement, dans l'ordre suivant: fièvre, douleurs, œdème, impotence fonctionnelle.

De temps en temps, il se fait une nouvelle poussée de fièvre, en même temps que les douleurs reviennent un peu plus fortes. Presque toujours l'affection est unilatérale. Dans certains cas, *l'autre membre se prend*, alors que le premier est presque désenflé. Le second membre peut être aussi touché alors par la phlébite primitive est encore en pleine évolution. Une reprise de la température signale l'apparition de cette complication qui augmente singulièrement la durée de la maladie. Exceptionnellement, la thrombose atteint le membre supérieur, l'œil, la face, etc. Quand la jambe droite est prise primitivement, la gauche le sera infailliblement.

La *terminaison habituelle* est la guérison, mais le pronostic est toujours un peu réservé à cause de la possibilité des embolies.

Dans la grande majorité des cas cependant, la guérison survient, à la suite d'un repos prolongé.

La complication la plus grave est l'*embolie pulmonaire* dont les conséquences sont différentes suivant le volume de l'embolie. Cette embolie est amenée par détachement d'un caillot, pendant un mouvement brusque du corps ou du membre malade, ou encore lors du premier lever.

Les complications locales sont la lymphangite, l'érysipèle, le phlegmon de la gaine des vaisseaux, l'eczéma, le sphacèle superficiel ou profond du membre, le mal perforant plantaire, la gangrène des orteils, l'atrophie musculaire.

En dehors des névralgies crurales et sciatiques, dues à la névrite infectieuse ou aux varices des nerfs, on peut observer le passage à l'état chronique: l'œdème persistant et la dermite hypertrophique créent, alors, un véritable éléphantiasis. Plus fréquemment, l'immobilisation prolongée a déterminé des raideurs articulaires, des rétractions tendineuses, des atrophies musculaires, déformant le pied en équinisme.

Diagnostic. — Le diagnostic de la phlegmatia alba dolens est facile. On peut la confondre cependant avec la *phlébite variqueuse* ; mais celle-ci est cicatrisée par l'existence d'un paquet variqueux superficiel, contenant des cordons durs, noueux et enflammés ; la peau est violacée en cet endroit ; et le membre ne présente pas le gros œdème blanc et dur de la phlegmatia.

L'œdème de la phlébite sera facilement différencié de l'œdème albuminurique ou cardiaque, qui est mou, non douloureux et bilatéral. Les œdèmes qui peuvent apparaître au cours de certaines formes sérieuses d'infection puerpérale sont assez limitées, fugaces et mobiles. La douleur liée à quelque névralgie (sciatique) ne s'accompagne ni de gonflement, ni de température, et les points douloureux n'ont pas le même siège. De même, les femmes peussent sentir, durant les premiers jours qu'elles se lèvent, des douleurs dans les membres inférieurs, en même temps qu'il existe un peu d'œdème malléolaire ; mais ces signes sont bilatéraux et disparaissent avec le repos au lit.

Traitement. — Le traitement de la phlegmatia consiste essentiellement dans l'immobilisation absolue dans une bonne attitude,

du membre atteint. C'est le seul moyen de prévenir dans la mesure du possible la redoutable embolie. Il faut un repos absolu, et voici comment: la malade reste dans le décubitus dorsal, avec défense absolue de s'asseoir ou de se retourner dans son lit, de s'arc-bouter pour recevoir le bassin, de chercher à prendre quoi que ce soit sur la table de nuit. L'attitude du membre malade doit être aussi favorable que possible au rétablissement de la circulation collatérale. Le membre est enveloppé d'ouate. Comme topique on peut employer un liniment de belladone ou d'opium.

Le repos au lit doit durer pendant *trente* ou *quarante* jours en comptant au moins après le début de la phlébite si la maladie a évolué par poussées successives, c'est à partir de la dernière poussée de température que ce délai doit être compté.

Les Américains, Hirst et Edgar, nous disent: " la malade ne doit pas laisser son lit avant dix ou quinze jours après la *disparition complète de tous les symptômes* ".

Tout danger d'embolie ayant disparu, il faudra combattre les raideurs articulaires et l'atrophie musculaire par le *massage* et la mobilisation. On a même conseillé d'avoir recours à ces moyens beaucoup plus tôt, c'est-à-dire quinze à vingt jours après la disparition des phénomènes généraux contemporains du début de la phlébite. C'est une pratique si dangereuse qu'elle n'est pas à conseiller.

On peut, comme traitement général, conseiller un régime tonique, prescrire le quinquina. Si la douleur est forte, on la calmera par la morphine.

Pendant un certain temps après le lever, la femme aura avantage à porter, soit un bas élastique à varices, soit une bande de flanelle ou de crêpon.

ACTUALITES

DEONTOLOGIE ELEMENTAIRE

Par le Dr ANTONIO PELLETTIER, à Paris. (1)

Déontologie médicale! Voilà deux mots qui représentent, sous de multiples faces, l'impressionnante idée de justice. Le praticien

(1) *N. D. L. R.* — M. le Dr Pelletier, un ancien et brillant élève, à la fois poète et médecin, est actuellement à Paris où il étudie ferme. Il nous envoie, de là bas, cette analyse intéressante d'un nouveau livre du Dr Surbled, de Paris, dont les ouvrages sont connus et très appréciés à Montréal. Nous l'en remercions vivement.

les scrute sévèrement — un peu trop nombre de fois — pour peser les actions, même les plus insignifiantes, des confrères dans leurs rapports journaliers avec la clientèle et les autres praticiens. D'un autre côté, chacun s'en façonne une cuirasse dont il trouve aisément moyen de se couvrir.

Déontologie médicale ! Cela veut parfois dire : " A tout moment, je mérite tes égards, confrère, tandis que le code, entendu à mon sens, permet tout ce que je voudrai à ton endroit ".

Déontologie médicale ! Voici les deux mots bien laids qui nous rappellent les indélicatesses, les malveillances, les méchancetés de nos confrères (! ! ! . . .)

Déontologie médicale ! Ne perçoit-on pas là les deux plus jolis petits mots qui nous rechantent, avec des caresses de voix et de souvenir, notre condescendance, notre probité, notre dévouement vis-à-vis les autres M. D. ?

Au fond, vous savez, rien d'amusant comme la constatation des faits suivants : Très rares ceux qui s'accusent d'avoir violé un iota du code de déontologie ; assez rares ceux qui, accusés, ne se défendent pas avec l'intime assurance d'avoir raison ; bien moins rares ceux qui ne trouvent pas de nombreux péchés de puissante envergure chez leurs " chers confrères ", s'indignant de rencontrer de si piètres gens au sein de la famille médicale !

Il n'est pas nécessaire d'observer très profondément, ni longtemps, pour se rendre compte de l'exaetitude de cet avancé. Le médecin, après tout, n'est pas plus méchant, ni moins naturel, que les autres vivants !

Les vrais codes de déontologie existent-ils ?

On a bien quelques articles pour certaines sociétés particulières et puis : un point et c'est tout.

Le Dr Surbled, de Paris, vient de me remettre, à titre gracieux d'hommage d'auteur, son dernier ouvrage dont je voudrais vous parler un peu.

Le Dr Surbled est très répandu. Les lecteurs de cet article ont dû parcourir quelques-uns de ses ouvrages. Son dernier volume est le cinquantième. La note dominante de toute son œuvre donne l'excellente impression que l'auteur est un homme droit, qui traite avec honnêteté des sujets dont les plus grands écrivains — non les moins pervers souvent — se servent pour émouvoir les

masses, les attirer, les gâter, les perdre ! Son style naturel, facile, sans fatigue, sans recherches étonnantes coulant, est de bonne digestion, au point qu'après la lecture d'un de ses ouvrages comme " l'Âme et le cerveau ", " la Vie à deux ", " le problème cérébral, etc. ", on désire les autres. Ceci n'est pas une mince qualité, car l'on sait que beaucoup d'ouvrages écrits par des médecins très savants de fond, sont négligés de forme et de style : défaut qui rend toujours pénible la lecture d'ouvrages didactiques dont la base est d'un intérêt palpitant.

" Déontologie médicale ", tel est le titre de ce livre du Dr Surbled, professeur à l'Institut médical catholique de Paris. Il se divise en six maîtres chapitres, subdivisés en trente-cinq sous-titres.

Voici les grands traits :

- I. PRINCIPES DE DÉONTOLOGIE, 2 chapitres.
- II. VERTUS MÉDICALES, 10 chapitres.
- III. RAPPORTS CONFRATERNELS, 10 chapitres.
- IV. DEVOIRS ENVERS LES CLIENTS, 10 chapitres.
- V. SECRET MÉDICAL, 2 chapitres.
- VI. HYGIÈNE ET MORALE, 1 chapitre.

II.

La Déontologie, c'est la science et la pratique des devoirs du médecin, devoirs nés de l'honneur, de la justice, de la conscience droite. Cette conscience rejettera l'idéal païen qui idolâtre beaucoup de choses méprisables. Elle fera triompher la loi chrétienne, dont la devise est le " sursom corda " des esprits, des volontés, de l'âme. D'où, nécessairement, volte-face à l'égoïsme, à l'orgueil, au matérialisme abrutissant, et chaleureux accueil à la vertu qui caractérise la loi de Dieu : j'ai nommé la " charité ", synthèse sublime du plus sublime des codes. Et voilà qu'au lieu de n'être plus que le vulgaire baume d'une plaie physique, l'art médical devient une puissante force de perfectionnement social, et s'élève presque à la grandeur morale du sacerdoce.

Le Dr Surbled donne un chapitre spécial à chaque groupe des vertus particulièrement médicales : justice, charité, dévouement, courage, patience, désintéressement, discrétion, dignité, science, honnêteté.

La charité ne sera pas cette sympathie naturelle que les hommes éprouvent les uns pour les autres: philanthropie ou altruisme, mais la vertu d'abnégation, loi de notre vie.

Le dévouement est un sentiment tel que la profession ne se conçoit pas sans lui. A l'occasion, il nous fera braver les plus grands périls pour soulager les souffrants.

Le courage surmonte les dégoûts, lutte dans les épidémies, brise les épreuves imprévues ou d'apparence invincible.

Ici le Dr Surbled fortifie son chapitre avec plusieurs récits pleins d'émotion.

La Patience est la qualité la plus difficile à conserver dans la pratique. Pajot, le célèbre professeur de la Faculté de Paris, disait à ses élèves: " Vous devez avoir trois qualités — 1° de la patience ; 2° de la patience ; 3° de la patience ". Il en faut, certes, une profusion avec certains individus, avec la famille des malades, l'entourage souvent bavard, grotesque, indiscret, cupide, exigeant.

Le Dés-intéressement est un peu en décadence car plusieurs praticiens deviennent des hommes d'argent.

L'Honnêteté: certains médecins trouvent tous les cas graves et alarment sciemment la famille: ce sont les " tant pis ". Il y a les " tant mieux ". Ceux-ci ont l'air de dire, quand leurs clients meurent: " C'était pourtant si peu de chose ! " Ne tombons pas volontairement dans l'un ou l'autre défaut pour soigner plus long temps. Néanmoins, il est admis d'être habile et de savoir profiter des avantages de certaines circonstances. On évitera de paraître charlatan ou ignorant. La réclame est permise. Qu'elle soit honnête! La vraie publicité est dans nos succès, notre travail, notre dévouement. Alors si la réclame vole de bouche en bouche avec — souvent — une rapidité surprenante. Ceux qui bénéficient de vos capacités la soutiennent au détriment des paresseux, des maladroits, des confrères qui ont pour vous des sourires méprisants et des paroles défavorables.

III.

La deuxième grande division de l'ouvrage traite des " Rapports confraternels ".

* * *

Principes généraux.

A la base, justice et charité.

Les convenances extérieures s'imposent.

Si nous estimons nos confrères, elles deviendront cordiales. Ceci est réalisable sous l'inspiration de la charité qui nous élève au-dessus des petites misères du métier. Quand ce principe n'est pas observé nous sommes témoins de luttes, de haines, de rivalités, d'injustices qui déconsidèrent surtout ceux qui s'abandonnent, les rabaisent dans l'opinion publique, attaquent même le corps médical entier. Ce sont les propos discourtois, les dénigrements jaloux, les insinuations perfides, les mots enfielés, les silences malins, les appréciations blessantes du traitement d'un autre médecin. Celui qui se livre à ces trues méprisables voit bientôt l'arme se tourner contre lui.

Un trait.

Un médecin reçoit une cliente. Elle lui expose le traitement suivi.

“ Quel âne vous a prescrit cela ”, s'écrie-t-il aussitôt. Elle lui présente sa propre ordonnance!.....

Installation et débuts.

En France, le médecin qui s'installe visite les confrères déjà en pratique dans le même endroit. Dans les grandes villes, à Paris notamment, il se contente d'envoyer sa carte à ses voisins avec lesquels il est exposé à se rencontrer un jour ou l'autre dans la clientèle.

Au Canada, je pense que le nouveau venu peut attendre la visite des anciens, ou leur envoyer sa carte. En tout cas, un médecin, dans cette circonstance, qui visite un autre médecin a droit — et la plus élémentaire politesse l'explique — à une visite en retour. Manquer à cette règle étale un depot de méchante source, un manque d'éducation.

Disons que c'est aux anciens à bien accueillir les nouveaux. Celui qui arrive en a suffisamment des inquiétudes de l'avenir sans que les confrères le reçoivent péniblement. A quoi bon les réceptions glaciales, hostiles même. Ça ne change rien à la dé-

termination du débutant de s'installer dans le centre qu'il a choisi, et ça l'indispose à votre égard. Ne vaut-il pas mieux devenir son ami ? Il faut qu'il gagne sa vie, ce garçon-là. Comme vous avez planté votre tente, il élève la sienne. Alors, pourquoi pas, nouveau confrère nouvel ami ? Ainsi, l'on évite des désagréments pour l'avenir, surtout si le dernier venu prend la confiance de la clientèle.

* * *

Confraternité.

Tous les médecins sont confrères. Le diplôme les fait membres d'une même grande famille. Une conclusion s'impose : les différences d'âge, de rang social, de titres, doivent s'effacer devant l'égalité professionnelle. Chacun de nous a droit aux condescendances des autres — que ces autres soient députés, sénateurs, ministres, anciens internes, médecins des hôpitaux, professeurs ou grands maîtres à renommée mondiale. Dans une famille tous les frères sont égaux dans leurs cœurs, même si les uns sont pauvres, les autres parvenus aux richesses, aux honneurs, si les uns sont moins savants, les autres plus distingués.

Une des plus nobles idées du corps médical — une de ses plus belles gloires en même temps — est bien celle qui lui a fait adopter pour mot d'ordre " le lien familial " : ce qui contribue dans une mesure puissante aux succès de chacun, au bien de l'humanité.

En pays étranger, je constate avec bonheur que ce sentiment est répandu partout, puisque les médecins de tous les pays qui étudient en France fraternisent très bien et que les grands maîtres, avec la distinction qui les caractérise, nous accueillent comme des confrères plutôt que comme des élèves.

Clients d'autrui.

Le client est libre de choisir son médecin, de le changer au cours d'une maladie, de le reprendre après l'avoir quitté : question de confiance qui se donne, se perd, se reprend, à la merci d'un incident banal, d'un ébranlement nerveux du malade ou de l'entourage. Supportons ces infidélités sans rancœur, heureux de ne pas tomber dans la présomption. Ces revers arrivent à tous les praticiens de temps en temps. Cependant, aucun médecin ne s'ef-

forcera par des moyens malhonnêtes de rendre siens les clients d'autrui.

Parmi ces faux moyens, citons le dénigrement, les soins du rabais, le prestige d'un spécialiste qui garde pour soi la personne qu'un confrère lui adresse pour une consultation seulement. Dans ce dernier cas, si l'envoyé a une lettre de recommandation de son médecin ordinaire, le spécialiste doit écrire au confrère qui lui envoie ce patient, le remercier, lui expliquer le diagnostic, le traitement, et ce qui pourrait lui être utile pour continuer les soins lui-même. Alors, le spécialiste devra bien se garder de ne pas blâmer la conduite antérieure du médecin de famille et, de plus, il ne laissera pas entendre que si le médecin obtient quelque succès cela dépendra de son traitement, à lui, le spécialiste. Et cela en vertu du principe que le 2^e ou 3^e, ou 10^e médecin qui voit un malade doit des égards, même de la protection aux confrères qui l'ont précédé.

Il arrive parfois qu'un médecin ignore que des confrères ont déjà soigné la personne qui se présente à son bureau, soit négligence des confrères à l'en prévenir, soit que le client de désire pas l'avertir du fait. Dans ces cas, il peut advenir que le dernier médecin désapprouve ce qui a déjà été fait par d'autres. Evidemment, il ne faudrait pas le blâmer puisqu'il agit de bonne foi, croyant être le premier médecin du malade qui se présente.

* * *

Consultations.

Le médecin a recours aux consultations dès qu'il les juge nécessaires. Il se gardera d'en abuser chez les riches.

Certains confrères considèrent une consultation comme une défaillance de leur prestige, un doute à leur capacité. N'en demandant jamais, ils s'étonnent, se froissent quand la famille en cause.

Si l'entourage s'affole, laissons-le donc se rassurer avec tous les médecins qui lui plaisent.

Le consultant, s'il remarque une erreur, ne manifestera pas en présence du malade et de la famille, il approuvera toujours le médecin traitant, s'efforçant, sans ostentation, de ne pas affaiblir son prestige parfois ébranlé par la longueur d'une maladie grave. En particulier, tous deux discuteront le cas sérieusement, simple-

ment, sans étalage d'érudition inutile. Puis le médecin traitant continue le traitement arrêté en commun, à moins que le malade ou la famille veuillent absolument garder au chevet le médecin consultant. Dans ce cas, ce dernier aura toujours l'obligeance de n'accepter qu'après avoir fait des efforts considérables pour rétablir la confiance de son confrère et lui laisser son malade.

Quand le médecin traitant continue les soins — c'est généralement le cas — il doit suivre ce qui a été décidé et ne pas conserver uniquement sa médication antérieure dans la crainte que l'on remarque un changement d'orientation. Loin de là, il est bon de faire remarquer ce changement et de ne pas avoir peur d'avouer la capacité d'un confrère qui a traité gentiment.

* * *

Conclusion pratique.

Un confrère peut être votre rival, n'en faites jamais un ennemi. Que nos relations soient bonnes sans familiarité, car il arrive fréquemment que les médecins trop liés ne s'entendent pas longtemps, s'ils vivent dans un même circuit : leurs intérêts sont trop pareils.

Tous les confrères d'une même localité doivent se saluer. Il est inconvenant de signorer de parti pris. Le public saisit la moindre trace d'hostilité qu'il exploite.

Ne nous avilissons pas au point d'encourager les calomnies ou les médisances sur le compte d'autres confrères, surtout respectons-les dans nos paroles ; car le bien que nous faisons à la réputation d'un autre médecin rejaillit sur la famille médicale, donc sur nous. Travaillons donc à maintenir au premier plan l'estime du public pour notre belle profession !

IV.

La troisième partie de l'ouvrage du Dr Surbled traite de nos devoirs envers les clients. Je le suivrai seulement au chapitre des "Honoraires".

* * *

Le médecin vit de sa profession. Il aura un tarif suffisant pour satisfaire aux besoins de sa position sociale. Par ses études, il

s'est mis dans les rangs de la classe supérieure. Ses honoraires seront donc assez élevés. Il ne faudra pas toutefois se verser au mercantilisme, comme l'on serait absurde et trivial de rabaisser le tarif au point de paraître comparer nos services au travail d'un manoeuvre.

ANECDOTE.

Un soir de tempête d'automne, un quidam se présente chez le vieux médecin d'un petit bourg.

Vite, c'est pour ma femme!

Il faut que ça marche, vous savez, avec cette phrase-là....

Vous ai-je dit qu'il pleuvait et neigeait — neige et pluie glacées? Au fond, un médecin dévoué s'inquiète guère de ce petit détail.

Après un pénible trajet dans les chemins de routes et de fronts que vous devinez fort bien, l'on stoppe chez l'affligée.

Madame fricottait en chantonnant!....

Nez du vieux docteur!....

Allons, vieille, dit l'homme, voici le docteur: tu vas te faire sonder.

Mais je ne suis pas malade, grand bêta!....

Si, si, vieille, tu toussottais la semaine dernière. Allons, pas de *manière* comme ça, laisse faire le docteur y sera pas dit qu'il est venu pour rien.

Après l'auscultation, le bon vieux médecin dit: "Bah, rassure-toi, mon ami, ça ne sera rien....."

Le client, un peu ahuri: "Je m'en doutais aussi...; mais, vous comprenez, je dois vous avouer, pour être franche, "*qu'à prix égal*", j'aimais mieux, après ma journée de travail, me faire montrer par vous plutôt que par Baptiste, car, avec lui je n'aurais pas eu le sondage, pas vrai!....

Les malins ajoutent: "trois semaines plus tard, le Dr Bonasse mourait des suites d'une pneumonie happée un certain soir de tempête d'automne...."

Le jour des funérailles, l'ancien patient du vieux mort, apercevant le convoi funèbre, demanda à un passant: "Mais qui donc qu'on enterre aujourd'hui?"

C'est le Dr Bonasse, vous ne savez pas? Le docteur!... Ah!...

Siffloitant, sans saluer, les mains aux poches, l'ancien client continue sa route.....

Avez-vous remarqué que le médecin à petit tarif est toujours le médecin à petite renommée?.....

S'il vous plaît, ne confondons pas le *rabais médical* — et parfois malhonnête pour nos confrères — avec la vertu qu'on nomme *charité*.

Le Dr Surbled se demande quel sera le tarif minimum. Il conclut à peu près dans ce sens: Il est juste que le riche et le pauvre aient un tarif qui s'adapte à leurs fortunes respectives. Le tarif sera en rapport, sinon en proportion avec l'état pécuniaire du client. C'est pourquoi, en général, les tarifs fixes ne sont pas les meilleurs quoiqu'il faille en établir d'approximatifs. Et nous savons tous, par expérience, que dans certaine famille non seulement on doit tolérer, mais qu'on a le bonheur de pouvoir être charitable au-delà de l'abandon de nos honoraires.

Un point encore plus important que les honoraires, c'est leur réclamation.

Il nous paraît sage que tous les médecins mettent leurs comptes au point une couple de fois l'année, et les envoient à leurs clients. Ceux qui — n'ayant pas besoin d'argent — négligent d'un jour à l'autre, nuisent beaucoup à certains confrères qui n'ont pas toujours le gros lot pour attendre les bonnes grâces de clients bénévoles. Sans oublier que cette négligence éloigne fréquemment du bureau les retardataires qui auraient facilement payé une petite note tous les six mois et ne peuvent plus honorer un compte qui s'accumule depuis deux ou trois ans et maintes fois davantage.

* * *

Arrêtons-nous pour ne pas trop prolonger cet entretien. Le sujet est si vaste qu'il m'aurait fallu beaucoup plus d'espace pour faire autre chose que de l'effleurer. Tout incomplet que je sois, je n'aurai pas manqué mon but si vous m'avez lu avec de bonnes dispositions et si vous décidez de connaître au plus tôt les ouvrages du savant dont je ne suis que l'interprète.

N. B. — Dans d'autres articles, j'étudierai les œuvres de mes principaux maîtres en France, ceux surtout dont l'accueil m'aura été utile et agréable.

REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT GENERAL DE LA SYPHILIS (1)

Il n'y a que deux médicaments de la syphilis: un médicament capital, le *mercure*, un médicament accessoire, l'*iodure de potassium*.

A ces deux médicaments primordiaux, il faut en ajouter un troisième, un médicament adjuvant, qui est un agent utilisateur et éliminatif du mercure, c'est le *soufre*.

L'or, l'arsenic, l'antimoine, la quinine, l'urane et leurs composés, les sérums organiques n'ont aucune action curative sur la syphilis. Non seulement inutiles, de telles substances sont parfois dangereuses, témoin cette préparation d'arsenic, dite *al'oryl*, qui produit des troubles de la vue et parfois la cécité.

Nous allons étudier les modes d'administration, la posologie et l'action du *mercure*; les indications et l'action de l'*iodure de potassium*; l'emploi du *soufre* comme adjuvant et comme correctif de la médication mercurielle.

I. — LE MERCURE.

Toujours, que ce soit par la voie digestive ou la voie sous-cutanée il faut employer les sels solubles. Le traitement par les sels insolubles est une médication aveugle, dangereuse, dont on ne peut mesurer les effets. Il n'y a qu'une seule exception à cette règle, dans le traitement de la néphrite syphilitique, j'emploie le tannate de mercure, sel insoluble, et je l'emploie intentionnellement, parce qu'il est le sel mercuriel le moins nocif pour le rein.

Quel sera notre choix parmi les préparations de sels mercuriels solubles ?

Pour administrer le mercure par la bouche nous avons recours au sublimé en pilules, ou au lactate mercurique en solution; pour les injections sous-cutanées nous employons le benzoate de mercure, ou le biiodure de mercure.

Formule des pilules:

Sublimé.....	} à à 1 centigramme	
Extrait thébaïque		
Poudre de savon médécinal.....		10 —
Glycérine neutre		Q. S.

pour une pilule molle.

(1) Par le professeur E. GACHER, dans Revue Française de Médecine et de Chirurgie, 25 Aout 1909

Nous recommandons une masse pilulaire molle, car la désintégration en est plus facile dans le tube digestif: nous faisons les pilules assez volumineuses afin qu'elles soient moins irritantes pour l'estomac. C'est faute de ces précautions que les pilules sont parfois mal supportées.

Les malades prennent deux de ces pilules par jour, quelquefois trois, dans les cas rebelles.

Chez les enfants et exceptionnellement chez les adultes, nous employons une préparation liquide, le lactate mercurique ou lactate neutre de mercure en solution au millième, préparation supérieure à la liqueur de Van Swieten: elle n'a pas mauvais goût et n'est pas irritante pour l'estomac. Le lactate mercurique se prescrit par gouttes suivant l'âge: 2 fois X gouttes chez les nouveau-nés, puis trois fois X gouttes, 4 fois X gouttes, 3 fois XV gouttes pour arriver, vers l'âge de 2 à 4 ans, à une cuillerée à café.

Chez l'adulte, cinq cuillerées à café de lactate mercurique équivalent à peu près à deux centigrammes de sublimé ou à 4 cuillerées à café de liqueur de Van Swieten.

Cette médication par la bouche suffit généralement comme traitement de fond de la syphilis, et elle est habituellement bien supportée. C'est par des pilules que je soigne le plus grand nombre de mes malades; quand je les vois au début de leur syphilis il m'arrive de leur donner un traitement pilulaire de quatre années; ceux que je revois ensuite, quatre ans, vingt ans après, n'ont pas eu d'accidents. C'est véritablement la seule préparation qu'on puisse donner d'une façon continue.

Quand je suis obligé d'avoir recours à la médication sous-cutanée, ce sont les sels mercuriels solubles que j'emploie. Parmi ceux-ci, c'est au benzoate d'hydrargyre que je donne la préférence.

Chaque jour, les malades reçoivent une injection de 2 centimètres cubes d'une solution au centième, soit 2 centigrammes de benzoate.

Ma formule de la solution de benzoate est la suivante:

Chlorure de sodium chimiquement pur.....	2 gr. 50
Benzoate d'hydrargyre.....	1 gramme
Eau distillée.....	160 —

On m'a objecté qu'avec cette solution, j'injectais du sublimé; cela est vrai, mais ce qui est certain, c'est que les injections faites

avec cette préparation sont beaucoup moins douloureuses que les injections de sublimé en solution. L'inconvénient du benzoate, c'est la difficulté de le préparer, aussi chaque fois que vous ne serez pas certains d'obtenir une bonne préparation, employez le biiodure qui, lui, peut être préparé convenablement par tout le monde. Employez la solution aqueuse au centième :

Biiodure d'hydrargyre	1 gramme
Chlorure de sodium	1 —
Eau distillée.....	100 —

J'ai dit que le traitement de fond de la syphilis devait être institué habituellement avec les pilules. Quelles sont les indications des injections ? Il n'est pas douteux que les injections sont plus actives, et plus rapidement actives que les pilules, aussi devrez-vous les employer dans toutes les manifestations graves de la syphilis, et pour spécifier : contre le chancre phagédénique, contre les syphilides papulo-tuberculeuses ou ulcéreuses, contre les gommages perforantes du palais, dans la syphilis cérébrale et médullaire, en un mot dans tous les cas où il faut agir vite et énergiquement.

Au début de la syphilis, même sans manifestations particulièrement graves, pendant la période la plus virulente de l'infection, il y a avantage à faire des injections.

En outre, de temps en temps, dans le cours d'un traitement ordinaire, pour laisser reposer l'estomac ou l'intestin, ou même, régulièrement, en cas d'intolérance des voies digestives, on peut avoir recours à la médication sous-cutanée.

Mais, dans ce dernier cas, quand la médication pilulaire est absolument impossible, il me semble préférable d'avoir recours aux frictions mercurielles.

Le traitement général de la syphilis doit donc consister habituellement dans l'administration du sublimé par la bouche, exceptionnellement et dans des cas déterminés, dans les injections de sels mercuriels solubles.

Telle n'est pas l'opinion d'un certain nombre de médecins qui prétendent remplacer, comme traitement de fond de la syphilis, les pilules par les injections de sels mercuriels insolubles, espacés de semaine en semaine. En fait, aujourd'hui, c'est presque toujours les injections d'huile grise qu'on emploie. Cette préparation est destinée, non pas à remplacer les injections de sels solu-

bles, qui ont des indications spéciales, une rapidité et une sûreté d'action que ne peuvent avoir les préparations insolubles, mais à constituer le traitement courant et continu de la syphilis. Contre les accidents graves et menaçants, il n'y a pas de discussion possible: les injections de sels solubles sont infiniment supérieures aux injections d'huile grise. Mais, comme traitement de fond de la syphilis, l'huile grise peut-elle remplacer la médication habituelle: pilules de sublimé, liqueur de Van Swieten ou solution de lactate mercurique ?

A cette question, je n'hésite pas à répondre par la négative, pour les raisons suivantes:

- 1° L'huile grise est dangereuse ;
- 2° L'huile grise n'est pas plus efficace que les pilules.

L'huile grise est dangereuse: elle est capable — et elle seule est capable — de produire une gangrène spéciale de la bouche et du pharynx avec nécrose du maxillaire aboutissant le plus souvent à la mort. J'ai observé et publié 10 cas de cette gangrène bucco-pharyngée, dont 8 mortels, et M. Lassère, dans un travail récent, a réuni 26 cas de mort, à la suite d'injection d'huile grise. C'est un bilan formidable! L'huile grise est également nocive pour le rein, et nous avons dans ce moment, dans nos salles, un malade atteint de néphrite mercurielle, à la suite d'injections d'huile grise. D'ailleurs toutes les préparations insolubles sont dangereuses; j'ai publié jadis un cas de mort par colite ulcéreuse à la suite d'injections de calomel, et Bartsch (de Breslau) a publié 4 cas de colite ulcéreuse, suivie de mort, à la suite d'injections de préparations mercurielles insolubles (salicylate d'Hg et calomel).

Donc l'huile grise est dangereuse et elle ne peut pas ne pas l'être, car son emploi est illogique et antiscientifique. Elle réalise une accumulation de matière toxique, dont la dissolution est soumise au hasard, dont l'absorption est irrégulière, qui peut s'enkyster et se dissoudre tout d'un coup, sans que rien puisse empêcher cette dissolution et cette absorption rapides.

Quelle est donc la cause de la vogue de cette préparation, dont l'emploi peut être si redoutable et dont les avantages thérapeutiques ne sont pas supérieurs à ceux des autres préparations mercurielles? La vogue de cette préparation tient uniquement à sa commodité.

Les injections d'huile grise ne sont pas dangereuses, elles ne donnent pas de nodosités; d'autre part, elles ménagent l'estomac et l'intestin, et il faut reconnaître, d'ailleurs, que l'on a pris grand soin d'exagérer les inconvénients de la médication pilulaire pour l'estomac et l'intestin, dans le but de faire valoir les injections d'huile grise.

En somme, les injections d'huile grise sont commodes pour le malade, elles sont avantageuses pour le médecin: voilà pourquoi on renonce si difficilement à leur emploi; mais elles sont dangereuses et très dangereuses: voilà pourquoi je les condamne.

Quand le malade ne peut supporter les pilules, attendu, d'autre part, que les injections quotidiennes de sels solubles sont généralement inacceptables comme traitement continu je préfère avoir recours à l'ancien traitement de la syphilis, aux *frictions mercurielles*.

La pommade mercurielle, qu'on emploie pour les frictions, contient le mercure en nature, comme l'huile grise qui sert aux injections. Cependant, les deux médications ne sont pas comparables, car les frictions introduisent chaque fois dans l'organisme la quantité quotidienne de mercure qu'on veut faire absorber; il n'y a donc pas d'accumulation et de réserve de médicament. Le mercure contenu dans la pommade est absorbé immédiatement, en partie à l'état des vapeurs, par les voies respiratoires, en partie par les glandes cutanées, par assimilation glandulaire.

C'est précisément pourquoi il importe de faire les frictions dans les régions où les conduits glandulaires sont larges, à orifices béants, dans les régions pileuses, dans les aines et dans les aisselles. Chaque friction doit être faite par le malade lui-même autant que possible, avec la main nue, avec 4 ou 5 grammes d'*onguent napolitain* ou pommade mercurielle double du Codex français. La friction sera faite pendant 20 minutes, dans l'aîne gauche, le lendemain dans l'aîne droite, le 3e jour dans l'aisselle gauche, le 4e jour dans l'aisselle droite, de façon à revenir à l'aîne gauche le 5e jour et ainsi de suite.

Chaque série doit être de 20 frictions.

Quand les frictions sont bien faites, c'est le maximum qu'on peut supporter sans salivation. D'ailleurs, rappelez-vous que 20

frictions à 5 grammes équivalent environ, comme effet thérapeutique, à 30 jours de pilules de sublimé, à 2 centigrammes par jour.

Telles sont les préparations mercurielles que je conseille dans le traitement de la syphilis. Avec ces préparations, vous guérirez d'une façon générale et, à part les cas rebelles à tout traitement, toutes les manifestations de la syphilis à toutes ses périodes. *L'action curative du mercure* n'est plus à prouver ; cela est indiscutable et je ne perdrai pas mon temps à insister sur sa valeur.

Mais, le mercure, qui a une action curative si puissante, si indubitable, a-t-il une *action préventive* à l'égard des manifestations ultérieures de la syphilis ? Voilà une question encore bien controversée. Il faut d'ailleurs distinguer et étudier séparément *l'action préventive immédiate* du mercure et son *action préventive tardive*. Il faut aussi examiner les faits, séparément, à la *période secondaire* et à la *période tertiaire*.

Au début de la syphilis, pendant les premières années, quand l'infection est encore généralisée et diffuse, il n'y a pas de discussion possible, le traitement doit être continu ou à peu près continu, parce que les accidents sont eux-mêmes continus ou se renouvellent sans cesse. Cependant ce qui tendrait à prouver que le mercure n'est pas préventif, même à cette période, c'est qu'on voit les accidents récidiver pendant les courtes périodes de repos du traitement. Mais, en somme, comme les accidents, au début de la syphilis, ainsi que je viens de vous le dire, peuvent incessamment reparaître, il faut prescrire le mercure d'une façon régulière pendant longtemps. Si le médicament n'empêche pas l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses, il peut les atténuer, les guérir dès leur apparition, ce qui est une façon de prévention.

En somme, pendant la période secondaire de la syphilis, même en l'absence de manifestations de la maladie, je donne le traitement mercuriel à dose modérée.

Je donne le mercure pendant quatre ans, cette période étant celle pendant laquelle les manifestations syphilitiques sont exposées à reparaître de temps en temps.

Voici comment je règle ce traitement. Il faut le commencer le plus tôt possible dès que le diagnostic est certain, par l'examen clinique ou à l'aide de l'ultra-microscope, sans attendre l'écllosion de la roséole. Je prescris d'abord une série de quinze injections

quotidiennes de 2 centimètres cubes (2 centigrammes) de la solution de benzoate d'hydrargyre au centième; puis de suite, sans interruption, un mois et demi de pilules (deux pilules d'un centigramme de sublimé par jour). Après ces deux mois de traitement, je mets les malades au repos pendant un mois, à moins qu'il ne survienne des accidents pendant ce repos, auquel cas le traitement est repris.

Puis, pendant les deux premières années, le malade fait un mois de traitement sur deux, toujours avec la réserve de reprendre le mercure pendant le repos si des accidents reparaissent. Pendant la troisième année, un mois de traitement sur trois; pendant la quatrième, un mois sur six.

De plus, en raison de l'action manifeste du traitement mercuriel comme préventif de la syphilis héréditaire, je prescris, chez tous les syphilitiques, quel que soit l'âge de la syphilis, un mois de traitement mercuriel avant le mariage, et, chez les femmes syphilitiques ou chez les épouses de syphilitiques, un traitement mercuriel de trois semaines par mois, pendant toute la durée de la grossesse (deux semaines d'injections, une semaine de pilules, une semaine de repos).

Si l'action préventive immédiate du mercure administré pendant la période secondaire, est douteuse, son action préventive ultérieure et tardive est nulle.

Le traitement le mieux conduit, au début et pendant la période secondaire d'une syphilis, ne met pas à l'abri des accidents tertiaires, quand cette syphilis est capable de les produire. Il y a autant de manifestations tertiaires chez les syphilitiques bien traités que chez ceux qui ont été peu traités; il n'y en a pas plus chez les derniers que chez les premiers. Il y a des malades que je suis depuis vingt ans, il y en a même que je suis depuis vingt-cinq ans, qui n'ont pris de traitement mercuriel, et parfois très irrégulièrement, que pendant deux ans et même moins, parce qu'ils n'avaient aucun accident, et qui n'ont rien eu depuis le début de leur maladie.

J'en connais, au contraire, un aussi grand nombre, qui, depuis dix et quinze ans, n'ont cessé de se traiter à intervalles réguliers et qui ont encore des manifestations syphilitiques de temps en temps.

Parmi les malades atteints de tabès ou de paralysie générale j'en connais autant de bien traités que de peu ou non traités. J'ai vu récemment un homme qui s'était soigné jusqu'à l'exagération, d'une façon continue ou presque continue, depuis quinze ans et qui vient de se suicider au début d'une paralysie générale. C'était un malade à hérédité nerveuse, fils de neurasthénique, et, en effet, c'est là, plutôt que dans l'absence de traitement, qu'il faut chercher la cause déterminante de la paralysie générale.

Je suis donc convaincu que le mercure n'a aucune action préventive tardive. Il est donc inutile, il est peut-être dangereux de gorgier les syphilitiques de mercure sans raison. Le mercure a une action nocive sur le rein, et nous avons eu, il y a trois ans, dans notre service, un malade qui a succombé à une néphrite mercurielle, provoquée par un traitement intensif, prolongé et intempestif, car il n'avait aucune manifestation syphilitique.

Si le mercure, administré à la période secondaire de la syphilis, a une action préventive immédiate douteuse et une action préventive tardive nulle, à la période tertiaire, cette action préventive est nulle dans tous les cas.

Nombreux et journaliers sont les exemples de malades, traités et guéris d'une lésion syphilitique par la médication mercurielle, et qui sont atteints d'une lésion nouvelle aussitôt après la guérison de leur première lésion et la cessation du traitement. Ici, c'est un malade qui, à peine guéri d'une exostose, voit survenir une gomme palatine; là, c'est un autre qui, guéri d'une syphilide cutanée, voit apparaître une ostéite syphilitique. Une malade encore dans le service, à peine guérie d'une paralysie du moteur oculaire commun du côté droit, voit une paralysie semblable s'établir du côté gauche. Et toujours, d'ailleurs, la nouvelle lésion, comme la première, cède au mercure qui, toujours curatif, n'a pu être préventif dans aucun cas.

II. — L'IODURE DE POTASSIUM.

L'iodure de potassium est le second médicament de la syphilis, mais, à beaucoup près, il n'a pas la valeur du mercure. On peut traiter et guérir des manifestations syphilitiques quelconques par le mercure seul, sans iodure de potassium; on ne peut guérir par l'iodure seul, sans mercure, qu'un nombre très restreint de lésions

syphilitiques, presque uniquement les gommés et, encore celles-ci guérissent mieux et plus rapidement par l'association du mercure et de l'iodure de potassium.

C'est qu'en effet l'iodure est seulement un médicament résolutif, il est un adjuvant du mercure et rien de plus. Jadis, on attribuait à l'iodure de potassium une action beaucoup plus étendue. Ricord en avait fait presque le remède spécifique de la période tertiaire, et beaucoup de médecins vivent encore sur cette idée erronée. En réalité, l'iodure de potassium a des indications aussi bien à la période primaire ou secondaire qu'à la période tertiaire de la syphilis et à l'une ou l'autre de ces périodes, il n'a que des indications restreintes. C'est un médicament de second ordre, qui doit être associée au mercure dans toutes les lésions ulcéreuses ou proliférantes de la syphilis, dans les néoplasies spécifiques et dans les ulcérations envahissantes ou persistantes.

Pour préciser, il faut associer l'iodure de potassium au mercure, notamment dans le chancre exubérant, dans le chancre phagédénique, dans les syphilides tuberculeuses ou ulcéreuses secondaires ou tertiaires, dans les gommés syphilitiques, dans les artérites, dans la syphilis cérébrale et médullaire, dans les exostoses, les ostéites, les périostites et, d'une façon générale, dans toutes les syphilis graves.

D'ailleurs, dans la médication iodurée, c'est l'iodure alcalin qui agit et non l'iode. L'iodure de sodium, comme on en peut juger facilement dans le traitement des syphilides cutanées, qu'on a sous les yeux et dont on peut suivre l'évolution, l'iodure de sodium a une action sensiblement égale à celle de l'iodure de potassium. Il guérit les syphilides cutanées à peu près dans le même temps. Mais les préparations organiques d'iode ou l'iode métalloïdique sont sans action notable. C'est donc l'iodure de potassium qu'il faut prescrire, c'est l'iodure alcalin classique et le plus stable.

Communément on le prescrit à la dose de 1 à 2 grammes par jour en deux fois: je le donne rarement à plus de 4 ou 5 grammes, car j'ai remarqué qu'une dose quotidienne supérieure n'avait pas plus d'action. Comme l'iodure de potassium s'élimine très rapidement, il est bon de le donner à dose fractionnée dans les vingt-quatre heures et pas plus de 1 gramme à la fois.

Telles sont les indications, telle est la posologie, telle est l'ac-

tion curative de l'iodure de potassium: c'est l'agent résolutif par excellence.

Mais ce médicament n'a aucune action préventive, ni immédiate, ni lointaine, à aucune période, pas plus à la période tertiaire qu'à la période secondaire, à l'égard des manifestations quelconques de la syphilis.

Il est donc absolument inutile de faire prendre de l'iodure de potassium à un syphilitique qui ne présente aucune lésion actuelle. Il importe d'autant plus de s'abstenir de cette pratique que l'iodure de potassium est un médicament qui peut être dangereux, car il est congestionnant et hémorragipare. Il est dangereux dans le traitement de certaines localisations de la syphilis et il faut se priver de son secours, malgré les avantages qu'il présente d'autre part, dans les lésions oculaires, dans les lésions du larynx et des bronches. Il peut être également funeste dans les lésions rénales et ne doit être employé qu'avec beaucoup de prudence.

III. — LE SOUFRE.

Tels sont, avec une valeur différente, les deux médicaments de la syphilis: le mercure et l'iodure de potassium. Le soufre, également utilisé, n'est pas un médicament de la syphilis, mais seulement un agent utilisateur et éliminateur du mercure.

Les composés sulfurés et, particulièrement, l'hydrogène sulfuré, redissolvent le sublimé combiné à l'albumine dans l'organisme sous forme d'albuminate de mercure insoluble.

Le soufre est employé sous forme d'eau sulfurée, de solution de monosulfure de sodium ou d'hydrogène sulfuré. On se sert habituellement d'eau sulfurée naturelle, particulièrement d'eau d'Uriage, qui est assez facile à digérer, à cause du chlorure de sodium qu'elle contient; on en fait boire un verre tous les matins et, même, un verre matin et soir. A défaut d'eau minérale naturelle, on peut prescrire une eau sulfurée artificielle, par exemple la solution suivante:

Faire dissoudre dans un litre d'eau:

Silicate de soude.....	0 gr. 10
Monosulfure de sodium.....	0 gr. 15
Sulfate de soude ordinaire à équivalents d'eau.....	3 gr.
Chlorure de sodium sec.....	6 gr. 50

En prendre un ou deux verres par jour.

L'eau sulfurée est utile dans toute cure mercurielle, pour prévenir les accidents hydrargyriques et, notamment, la stomatite. Elle est surtout utile pendant les traitements par les injections ou les frictions mercurielles.

Elle est spécialement nécessaire quand on est obligé de prescrire une médication mercurielle intensive, à cause de la gravité des accidents, et elle permet une tolérance beaucoup plus grande de l'organisme pour le mercure. Si l'on veut porter la dose de sublimé, en pilules, ou la dose de benzoate d'hydrargyre, en injections, à 3 centigrammes par jour, on ne le peut guère qu'avec l'aide de l'eau sulfurée.

La médication sulfurée est également indiquée dans les cas de saturation mercurielle, quand les malades ne peuvent plus supporter le mercure, et, chose remarquable, dans ces cas-là le soufre utilise les réserves mercurielles accumulées, il déplace et dissout le mercure immobilisé dans les éléments anatomiques. On voit des malades guérir de leurs manifestations syphilitiques sans nouveau traitement mercuriel, uniquement par la cure sulfurée, et ce qui prouve bien que le soufre utilise le mercure accumulé, c'est que l'analyse chimique permet de déceler son élimination par la sécrétion urinaire.

Ce que je viens d'exposer n'est qu'un résumé succinct du traitement de la syphilis. Mais je crois avoir donné des indications suffisamment nettes et précises pour qu'elles puissent être appliquées efficacement et sans danger au traitement de tous les syphilitiques.

LE TABAGISME (1)

L'intoxication par le tabac donne des accidents aigus et des accidents chroniques.

Les accidents aigus résultent: soit d'une intoxication criminelle ou involontaire, ils sont alors graves et quelquefois mortels soit du premier usage du tabac chez un fumeur novice, ils sont alors bénins et, en général, ne se reproduisent plus à un second essai, car l'accoutumance au tabac vient très vite.

(1) Par le Docteur MARC dans *Méd. internationale*. Voici une article bien fait, qui sera utile aux Canadiens, grands fumeurs.

Dans l'intoxication aiguë grave, le début est marqué par une sensation de striction et de brûlure dans la gorge, l'œsophage et l'estomac; le creux épigastrique est douloureux; des vomissements se produisent; une diarrhée copieuse apparaît. Le malade est anxieux, il se plaint de vertiges et d'une céphalée intense; la face est pâle, les pupilles contractées. Le pouls est petit, accéléré et irrégulier, la respiration rapide. Un délire violent survient, puis des tremblements, des convulsions. Peu à peu, le malade tombe dans le coma; il est paralysé; la pupille se dilate, le pouls faiblit, la mort survient par syncope.

Dans les formes curables, on retrouve les mêmes brûlures œsophagiennes avec vomissements, les vertiges et la céphalée; mais les convulsions manquent; le malade tombe dans un sommeil profond. Après l'accès, il lui reste une céphalée persistante et des troubles gastriques. Ces accidents sont parfois assez pénibles pour dégoûter à jamais du tabac le jeune fumeur.

Dans l'intoxication chronique chez l'homme, il est très difficile de faire la part de ce qui revient au tabac, car le tabagisme se mélange souvent à l'alcoolisme, à l'absinthisme, au caféisme et aux tares laissées par les diverses maladies que l'individu a subies.

Nous passerons en revue successivement les accidents qui sont ordinairement attribués au tabac, et dont un certain nombre se reconnaissent à ce que la suppression du tabac les fait aussitôt disparaître.

Les symptômes digestifs sont parmi les plus constants; le tabac chiqué détermine des stomatites et peut-être des gastrites. Le tabac fumé produit des accidents buccaux, gastriques et même intestinaux.

La bouche du fumeur se fait remarquer par la coloration noirâtre des dents, par sa sécheresse, par l'état saburral de la langue, et quelquefois par une véritable stomatite avec rougeur, gonflement et douleur de la muqueuse; les aphites sont fréquents. En somme, la bouche est dans un état d'irritation chronique favorisant le développement des lésions syphilitiques ou du cancer. Un syphilitique doit s'abstenir de fumer, car la fumée du tabac fait apparaître des plaques muqueuses dans la bouche et empêche la guérison de celles qui existent.

En outre, le tabac joue certainement un rôle dans la genèse de

la leucoplasie buccale. On admettait autrefois que ces plaques branchâtres, nacrées, siégeant sur le dos de la langue ou à la face interne des lèvres et des joues, principalement aux commissures, tantôt minces, tantôt en placards durs, saillants, lisses ou ridés, étaient dues au tabac; d'où leur nom de "plaques nacrées des fumeurs".

MM. Landouzy, Fournier, Gaucher ont démontré l'origine syphilitique de ces plaques de leucoplasie, et l'on doit admettre aujourd'hui que le tabac joue seulement un rôle de collaborateur dans leur production.

Il en est de même pour le "cancer des fumeurs", cet épithéliome de la langue et surtout des lèvres que l'on croyait autrefois ne survenir que chez les fumeurs. Des observations de Verneuil, de Ozenne montrèrent ses relations avec la syphilis. Poirier, Fournier admettent que le cancer de la langue est, en réalité, le cancer des fumeurs syphilitiques, ce que Fournier résume dans le nom de "cancer d'origine syphilo-nicotique". Ce sont les vétérans de la syphilis et les grands fumeurs qui en sont atteints.

Pour le cancer des lèvres, on a fait ressortir sa fréquence beaucoup plus considérable chez l'homme qui fume beaucoup plus que la femme; on l'a vu d'ailleurs chez des femmes qui, précisément, avaient l'habitude de fumer. Cependant, Morvan prétend qu'on ne le voit guère chez les Bretonnes, qui fument le court "brûlegueule". Il nous semble qu'on a exagéré la fréquence des habitudes de fumer chez la femme bretonne. En résumé, si le tabac favorise l'apparition du cancer des lèvres par l'irritation qu'il produit, il ne la détermine point.

Le tabac est l'occasion d'angines fréquentes, d'irritations du tissu lymphoïde pharyngé, de pharyngite chronique granuleuse: la gorge est rouge, les follicules clos saillants, en grains de semoule, la gorge est sensible au froid; la laryngite est fréquente; il y a des bourdonnements d'oreilles, un râclement matinal du "hemmage". Puis la muqueuse est rouge et gonflée; c'est la pharyngite hypertrophique qui aboutit à la pharyngite atrophique et au caarrhe naso-pharyngien persistant.

L'œsophagisme et le hoquet tabagiques, signalés par Huchard, sont fort rares.

Germain Sée a décrit la dyspepsie tabagique. Elle se voit surtout chez les sujets qui déglutissent leur fumée; suivant Robin

chez ceux qui crachent et perdent ainsi de la salive utile à la digestion; suivant Bamberger chez ceux qui n'usant pas de fume-cigarettes mâchent l'extrémité de la cigarette ou du cigare; d'autres incriminent surtout la cigarette à jeun.

Le plus souvent, le tabac fait disparaître la faim, ou bien donne une sensation de "fausse faim". La bouche est amère, la langue saburrale; après le repas, le sujet a des éructations, une sensation de pesanteur; il ne peut travailler après le repas et sommeille.

Par contre, il faut bien le dire, il existe des cas où le tabac semble favoriser la digestion; ce n'est, en tous cas, que s'il est fumé à petite dose.

Sur l'intestin, le tabac paraît agir en excitant la contractibilité des fibres musculaires; on observerait de la diarrhée chez les ouvrières des manufactures (Jacques, Pla). Une diarrhée subite éclate parfois après abus de tabac ou chez des personnes enfermées dans une atmosphère surchargée de fumée de tabac. D'ailleurs, Trousseau recommandait l'usage d'une cigarette à jeun aux personnes constipées, et Soupault rappelait que chez certains individus, le meilleur laxatif est un bon cigare.

Il est impossible de dire si chez l'homme l'abus du tabac peut donner des cirrhoses du foie, comme le fait l'intoxication tabagique chez les animaux; il y a tant de causes capables de produire la cirrhose hépatique chez l'homme. Enfin, la glycosurie alimentaire d'origine tabagique paraît très douteuse à Gy.

Il en est de même pour le rein qui se ressent probablement des excès tabagiques, mais sans que l'on puisse en faire la preuve.

L'appareil respiratoire est ordinairement atteint; le tabac à priser irrite la muqueuse nasale et produit un écoulement pituitéux rebelle. Il en est de même à un moindre degré chez le fumeur qui rejette la fumée par le nez: le larynx et la trachée sont irrités; d'ailleurs Mulhall a bien montré que la jouissance du fumeur avait pour condition une irritation de la muqueuse laryngée. La voix est constamment enrouée. Cependant il y a des exceptions; Mulhall cite plusieurs observations, en particulier celle d'un acteur célèbre, dont le tabac n'altérait en rien l'organe.

Le tabac produit peut-être l'emphysème, surtout lorsqu'il est fumé dans un narguilé. Il donne des accès d'asthme bruyants, mais sans gravité, survenant surtout le soir après une orgie de

tabac. Inversement, la fumée de tabac exerce parfois une influence heureuse sur les crises d'asthme.

L'action du tabac sur la tuberculose pulmonaire a été très discutée. Monin voyait dans le tabac un moyen de défense contre la bacillose. Tassinari, Israël, Jankau ont considéré le tabac comme un antiseptique des voies respiratoires, et les recherches de Trillat, Kerez, Arnold, montrant que la fumée de tabac contient du formol, semblant donner l'explication de cette action microbicide. Par contre, d'autres auteurs ont déclaré que le tabac est fatal aux tuberculeux et que la tuberculose évolue avec rapidité chez les sujets dont les voies respiratoires sont irritées par le tabac. Il y a des excès dans ces deux opinions; nous en retiendrons seulement que la fumée de tabac ne doit pas être employée à titre d'antiseptique des voies respiratoires et que le tabac doit être interdit aux tuberculeux comme capable d'irriter les bronches.

De tous ces appareils, le plus souvent touché par le tabac est l'appareil circulatoire. Les accès d'angine de poitrine sont fréquents. Apanage du fumeur invétéré, l'angine apparaît brusquement, sans prodromes, au milieu de la nuit, à la suite d'un excès de tabac en général; souvent très pénible, elle effraie le fumeur qui laisse, pour un temps, le tabac de côté, mais qui recommence quand le souvenir angoissant de la crise s'est effacé.

Parfois ce sont des crises de palpitations répétées qui inquiètent le malade et lui font croire qu'il est atteint de cardiopathie.

La crise d'angine de poitrine a des caractères et une intensité variables, en rapport avec la pathogénie de la crise chez le fumeur, qui n'est point la même dans tous les cas, et avec les maladies associées.

Suivant Bureau, les accidents cardiaques varient selon que l'intoxication tabagique est ancienne ou récente. Dans les accidents cardiaques précoces rentrent les cardialgies, les palpitations et l'angor; ils cèdent rapidement à la suppression du tabac. Les accidents tardifs sont surtout des vertiges, une sensation lipothymique qui tient le malade éveillé, un ralentissement du pouls qui tombe à 60 et même parfois à 24 (Vallin). Ou bien ce sont des intermittences. Ces accidents tardifs ne cèdent pas aussi facilement et peuvent durer une ou plusieurs années après la suppression du tabac.

Suivant Huchard, ces divers accidents peuvent tenir : au spasme des coronaires, à la dyspepsie tabagique retentissant sur le cœur, ou à la sclérose des coronaires.

Le tabac retentit sur le myocarde. Les Anglais, en particulier Chapman, ont décrit, sous le nom de " tobacco heart ", l'hypertrophie et la dilatation du cœur par le tabac.

L'action du tabac sur les vaisseaux a été niée par Potain et Lancereaux, mais admise par Huchard. Eid a soutenu l'existence de lésions mitrales et aortiques dues au tabac; Rendu rappelait que, dans un voyage en Corse, il avait été frappé du nombre insolite de lésions aortiques chez des individus qui tous étaient de grands tabagiques.

Erb a décrit des phénomènes de claudication intermittente douloureuse des membres inférieurs, ou dysbasie angiosclérotique, dûs à l'angiosclérose, et pouvant se compliquer de gangrène sèche d'un orteil ou d'un membre chez les grands fumeurs.

Le tabac est un poison du système nerveux. Il donne lieu à des troubles variés, moteurs, sensitifs, intellectuels. N'a-t-on pas été jusqu'à parler de paralysie générale nicotinique ?

Le tremblement tabagique, analogue à celui du café, est rapide, plus accentué le matin; il se manifeste surtout dans l'écriture. Le fumeur se plaint aussi de tressautements musculaires. L'épilepsie tabagique, qui est un des symptômes de l'intoxication aiguë est douteuse dans l'empoisonnement chronique.

Le vertige est fréquent, il s'accompagne souvent de céphalalgie aux tempes, de dyspnée, de prostration, d'algies en un point quelconque du corps, au niveau du thorax, de l'omoplate, sourdes, apparaissant et disparaissant brusquement, durant quelques heures ou quelques jours.

La céphalalgie est fréquente: c'est une sorte d'ivresse avec lourdeur de tête, démarche incertaine, impossibilité de travailler. Parfois, c'est une migraine ou une migraine ophthalmique.

La mémoire est souvent troublée chez les fumeurs; c'est un oubli des substantifs, des mots usuels, non des images visuelles; il en résulte une difficulté de la parole et du travail. Des accès d'aphasie transitoire apparaissent brusquement à la suite d'un excès de tabac; ils durent quelques heures, quelquefois ils s'accompagnent d'angoisse précordiale, de modifications du pouls, de vertiges, de palpitations, d'hémiplégie droite.

Le tabac agit principalement sur les fonctions du cortex; il a une action tantôt stimulante et tantôt dépressive, utilisée soit pour favoriser le travail et l'imagination, soit pour donner un état de somnolence et de rêvasserie agréable. Pathologiquement, il cause de l'insomnie, des hallucinations visuelles, du subdélire; il ralentit l'intelligence et rend le travail pénible, efface la volonté, favorise l'apparition des névroses et des psychoses; souvent, il crée la neurasthénie. Suivant Kjellberg, il existerait une véritable folie nicotinique, fréquente dans l'Europe septentrionale, qui passe par trois stades successifs. Buccelli considère le tabac comme très nuisible aux malades dont le cerveau est déjà lésé, et voudrait l'exclusion des asiles.

La cessation brusque de l'intoxication tabagique produit des troubles dépressifs, des accidents cardiaques et nerveux qui mettent parfois plusieurs semaines à disparaître.

L'influence du tabac sur l'ouïe se manifeste par l'apparition ou l'aggravation d'une surdité avec bourdonnements d'oreilles; le tabac est interdit à toute personne souffrant de l'oreille.

Les troubles de la vue, bien étudiés par Terrien, consistent principalement dans l'amblyopie: celle-ci précédée par quelques douleurs orbitaires, par des mouches volantes, est caractérisée par l'éblouissement au grand jour ou nyctalopie; l'asthénopie rétinienne, c'est-à-dire une sorte de voile entre l'œil et l'objet; des troubles dans le sens des couleurs ou dyschromatopsie; un scotome central ou paracentr. qui diminue considérablement l'acuité visuelle; une décoloration partielle de la papille. Cette amblyopie a un pronostic favorable et guérit en général dès que cesse l'intoxication.

Le tabac a été accusé d'agir sur les organes génitaux. On lui a attribué bien des cas d'impuissance génésique chez l'homme; mais ces faits sont douteux. Chez la femme, le tabac provoquerait, suivant certains auteurs, des avortements, ferait des enfants chétifs et des mères mauvaises nourrices. Il y a longtemps déjà que Ramazzini, Merat accusaient le tabac de bien des accidents génitaux chez les ouvriers des manufactures.

En 1843, eut lieu à l'Académie de médecine une discussion au cours de laquelle Méliér chargea le tabac de nombreux méfaits et crut par l'expérimentation démontrer son action toxique: ayant apporté dans la manufacture de tabac un rosier fleuri et une pri-

mevère, il vit que les fleurs en étaient fanées au bout de trois jours; il est vrai que les plantes portaient des bourgeons nouveaux, et que des lapins et des oiseaux placés dans la même atmosphère, ne paraissaient nullement en souffrir.

En 1880, Delaunay, à la suite d'une enquête chez les sages-femmes du Gros-Caillon, accuse encore le tabac; des enquêtes contradictoires établissent son innocuité relative. Il ne faut pas oublier que le tabac n'est pas la seule intoxication ou infection capable de donner des avortements à laquelle soient exposées nos modernes Carmen.

Par l'expérimentation, Guillaïn et Gy ont montré le retentissement du tabagisme sur les fonctions génitales; les femelles de lapin et de cobaye ont toutes présenté des avortements, ou donné naissance à des petits mort-nés.

Cependant, le tabac a trouvé encore un défenseur en M. Robinson, qui n'a pu provoquer d'avortement par l'intoxication tabagique chez la chienne et la chatte, et qui fait ressortir la facilité avec laquelle les femelles de lapin et de cobaye avortent pour un traumatisme quelconque; de même il ne croit pas que l'avortement soit plus fréquent chez les femmes turques malgré leurs habitudes tabagiques. La question n'est donc pas absolument tranchée.

CHRONIQUE

“ MAISON DE SANTÉ TARNIER ”. — C'est le nom d'un nouvel hôpital privé, fondé à Montréal, grâce à l'initiative de M. Brisset, agrégé à la chaire d'obstétrique.

Cette fondation, qui vient remplir une lacune, sera certainement bien accueillie du public médical qui ne ménagera pas son encouragement à l'entreprise de M. Brisset.

En effet, bon nombre de jeunes chirurgiens, de spécialistes, ou de médecins ayant fait des études spéciales, ne peuvent trouver accès dans nos grands hôpitaux, qui sont souvent encombrés et peuvent à peine suffire à loger les patients des médecins de service. Ces confrères se voyaient dans l'obligation de diriger leurs

malades vers des maisons de santé anglaises ou de fonctionner péniblement à domicile.

Le nom de " Tarnier " indique suffisamment que cet hôpital est spécialement destiné aux soins obstétricaux ; cependant, tous les malades, non contagieux, y sont admis et peuvent y être traités par le médecin de leur choix.

Cet établissement que nous avons visité d'une façon toute spéciale offre toutes les garanties d'une parfaite sécurité : salle d'opération avec tous les accessoires modernes ; service des garde-malades ; chambres, spacieuses, sobres et d'une rigoureuse propreté ; cuisine dirigée par un chef français ; tout y est parfait.

Nous sommes convaincus que, dans ces conditions, " La maison de santé Tarnier " aura tout le succès possible, que la profession médicale doit lui assurer, et cela sans préjudice pour les grands hôpitaux qui souffrent d'une pléthore intense.

Pour guérir le mal. — Encore aujourd'hui, dans certaines parties de la Bretagne, on soigne les abcès d'une manière originale.

Pour ces braves gens, les abcès ne sont pas de même nature. Il y a celui de Saint-Eloi, de Saint-Antoine, de Saint-Clet, de Saint-Cado et d'autres. Étant donné un abcès, il est donc d'une nécessité absolue de savoir de quel saint il dépend, chacun n'ayant dans ses attributions que la guérison de la catégorie qui porte son nom. Ce problème, qui semble difficile à résoudre, reçoit cependant une solution simple.

On prend un ver de terre qu'on coupe en trois ou quatre tronçons, et pendant qu'il s'agite et se tortille, un des tronçons est placé sur la partie malade. En même temps, l'un des assistants dit les litanies des saints auxquelles tous répondent les " ora pro nobis " d'usage, l'œil fixé sur l'elminthe sectionné. A sa dernière convulsion, on s'arrête : le saint qui vient d'être nommé est celui qu'il faudra consulter.

Si le malade ne peut y aller lui-même, une personne de l'entourage se rend pour lui auprès du guérisseur. Elle rapportera l'eau de sa fontaine, la terre de son église ; le tout mélangé fera un cataplasme excellent.

A moins de s'être trompé de saint, le résultat ne se fait pas attendre.

MORT DE M. JACQUES REYNIER. — *Une victime du devoir.* — Le martyrologe de la science et du devoir professionnel médical s'augmente presque chaque jour d'un nouveau nom.

Après l'interne Bazy, fils du chirurgien en chef de Beaujon, devenu aveugle dans l'exercice de ses fonctions, c'est l'externe des hôpitaux Jacques-Antoine Reynier, fils du chirurgien de Lariboisière, qui, à son tour, tombe au champ d'honneur.

Il y a un mois, Reynier procédait, à l'hôpital Necker, à l'autopsie d'un cadavre. Accidentellement, il se piquait au doigt avec son histouri. Il ne dit rien et continua son opération. Deux jours après, il ressentait d'intolérables douleurs et fut contraint de s'aliter. Le mal fit de rapides progrès et bientôt son état fut jugé désespéré.

Le malheureux jeune homme avait une infection du sang généralisée. Son père et les sommités médicales de Paris firent l'impossible pour le disputer à la mort. Tous les efforts furent vains, et bientôt l'externe Reynier mourait dans les bras de ses parents éplorés.

Sa fin fut vraiment héroïque. Quelques heures avant de mourir, à son grand-père le docteur Hérard, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu; à sa tante, à sa mère et à son père qui ne quittaient pas son lit de douleur, il disait avec un courage extraordinaire: " Ne vous désolerez pas. Ne me plaignez pas. Je meurs comme un soldat sur un champ de bataille. Quand on entre dans la carrière médicale, on sait à quoi on s'expose. On n'a pas d'illusion sur les dangers qui guettent chaque jour un médecin ! "

Doué de brillantes qualités, travailleur passionné, Reynier était appelé au plus bel avenir. Il était âgé de vingt et un ans.

Des singes médecins. — Nous avons montré dernièrement le curieux emploi que faisait l'ancienne médecine arabe des fourmies en les utilisant pour suturer les plaies. Voici qu'un explorateur nous signale le fait très curieux d'animaux intervenant eux-mêmes — par intelligence ou par instinct, la chose est à débattre — dans des opérations chirurgicales.

Il s'agit des *alouates* de la Guyane, qui sont peut-être les plus intelligents et les plus malicieux des singes.

Les alouates sont aussi d'habiles chirurgiens.

Lorsqu'un de leurs petits camarades est blessé, les alouates l'entourent, le pressent et, avec force mimiques et glapissements, semblent l'interroger sur la nature de son mal et le consoler. Les plus jeunes se dispersent dans la forêt, sautant de branche en branche à la recherche des vieux qu'ils appellent, et ceux-ci arrivent en toute hâte pour secourir le malade. Ils l'examinent attentivement, plongeant les doigts dans la plaie comme pour en mesurer la profondeur, tandis que d'autres vont chercher des feuilles sèches qu'ils insinuent dans la blessure pour arrêter le flux du sang. D'autres arrivent ensuite, apportant des plantes qu'ils appliquent sur la plaie.

Le plus curieux est que certaines de ces herbes ont été reconnues par des botanistes comme ayant effectivement les qualités médicinales que les alouates en attendaient.

“ Ces singes, ajoute le voyageur, se domestiquent fort bien et s'attachent naturellement à l'homme. L'un d'eux, une mignonne petite bête de deux ans, fut, durant plusieurs mois mon unique compagnon dans la forêt.

“ Un jour que je coupais des lianes avec une hachette pour me frayer un passage vers une clairière, je m'entaillai la main profondément. Le sang coulait à flots au grand effroi de Pipo qui manifesta la plus vive affliction. Cependant je me fis un pansement rapide avec de l'amadou sur lequel je serrai fortement mon mouchoir; je m'endormis peu après.

“ Je ne devais pas tarder à me réveiller: profitant de mon sommeil, Pipo, peu confiant dans mon bandage sommaire, examinait ma main, hochant la tête semblant ne pas comprendre. Je ne bougeai point par curiosité. Et je le vis s'appliquer à déposer sur le mouchoir qu'il n'avait pu dénouer, plusieurs feuilles d'arbres de différentes sortes qu'il assujettissait de son mieux.

“ Vous rirez si bon vous semble: j'étais si ému que je n'ai pas repoussé cette inutile intervention de mon charmant petit docteur... je l'aurais embrassé!”

Les pigeons-voyageurs en médecine. — Dans certaines campagnes reculées, très éloignées des villes et par conséquent des pharmacies, les difficultés sont nombreuses pour soigner les malades.

Car, en effet il ne suffit pas de donner à ceux-ci les drogues prescrites, il faut que les médicaments soient administrés à temps; tel malade, atteint gravement aujourd'hui, serait guéri depuis longtemps s'il avait pu prendre le remède dès le début de sa maladie.

Les médecins américains qui parcourent dans le Far-West de grandes distances à cheval ont recours aux pigeons-voyageurs.

Ils en emportent avec eux dans une cage fixée à la selle et leurs visites aux clients terminées, ils écrivent au crayon sur du papier de soie leurs ordonnances qu'ils roulent en forme d'étui et attachent à une plume de l'aile du pigeon-voyageur.

Celui-ci s'envole et file comme une flèche et retourne au pigeonnier du docteur où un domestique prend l'ordonnance et la porte au pharmacien qui l'exécute immédiatement.

Certains docteurs français ont tenté avec succès la même expérience.

Médecins japonais. — Le Japon n'a rien à envier aux vieilles contrées européennes sous le rapport de la science. Il se soigne autant et plus que nous. Pensez donc, il compte plus de 35,000 médecins et au moins 700 dentistes, praticiens habiles, qui n'ont rien de commun avec les vulgaires arracheurs de dents.

En la seule année de 1906, le nombre des médecins a augmenté de 750.

Comme en Europe, les médecins sont relativement plus nombreux dans les villes. Ainsi, à Tokio, il y a un médecin par 820 habitants, tandis que la moyenne générale n'est que d'un médecin par 1,350 habitants.

Mais, au Japon, il y a très peu de médecins étrangers; une statistique en a trouvé seulement 33 avec quelques hopitaux.

Et cela se conçoit d'autant mieux, qu'il est bien inutile d'aller chercher ailleurs les hommes de talent qui abondent chez soi.

Bientôt même, le Japonais feront de leur excédent de médecins un article d'exportation.

INTERETS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'ELECTION DU REGISTRAIRE

RÉPONSE A "ALTRUISME", du "*Bulletin de Québec*".

L'article intitulé Intérêts Professionnels et publié dans le numéro du mois d'août du *Bulletin* de Québec m'oblige à expliquer, bien à contre-cœur, ma conduite comme régistiaire, et aussi à rectifier certaines affirmations erronées et volontairement méchantes de l'auteur.

Mais auparavant je désire signaler la fin du troisième alinéa, qui se lit comme suit: "et autrement plus importantes pour le corps professionnels que les froissements d'amour-propre, d'autres disent les déceptions d'intérêt, de M. le Dr Boucher".

Froissements d'amour-propre, soit, cela peut se dire, mais écrire: "d'autres disent les déceptions d'intérêt", c'est faire une insinuation injurieuse et contraire à la vérité; en cela, je me soumets au jugement de la profession médicale, et je défie l'écrivain de prouver par un seul de mes dires ou de mes actes, que j'ai jamais pensé à mon intérêt personnel depuis que je suis gouverneur du Collège.

En effet, si j'avais pensé à mon intérêt personnel, je n'aurais jamais accepté d'être régistiaire, et après avoir accepté, j'aurais été moins ferme lorsqu'on a essayé de me faire passer des irrégularités, et l'auteur de l'article sait, si, dans ses parages, on a tenté de m'en passer.

A-t-on agi ainsi par ignorance, par intérêt ou par faiblesse? Je crois qu'il y avait de tout cela; on a été jusqu'à m'envoyer un certificat faux (j'en ai la preuve écrite), pour me faire délivrer une licence pour l'exercice de la médecine.

J'ai fait mon devoir, en protégeant les intérêts des membres réguliers du corps médical et en exigeant la soumission des irréguliers aux règlements du Bureau, sans peur des reproches, et je n'en ai aucun regret.

Page 564 on lit: "Pourtant quelques-uns lui reprochaient une raideur administrative choquante dans ses rapports avec la profession, d'autres une méticulosité qui allait jusqu'à la minutie; quelques-uns enfin pensaient que faire payer à la profession près de six mille dollars pour une loi — ce qui entre nous dépasse les bornes connues au Bureau provincial, un record, — n'était pas merveilleux comme administration".

Il y a là de graves irrégularités qui demandent des explications. Nous aurons l'occasion, d'ailleurs de mettre d'autres faits devant le public, qui prouvent que certains gouverneurs, certains membres du Bureau même, n'ont aucun souci des responsabilités. Si l'on pense à Québec, que nous allons nous gêner à l'Union, pour parler haut et ferme, on se trompe. . . nous ne sommes pas de ceux qu'on baillonne.

1er Reproche. — Raideur administrative choquante.

Si par raideur administrative choquante, l'on veut dire que je n'ai jamais voulu consentir (et être d'accord avec l'auteur) à laisser exercer la médecine par des irréguliers, ou encore à protéger ces derniers au détriment des irréguliers, je ne me repens pas, parce que agir autrement eut été malhonnête; mais on veut peut-être dire que j'ai contraint les retardataires à payer leurs arriérages de contributions, ou bien que j'ai forcé un très grand nombre d'irréguliers (qui exerçaient sans licence, quelques-uns depuis plusieurs années, jusqu'à dix ans), à se régulariser; je ne me repens pas davantage parce que je devais le faire, et je ne vois pas bien comment on pourrait s'en plaindre.

Toute ma correspondance, restée au bureau, prouvera que jamais j'ai été d'un raideur administrative choquante, dans mes rapports avec la profession; et que, bien souvent, j'ai fait des travaux considérables pour rendre service à des gouverneurs ou à des membres de la profession. Cependant, chaque fois qu'on a été impoli ou insolent, j'ai fait comprendre que j'entendais me faire respecter.

2me Reproche. — Meticulosité jusqu'à la minutie.

Je prends ce reproche pour un compliment, et j'en remercie l'auteur.

3me Reproche. — Dépenses de la nouvelle loi médicale.

L'accusateur ignore-t-il franchement ou veut-il ignorer que je n'ai eu absolument rien à faire avec ces dépenses; pourquoi aussi protester par la voie des journaux, quand c'était son devoir comme membre du Bureau, s'il trouvait la dépense exagérée, de le dire en assemblée, les explications eussent été fournies immédiatement par les intéressés.

Si toutefois, j'avais à répondre moi-même, je ne serais pas gêné le moins du monde. Je commencerais par lui dire qu'il exagère le montant (de mille dollars à peu près, et j'ai pris mes informations à bonne source), et je lui rappellerais ensuite que, à l'assemblée du 3 juillet (voir rapport) sur la "Suggestion du Dr Si-

Simard" une proposition fut votée " pour que les membres des comités travaillant aux fins professionnelles du Bureau, en dehors des séances régulières, soient payés dix dollars par jour, plus leurs frais de déplacement ", ceci augmenta considérablement les frais de la nouvelle loi médicale; je n'ai pas l'intention, en faisant cette remarque, de blâmer la passation de cette résolution, mais je veux prouver l'inconséquence de celui qui me fait des reproches, quand même ces reproches ne peuvent m'atteindre. Et, d'ailleurs, ne dit-il pas lui-même page 563, au bas, que le rôle du registraire est un rôle de teneur de livres tout simplement; comment ose-t-il maintenant lui attribuer cette responsabilité? J'en appelle au Président du Collège, qui témoignera, je n'en ai aucun doute, que dans toutes les occasions j'ai observé la plus stricte économie.

Me sera-t-il permis d'attirer son attention sur le fait que la traduction en anglais du rapport de l'assemblée de septembre 1908 à Québec a coûté cent quarante dollars (\$140.00) (voir rapport du trésorier, page 29, dans le rapport de l'assemblée du 7 juillet 1909) payés dit-on au frère du secrétaire, et cette traduction était tellement mal faite que le secrétaire de Montréal, le Dr Macdonald, n'a jamais voulu la transcrire dans son cahier.

Je lui rappellerais encore la proposition Simard-Brochu votée à l'assemblée de juillet 1909, (voir rapport, page 36): " Je (le Dr Simard) propose, secondé par M. le Dr Brochu, que les anciens officiers soient nommés officiers additionnels pour l'année courante. M. le Dr Simard expliquant sa motion, ajouta que les anciens officiers ainsi continués en fonction, servent les aides ou les assistants de l'officier exécutif du bureau au même salaire " (qu'antérieurement je suppose). Et le Dr Brochu ajouta (mais ce n'est pas dans le rapport) que, pour ne pas désorganiser le bureau, il serait nécessaire d'avoir l'aide des anciens officiers pour donner au nouveau registraire le temps d'apprendre à faire sa besogne.

J'ai protesté contre cette proposition parce qu'elle était illégale, et ce malgré les affirmations de l'assemblée, et gaspillait un montant de seize cents dollars (\$1600.00) des fonds du Collège, les donnant en cadeau, purement et simplement, parce que les secrétaires et le trésorier ne pouvaient être ni des aides ni des assistants de l'officier exécutif du Bureau, la chose étant impraticable, et aussi parce que l'officier nommé devait être compétent; ce moyen

détourné pour avoir l'aide de l'ancien registraire ne me convenait pas, on s'est mépris, le succès eut été plus facile autrement.

Je pourrais citer bien d'autres faits : parler de la nomination des assesseurs à Québec, où pas un nom suggéré par les gouverneurs n'a pu passer, malgré que j'en aie envoyé la liste complète au secrétaire (j'ai encore la copie de ma lettre), dire que les rapports des examens de 1909 ne portent les signatures que de quatre (4) assesseurs, et encore que l'un de ceux-là a été assesseur en primaires et en finales, et qu'il a été le seul assesseur en primaires pour vingt-deux (22) élèves. Comment cela a-t-il pu se faire, je ne le comprends pas, et pourtant les documents sont là. Du montant payé à ces assesseurs, je n'en veux rien dire, je m'arrête et je laisse le lecteur apprécier les raisons invoquées contre moi. Les faits cités, et beaucoup d'autres, que je ne mentionne pas, ne me permettent-ils pas de supposer que ma position de registraire eut été gênante pour ceux qui ont l'habitude de se faire fi des règlements, de favoriser les amis et de conduire les affaires du Collège selon les intérêts ou les caprices du moment.

J'ai été un registraire rigide, je suis content de l'admettre, et cette fois je suis d'accord avec "Altruisme", mais j'ai été rigide également pour tous, la loi et les règlements guidaient seuls ma conduite, et si cela m'a valu des inimitiés, qui se sont manifestées de diverses manières l'approbation sincère et les bons sentiments de tous ceux qui jugent sans passion, m'ont amplement récompensé, et le seul regret qui me reste, c'est de n'avoir pas eu le temps de compléter l'organisation que j'avais commencée.

S. BOUCHER.

SOCIETES

ASSEMBLEE MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

Assemblée du 13 septembre 1909

Présidence : Dr Barolet, de Joliette.

Membres présents : Drs Jos. Lippé, S. Martineau, G. Desrosiers, Jos. Marion, J.-A. Barolet, I.-A. Labrèche, Gaudet, Alb. Lau-
rendeau.

Elections des officiers :

Président : Dr Jos. Lippé, de Kildare.

Vice-Président : Dr J.-A. Barolet, de Joliette.

Secrétaire-Trés. : Dr Sylvio Roch, de St-Gabriel de Brandon.

Comité de régie : Drs Gaudet et Lesrosiers.

Tribunal de déontologie : Drs Martineau, Labrèche, Marion et Archambault.

Comité "re-charlatans" : Drs Barolet, Marion, Gaudet.

La prochaine assemblée aura lieu à l'Assomption.

SYLVIO ROCH, *Sec.-Trés.*

ANALYSES

MEDECINE

Autosérothérapie. — *Pour activer la résorption des épanchements pleuraux*, par M. MARCOU, dans la *Presse Médicale* 1909.

M. Marcou de Saint-Petersbourg, dans la *Presse Médicale* du 4 septembre 1909, nous communique les heureux résultats qu'il a obtenus dans le traitement de l'épanchement pleurétique, par une méthode qu'il appelle l'autosérothérapie.

Imaginée par Gilbert de Genève, cette méthode a été reprise par Tchigaëff et par l'auteur sur plus de 160 malades. Dès qu'il soupçonne un épanchement, M. Marcou fait une ponction exploratrice et applique de suite le traitement, quelles que soient la cause et la nature du liquide. Une seule chose l'arrête: la présence de pus.

La technique est des plus simples et tout à fait indolore. On se sert d'une seringue en verre de 2 à 3 cc. munie d'une aiguille assez longue pour pouvoir traverser la plèvre souvent épaissie. Après les mesures d'antisepsie ordinaires on ponctionne le liquide. Quand la seringue a aspiré environ 2 cc. on retire l'aiguille avec précaution jusqu'à ce que la pointe arrive sous la peau, obliquant alors, on enfonce de nouveau l'aiguille, mais immédiatement

sous la peau cette fois, comme pour une injection sous-cutanée ordinaire et l'on y injecte le contenu de la seringue.

On obture à la gaze "sans collodion", et l'on fait coucher le malade sur son côté ponctionné. On répète l'injection au bout d'une semaine.

Les résultats d'une méthode si simple seraient, d'après l'auteur, très encourageants. La douleur de l'injection est nulle et "tous les malades ont accusé un bien être énorme les quelques heures qui ont suivi la piqûre".

La fièvre monte de quelques dixièmes de degré le soir de l'injection. Mais dès le lendemain il y a une chute marquée de la température qui tombe à la normale en 5 à 10 jours. Une semaine après on fait une nouvelle piqûre si la fièvre monte à 38° (100° F.). Si la fièvre persiste, inutile de donner une nouvelle injection, car M. Marcou attribue cette fièvre à la tuberculose.

La diurèse semble également influencée. Le poids du sujet tombe d'abord de 200 à 600 grammes, à cause de la résorption du liquide, puis le poids augmente après une semaine. Parallèlement l'exsudat commence à se résorber dès le 2ème jour et les signes physiques s'amendent.

Après avoir insisté sur l'inocuité absolue de la méthode, l'auteur affirme qu'elle n'influe en rien sur la marche de la tuberculose, elle ne l'irrite ni l'aggrave. Son action ne s'exerce que sur la résorption du liquide. La nature de cette action est encore inconnue. Peut-être doit-on supposer avec l'auteur que l'injection sous-cutanée du liquide pleurétique détermine dans la circulation la formation d'anticorps qu'il appelle "antipleurite", et qui déterminerait la résorption du liquide de la même façon que les opomines activent la phagocytose.

Quoiqu'il en soit, la méthode est intéressante et mérite d'être essayée puisque M. Marcou n'a pas eu un seul insuccès chez ses 82 malades.

J. A. BOURGOIN.

Sialorrhée et cancer de l'estomac, par M. R. GESTAN, dans *Tribune médicale*, août 1909.

Il s'agit d'une malade qui a été atteinte d'un néoplasme de l'estomac qui, pendant trois mois, de par l'état antérieur dyspeptique et nerveux du sujet, de par son siège sur la grande courbure qui ne créait pas de rétention stomacale, le pyllore étant respecté, a revêtu un aspect clinique très particulier, où dominaient les douleurs dyspeptiques et les crises de sialorrhée.

Ces crises de sialorrhée, au cours des affections gastriques, ne sont pas très fréquentes. M. le Prof. Hayem les a signalées et décrites dans les dyspepsies, mais les traités classiques n'indiquent pas leur existence dans les néoplasmes stomacaux.

Dans notre observation, elles étaient remarquables par leur netteté; elles étaient brusques, survenant sans nausées, sans cause psychique, en dehors de toute mastication, non influencées par tel ou tel aliment; la salive coulait à pleine bouche, claire, peu filante, mais avec les caractères chimiques et biologiques de la salive; on ne doit pas les confondre avec les vomissements muqueux du cancer constituant "les eaux du cancer" des anciens auteurs ou les vomissements œsophagiens par sténose œsophagienne. Quelle peut en être la pathogénie? On sait que la sécrétion salivaire est un acte réflexe dont le point de départ excitateur est variable: impression gustative, impression olfactive et visuelle, impression sensitive buccale, acte mécanique de la mastication, réveil de tel ou tel souvenir, rappel des sensations que nous venons de citer. Mais ce mécanisme, qui est le plus fréquent, ne peut être invoqué ici. De même, on peut éliminer une irritation directe de leur appareil nerveux sécréteur ou vaso-moteur.

Mais il nous semble assez logique d'admettre que cette sialorrhée, survenant par crise subite, est de cause réflexe, due à une initiation du pneumogastrique dans ses terminaisons au niveau de l'estomac. C'est là le mécanisme accepté pour expliquer l'action vomitive de l'émétique et de l'ipéca; on sait, en effet, que l'injection intraveineuse d'émétique ne fait vomir que si la dose injectée est supérieure à celle qui produirait le même effet par ingestion stomacale et, d'autre part, même par injection intra-veineuse, on retrouve une partie de l'émétique dans les matières vomies; on peut donc conclure que l'émétique fait vomir par son action sur les terminaisons gastriques du nerf vague. Il y a eu chez notre malade une dissociation: au début, l'excitation gastrique du pneumogastrique ne causait que la sialorrhée, sans nausées, sans vomissements, tandis que l'émétique par exemple, détermine le syndrome complet; sialorrhée, nausées, vomissements. Peu à peu, le tableau se complète et tandis que parfois la malade était atteinte seulement de sialorrhée, parfois au contraire, cette sialorrhée était suivie de vomissements. Notre malade était une dyspeptique et une nerveuse; ce sont bien là les conditions favorisantes pour le mécanisme réflexe à point de départ stomacal: toutefois, elle était dyspeptique de très longue date et cependant les crises de sialorrhée ont coïncidé avec l'apparition du néoplasme stomacal; nous sommes donc conduits à penser que le néoplasme stomacal a été la vraie cause de l'irritation des terminaisons sensitives du pneumogastrique.

CHIRURGIE

Rupture de la vésicule biliaire dans la cavité abdominale. KRANZE.

Analysé par Burman, dans *Archives de Chirurgie*, août 1909.

Kranze rapporte deux cas personnels de ce genre; dans l'un il s'agit d'un homme de 67 ans qui souffrait depuis deux jours de violentes douleurs abdominales et de vomissements fréquents. Arrêt des matières et des gaz. Ventre tendu, douloureux; pouls 120, faible; température normale; foie et reins non perceptibles à la palpation. On diagnostiqua un volvulus sigmoïdien et on fit la laparotomie. L'abdomen contenait un liquide trouble, vert jaune, les anses intestinales distendues étaient couvertes d'un exsudat fibrineux. On trouva à la face postérieure de la vésicule biliaire libre une ouverture arrondie longue de 1 cm. d'où s'écoulait une bile épaisse, mêlée de pus. Pas de calculs. Voies biliaires perméables. On draina les voies biliaires et la cavité abdominale. Au bout de 10 semaines, le malade quitta l'hôpital avec une petite fistule.

Dans le 2e cas il s'agit d'un malade de 70 ans qui depuis 6 jours avait de violentes douleurs abdominales et des vomissements bilieux. Arrêt des matières. Ventre tendu; matité hépatique augmentée. Bord du foie palpable et douloureux, léger ictère; on pensa à une péritonite aiguë, par obstruction biliaire et on ouvrit parallèlement au rebord costal droit. Liquide bilieux et purulent dans la cavité abdominale, anses intestinales accolées. Au niveau du col de la vésicule, un orifice aux bords nécrosés, pas de calculs. Drainage de la vésicule et de l'abdomen. Suites normales. Le malade mourut 15 mois après d'une cachexie progressive.

Kranze étudie ensuite la symptomatologie et le diagnostic de cette affection. La rupture siège le plus souvent au niveau de la vésicule, rarement au niveau des autres voies biliaires.

Les voies biliaires proviennent souvent des altérations liées à la lithiase; 50 % des cas sont mortels. Dans une autre série de cas il s'agit d'une rupture vésiculaire par augmentation de pression.

De même dans la fièvre typhoïde on peut observer des ulcérations vésiculaires qui aboutissent à la perforation au cours du 3e septenaire.

La bile qui fait irruption dans la cavité péritonéale entraîne une péritonite foudroyante, quand elle contient des microbes, le plus souvent de coli-bacille; la bile normale est toujours stérile.

Le diagnostic est en général difficile: les commémoratifs peuvent être d'un grand secours.

Au point de vue thérapeutique l'expectative aboutit toujours à la mort: aussi l'intervention s'impose-t-elle.

On fera l'incision en baïonnette à droite, si le diagnostic est fait. La recherche de l'orifice de rupture n'offre en général aucune difficulté. On tamponnera et on drainera. Si la vésicule est très altérée, on l'enlèvera, sinon une cholécystostomie suffit.

La rupture des voies biliaires réclame la suture, éventuellement le tamponnement.

Indications opératoires dans la lithiase biliaire, QUÉNU, dans (*Revue de Chirurgie*, 1908, n° 12), dans *Annales de Chirurgie*, JACOULET.

Si on étudie de près la signification des accidents symptomatiques de la lithiase biliaire on s'aperçoit que, sans négliger le rôle mécanique des conerétions, l'importance la plus grande doit être donnée à l'inflammation des voies biliaires, à l'angiocholécystite. Quénu envisage successivement la lithiase de la voie accessoire, celle de la voie principale.

Dans la lithiase de la voie accessoire, certains chirurgiens avec Riedel, Lejars, Moynihan conseillent l'opération précoce: le danger commence avec la migration des calculs. Cette opinion paraît un peu exagérée et l'intervention, pour Quénu, est justifiée seulement dans le cas de complications et de phénomènes douloureux exagérés.

Dans la cholécystite aiguë avec phénomènes infectieux graves, l'indication opératoire est impérieuse: si les accidents ont une allure subaiguë on pourra essayer de refroidir la lésion; dans la cholécystite chronique, médecins et chirurgiens sont d'accord pour l'intervention. La colique hépatique enfin est susceptible d'un traitement chirurgical si les crises se répètent, si l'état général s'altère, si la voie biliaire principale est envahie.

Dans la lithiase de la voie principale, l'auteur s'élève contre l'opinion de certains médecins qui ne conseillent l'intervention que lorsque la cellule hépatique s'altère, lorsque d'orthopigmentaire l'ictère devient métapigmentaire; c'est dans ces interventions tardives que les résultats opératoires sont médiocres. Au contraire l'intervention précoce, le drainage systématique du cholédoque ont notablement amélioré les statistiques.

JACOULET.

Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications, G. COTTE, (Thèse de Lyon, 1908), par DELORE, dans Archives générales de Chirurgie, août 1909.

Il est reconnu aujourd'hui que la lithiase est d'origine infectieuse ; elle parcourt trois stades : phase vésiculaire, phase canaliculaire et phase hépatique. Le traitement précoce donne le maximum de survie. Un malade à la phase vésiculaire d'une lithiase, qui ne présente encore aucune complication, s'il est abandonné à sa propre évolution, a environ 6 chances sur 100 de présenter des accidents qui entraîneront une issue fatale. Si l'on intervient au contraire à ce moment, il n'a que 3 % de risques opératoires et il sera à l'abri des complications. Aussi, dans tous les cas où, dès le début, on a l'indice d'une infection grave, si la symptomatologie est celle d'une cholécystite aiguë, sévère, il faut d'emblée recourir à l'intervention.

Cotte envisage la valeur des différentes opérations. Avant de se décider, il faut toujours explorer les voies biliaires, aussi complètement que possible. Au niveau des voies biliaires accessoires, deux opérations restent en présence, la cholécystostomie et la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. Cette dernière a pour avantages de permettre le cathétérisme facile des voies principales, d'assurer le drainage des voies biliaires et l'expulsion secondaire des calculs, de prévenir la dégénérescence maligne de la vésicule enflammée.

Les cholécystites aiguës à forme purulente ou gangreneuse doivent être traitées hâtivement, par la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. Si l'état local ou l'état général exigent une intervention plus rapide on fera la cholécystostomie.

Dans les cholécystites chroniques, l'intervention est indiquée soit par la répétition des crises, soit par le volume de la vésicule (hydropisie ou empyème). La cholécystostomie est indiquée, si les altérations vésiculaires sont peu marquées et si le cystique est perméable. Dans les cas plus graves il faut avoir recours à la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique.

À côté des accidents inflammatoires, il est d'autres accidents à l'origine desquels on est obligé de mettre un *facteur mécanique*. Sans doute la bile n'est pas stérile et les parois vésiculaires présentent des altérations inflammatoires anciennes, mais les phénomènes infectieux n'ont pas grande importance dans ces accidents. Ils ont été décrits sous le nom d'*hydropisie intermittente de la vésicule* par Villard et Cotte. Ils sont dus à l'oblitération du cystique.

tique par les calculs-soupapes de ce conduit. L'hydropisie intermittente de la vésicule se manifeste sous forme de crises, pendant la période digestive. A ce moment, le calcul, mobilisé par les contractions vésiculaires, vient faire tampon dans le canal cystique et empêche à la bile de s'échapper du réservoir. La douleur est intense, paroxystique. Elle s'accompagne d'une tumeur, souvent très manifeste, mobile, vers l'ombilic. Cette hydropisie peut subir la transformation purulente.

Le traitement doit être chirurgical, toutes les fois que l'état général le permet; la cholécystectomie ne semble pas justifiée; on doit avoir recours à la cholécystostomie ou à la cholécystendyse. Cette dernière a contre elle de n'être pas toujours efficace par suite de la difficulté de s'assurer de la perméabilité des voies sous-jacentes. Dans la majorité des cas, c'est la cholécystostomie qui sera l'opération de choix.

LITHIASE DES VOIES PRINCIPALES

I. INDICATIONS OPÉRATOIRES. — (a) *Occlusion aiguë du cholédoque.* — Les formes isolées doivent être traitées médicalement. L'auteur pense, contrairement à Kehr, que les formes à répétition doivent être traitées chirurgicalement, comme les occlusions chroniques.

(b) *Occlusion chronique du cholédoque.* — La majorité des auteurs admettent en principe que l'expectative peut être prolongée jusqu'au moment où paraissent les signes d'insuffisance hépatique. Cette conduite est dangereuse car à ce moment la déchéance hépatique est déjà profonde; il faut, au contraire, se baser sur les signes locaux pour juger de l'opportunité de l'intervention. Ces signes sont:

1° *L'ictère chronique.* lorsqu'il n'existe que d'une façon intermittente évoluant par poussées successives en même temps que les douleurs et la fièvre, ne paraît pas comporter de fâcheux augure. Seule, la trop grande fréquence de ces poussées doit commander le drainage des voies biliaires. L'ictère chronique, foncé, exige l'intervention. La fièvre et les hémorragies ne contre-indiquent pas le drainage des voies biliaires accessoires ou principales, c'est la seule chance de guérison.

2° *La fièvre.* Elle a d'une manière générale la même signification que l'ictère. On admet que le type de la fièvre intermittente

de Monneret est symptomatique d'une infection moins profonde que la fièvre rémittente à exacerbation vespérale. Cette dernière semble indiquer que l'angiocholite ascendante a déjà atteint le parenchyme hépatique, elle exige une intervention hâtive. La fièvre intermittente se rencontre surtout lorsque l'infection siège au niveau des voies biliaires inférieures.

3° *Le volume du foie.* lorsqu'il reste stationnaire, indique l'infection des canaux intra-hépatiques. Il est donc dangereux d'attendre ce moment pour intervenir. De même les signes *d'insuffisance hépatique* et les *modifications de l'état général* ne se produisent qu'à une période trop tardive.

II. CHOIX DU PROCÉDÉ. — (a) *Lithiase de l'hépatique.* La taille de l'hépatique, par la voie sous-hépatique est la meilleure opération, elle permet de faire l'ablation des calculs et ensuite un drainage efficace des voies biliaires.

(b) *Lithiase du cholédoque.* L'auteur rejette la *cholédocolithotripsie* comme un procédé aveugle et ne donnant pas de garantie pour un succès durable. De même la *lithectomie cholédoquienne par voie cholécystique*, après refoulement du calcul dans la vésicule, n'est qu'une méthode d'exception. Elle n'assure qu'un drainage indirect des voies principales et ne permet pas l'exploration complète des voies biliaires.

La *cholédocotomie* est l'opération de choix. La cholédocotomie susduodénale permet d'atteindre les calculs de la portion libre du cholédoque et même dans certains cas ceux qui siègent au-dessous. La partie terminale peut être abordée par différentes voies. Par la *voie transpancréatique*, la recherche du cholédoque à travers le tissu glandulaire est difficile, si un calcul ne fait saillir fortement le canal en avant. La *voie transduodénale* est plus facile. Cette opération permet une exploration facile de tout l'arbre biliaire. Cependant, lorsqu'il n'y a pas adhérence et que la mobilisation est possible, elle doit céder le pas à la *voie rétro-duodénale*.

La *voie rétro-duodénale* est la méthode de choix. Elle permet la réalisation d'une opération pour ainsi dire extra-péritonéale, avec drainage lombaire sous péritonéal et péritonisation complète du champ opératoire.

(c) *Drainage des voies biliaires.* Dans tous les cas, on doit drainer les voies biliaires. La taille du cholédoque avec suture immédiate est une méthode dangereuse; elle n'offre presque pas

d'avantages. Le drainage par la vésicule est insuffisant dans les cas d'infection sérieuse des voies principales. La vésicule et le cystique doivent alors être enlevés, quand il n'y a pas au niveau du cholédoque un obstacle définitif qui nécessite l'établissement d'une anastomose des voies biliaires avec l'intestin. Un drain est alors introduit par le cholédoque jusque dans l'hépatique, pour réaliser l'hépaticus-drainage de Kehr.

(d) *Anastomoses biliaires et cholangiostomie.* La cholécystentérostomie et la cholécystogastrostomie exposent à des récidives inflammatoires et leur drainage est bien inférieur à celui que réalisent les fistules cutanées par le drainage direct du cholédoque. La cholangiostomie et l'hépatostomie ne peuvent encore être jugées; elles ne peuvent être indiquées que lorsqu'il existe des adhérences telles qu'il est impossible de reconnaître les voies biliaires.

III. **RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET CONCLUSIONS.** — Les statistiques de Korte, Braman, KümmeI et Kehr montrent que la cholécotomie avec drainage de l'hépatique est une opération peu grave et la seule qui mette à l'abri des récidives, dans la lithiase du cholédoque.

LA LITHIASÉ INTRA-HÉPATIQUE ET SES CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES.

La lithiase intra-hépatique accompagne dans 8,3 % des cas la lithiase des voies extra-hépatiques, mais elle peut exister seule. Le drainage de l'hépatique est le seul moyen d'assurer l'évacuation secondaire des calculs.

RÉSULTATS IMMÉDIATS.

La mortalité opératoire est encore élevée et varie suivant les auteurs de 3% (Koehér) à 21% (KümmeI). Elle est due au shock opératoire, aux hémorragies qui se font en nappe et sont fort graves, aux complications péritonéales et broncho-pulmonaires. Les complications post-opératoires particulières sont les hématoméses (Kehr) et l'occlusion intestinale post-opératoire.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'INTERVENTION.

Les *fistules* sont devenues beaucoup plus rares depuis que l'on pratique le drainage de l'hépatique. Muqueuses ou muco-purulentes, elles indiquent un obstacle au niveau du cystique; bi-

liaires, elles relèvent soit d'un obstacle au niveau du cholédoque, soit de la constitution d'un canal cutané-muqueux qui ne peut se cicatriser. Le traitement sera la cholécysto-intestinale ou la fermeture directe de la fistule.

Les *récidives* sont de plus en plus rares. Elles ne se montrent qu'après les opérations incomplètes (Kehr); des calculs ont été laissés lors d'une première intervention.

Pour être certain de faire une opération complète, il est nécessaire d'aborder le foie par l'incision de Mayo Robson ou celle de Kehr. Le foie est luxé au dehors, le ligament falciforme sectionné, s'il est nécessaire. L'exploration des voies biliaires extra-hépatiques est alors faite de façon complète, au doigt et par le cathétérisme du cholédoque; pour cette dernière manœuvre la sonde est introduite soit directement par le cholédoque, soit par l'orifice de section du cystique, si l'on a fait une cholécystectomie. Dans le cas de doute sur la présence d'un calcul dans la portion terminale du cholédoque, on pratiquera le décoilement du duodénum ou une duodénotomie.

La cholécystectomie doit être pratiquée non seulement dans les cholécystites calculeuses, mais encore dans la lithiase du cholédoque, si l'on veut se mettre à l'abri d'une récidive. La meilleure technique est la *cholécystectomie sous-séreuse*.

Le drainage de l'hépatique sera pratiqué dans tous les cas de lithiase du cholédoque. L'hépatopexie semble utile pour assurer le drainage et éviter les récidives.

L'angiocholite qui accompagne la lithiase peut donner naissance, soit à des collections intra-hépatiques, soit à des rétrécissements des voies biliaires, consécutifs à l'ulcération des canaux biliaires. Les abcès disséminés, plus rares, sont très graves. Les rétrécissements siègent surtout au niveau du cystique, ils sont plus rares sur le cholédoque de l'hépatique. La persistance d'une fistule biliaire en est souvent le premier signe. Le traitement sera soit la cholécystectomie, soit la résection du cholédoque ou l'anastomose des voies biliaires hépatique ou cholédoque, avec le duodénum.

Les troubles *dyspeptiques* d'origine biliaire, bien connus maintenant, doivent être traités par le drainage des voies biliaires. Quant aux *sténoses pyloriques* de même origine, on a avantage à les traiter en deux temps, gastro-entérostomie d'abord, puis ectomie de la vésicule et drainage des voies biliaires, s'il y a lieu. Les *sténoses intestinales* seront traitées comme les sténoses pyloriques. On connaît actuellement trois cents cas d'*iléus biliaire*. Le plus souvent les calculs sont venus dans l'intestin par une fistule bilio-

intestinale. Le pronostic est moins sombre que dans les autres variétés d'occlusion intestinale. Dans les *appendicites* d'origine biliaire, il sera bon dans les formes aiguës, après la résection de l'appendice, de se contenter d'une cholécystostomie; dans les formes chroniques, on pourra enlever la vésicule en même temps que l'appendice. Les *pancréatites* d'origine biliaire sont aujourd'hui bien connues, elles sont le plus souvent sous la dépendance des calculs du cholédoque. Dans les pancréatites aiguës, on drainera la collection et on fera une cholécystostomie; dans les formes chroniques l'auteur recommande l'opération de Kehr, cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. Contre les *péritonites* généralisées d'origine biliaire on fera la cholécystectomie ou le simple drainage de la vésicule, si l'état du malade ne permet pas mieux. Pour les *péritonites* localisées, dans la majorité des cas on devra drainer d'abord l'abcès, puis dans une deuxième intervention pratiquer l'ablation de la vésicule.

Le cancer des voies biliaires atteint surtout les sujets qui ont présenté de la lithiase, ceci est surtout vrai au niveau de la vésicule. Dans la plupart des cas où l'on est intervenu, on croyait avoir affaire à la lithiase. L'ictère est souvent dû à des poussées d'infection et non à des troubles de compression, tout au moins au début; aussi l'ictère ne contre-indique pas l'intervention. Sur l'ensemble des 58 faits publiés, la mortalité opératoire a été de 21,5% dans les cholécystectomies simples, de 13 ou de 33 % dans les cholécystectomies avec résection du foie ou intervention sur l'intestin. La moyenne des survies est de 11 mois. La recherche des ganglions au cours de l'opération doit être systématique. Le cancer de l'hépatique ne semble pas justifiable d'un traitement chirurgical. Les cancers du *cystique* ou du *cholédoque* devront être traités par l'ablation ou la résection et l'anastomose des conduits, s'il y a lieu.

OPHTALMOLOGIE

Ophtalmie des nouveau-nés.

La Préfecture de la Seine fait remettre aux familles dans les Mairies de Paris (service des naissances) une petite fiche sur laquelle on lit: "Avis important en ce qui concerne les *nouveaux-nés*".

Si les paupières de l'enfant sont ou rouges enflées ou collées, si elles laissent suinter du liquide ou du pus.

Sachez qu'il ne s'agit pas d'un "*courant d'air*", mais d'une maladie *grave*.

Méfiez-vous de l'ophtalmie qui peut le rendre *aveugle et faibles* le *immédiatement*, le *jour même*, examiner et soigner par un médecin.

— Les Sociétés Médicales devraient prendre l'initiative d'une telle mesure dans la province de Québec.

 THERAPEUTIQUE

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections hypodermiques de pilocarpine, par Paul ICARD. *Thèse de Montpellier*, 1908.

La méthode employée a été la suivante :

La solution de pilocarpine était de 0.10 centigrammes pour 10 grammes d'eau, et la dose totale injectée pour une journée était de deux centigrammes, dose qui n'a pas donné de phénomènes d'intolérance, alors, qu'avec 2 centigrammes et demi ou 3 centigrammes des troubles divers commençaient à se manifester. Pour éviter les phénomènes d'accumulation, il a paru bon de mettre un intervalle d'une demi-heure entre chacune des injections. De plus, pour condenser l'action du médicament et ne pas trop diffuser la dose employée, M. Icard a limité les injections au nombre de 4, de telle sorte que, en employant régulièrement une solution de 0,10 pour 10 grammes, on a fait constamment 4 piqûres d'un

demi-centimètre cube. Les résultats obtenus ont paru tout à fait convaincants. Le point particulier sur lequel il y a lieu d'insister, c'est que la durée de la crise a été en général réduite dans de notables proportions. Parfois, on a vu la douleur persister après la chute de la température, parfois c'est le contraire qui s'est produit : en général, on a eu une moyenne de 4 jours de période aiguë.

Après la crise sudorale, il y a un sentiment de bien-être qui dure souvent jusqu'au lendemain et qui se reproduit après chaque injection.

Dans les observations de M. Teard recueillies à l'hôpital de Grasse, il semble aussi que les complications cardiaques aient été particulièrement rares.

Traitement local de la prostatite chronique, par FINGER, dans *Journal de Méd. et de Chir. pratique*, août 1909.

En dehors de la régularisation des garde-robes et du traitement local de l'urétrite chronique, on utilisera les grands lavages intestinaux avec de l'eau très chaude.

On applique aussi l'iode directement en suppositoires ou dans la glycérine :

Iodure de potassium..	2 grammes.
Iode pur..	0,50 centigrammes.
Extrait de belladone..	0.15 centigrammes.

Mélangez exactement avec beurre de cacao pour faire 10 suppositoires. En introduire un matin et soir.

Iodure de potassium..	3 à 10 grammes.
Bromure de potassium	3 à 10 grammes.
Extrait de belladone..	0.15 centigrammes.
Eau distillée	200 à 300 grammes.

Pour 10 lavements. Deux chaque jour.

Ichtyol..	1 à 2 grammes.
Extrait de belladone..	0.15 centigrammes.
Beurre de cacao pur..	10 suppositoires.

Le premier suppositoire provoque, en général, un peu de ténesme. Mais d'ordinaire, le malade arrive rapidement à le surmonter et d'ailleurs il disparaît vite.

Il faut avoir grand soin d'empêcher les pollutions: un régime fortifiant, mais non excitant, est indiqué. Massage de la prostate, ergotine à l'intérieur, traitement local de l'uréthrite chronique avec des astringents, etc.

PEDIATRIE

Traitement des anorexies chez l'enfant, par MM. PÉRIER et GAY-JOUX, dans les *Annales de médecine et de chirurgie infantile*, et *Journ. de Méd. et de Chirurg. prat.*, août 1909.

1° Régime. — Régler sévèrement les heures des repas, mais laisser un peu à l'enfant le choix de ses aliments (sous réserve toutefois de refus; en particulier, éviter les aliments vinaigrés ou épicés).

2° Vie en plein air; exercices physiques, mais sans fatigue: frictions quotidiennes matin et soir, à l'alcool camphré; ou bien hydrothérapie et massage. — L'été, cure d'altitude.

3° Prescrire des apéritifs et, s'il y a lieu, des eupeptiques:

Soit: Décoction de quinquina 30 gr. (à faire bouillir une demi-heure dans un litre d'eau, laisser reposer et filtrer).

Une cuillerée à café ou à soupe un quart d'heure avant les repas.

Soit :

Eau distillée	100 grammes.
Arrhénal	0 gramme 10.
Sirop de quinquina	50 grammes.

(VARIOT.)

Deux cuillerées à café de 18 mois à 2 ans; une cuillerée à soupe de 2 à 4 ans; deux cuillerées à dessert de 4 à 8.

Soit, surtout si l'enfant a plus de six ans:

T. de noix vomique	} à 5 grammes.
T. de quassia	
T. de rhubarbe	
T. de colombo	
T. de gentiane	

(CARRIET.)

III à IV gouttes, un quart d'heure avant chaque repas, dans une cuillerée à soupe d'eau de Vals ou de Vichy.

Ou bien, toujours un quart d'heure avant le repas, une cuillerée à café ou à soupe de dyspeptine Hepp, de chlorhydia, ou de la potion :

Pepsine	1 gramme.
Acide chlorhydrique	0 gramme 10.
Sucre	0 gramme 50.
Eau de tilleul	120 grammes.

Ou bien encore, une heure après le repas, 1 cachet avec pancréatine, 0,10 à 0,50 dans un peu d'eau de Vichy.

Ou encore, surtout si l'enfant a plus de 5 ans :

Sulfate de strychnine	0,005 milligrammes.
Sirup d'écorces d'oranges amères	30 grammes.
Eau distillée	100 grammes.

Une cuillerée à café avant chacun des deux principaux repas dans un peu d'eau sucrée.

PHARMACOLOGIE (1)

Ces trois groupes de substances, diversement combinées entre elles, ou à d'autres substances analgésiantes, hypnotiques, tonocardiaques ou eupeptiques, fournissent d'innombrables associations synergiques à prédominance antinévralgique. (Il s'agit de l'antipyrine, de l'aniline et de la quinine).

L'association synergique des trois groupes peut être réalisée par exemple comme suit :

Phénacétine	} aa 0 gr. 25
Bichlorhydrate de quinine	
Antipyrine	

Pour un cachet : recommandable dans la grippe algique.

On pourra en renforcer l'action analgésique par l'addition d'ex-

(1) Martinet, dans (*Presse Médicale*, 13 mars 1909.)

algine et en combattre les effets déprimeurs par addition de caféine.

Caféine	} aa 0 gr. 10
Exalgine	
Phénacétine	} aa 0 — 50
Bichlorhydrate de quinine	
Antipyrine	0 — 50

Pour un cachet: recommandable dans la grippe algique avec tendance à l'adynamie.

Pour combattre la névralgie simple ou la migraine, on pourrait supprimer la quinine dans la formule précédente.

Les trois formules suivantes sont très recommandables contre la migraine:

Caféine	0 gr. 05
Chlorhydrate de quinine	0 — 10
Salipyrine	0 — 50

Pour un cachet.

Acide citrique	0 gr. 05
Caféine	0 — 10
Antipyrine	1 gramme.

Pour un paquet.

Caféine	0 gr. 05
Phénacétine	} aa 0 gr. 40
Salipyrine	

Pour un cachet.

L'addition d'acide citrique favorise la tolérance stomacale. On pourrait d'ailleurs transformer toutes les formules précédentes en poudres effervescentes par addition d'acide tartrique, de bicarbonate de soude comme dans la suivante:

Antipyrine	1 gramme.
Bicarbonate de soude	5 —
Acide tartrique	2 gr. 50
Acide citrique	2 grammes.

Pour un paquet effervescent.

Toutes ces substances se prêtent enfin à de nombreuses associations synergiques avec la morphine, les bromures, l'aconitine, la caféine, etc. Nous donnerons, pour finir, la suivante qui fait merveille contre les *névralgies dentaires* :

Chlorhydrate de morphine.	1 centigr.
Antipyrine.	} aa 0 gr. 60
Bromure de potassium.	
Acide citrique	2 grammes.
Acide tartrique.	2 gr. 50
Bicarbonat de soude.	5 grammes.
Lactose	5 —

Pour un paquet effervescent.

On pourrait dans la plupart de ces formules remplacer, par exemple, l'antipyrine par le pyramidon ou la salipyrine, la phénacétine, par la lactophénine ou le citrophène, la quinine par l'equinine ou l'aristochine, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Leucopathies, Métastases, Albuminuries et ictères leucopathiques, par le Dr EMILE FEUILLÉ, Ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8 raisin de 196 pages avec 4 planches en couleurs. Prix : 6 francs. Paris, 1906. (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris).

SUPPLEMENT

DE LA MEDICATION KERATINISEE

Méthode de UNNA, de Hambourg

Modifiée et exposée en une thèse présentée à la Faculté de médecine de Lyon, le 20 mai 1902.

A QUI REVIENT L'HONNEUR DE L'IDÉE PREMIÈRE DE LA KÉRATINISATION

Ce n'est pas sans une certaine satisfaction, sans un certain amour-propre national, qu'en cherchant à perfectionner notre méthode première de kératinisation indiquée dans notre thèse, qu'en

poursuivant nos études et nos recherches, nous avons trouvé dans les écrits de nos professeurs français l'idée, un peu ancienne et bien nette déjà, de la kératinisation.

En même temps que Unna de Hambourg, deux professeurs en France: Gubler, à la chaire de thérapeutique de la Faculté de Paris, et Baumel, à la Faculté de Montpellier, reconnaissaient, dans certains cas, la nécessité d'un mode spécial d'administration des médicaments et montraient tous les profits à en tirer.

Pour faire un choix dans ces publications, nous ne transcrirons que les quelques lignes, fidèlement rapportées ci-dessous, dans lesquelles l'intuition de la médication kératinisée ressort bien évidente et où les témoignages des deux professeurs, de Paris et de Montpellier, se trouvent réunis. L'un et l'autre, en effet, se sont attachés au traitement du diabète, question fort intéressante et qui passionnait déjà le corps médical il y a vingt ans. Tous deux sont partisans d'apporter à la digestion intestinale le ferment dont elle a besoin pour la transformation complète des matières amylacées.

Les préparations de pancréas, la trypsine ou pancréatine semblent réaliser à leurs yeux le but à atteindre.

“ Mais, déclare le professeur Gubler, cité et appuyé par le professeur Baumel (*Montpellier médical*, 1886, p. 230), le traitement sera de nul effet si on ne peut éviter à la pancréatine la moindre altération dans l'estomac pour l'amener fraîche et intacte dans le duodénum ”.

On ne saurait démontrer d'une façon plus manifeste l'impérieuse nécessité de la médication kératinisée.

Désormais, en parlant de cette médication et de ses origines, nous ne manquerons pas de joindre aux noms déjà célèbres d'Unna, de Dieterich, d'Ewald, de Gissmann, de Fisser, eux non moins illustres des Français: Gubler, Baumel. Nous y ajouterons celui de notre vénéré maître, le professeur J. Renaut, de Lyon, à qui revient le mérite d'avoir eu la prévision de tous les avantages thérapeutiques à tirer de cette méthode et d'en avoir suscité le perfectionnement.

Toutefois, dans les quelques notes qui vont suivre, nous devons énumérer les travaux techniques, les observations qui ont précédé les nôtres, et, par là même, nous devons parler plus longuement d'Unna, d'Ewald et de leurs collaborateurs.