

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 SEPTEMBRE 1909

No 9

MEMOIRES

**COMPRESSION CEREBRALE PAR HEMATOME INTRA-CRANIENNE ;
TREPANATION. — LIGATURE DE LA MENINGEE MOYENNE. —
GUERISON (1)**

Par le Docteur BOURGEOIS

Professeur suppléant à la chaire de Pathologie externe,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Arthur B. . . ., 31 ans, camionneur, alcoolique, tombe de sa voiture le 8 juillet, vers les 11 heures du soir. Il est transporté chez lui inconscient. Au cours de la nuit, il a plusieurs vomissements et sa femme s'aperçoit bientôt que, malgré son agitation, il ne remue plus le bras ni la jambe gauche. Sur le matin, il semble un peu revenir à lui et serre, à plusieurs reprises, la main de son épouse, lui laissant croire qu'il la reconnaît. Il ne peut à ce moment parler et ce n'est que vers neuf heures qu'il arrive à demander un peu d'eau.

M. le docteur Fournier, appelé au cours de l'avant-midi, constate l'état extrêmement grave du malade, envisage l'urgence d'une intervention et recommande son transport à l'hôpital.

A son entrée dans le service, le pouls bat à 100 pulsations à la minute et le thermomètre marque aussi 100° Fahrenheit ; le malade est très agité, et l'on doit le ficeler sur sa couche. A 11 heures le pouls est descendu à 70°.

Nous voyons le blessé à midi et constatons l'état suivant : Poulos à 40, gros, très hésitant — la pupille droite est dilatée avec chute de la paupière supérieure correspondante. Il existe de la paralysie de la moitié droite de la face et des membres supérieur et inférieur gauches, qui reposent flasques sur le lit, — les reflexes sont disparus. Le malade est demi-conscient et très agité ; il essaie de défaire ses liens, demande qu'on les coupe, crie qu'on lui verse à boire et absorbe gloutonnement tous les liquides qu'on lui présente, sous le prétexte que c'est de la bière.

L'examen de la tête ne révèle aucune déformation. Il existe bien, à la région temporo-pariétale gauche, une saillie dure, transversale, ayant les caractères cliniques d'un rebord osseux, mais l'examen minutieux établit la mobilité de ce bourrelet avec les mouvements du cuir chevelu et nous fait conclure à une vieille cicatrice des tissus mous. Le côté droit du crâne ne présente ni enfoncement ni écorchure, mais il semble qu'à la palpation il y a un léger œdème de la région temporale et qu'une très forte pression locale fait grimacer le malade.

Nous concluons à une fracture du crâne sans déplacement et à la compression des centres psycho-moteurs droits par un caillot sanguin.

La compression fait des progrès rapides, — le malade s'en va graduellement, — il est redevenu totalement inconscient, — sa respiration est très laborieuse, la pupille gauche se dilate, — l'agitation devient continue, puis fait place à la torpeur, — il ne crie plus et son bras gauche se contracture.

L'intervention est jugée très urgente et nous la pratiquons aussitôt, aidé de MM. les internes de service, Cyphiot à la table et Archambault au chloroforme.

Une incision très courbe, passant par la périphérie de la fosse temporale droite, détache un large lambeau à pédicule sus-auriculaire et met à nu toute la portion écailleuse du temporal et une partie du pariétal. Tout est en place mais en y regardant de très près, nous découvrons deux fissures : l'une se dirige verticalement vers le sommet du crâne ; l'autre, horizontale, prend sa course vers l'occiput et intéresse fortement l'os occipital. Toutes deux se réunissent à angle droit au-dessus et un peu en avant du canal auditif.

Le fragment circonscrit est solide et immobile. Une large cra-

nectomie, pratiquée à cet endroit, conduit sur un volumineux caillot extra-dure-mérien qui embrasse toute la région et se prolonge en bas jusqu'au plancher du rocher. Le caillot enlevé avec les doigts, laisse voir un hémisphère cérébral affaissé, vide de sang et réduit à son plus petit volume. Nous introduisons facilement deux doigts entre la substance cérébrale et la voûte crânienne et cela sur toute l'étendue de l'hémisphère, moins la portion correspondant au lobe frontal.

L'hémorragie est encore très abondante et la grande cavité, à pein débarrassée, se remplit presque instantanément de sang rouge, rutilant, dont nous avons beaucoup de peine à établir la source. L'hémostase est difficile, aveuglé que nous sommes par les flots de sang qui cherchent leur issue vers l'extérieur, à travers la brèche osseuse. Toutefois à force de tamponner et après avoir agrandi l'ouverture vers le plancher, nous parvenons à jeter une pince puis une ligature, sur la branche postérieure de l'*artère méningée moyenne*, qui traverse obliquement le champ opératoire et qui, rompue, donne un jet de sang saccadé et suffisamment volumineux ; l'hémorragie s'arrête.

Entre temps l'hémisphère décomprimé, s'est rempli de sang, ses vaisseaux se sont distendus et il comble peu à peu la loge crânienne.

Toilette rapide et fermeture après tamponnement et drainage par une gaze à l'angle postérieur de la plaie.

* * *

L'intervention avait été ardue mais les suites en furent des plus consolantes. Aussitôt après le réveil chloroformique, le patient commençait à remuer sa jambe et nous constatâmes au premier pansement, le surlendemain, que les paralysies faciale et oculaire étaient complètement disparues. Celle du bras fut plus tenace et ce n'est qu'au sixième jour que les doigts purent retrouver un peu de mobilité. A partir de ce moment, tous les phénomènes s'amendèrent graduellement et le 28 juillet, le malade sortait de l'hôpital avec une plaie cicatrisée *per primam* et disparition de tous troubles fonctionnels.

* * *

Cette observation, banale à simple lecture, a intéressé vivement ceux qui ont pu assister au "drame intra-cranien" qui s'est joué

dans l'espace de quelques heures, je dirais de quelques minutes.

Elle est intéressante de plus par la facilité avec laquelle nous avons pu préciser le diagnostic de compression par hématomé.

La notion d'un traumatisme récent et l'état de santé immédiatement antérieur nous permettaient de mettre hors de cause la compression par un "Neo" quelconque: tumeur, gomme, etc.

Restaient les deux éventualités d'une esquille détachée de la table interne (il n'y avait pas de déformation) ou d'un hématomé résultant de l'ouverture d'un vaisseau.

L'esquille se déplaçant au moment de l'accident, établit la compression instantanée et la paralysie survient d'emblée "*totale et définitive*". Or l'histoire clinique de notre cas nous permettait d'éliminer assez sûrement aussi semblable cause.

En effet, à son arrivée chez lui, le malade est bien inconscient mais c'est plutôt de la simple commotion, et il manifeste du retour à la conscience au bout de quelques heures.

Mais à ce moment le caillot, étant déjà assez volumineux, rétrécit d'autant la capacité du crâne et la compression commencent à se faire sentir: la paralysie apparaît, — le délire, l'agitation et quelques vomissements traduisent l'irritation de l'écorce cérébrale. Encore cependant, la circulation se fait facilement dans l'hémisphère et le pouls bat à 100 pulsations.

Avec le caillot tous les symptômes augmentent d'intensité; troubles oculaires, paralysies, agitation s'affirment davantage. La pression intra-crânienne contrebalance déjà celle de l'intérieur des vaisseaux, — l'hémisphère s'anémie, les centres bulbaires souffrent et le pouls est à 70. C'est l'état à notre première visite vers midi.

Une demi-heure plus tard l'hématomé a fait encore des progrès, — les vaisseaux cérébraux sont complètement affaiblis. — l'hémisphère est fonctionnellement anéanti, — les troubles oculaires ont gagné les deux yeux, — l'agitation a fait place à la torpeur, le pouls est descendu à 40, — la respiration est stertoreuse. Après la mort cérébrale, c'est la mort réflexe qui va survenir. Et tout cela se passe entre dix heures et midi.

Nous devons donc, en présence de cette symptomatologie *tarde et progressive*, nous arrêter au diagnostic d'hématomé.

Notre malade, revu ces jours derniers, va très bien; il ne présente plus qu'un peu de dilatation de ses pupilles. Nous avons

conscience de lui avoir été utile, et nous félicitons M. Fournier de sa diligence à évacuer le blessé sur l'hôpital ; ceci nous a permis d'intervenir de bonne heure, et d'utiliser à le sauver des instants précieux parce que comptés.

REVUE GÉNÉRALE

L'HORAIRE DU NOURRISSON

Par le Professeur SEVERIN LACHAPELLE

Depuis plusieurs années, nous avons recommandé de laisser un intervalle de trois heures, entre les repas du nourrisson, quelle que soit sa nourriture, lait de la mère, ou lait de la bouteille ; que celui-ci soit pur ou additionné d'eau.

Ce régime doit être institué le plus vite possible, et on peut y arriver facilement dans le cours du premier mois.

Nous avons été amené à cette révolution diététique, par simple hypothèse. Si le dernier repas n'est pas suffisamment digéré, un repas nouveau doit nécessairement conduire à la fermentation et à l'infection. Si l'estomac ne s'est pas vidé de son contenu, et ne s'est pas reposé un temps suffisamment réparateur, comment ne pas appréhender une insuffisance digestive graduellement croissante, et toutes les variétés de dyspepsie, gastrique, gastro-intestinale, etc.

Nous ne saurions taire que le régime des repas toutes les trois heures nous a paru avantageux et que le temps est venu justifier notre innovation.

Nous n'en parlerions pas cependant, si les conclusions du laboratoire ne venaient à l'appui de la clinique et obliger tout le monde à comprendre que les tables de la diététique lactée des nourrissons doivent être renversées, et qu'il n'est plus permis de gaver le nourrisson, car c'est un véritable gavage que cette routine antique et peu solennelle de la multiplication des repas rapprochés.

Nous venons de lire un petit volume que nous avons fait venir

dès sa première publication, intitulé "Radioscopie Gastrique et Maladies de l'estomac", par G. Leven et Barret. Les conclusions photographiques de ces auteurs sont

1° Les tétées ne doivent jamais être données toutes les deux heures ;

2° Les tétées doivent être distantes d'un intervalle de trois heures, car les tétées données toutes les deux heures et demie sont trop rapprochées ;

3° Cette réglementation est applicable quel que soit le mode d'allaitement.

Puis les auteurs ajoutent : " Quel que soit le lait employé, lait maternel ou lait de vache, pur ou additionné, l'évacuation s'effectue avec la même lenteur. Cette analogie dans la durée de l'évacuation justifie une réglementation unique pour tous les modes d'allaitement ".

Il est regrettable que, sur l'avis de l'Académie de Médecine, les livrets de nourrices portent encore la prescription de la tétée de deux heures, alors que le plus grand nombre des pédiâtres se sont mis d'accord pour adopter l'intervalle de trois heures, que leur pratique a démontrée préférable et dont la radioscopie confirme l'utilité.

Nous devons comprendre que six repas pendant les 24 heures sont suffisants, laissant un repos de trois heures chaque fois, et de six heures la nuit.

Quant à la quantité, un once par mois d'âge jusqu'à six mois, et ensuite six onces jusqu'à un an ; voilà la limite qu'on ne saurait dépasser impunément.

Cette question de quantité est aussi importante que la question de *qualité*, et c'est parce qu'elle est mise trop au second rang dans le régime infantile que nous insistons sur ce point.

Il ne faut pas oublier que tout est grand dans la question des petits ; que la moindre erreur est fatale, et que les troubles digestifs ont toujours pour point de départ une erreur quelconque.

Qu'il n'y ait point de faute et il n'y aura pas de troubles, car l'enfant est né pour vivre et non pour mourir — et ce sont les fautes qui le tuent.

LA GASTRO-ENTERITE DES NOURRISSONS (1)

La gastro-entérite des nourrissons affecte des aspects cliniques très variés, sa gravité, ses complications, sa durée, ses conséquences diffèrent d'un cas à l'autre.

On s'accorde généralement à distinguer des formes aiguës et une forme chronique.

Les formes aiguës se divisent en

{	légère,
	pyrétique,
	cholériforme,
	dysentériorforme.

La *forme légère* (la seule qu'on rencontre généralement chez les enfants élevés au sein) est caractérisée par des vomissements et de la diarrhée. Vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux; la fréquence des selles diarrhéiques est modérée (4 à 5 dans les 24 heures). Ces selles sont très fréquemment colorées en vert par la bile. La fièvre, si elle existe, n'est jamais intense. Bien traitée, cette forme guérit facilement, dans le cas contraire, elle conduit à une forme plus grave ou prolongée.

La *forme pyrétique* provoque une fièvre plus importante et de durée plus longue; elle s'accompagne de prostration, de ballonnement et de sensibilité du ventre, de sécheresse de la langue, de tuméfaction de la rate et du foie. Les selles sont fétides. La mort peut survenir en quelques jours. La guérison est toujours lente à venir. La séro-réaction de Widal pourra être utilisée pour le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde qui n'est pas exceptionnelle chez les enfants très jeunes.

La *forme dite choléra infantile* débute le plus habituellement par des vomissements abondants et des selles d'une extrême fréquence. Selles incolores, aqueuses mais ne contenant pas de grains riziformes. Le ventre est plutôt rétracté que ballonné, la soif ardente.

À l'agitation du début succède rapidement la torpeur et l'enfant prend l'aspect d'un cholérique: yeux excavés, nez pincé, cyanose, refroidissement des extrémités, cri éteint, suppression des battements des paupières, fontanelles déprimées, peau figée, raréfaction des urines, dyspnée sans signes d'auscultation, coma terminal précédé ou non de convulsions.

(1) Par le Dr André Moussous, professeur de clinique médicale infantile à l'Université de-Bordeaux.

Dans les cas qui guérissent, la peau reprend sa chaleur, les urines se rétablissent, il peut se produire une phase de réaction avec fièvre pendant laquelle diverses complications sont encore à craindre : broncho-pneumonie, méningite, colite folliculaire, abcès dermiques, etc.

La *forme dysentérique* ne survient qu'au moment du sevrage ou chez les enfants déjà sevrés et recevant des aliments peu appropriés à leur âge. Elle débute aussi par des vomissements alimentaires et bilieux, puis des selles diarrhéiques d'odeur putride bientôt remplacées par des sécrétions intestinales, glaireuses et sanguinolentes. Evacuations incessantes accompagnées de coliques, de ténésme. Le ventre est légèrement distendu, sensible à la pression le long du gros intestin. Il y a de la fièvre, de l'agitation, la langue est sèche, les lèvres fendillées. Parfois les symptômes généraux prennent de suite une extrême gravité, l'enfant tombe rapidement dans le collapsus et meurt. Il faut différencier cette forme de la dysenterie bacillaire justiciable de la séro-thérapie (1).

La *forme prolongée* dite *chronique*, peut succéder à l'une quelconque des formes aiguës, elle est le plus souvent l'aboutissant de la dyspepsie gastro-intestinale. Elle procède par poussées successives, aussi la désigne-t-on souvent sous le nom de *gastro-entérite à répétition*. Chacune de ces poussées s'accompagne de fièvre et de vomissements, surtout de diarrhée. Les selles diarrhéiques sont d'aspects variables. Au début elles peuvent être partiellement ou totalement colorées en vert par la bile, plus tard elles sont décolorées, contiennent constamment des matières alimentaires mal digérées (caséine, graisse). Peu à peu l'état général décline, la cachexie gastro-intestinale s'établit.

Chez les enfants très jeunes, la gastro-entérite prolongée conduit à l'*athrepsie*, à partir de 4 à 5 mois elle conduit au *rachitisme*.

Sous ces différents aspects cliniques, la gastro-entérite des nourrissons est toujours l'expression d'une infection des voies digestives. Si l'intoxication précède parfois l'infection, celle-ci existe toujours à un moment donné.

Elle est due aux micro-organismes qui vivent à l'état de sapro-

(1) Sérum antidysentérique de Vaillard et Dopter.

phytes dans le tube digestif et qui, sous des influences diverses, pullulent et deviennent pathogènes (*infection d'origine endogène*). Plus rarement elle est due à des agents infectieux pénétrant avec les boissons ou les aliments (*infection d'origine ectogène*).

Cette infection peut rester toute de surface, les microbes restant cantonnés dans l'intérieur du tube digestif ou dans l'épaisseur de ses parois, ou bien au contraire les microbes pénètrent dans le torrent circulatoire. Une véritable septicémie se surajoute à l'infection locale.

Étant donné cette pathogénie, une thérapeutique rationnelle de la gastro-entérite doit viser plusieurs buts :

- 1° Expulser hors du tube digestif les produits toxiques ou les agents infectieux, cause de la maladie ;
- 2° Enrayer la pullulation microbienne ;
- 3° Favoriser l'élimination par les émonctoires des substances toxiques déjà resorbées.

Elle doit aussi soutenir les forces du malade, lutter contre les complications, chercher les moyens de revenir à l'alimentation, sans ramener un retour offensif de la maladie.

La première indication sera réalisée grâce aux lavages de l'estomac et de l'intestin, et grâce aux purgatifs.

Le lavage de l'estomac semble utile au début dans les cas où il y a des vomissements alimentaires, il peut être répété 2 ou 3 fois à plusieurs heures d'intervalle. Il est contre-indiqué lorsque l'enfant est déprimé, dans les formes avec algidité, toutes les fois que le cœur faiblit. Il peut rendre des services dans les formes prolongées, si la répétition des vomissements devient un véritable obstacle à l'alimentation, les aliments ingérés après un lavage de l'estomac étant généralement conservés.

Le lavage de l'intestin (1) (entéroclyse) est d'une application

(1) On peut, comme pour le lavage gastrique utiliser une sonde urétrale molle (calibre 20 à 25 de la filière Charrière), prolongée par un tube en caoutchouc qui s'adapte à un bock ou à un entonnoir en verre de 2 litres de capacité. L'enfant est couché sur le côté droit, les cuisses fléchies sur l'abdomen, la sonde est enfoncée dans le rectum de 10 à 15 centimètres. Pour faciliter sa pénétration on commence à provoquer l'écoulement du liquide en élevant le bock de 30 à 40 centimètres dès que l'extrémité de la sonde a franchi les sphincter anal. Suivant l'âge de l'enfant on fera passer dans l'intestin un demi-litre, un litre, un litre et demi de liquide, mais doucement, et en ayant soin de retirer de temps en temps la sonde pour permettre aux matières fécales de s'écouler avec une partie du liquide introduit.

beaucoup plus usuelle, on doit y recourir dans presque toutes les formes de la maladie, il a le triple avantage de débarrasser l'intestin de son contenu, de modifier l'état de la muqueuse, de fournir à l'absorption une certaine quantité de liquide.

Il est inutile de chercher à forcer la valvule de Bauhin et à faire pénétrer le liquide dans l'intestin grêle et jusque dans l'estomac. La pression nécessaire pour atteindre ce but ne serait pas sans danger.

Le lavage de l'intestin doit être renouvelé matin et soir.

Le liquide employé sera de l'eau bouillie, les infusions de guimauve ou de camomille, du sérum physiologique. D'après sa température il pourra servir (froid) à abaisser la température ou au contraire (chaud) à lutter contre l'hypothermie.

Dans la gastro-entérite dysentérioriforme on se trouvera bien de faire succéder au lavage un petit lavement à l'eau oxygénée suivant la méthode (1) préconisée par mon ex-chef de clinique, le docteur Rocaz dans le traitement de la dysenterie.

Si les vomitifs ne me semblent que bien rarement indiqués dans le traitement de la gastro-entérite, les services rendus par les purgatifs sont au contraire indéniables.

Le purgatif par excellence est le calomel, il sera donné avec les précautions usuelles, soit à dose massive, soit à doses filées.

La dose massive sera calculée à raison de 5 centigrammes par année — 3 centigrammes dans les premiers mois. — Le calomel est mélangé à un peu de sucre en poudre ou de lactose et sera donné dans une cuillerée à café d'eau bouillie.

Les doses filées seront 1 centigramme toutes les heures ou $\frac{1}{2}$ centigramme toutes les demi-heures jusqu'à concurrence de 4 à 5 centigrammes au maximum.

La première méthode sera utilisée s'il y a du tympanisme abdominal et si les selles sont fétides. La seconde, si le ventre est mou, la diarrhée abondante.

L'usage du calomel réussit surtout dans la forme pyrétique et dans les poussées aiguës de la forme chronique.

(1) Eau oxygénée neutralisée, étendue de cinq fois son volume d'eau stérilisée tiède. Le lavement est gardé le plus longtemps possible, et l'on fait coucher le malade, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, afin que le liquide puisse baigner tout le colon.

Dans l'entérite dysentérique, l'huile de ricin est le purgatif de choix. On se trouvera très bien aussi de la potion huileuse (1).

- | | | |
|----|----------------------------------|-------------|
| 1. | Huile de ricin | 10 grammes. |
| | Huile d'amandes douces | 40 — |
| | Sirop de groseilles | 10 — |
| | Eau de laurier cerise | 2 — |

Une cuillerée à dessert toutes les heures pendant quatre heures consécutives et recommencer le lendemain.

C'est dans cette forme aussi qu'on a vanté, chez les enfants âgés de plus de quinze mois, les bons effets du sulfate de soude (2).

2. Sulfate de soude 10 grammes.

Dans une infusion chaude au début, puis ensuite 1 à 2 grammes tous les matins.

En même temps qu'on cherche à débarrasser l'intestin des substances toxiques et des agents infectieux il faut supprimer toute alimentation qui serait une nouvelle source d'intoxication et servirait de bouillon de culture aux micro-organismes pathogènes.

Il faut donc, dès l'apparition des premiers troubles, exiger la diète. Mais si les aliments sont funestes, les liquides sont indispensables. — C'est donc la *diète hydrique* que l'on instituera.

Diète hydrique. — Le liquide donné à l'enfant sera l'eau bouillie non sucrée ou des tisanes. Le thé léger me semble particulièrement utile lorsqu'il y a lieu de remonter les forces et de relever le pouls, il est contre-indiqué si l'agitation est prononcée. Dans les formes avec algidité il sera administré chaud avec addition de quelques gouttes de rhum ou d'eau-de-vie. Si l'acidité des sécrétions gastro-intestinales est marquée, si les vomissements persistent on usera d'eaux alcalines naturelles: Vals, Vichy tout en sachant qu'elles ne désaltèrent pas aussi bien que l'eau simple.

Les boissons seront données fréquemment tous les quarts d'heures, toutes les demi-heures et par petites quantités surtout s'il y a tendance au vomissement. L'enfant en prendra dans le 24 heures une quantité au moins égale à sa ration quotidienne de lait; si merveilleux que soient les effets de la diète hydrique, elle ne doit pas être prolongée au-delà d'un certain temps, 12 ou 48 heures. A partir de ce moment il est nécessaire de faire quelques tentatives d'alimentation. Si ces premières tentatives ne réussissent pas, on revient à la diète hydrique.

La pullulation des agents infectieux pathogènes sera directement combattue par l'*antisepsie intestinale*. Malheureusement, on le sait, nous sommes mal outillés pour réaliser cette anti-epsie.

Dans ce sens semblent cependant agir favorablement l'acide lactique et certains astringents insolubles.

L'*acide lactique* (1) a été préconisé depuis 1886 par Hayem

1. On prescrira :

Acide lactique	1 gramme.
Sirop simple	10 grammes.
Eau bouillie	50 grammes.

Une cuillerée à café toutes les demi-heures pendant les trois premières heures, ensuite, toutes les deux heures. Chez les enfants âgés de plus de trois mois, on remplacera la cuillerée à café par une cuillerée à dessert.

L'acide lactique et même l'acide chlorhydrique sont donnés par Hutinel dans une limonade. On prescrit :

Acide lactique	5 grammes.
Limonade	1 litre.

comme liquide de boisson dans la diète hydrique. Ou :

Acide chlorhydrique	1 gr. 60
Limonade	1 litre.

Par cuillerée à entremets toutes les 2 heures.

et Lesage dans le traitement de la gastro-entérite, surtout lorsque les selles sont abondantes. On peut s'adresser aussi aux ferments lactiques délivrés dans le commerce en bouillons de culture ou en poudre. Ces ferments seront administrés avec de l'eau sucrée. On a avantage à les utiliser surtout dans les formes traitantes. Leur usage peut être prolongé pendant plusieurs semaines consécutives. J'en dirai autant de la levure de bière fraîche (2) qui agit aussi dans ces mêmes formes d'une façon efficace.

2. Levure de bière fraîche :

Une cuillerée à café deux fois par jour, délayée dans un peu d'eau sucrée ou mélangée à du sirop de groseilles. En même temps, un petit lavement tiède quotidien contenant une cuillerée à café de levure de bière, qui doit être gardé.

Parmi les astringents insolubles on utilise pour lutter contre la diarrhée persistante, le *sous-nitrate* ou le *salicylate de bismuth* de 0 gr. 50 à 2 grammes suivant l'âge, à prendre en 4 à 5 fois dans les 24 heures, soit délayé dans un peu d'eau, soit dans une potion; le *benzo-naphтол* sera associé au bismuth ou donné seul à raison de 0 gr. 10 pour un paquet, 4 à 5 paquets par jour, à partir d'un an les paquets seront de 0 gr. 50.

La *tannalbine* (tannate d'albumine) sera administrée, à même dose que le benzo-naphтол, le *tannigène*, à dose double.

Le troisième but que devra poursuivre le traitement de la gastro-entérite sera, nous l'avons dit, de favoriser l'élimination des produits toxiques résorbés, la diète hydrique y contribue déjà, la balnéation et les injections sous-cutanées de sérum agiront dans le même sens.

Mais ce n'est pas seulement en activant les fonctions de la peau et en poussant à l'urination que la *balnéation* est utile. Elle apaisera l'agitation, elle agira sur l'hypertérmie et sur l'hypothermie. Les bains tièdes à 32° de 8 à 10 minutes de durée calmeront l'enfant, ils pourront prévenir les convulsions, diminuer leur intensité ou empêcher leur retour. Commencés à la même température puis abaissés à 30°, voire même à 28°, avec compresses froides sur la tête, ils seront formellement indiqués dans la forme pyrétique avec fièvre élevée, en plateau; on les renouvelera toutes les 3 ou 4 heures.

Dans la période d'algidité du choléra infantile on lutte avantageusement contre le refroidissement périphérique par les bains chauds à 38°, voire même par les bains sinapisés (50 gr. de farine de moutarde pour 25 litres d'eau). Ces derniers bains devront être très surveillés pour éviter les brûlures.

Les *injections sous-cutanées de sérum artificiel* (1) font avec

1. Le sérum dit physiologique :

Chlorure de sodium	7 gr. 50
Eau	1.000 grammes.

est celui qui doit être utilisé pour ces injections. Le sérum sera réchauffé à 38° au bain-marie avant d'être injecté sous la peau.

L'injection sera de 10 à 15 pour cent. cubes au dessous de trois mois, de 50 à 60 cent. cubes jusqu'à cinq ou six mois, de 100 cent. cubes ensuite. Elle sera renouvelée deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

la diète hydrique et les bains chauds, partie intégrante du traitement du choléra infantile. Elles sont du reste indiquées d'une façon générale dès qu'il y a des déperditions séreuses abondantes, et qu'il y a par suite tendance à la déshydratation des tissus.

Les injections sous-cutanées de sérum peuvent être employées à plus petites doses, 10 à 20 cent. cubes par jour, dans les formes prolongées de la gastro-entérite. On emploie également les injections d'eau de mer isotonique; ces petites dose quotidiennes mo-

difient heureusement les milieux organiques et réveillent les sécrétions du tube digestif. Elles ne doivent cependant pas être poursuivies trop longtemps sous peine de provoquer l'œdème.

C'est également à la méthode hypodermique qu'il y aura lieu de s'adresser pour les *injections stimulantes* que nécessite la défaillance cardiaque observée dans les types cholériformes ou dysentériques. C'est aux injections d'huile camphrée (1) qu'il

- | | | |
|----|---|----------|
| 1. | Camphre | 0 gr. 50 |
| | Huile d'amande douce | 10 gr. |
| | 1 à 2 cent. cubes dans les vingt-quatre heures, | |

faut donner la préférence. Malgré leur efficacité incontestable, les injections d'éther sont trop douloureuses, celles de caféine trop excitantes. (2)

1. MARFAN conseille d'ajouter la caféine aux solutions salines.

Eau	300 grammes.
Chlorure de sodium	0 gr. 75
Citrate de caféine	0 gr 75

2. Le ferment-lab est délivré dans le commerce sous forme d'une poudre dont on met une petite pincée dans le biberon, au moment où celui-ci est réchauffé au bain-marie à 38°. Dès que sous l'influence du lab-ferment le lait commence à se coaguler en petits grumeaux, on l'agite et on le donne à l'enfant.

Alimentation. — Lorsque la diète étant assez prolongée, on jugera nécessaire de revenir à l'alimentation, il sera bon d'user de beaucoup de prudence. Si la gastro-entérite a été peu sévère, on pourra essayer le lait, mais d'une façon très progressive et en procédant par tâtonnement, une cuillerée à café toutes les 4 heures pour commencer, puis toutes les 3 heures; enfin, une cuillerée à soupe toutes les 2 heures. Ce n'est que peu à peu qu'on reviendra à la ration normale. Même si le lait de vache paraît bien toléré, il y a lieu, dans les premiers temps, d'en faciliter la digestion en se servant de *ferment-lab* (4). Le *lait d'ânesse* qui se rapproche de beaucoup par sa composition du lait de femme est généralement beaucoup mieux toléré que le lait de vache, surtout par les enfants très jeunes. Je l'ai presque vu réussir. Il doit être donné cru au moment de la traite. Malheureusement il est difficile de s'en procurer, surtout en ville. Le *lait de beurre* n'est pas plus facile à digérer pour l'enfant que le lait de vache, mais lui aussi peut se donner cru au moment de la traite, et par conséquent conservant encore ses ferments solubles que l'ébullition détruirait.

On peut aussi, avec avantage, utiliser des laits modifiés. Sans rappeler les laits *humanisés* ou *digérés* qui ont eu leur vogue, c'est surtout aujourd'hui au *babeurre*, au *képhir*, au *lait caillé* et au *lait homogénéisé* que l'on s'adresse.

Le *babeurre* est le liquide qui reste lorsqu'on a battu le beurre. C'est un liquide blanchâtre légèrement acidifié par l'acide lactique, acide fourni par le bacille lactique aux dépens du lactose.

Il peut être donné pur ou mélangé à de la farine. C'est ce dernier mélange (1) qui est surtout utilisé. Il est d'abord pris par

1. 10 à 15 grammes de farine pour 1 litre de babeurre.

On fait bouillir à feu doux pour éviter les grumeaux, puis on ajoute 70 grammes de sucres.

cuillerées à soupe toutes les 3 heures, puis finalement par biberons comme le lait et même en quantités un peu supérieures, car il a des qualités nutritives moindres.

Il est généralement bien supporté. On pourra essayer au bout de quelques jours d'y mélanger un peu de lait, et l'on augmentera les proportions de ce mélange d'une façon progressive. C'est dans les formes prolongées de la gastro-entérite que le babeurre rendra les services les plus signalés. Nous en dirons autant du *képhir*, boisson acidulée, gazeuse, légèrement alcoolisée provenant d'une fermentation du lait par un ferment organisé originaire du Caucase (par la *D. sporae Caucasica*). Sous l'influence de ce ferment, le lactose se transforme partiellement en acide lactique et en alcool la caséine est précipitée en grumeaux fins et partiellement peptonisée. Suivant la durée de la fermentation, on distingue le *képhir* no 1, no 2 et no 3. C'est le no 2 qui est généralement employé.

Ce liquide conserve donc toutes les parties constituantes du lait. Par l'acide lactique qu'il contient, il offre en outre des propriétés antiseptiques réelles. Malheureusement, son goût aigre déplaît à certains enfants.

Le *lait caillé* (2) réussit assez souvent, donné à petites doses pendant quelques jours. Mais c'est un aliment trop azoté, il pro-

1. Le lait caillé s'obtient en faisant agir à l'étuve à 35° pendant dix heures des ferments lactiques sur du lait préalablement bouilli et écrémé.

On peut employer, pour l'ensemencement, des ferments en poudre ou en tablettes qu'on délaie dans un peu d'eau de façon à faire une pâte homogène et le lait est versé peu à peu sur cette pâte en mélangeant et en évitant la formation de grumeaux.

voque assez rapidement de la pâleur et des selles irritantes qui amènent de la rougeur des fesses.

Le *lait homogénéisé* (1) trouve son application rationnelle lorsque l'assimilation des matières grasses reste déficiente, mauvaise assimilation qui entretient l'amaigrissement et favorise de nouvelles crises d'entérite.

Décoctions de céréales, Féculents. — Si la gastro-entérite a été grave ou si la reprise du lait échoue, il faut s'adresser aux décoctions de céréales, eau de riz (2), eau panée (3), décoction d'orge (4), La décoction de touraillons d'orge (5) a des propriétés antidiarrhéiques très nettes. Puis rapidement on arrivera aux bouillies de féculents préparés soit avec la décoction de céréales de Comby (6), soit avec le Louillon de légumes de Méry (7).

2. On entend par lait homogénéisé celui dont les particules graisseuses ont été finement divisées par un procédé mécanique.

On prépare :

1. L'eau de riz. — En mettant 60 grammes de farine de riz dans $\frac{1}{2}$ litre d'eau froide en ajoutant un $\frac{1}{2}$ litre d'eau chaude, puis en faisant bouillir le mélange, puis filtrant.

2. L'eau panée. — En faisant cuire à petit feu dans de l'eau du pain grillé émietté pendant trois quarts d'heure, passant sur une fine passoire, salant et sucrant.

3. La décoction d'orge. — En faisant bouillir une cuillerée à soupe d'orge perlé dans un litre d'eau pendant une demi-heure, puis filtrant.

4. La décoction de touraillons. — 25 grammes de touraillons pour un litre d'eau.

5. La décoction de céréales de Comby :

Blé	} à 30 grammes.
Orge	
Mais	
Pois cassés	
Haricots	
Lentilles	
Sel	

Dans 3 litres d'eau, réduire par l'ébullition à 1 litre.
Passer.

On prépare :

6. Le bouillon de légumes de Méry :

Pommes de terre	65 grammes.
Carottes	45 —
Navets	15 —
Haricots secs	} à 5 grammes.
Pois secs	

Faire bouillir pendant quatre heures dans un litre d'eau, filtrer et compléter ensuite le litre avec de l'eau bouillie salée avec 5 grammes de sel.

On délaie à froid dans un peu de ces liquides une cuillerée à café de farine (froment, riz, arrowroot), puis on ajoute chaude la quantité qui doit cuire avec cette farine (150 à 200 gr.). Pendant toute la cuisson on tourne doucement pour éviter la formation des grumeaux.

Ce régime peut être, si nécessaire, maintenu 8 à 10 jours après quoi il faudra essayer du lait sous une des formes et avec tous les tâtonnements sus-indiqués.

Les bouillies maltosées sont déjà des aliments plus substantiels. Elles peuvent être employées d'une façon plus prolongée, mais n' seront pas essayées dès la reprise de l'alimentation. La soupe de Malt, d'après la formule de Terrien est actuellement la plus employée, mais sa préparation est minutieuse (1). Chez les enfants

1. La soupe de Terrien. — En faisant à part une infusion avec 20 grammes de malt frais finement pulvérisé et 150 gr. d'eau qu'on maintient à une température de 60° pendant une demi-heure et qu'on filtre. D'autre part, en faisant un mélange d'un demi-litre d'eau dans laquelle on brasse peu à peu 70 grammes de farine de riz, mélange porté sur le feu, qu'on fait cuire doucement en remuant et qu'on filtre. L'ébullition obtenue, on retire du feu, on ajoute 50 grammes de sucre et on attend que la masse ait atteint la température de 80°.—

A ce moment on ajoute l'infusion de malt qu'on fait agir sur la bouillie pendant dix minutes en maintenant la température à 80°. Sous cette action la bouillie se liquéfie. Cette soupe a un goût agréable, elle est généralement bien acceptée par les enfants. Elle est donnée en quantité égale à celle du lait. On peut y ajouter avec avantage un peu de lait caillé.

d'un certain âge, les purées de féculents et la viande crue, suivant la méthode de Trousseau (2) sont bien souvent mieux tolérés que

2. Viande de mouton pulvée, mélangée à de la confiture. Commencer par 5 à 10 grammes par jour pour aller à 30, 50, et 100 grammes. Au début on retrouve généralement des parcelles de viande non digérées dans les selles qui deviennent fétides, au bout de deux ou trois jours la digestion se régularise. On peut faciliter celle-ci en donnant à chaque repas de viande une cuillerée à café de sirop de papaine.

le lait, qui semble parfois un véritable poison au cours et à la suite de la gastro-entérite.

Les complications nécessiteront une thérapeutique spéciale. Les coliques seront combattues par l'application de compresses humides chaudes, le tympanisme par l'application de compresses froides.

On a vanté contre les phénomènes douloureux de petites doses d'antipyrine, il faudra se méfier de cette médication s'il y a la moindre tendance au collapsus et plus encore de l'opium.

Nous avons déjà mentionné les moyens de lutter contre l'hyperthermie, contre l'hypothermie et contre les convulsions.

Les accidents méningés nécessiteront les bromures, l'application de glace sur la tête, au besoin la ponction lombaire ; les accidents pulmonaires, les ventouses, la sinapisation, l'enveloppement imperméable des membres inférieurs.

Les soins extrêmes de propreté pourront modérer les érythèmes fessiers, éviter la pyodermie.

Les ulcérations talonnières seront saupoudrées d'une poudre antiseptique (aristol) et recouvertes d'un pansement ouaté épais pour les protéger contre les frottements.

Pour éviter les complications, les enfants atteints de gastro-entérites seront autant que possible isolés des autres malades.

Dans les formes prolongées, on conseillera un changement d'air. En été, tout particulièrement la montagne. Le bord de la mer sera préféré si les débuts du rachitisme commencent à se dessiner. Dans ce cas, les bains salés chauds (1 kilo de gros sel pour 10 litres d'eau) triomphent quelquefois mieux des troubles digestifs que toute autre médication.

Il y a une *prophylaxie de la gastro-entérite*. C'est la stricte observation des règles de l'hygiène alimentaire. C'est surtout l'allaitement au sein. Aussi, c'est à lui qu'on devra songer dès la première atteinte de la maladie pour chercher à éviter des atteintes nouvelles.

NOUVELLES EXPERIENCES DE SUTURES DE VAISSEAUX, DE TRANSPLANTATIONS DES ORGANES ET DE GREFFES DES MEMBRES DU Dr ALEXIS CARREL (1)

Par M. le Professeur POZZI.

Les belles expériences de notre compatriote M. A. Cerrel, qui, après avoir travaillé successivement à Lyon et à Chicago, est actuellement un des directeurs de l'Institut Rockefeller, à New-York, ont eu en France un légitime retentissement.

(1) Communication faite à l'Académie de médecine de Paris, le 8 juin 1909.

Nous publions cette communications *in extenso* afin de renseigner nos lecteurs sur des faits surprenants dont l'auteur est un français de talent émigré aux Etats-Unis ; que nous avons connu ici et dont nous avons déjà publié un travail original sur un nouveau procédé de "sutures des vaisseaux;"

La nouveauté de ces travaux, les applications importantes que la chirurgie peut en espérer m'ont engagé à vous présenter, au nom de leur auteur, un très bref exposé de ses résultats les plus récents qu'il a bien voulu me faire constater *de visu* lors d'un récent voyage scientifique que j'ai fait aux États-Unis. Pour ne pas fatiguer votre attention, je me bornerai à une énumération très brève et forcément incomplète d'après mes propres notes et d'après celles que M. Carrel a rédigées lui-même sur ma demande.

Je rappellerai d'abord que le point de départ de ces expériences, celui qui a permis à M. Carrel d'obtenir des succès tout à fait nouveaux, c'est la technique qu'il a fixée pour la suture des vaisseaux sanguins et qui peut se résumer ainsi: suture bout à bout à l'aide d'aiguilles et de fils d'une extrême finesse et avec des précautions aseptiques minutieuses. Cette technique a été adoptée et a réussi pareillement entre les mains du professeur Garré (de Breslau) de Stieh et Makkas, de Fred. T. Murphy (de Boston), de Mac Lure (de Baltimore), de Ward (de New-York), de Guthrie (de Saint-Louis), de Frouin (de Paris), etc.

Désormais la suture des vaisseaux est devenue pour le physiologiste et pour le chirurgien une opération réglée.

Certes, les applications chirurgicales de ces données nouvelles sont encore hésitantes et rares. Ce qui est, par contre, bien établi, ce sont les résultats de laboratoire obtenus par notre éminent compatriote. J'en exposerai quelques-uns, en insistant uniquement sur ceux qui sont encore inédits ou peu connus dans notre pays.

I. — RAPIÈCEMENT DE L'AORTE ABDOMINALE AVEC UN MORCEAU DE PÉRITOINE.

En janvier 1907, sur une chienne de taille moyenne, résection de la moitié antérieure de l'aorte abdominale dans une étendue de 2 centimètres. Rapiècement du vaisseau avec un morceau de péritoine doublé du muscle transverse pris sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen du même animal et conservé pendant quelques minutes dans de la vaseline.

Le 24 novembre 1908, 22 mois après l'opération, laparatomie. On met à nu l'aorte abdominale; on constate que ses pulsations sont normales. Il n'y a aucune trace apparente de l'opération primitive: le calibre n'est pas modifié; la consistance de la paroi est

absolument normale. Pourtant un examen plus attentif de la paroi antérieure permet de distinguer une zone elliptique de couleur légèrement différente. Il y a eu adaptation morphologique et fonctionnelle parfaite du lambeau péritonéal transplanté. M. Carrel pratique alors la résection d'un segment de l'aorte comprenant le rapiècement et rétablit la circulation à l'aide d'un segment de veine cave. Aussitôt, dans le segment de l'aorte réséquée, la pièce péritonéale devient apparente, car le tissu aortique, dès qu'il n'est plus distendu par la pression sanguine, revient sur lui-même et se rétracte, tandis que la zone péritonéale garde les mêmes dimensions.

L'examen histologique de ce rapiècement a été pratiqué.

La paroi formée par la pièce péritonéale a la même épaisseur que la paroi formée par le tissu aortique. Les fibres musculaires du transverse, qui doubtaient cette pièce, ont été remplacées par des fibres conjonctives allongées qui ressemblent aux fibres musculaires de l'aorte.

Il n'y a pas eu de production de fibres élastiques, et cependant il ne s'est fait aucune dilatation au niveau de la partie rapiécée.

J'ai vu l'animal le mois dernier (mai 1909) en parfaite santé.

II. — TRANSPLANTATION DE VEINES FRAICHES.

Cette série d'expériences offre un intérêt particulier. En effet, elle est susceptible d'applications chirurgicales. On conçoit la possibilité de traiter les anévrismes par l'extirpation de la tumeur et son remplacement, pour la carotide, par un segment de veine fémorale, ou, pour l'humérale, par un segment de veine saphène, pris sur le sujet lui-même (Carrel).

Le 7 juin 1907, on transplante un segment de veine jugulaire externe sur la carotide d'un chien.

Le 28 octobre 1907, la circulation est tout à fait normale. On excise un petit morceau de la paroi pour en faire l'examen histologique, puis on suture la plaie vasculaire. Cette paroi est résistante. Il y a un certain épaissement de la tunique adventice et aussi de la tunique moyenne ; les fibres musculaires y sont plus nombreuses.

Le 1er février 1909, le chien est tué dans une bataille avec ses compagnons. Le vaisseau est enlevé et examiné. Le calibre de

la veine transplantée est un peu dilatée : la paroi est plus épaisse que la paroi artérielle ; la ligne de suture est presque invisible.

III. — RENVERSEMENT PARTIEL DE LA CIRCULATION DANS LA GLANDE THYROÏDE.

Il s'agit d'un chien atteint de goître. On a anastomosé le bout périphérique de la veine jugulaire interne au bout central de l'artère carotide.

Examen huit mois après. Le goître a diminué de volume. La veine jugulaire et les veines thyroïdiennes ont pris l'aspect d'artères ; leur calibre est demeuré normal. Le calibre de la jugulaire au-dessus des veines thyroïdiennes a diminué.

M. Carrel estime que la chirurgie du goître pourrait tirer partie de cette expérience dans le cas où l'opération radicale paraît contre-indiquée.

IV. — CONSERVATION DES VAISSEAUX EN CHAMBRE FROIDE (*cold storage*)

On comprend combien il est important pour la chirurgie de pouvoir conserver des *vaisseaux de rechange*, si l'on peut ainsi dire, pour les utiliser au moment voulu.

En effet, s'il est toujours facile de s'en procurer dans les expériences faites sur les animaux, en en empruntant à des animaux de même espèce qu'on sacrifie au besoin, il n'en est pas de même en chirurgie. Rares sont les occasions où l'on pourra utiliser les artères prélevées sur un membre amputé ou sur le corps d'un supplicié, comme cela a été proposé. De là la nécessité de rechercher un moyen de conserver la vitalité des tissus à transplanter, pendant le plus longtemps possible.

M. Carrel emploie le procédé suivant : les vaisseaux sont prélevés sur l'animal ou peu de temps après sa mort avec une asepsie scrupuleuse ; on les immerge et on les lave dans la solution de Locke et on les place dans des tubes de verre stérilisés dont l'atmosphère est rendue humide par l'addition de quelques gouttes d'eau ou de solution ; ces tubes sont aussitôt fermés à la lampe ; ils sont placés dans une glacière à parois épaisses dont la température est maintenue constante entre 0 et + 1° centigrade.

Cette condition est indispensable.

Après six et même après dix mois, l'aspect microscopique des vaisseaux n'est pas modifié, et, au microscope, il peut n'y avoir qu'une très légère modification des noyaux des fibres musculaires; même dans un cas, M. Carrel a trouvé absolument intacte histologiquement au bout de six mois (avril à novembre 1908) l'artère carotide d'un porc conservée dans un tube fermé avec addition de quelques gouttes de solution de Locke.

Quelques minutes avant de se servir du vaisseau conservé pour une transplantation, le tube est ôté de la glacière et son extrémité est brisée. On enlève le vaisseau, on le plonge dans la solution de Locke à la température du laboratoire, on l'y lave et on le met dans de la vaseline chaude. Puis la vaseline est exprimée soigneusement hors de la lumière du vaisseau et on procède à la greffe. Dès qu'elle est effectuée, on voit la partie greffée, qui était décolorée, prendre l'aspect de l'artère vivante. M. Carrel a vu les vaso-vasorum s'injecter instantanément sur un segment d'artère carotide conservé pendant huit et même pendant onze mois en *cold storage*. Pourtant, il semble qu'au bout de huit jours de conservation il y ait déjà le plus souvent un peu de dégénérescence des fibres musculaires; cette circonstance n'a pas empêché la greffe de réussir après vingt-deux jours de réfrigération, mais il serait imprudent d'attendre plusieurs mois.

Voici quelques expériences caractéristiques à ce sujet:

1° Le 2 avril 1908, transplantation d'un segment de carotide de chien conservé pendant vingt-deux jours en *cold storage* dans un tube scellé, atmosphère humide.

Le 15 octobre 1908, l'animal est chloroformé; après dissection des carotides il est impossible de trouver le lieu de la transplantation: on ne peut déterminer la place du segment transplanté que grâce à une ouverture longitudinale;

2° En novembre 1906, transplantation d'un segment de carotide de chien (conservé pendant vingt jours en *cold storage*) sur l'aorte d'un chat. La laparotomie exploratrice pratiquée quelques semaines plus tard montre que le résultat est excellent.

J'ai vu ce chat le mois dernier (mai 1909). Sa santé est parfaite; les pulsations fémorales sont normales;

3° Le 6 mai 1907, transplantation sur l'aorte abdominale d'une chienne d'un segment de l'artère poplitée d'un jeune homme am-

puté de cuisse par M. Ellsworth Elliott, chirurgien du Presbyterian Hospital. Le membre avait été envoyé seulement le lendemain matin à l'Institut Rockefeller ; l'artère y avait été extirpée et conservée en *cold storage* pendant vingt-quatre jours avant d'être transplantée.

Laparotomie exploratrice quelques semaines après ; excellent résultat.

Je vois l'animal le 5 mai dernier. Il est en parfaite santé, les pulsations fémorales sont normales.

V. — HÉTÉRO-TRANSPLANTATION DE VAISSEAUX FRAIS.

L'expérience qui suit offre un intérêt particulier en ce qu'il s'agit de greffes faites d'une espèce animale à une autre.

Le 18 novembre 1907. Transplantation d'un segment de carotide de chien sur l'aorte abdominale d'une vieille chatte. Je vois cette chatte le 5 mai 1909, dix-sept mois après l'opération. Elle est en parfaite santé, les pulsations des fémorales sont normales.

Toutefois, M. Carrel a noté que dans les hétéro-transplantations (d'une espèce à une autre) il se produit des modifications histologiques dans le segment greffé ; disparition des fibres élastiques, puis des fibres musculaires.

VI. — TRANSPLANTATION DE L'OREILLE, DE LA GLANDE THYROÏDE, EXTIRPATION TEMPORAIRE ET REPLANTATION DE LA RATE.

Je ne fais que mentionner pour mémoire ces expériences en cours d'exécution et dont les résultats ne peuvent encore être considérés comme définitifs.

J'ai vu à l'Institut Rockefeller deux chiens à qui M. Carrel avait, il y a plusieurs mois, temporairement enlevé, puis replacé la rate. Ils se portaient bien, mais on ne peut rien dire du résultat avant qu'ils aient été sacrifiés antérieurement. M. Carrel veut attendre deux ans.

VII. — EXTIRPATION TEMPORAIRE ET REPLANTATION D'UN REIN SUR LE MÊME ANIMAL.

Le 6 février 1908, le rein gauche d'une chienne de moyenne taille est extirpé, lavé et plongé dans la solution de Locke à la

température du laboratoire ; au bout de quelques minutes, on le remet dans la cavité abdominale, on suture les vaisseaux rénaux et les artères. L'animal se rétablit rapidement. Quinze jours après, le rein droit est extirpé; aucun accident ne se produit, pas d'albumine dans l'urine. Au mois d'avril 1909, cette chienne met bas normalement onze petits. Au moment de ma visite, le 5 mai dernier, elle vient gambader autour de moi et ne se ressent évidemment pas de la terrible opération qu'elle a subie.

VIII. — TRANSPLANTATION DU REIN D'UN ANIMAL A UN AUTRE DE MÊME ESPÈCE.

Cette expérience est toute récente. J'ai vu dans une même cage, à l'Institut Rockefeller, deux chiens, un jaune et un blanc. Le jaune avait un des reins du chien blanc. Ils se promenaient tous les deux, mais l'opération ne datait que de quelques jours.

X. — TRANSPLANTATION DES MEMBRES.

L'an dernier (1908), M. Carrel a réussi pour la première fois à obtenir une réunion complète par première intention de la jambe postérieure d'un fox-terrier récemment tué, greffée à un autre chien qu'il venait d'amputer. Le membre avait été coupé circulairement, juste au-dessus du genou, imbibé de solution de Locke et laissé quelque temps sur la table enveloppé de taffetas gommé. On le fixa rapidement au bout central du tibia à l'aide d'une *splint* ou attelle d'Elsberg (tube en aluminium criblé de petits orifices enfoncé dans le canal médullaire).

Les muscles, les nerfs et les vaisseaux furent réunis les uns aux autres et la circulation se rétablit. Pour s'en assurer, on fit une petite incision exploratrice entre le second et le troisième orteil ; du sang rutilant s'écoula. L'animal se remit rapidement et demeura en bon état, quoique la température du nouveau membre fût d'abord plus élevée que celle du membre intact, et qu'il y eût un peu d'œdème qui disparut ensuite.

Quinze jours après l'opération, la cicatrisation par première intention était parfaite, mais l'attelle d'aluminium unissant le tibia s'étant brisée, cet os était un peu incurvé.

L'incision exploratrice faite au pied était guérie, ce qui prouvait bien la parfaite vitalité du membre greffé.

La nouvelle jambe avait le même aspect que l'autre. A ce moment, une épidémie de broncho-pneumonie fit mourir ce chien avec plusieurs autres ; il succomba vingt jours après l'opération.

L'autopsie montra que la réunion des tissus était parfaite. J'ai en sous les yeux la pièce : les muscles, les vaisseaux, les nerfs sont parfaitement réunis ; il y a un cal osseux.

Au moment de ma visite, j'ai vu un autre chien noir greffé depuis trois jours d'une patte antérieure blanche, qui était maintenue par un appareil plâtré. La jambe était un peu gonflée, parce que le chien s'obstinait à se coucher sur elle, mais elle était chaude, et l'état de l'animal était fort bon.

Près de lui, un chien jaune, greffé d'une patte blanche depuis six jours, se promenait gaiement à cloche-pied, sa jambe greffée et vivante maintenue soulevée par le pansement.

Tout fait prévoir deux nouveaux succès, mais, alors même que ces dernières expériences n'auraient pas un résultat aussi complet que la première, il demeure établi que la greffe d'un segment de membre est possible chez le chien. M. Carrel n'hésite pas à dire que cette transplantation pourra être tentée sur l'homme avec un membre provenant d'une amputation du cadavre d'un individu mort de mort violente.

Toutefois, il déclare qu'il faut être d'une extrême prudence et ne pas conclure trop hâtivement de l'animal à l'homme. Aussi a-t-il résisté jusqu'ici aux instances de deux *clients* qui, avec une audace toute naturelle, de l'autre côté de l'Atlantique, sont déjà venus le supplier, l'un de remplacer son bras amputé, l'autre de substituer un rein sain à son rein brightique, en empruntant le membre ou le viscère au cadavre d'un supplicié.

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA PHTISIE (1)

M. le Dr Ch. Sabourin, qui dirige si heureusement le sanatorium de Durtol, a condensé dans un petit volume qu'il publie sous le titre : *Traitemenl rationnel de la phthisie* (2) les notions indispensables pour traiter utilement les tuberculeux en utilisant à peu

(1) Dans journal de *Méd. et Chirurgie pratique*, 25 Juillet 1909.

(2) Un vol in-12, de 320 pages ; chez Masson. Prix : 4 fr.

près uniquement les moyens hygiéniques ainsi qu'on le fait dans les sanatoriums. Il y a là un bon nombre de conseils pratiques sur des sujets à propos desquels le médecin est constamment interrogé et sur lesquels il doit être absolument fixé.

— La *cure d'air* d'abord, le plus important de tous les moyens thérapeutiques: elle consiste à demeurer toute la journée dans des locaux largement ouverts, au moins sur une face, et à passer la nuit dans une chambre qui jamais ne soit complètement fermée.

L'installation pour le jour est des plus variable. Une tente, un kioske, une cabane quelconque, abrités du vent et ouverts en général du côté du soleil, tout est excellent. Par le beau temp., en l'absence du vent, on peut rester complètement dehors sur une chaise de repos quelconque, à l'abri du soleil, soit à l'ombre d'un arbre, soit sous un vaste parasol. S'il pleut ou s'il vente, il faut évidemment avoir un des abris plus fixes mentionnés plus haut.

Comme cette cure doit durer plus ou moins d'heures par jour, suivant le cas, le malade doit être couché sur une chaise longue commode. Il doit être vêtu suivant la saison, et plus ou moins enveloppé de couvertures, comme s'il était couché tout habillé. Il doit avoir des chaussures chaudes le mettant à l'abri du froid aux pieds.

La cure d'air doit se faire à l'ombre. Cette notion est fort importante. Le malade peut être à la rigueur dans une région ensoleillée, mais il doit être garanti absolument, au moins quant à la tête et au tronc des rayons du soleil. Et encore, si le soleil est peu chaud en hiver, à plus forte raison toute la belle saison, doit-on fuir la région ensoleillée. L'expérience a démontré que l'action directe des rayons solaires, même en hiver, est nuisible aux malades qui sont immobilisés. Elle peut être également dangereuse lorsqu'ils sont à la promenade. La plupart des tuberculeux sont plus ou moins fébriles ou subfébriles le soir, et pour la moindre cause, leur température s'élève. Dans ces conditions, il est très fréquent de leur trouver de la fièvre lorsqu'ils sont exposés, surtout l'après-midi, aux rayons du soleil. On peut dire qu'un bon procédé pour donner de la fièvre à un tuberculeux qui n'en a pas, pour l'augmenter chez celui qui en a déjà, consiste à les exposer aux rayons solaires un certain temps.

Dans une foule de stations du Midi, où les malades se condui-

sent en liberté, suivant leur inspiration et leur caprice, étant naturellement à la recherche du soleil, il est trop fréquent de voir apparaître des accidents congestifs du côté du poumon.

M. Sabourin a pour habitude de dire qu'à la cure d'air, le malade doit voir la lumière du soleil, mais ne doit pas être vu par lui.

La cure se fera donc à l'ombre et, quand le tuberculeux se promènera au soleil, il se garantira la tête et les épaules avec un parasol.

Cette cure d'air doit se faire par tous les temps, qu'il pleuve, qu'il neige ou vente, du moment que l'installation du malade lui permet de se garer de la pluie, de la neige et du vent.

Les vêtements sont naturellement appropriés.

Ici se pose la question de la fenêtre ouverte. Voici ce que dit à ce sujet M. Sabourin.

“ Le lit doit être le plus loin possible de la fenêtre à ouvrir, et il est préférable que le pied du lit soit tourné vers elle.

En se couchant, le malade ouvre sa fenêtre lui-même, ou la fait ouvrir dès qu'il est couché.

Nous recommandons en effet d'ouvrir la fenêtre et non pas d'employer pour aérer la chambre le système des impostes, des vasistas, des volets ajourés, des stores, des verres perforés, etc., de même que nous n'admettons pas qu'on ouvre sa fenêtre en tirant les rideaux par-dessus. Ce sont des demi-mesures ou des quarts de mesure à caractère enfantin et tout à fait insuffisants. La fenêtre doit être ouverte, du haut en bas, dans toute sa hauteur: c'est le moyen le plus efficace d'obtenir un échange parfait entre l'air du dehors et celui du dedans.

Il y a plus de vingt-cinq ans, pour nous-même, que nous avons adopté cette pratique; depuis dix-huit ans nous y soumettons des malades de toutes catégories, fébriles ou non fébriles, et jamais nous n'y avons vu le moindre inconvénient. Il n'y a pas de raison pour agir autrement.

L'accoutumance du malade se fait très vite à cette façon de coucher un peu dehors. En été comme en hiver, même quand il gèle, c'est l'affaire de quelques jours. La première nuit, la fenêtre est ouverte de 5 centimètres, la deuxième de 10, la troisième de 20, et bientôt la mesure ordinaire est de 45 à 50 centimètres. Les malades bien acclimatés à cette pratique laissent en hiver un côté

de fenêtre tout grand ouvert, et en été ils ouvrent généralement les deux côtés. Quand la chambre est profonde, cela ne souffre aucun inconvénient.

Il va sans dire que, de même que pour la journée, cette cure de nuit doit se faire par tous les temps.

Convert suffisamment, avec une boule d'eau chaude aux pieds, et un édrédon sur la moitié inférieure du corps, le malade peut ainsi affronter en toute sécurité la cure de nuit, qu'il pleuve, qu'il neige, qu'il fasse du vent ou de la brume.

La chambre peut être chauffée à volonté toute la nuit, soit par la cheminée, soit par calorifère. Mais il faut s'arranger pour que le *tirage* de l'air entre la fenêtre et la cheminée ne se fasse pas en rencontrant le lit du malade.

En hiver, il est préférable d'entourer le pied du lit tourné vers la fenêtre avec un paravent assez vaste".

On ne sait pas assez, dit encore M. Sabourin, que coucher la fenêtre ouverte est le moyen par excellence de passer une bonne nuit, tant pour les gens bien portants que pour les malades de la poitrine.

Règle générale, cette simple méthode suffit pour supprimer d'emblée les malaises si fréquents du sommeil en chambre close, l'agitation, les rêves et les cauchemars, cette moiteur désagréable qui tient aussi à l'habitude qu'on a de se trop couvrir la nuit, moiteur qui se transforme en sueurs véritables chez le tuberculeux. Des malades qui ont des quintes de tous continuelles les voient diminuer immédiatement. Ceux qui ne dormaient plus récupèrent plus ou moins leur sommeil. La céphalée, si commune le matin, disparaît également. Le malade se réveille dans une atmosphère de fraîcheur, il n'a jamais la bouche et les narines sèches, il se sent frais et dispos.

Voilà ce qui constitue la cure d'air continue.

Cette hygiène si spéciale et si contraire aux idées courantes ne s'applique pas seulement aux tuberculeux relativement bien portants, mais bien à tous les phtisiques. C'est le moyen de choix pour concourir à la guérison de celui qui est curable et pour améliorer les autres; c'est encore le procédé de choix pour adoucir les misères du malheureux phtisique avancé, condamné à mort dans un délai quelconque. Et le pauvre cachectique qui n'a plus la force de sortir de sa chambre ou même de son lit trouvera à cette

pratique un bien-être énorme dont il remerciera le médecin qui aura le courage de la lui imposer.

— A côté de la cure d'air se place, par son importance, la *cure de repos*, repos physique et repos intellectuel.

Une fois à la cure, le tuberculeux doit s'abstenir de fatigues intellectuelles. Lectures intermittentes, pas trop sérieuses, correspondance familiale le plus écourtée possible, petits travaux manuels, plus de distraction que d'autre chose (ici la femme est bien plus favorisée que l'homme) jeux tranquilles et non prolongés, voilà ce qui est compatible avec la cure de repos. Mais il faut exclure tout ce qui est tension soutenue pour le cerveau. C'est ainsi que non seulement les conversations prolongées, les discussions doivent être bannies mais que même les visites longues, les conversations autour du malade lui sont nuisibles. Cela l'occupe d'abord, le contraint ensuite, et finalement l'agace, l'excite et augmente sa fièvre du soir s'il en a déjà.

Quant à l'exercice physique permis au tuberculeux, il doit être sagement réglementé par le médecin suivant les cas; il est une foule d'éléments d'appréciation inhérents au malade qui doivent guider l'ordonnance.

Mais il n'en est pas de plus précis que le mode de réaction fébrile des patients. Et le vrai moyen est à coup sûr de se fier au thermomètre.

La température est généralement prise soit dans la bouche soit dans l'aisselle. Cette température dans l'apyrexie complète de 36° à $36^{\circ}50$ le matin ne dépasse guère $36^{\circ}8$ le soir, en sorte qu'un tuberculeux qui régulièrement à 37° le soir sera considéré comme subfébrile. Au-dessus, c'est un fébrile vespéral. En général, le maximum se produit entre 5 et 7 heures du soir. Il y a d'ailleurs des variations avec les malades. En général le travail de la digestion provoque une certaine élévation de température.

En partant de ces principes généraux sur la fièvre des tuberculeux, leur exercice physique peut se régler de la façon suivante:

1° Les malades totalement apyrétiques peuvent marcher à toute heure de la journée, la quantité et la qualité de la marche étant ordonnées par le médecin, sous réserve du contrôle fourni par le thermomètre et par la bascule.

Car si, même avec des promenades bien réglées, le thermomètre

accuse le soir une ascension; ou, même sans cela, si la prochaine pesée du malade indique une diminution de poids qui n'a pas d'autre cause plausible, il faut conclure que l'exercice est exagéré et il faut immédiatement la restreindre.

2° Le malade fébrile ou subfébrile le soir seulement doit marcher surtout le matin avant le grand déjeuner. Ici encore, cet exercice sera réglé en quantité et qualité par le médecin et ses résultats seront contrôlés par le thermomètre et par la bascule. Si, avec sa promenade matinale, le tuberculeux n'a pas plus de fièvre le soir; si, l'alimentation étant bonne, le poids du corps augmente, on lui permettra une autre promenade soit de suite après le déjeuner, soit entre 4 et 5 heures.

Il est parfaitement inutile d'immobiliser au lit le malade qui fait sa chute thermométrique à 37° et au-dessous le matin, quelle que soit sa température du soir, 39°, 39°5, par exemple. Il sera beaucoup mieux sur sa chaise longue à la véranda, et sa fièvre baissera beaucoup plus vite qu'à la chambre.

Si par hasard, un soir vers 6 heures, il se sent plus fatigué, il en sera quitte pour se coucher avant souper.

Il faut donc bien poser ce principe qu'en fait de fièvre tuberculeuse, ce n'est point le degré vespéral qui commande l'immobilité au lit, mais bien le degré de température matinale.

Il faut noter aussi que, par exercice, il faut entendre seulement la marche, car tous ceux qui nécessitent l'effort des membres supérieurs, trop près du poumon, gymnastique, armes, même jeu de billards, trop près du poumon, gymnastique, armes, même jeu de billard parfois, conduite du cheval, etc., ont trop d'action sur la cage thoracique.

— La *cure d'alimentation* se résume dans ce principe que le tuberculeux doit manger et beaucoup manger, et s'il n'a pas d'appétit il doit se forcer à manger, car pour lui, le vieux dicton: "l'appétit vient en mangeant" est véritable. Mais en général, on attache une trop grande importance à la classification des aliments, d'après la chimie.

Il faut bien savoir que, pour la majorité des tuberculeux, il est tout à fait inutile d'inventer une alimentation spéciale. C'est une grande erreur des familles de croire que, pour guérir leur malade, il faut lui faire des petits plats, des chatteringes, etc., et le

gorger d'aliments dits substantiels viandes saignantes à jet continu par exemple. A ce régime, la plupart des tuberculeux capables de s'alimenter perdent l'appétit et l'habitude de manger. Ils chipotent à table, ils croient se nourrir et, en somme, n'absorbent rien. Une bonne table de famille, des paroles un peu plus senties, et beaucoup d'hygiène feraient mieux leur affaire. Les tuberculeux ont besoin de n'être pas trop gâtés.

Ceux qui sont capables de manger doivent faire quatre repas par jour, à la mode française.

M. Sabourin fait à ce sujet deux observations de premier ordre :

1° Le tuberculeux doit s'habituer à boire peu en mangeant. C'est une loi commune à tout le monde d'ailleurs. Moins on boit au repas, mieux on digère ;

2° Très souvent il suffit de supprimer le vin comme boisson de table et de le remplacer par de l'eau claire, pour voir disparaître comme par enchantement bon nombre de dyspepsies.

Au sanatorium il est toujours une série de malades, un tiers au moins du nombre total, qui ne boivent que de l'eau et s'en trouvent fort bien.

En somme, pour nombre de tuberculeux, il n'est pas besoin d'une alimentation spéciale. Cependant pour les *trainards de l'alimentation*, il peut être indiqué d'utiliser certains régimes d'exception. A cet égard, la viande crue peut rendre de grands services. On la donne surtout sous forme de boulettes trempées dans le bouillon chaud, mais il faut souvent multiplier les moyens de la faire absorber.

La viande crue, qui d'ailleurs, malgré ce qu'on en dit au point de vue du tœnia, n'est pas plus dangereuse que la viande simplement saignante, a cet immense avantage de se digérer avec une rapidité étonnante. Donnée en supplément d'un repas trop incomplet ou comme goûter, elle ne gêne souvent en rien, même à dose élevée. Bien souvent des malades qui mangent plus ou moins à table en prennent 150 grammes, trois fois jour.

Mais qu'on ne s'attende pas à ce que tous les tuberculeux supportent la viande crue, même passagèrement. C'est un aliment de premier ordre, comme l'huile de foie de morue, mais il faut qu'il soit toléré ; qu'il soit pris, rien de plus simple, mais digéré, c'est une autre affaire.

Nombre de malades, même sans diarrhée, la rendent à peu près

telle qu'ils l'ont prise; nombre d'autres voient leurs selles devenir mauvaises pendant qu'ils en prennent, et redevenir bonnes dès qu'ils cessent son emploi.

La poudre de viande, et surtout les œufs, le lait, le beurre, constituent des aliments très utiles pour ces régimes d'exception. Il fait savoir aussi que certains sujets ne peuvent supporter une alimentation ordinaire et se créent à eux-mêmes des régimes qu'on est obligé de respecter, car la première chose pour un tuberculeux est de manger, alors même que son régime n'est pas en accord parfait avec les données théoriques de la chimie biologique.

Mais si M. Sabourin considère la nécessité, pour un tuberculeux, de bien manger, il critique vivement la suralimentation telle qu'on l'a préconisée et dont il a signalé depuis longtemps les méfaits. Elle amène rapidement l'intolérance et peut provoquer divers accidents et des hémoptysies en particulier.

Ce qu'il faut au point de vue du régime, c'est trouver pour les tuberculeux la *formule alimentaire* qui leur convient. Et dans cet ordre d'idées, non seulement il faut découvrir cette formule particulière, lorsque les accidents quelconques nous montrent que l'on suivait une mauvaise voie, mais il faut, si possible, par l'examen approfondi, raisonné, d'un tuberculeux qui se confie à nos soins prévoir de suite qu'il sera justiciable de telle ou telle formule alimentaire. Question de pratique comme toujours.

— M. Sabourin aborde ensuite la question des médications anti-tuberculeuses; nous serons bref sur ce point car il ne leur trouve guère d'utilité et s'en sert fort peu.

La créosote et ses congénères, après une expérimentation prolongée, lui paraissent à peu près sans valeur; il n'en est pas de même toutefois de certains médicaments qui agissent comme reconstituants et qu'on peut utiliser lorsque les malades ne peuvent bénéficier du séjour à la campagne dans de bonnes conditions hygiéniques.

Mais doit-on faire intervenir les médicaments pour combattre certains accidents? Est-il indispensable, par exemple, de combattre la fièvre par des médicaments? Voici ce que dit à ce sujet M. Sabourin à propos de l'usage de l'antipyrine et de ses congénères, cryogénine, phénacétine, etc., qui permettent souvent, à dose suffisante, de juguler la fièvre.

“ En présence des inconvénients que peuvent avoir les médicaments nous sommes d'avis qu'on doit en général laisser tranquillement supporter son accès de fièvre au tuberculeux qui, montant tous les soirs entre 3 et 7 heures à 38° , $38^{\circ}4$, 39° et même $39^{\circ}5$, est apyrétique le matin. Car sur vingt-quatre heures il y en a douze à peu près pendant lesquelles il ne brûle point. Ces cas-là sont d'ailleurs très fréquents. Les malades de cette catégorie, mis à la cure d'air et de repos, ne sont bientôt plus vraiment incommodés, et au besoin ils soupent une heure plus tard que les autres. Mais combien y en a-t-il qui dînent parfaitement en marquant 38° et plus sous l'aisselle.

Il y a mieux encore. Il n'est pas rare d'observer des malades grands fébriles le soir, apyrétiques le matin, qui à midi font un repas nul ou mesquin, alors qu'ils ont 37° , et qui, en revanche, dévorent littéralement au repas du soir, alors que leur thermomètre marque 39° , $39^{\circ}5$, et même 40° .

Ce que nous venons de dire des tuberculeux grands fébriles vespéraux implique naturellement que nous conseillons de laisser plus tranquilles encore les malades petits fébriles du soir. Quel que soit le degré de température atteint vers 3, 4, 5 heures par un tuberculeux qui à 6 heures et demie ou 7 heures n'aura plus que 37° à $37^{\circ}2$, nous abandonnons cette fièvre à elle-même.

Et cela pour les raisons suivantes: le tuberculeux qui, même avec des lésions intenses, n'a qu'un peu d'élévation de température, se débarrassera assez rapidement de cette fièvre par la cure d'air et de repos. Et le tuberculeux qui a des lésions assez localisées, mais dont l'activité s'accuse par un accès violent tous les soirs, comporte de neuf fois sur dix un pronostic favorable. Il tuera sa fièvre très probablement à la longue avec la cure d'air et le repos et l'alimentation qui en est la conséquence. Il faut, pour lui, tout sacrifier au relèvement de la nutrition. Et si, avec son accès du soir, il trouve le moyen de souper, il faut le laisser tranquille.

En principe, donc, nous ne sommes pas partisan des antithermiques dans ces cas-là.

Cette conduite est le résultat d'une longue expérience. Cependant, nous ne préconisons pas l'abstention absolue dans tous les cas. Il nous arrive parfois de prescrire l'antipyrine et ses congénères sur des indications toutes particulières, accès survenant à

une mauvaise heure, heure du repas par exemple, forme pénible de l'accès, etc.

En tous cas, il faut administrer le médicament au moment où l'accès débute et non pas quand il est déjà évident pour le malade."

Comme médication accessoire, M. Sabourin considère comme très utiles les mouvements destinés à développer l'amplitude pulmonaire. Voici la description de la manœuvre à faire.

Deux ou trois fois par jour, le malade, assis de préférence, se montre en main, fait pendant cinq minutes, et plus si le médecin le juge convenable, un nombre déterminé d'inspirations régulièrement espacées, soit dix à douze par minute. Les inspirations se font par le nez de préférence, et le patient doit apprendre à les effectuer de bas en haut, c'est-à-dire en amplifiant d'abord les régions inférieures et moyennes du thorax pour ne dilater et élever la partie supérieure de sa poitrine qu'à la fin de l'inspiration, en introduisant lentement et graduellement dans ses poumons autant d'air qu'il peut le faire sans cependant aller jusqu'à la gêne ou la secousse de tous.

C'est là une manœuvre fort simple et qui s'apprend facilement en deux ou trois leçons.

Il n'est pas douteux que nombre de malades à poitrine étroite et plus ou moins aplatie gagnent rapidement de l'ampleur thoracique en se livrant régulièrement à ces simples manœuvres respiratoires.

Mais il faut se défier au contraire de la gymnastique pulmonaire combinée avec les mouvements rythmés des bras.

Enfin pour ce qui est de la toux et des moyens de la traiter, M. Sabourin montre que dans la grande majorité des cas il est possible de la discipliner.

Toutefois il n'est pas l'ennemi de l'opium, qu'il considère au contraire comme extrêmement utile dans beaucoup de cas, et qui constitue un médicament de choix chez les tuberculeux malgré les inconvénients qu'on lui a attribués.

INTERETS PROFESSIONNELS

“ L'ALTRUISME ” DU “ BULLETIN DE QUEBEC ”

En juillet dernier, le Collège des Médecins a élu, sur division, 19 contre 16, M. le Dr Gauvreau, de Rimouski, à la position de registraire pour remplacer M. le Dr Boucher, de Montréal.

Ce résultat a surpris tout le monde, car, dans plusieurs circonstances, on avait adressé de justes éloges au Dr Boucher, qu'on se plaisait à reconnaître comme un administrateur ferme et intègre. Il n'avait pas démerité, depuis, que nous sachions.

Mais il n'y a pas que les jolies femmes qui sont inconstantes et ingrates; nos gouverneurs, dont le royaume est si petit et les ambitions si grandes, ont aussi de ces faiblesses, et il arrive que leurs convictions sont aussi fragiles et éphémères que leur mandat! . . . Aussi, brûlant ce qu'ils venaient d'adorer, ils ont proclamé un nouveau dieu auquel ils offrent aussitôt l'encens!

On appelle cela de l'altruisme à Québec!

Mais n'allez pas les traiter de païens. . . . car vous entendez aussitôt résonner leur tonnerre de ferblanc; et si vous ne saviez pas que c'est à Québec qu'il tonne, vous en seriez effrayés, car le moindre bruit, sur le cap diamant, fait un tapage d'enfer. . . .

C'est la faute du cap. . . . ou du vent du nord-est!

— Or, l'UNION MÉDICALE, qui n'a jamais aimé le paganisme et encore moins les païens, a protesté au nom de la simple décence contre ce principe nouveau introduit au sein de notre auguste assemblée de gouverneurs. . . .

Voici en quels termes nous avons enregistré notre protêt :

“ Le Collège des Médecins avait un registraire modèle, homme intelligent, dévoué, méthodique, énergique, scrupuleusement honnête, doué d'aptitudes spéciales d'administration, et il a jugé bon de se dispenser de ses services.

Nous nous demandons pourquoi? Est-ce parce que la charge de registraire, devenue plus importante, plus compliquée, il valait

mieux en écarter celui qui par son passé offrait plus de garanties pour l'avenir? A-t-on cru qu'il était dans l'intérêt général de retirer des mains de l'ancien régistiaire la nouvelle machine administrative qu'il connaissait mieux que tout autre pour en avoir surveillé, presque à lui seul, la confection de chacune de ses pièces? Non, vraiment plus nous y pensons, plus nous sommes convaincus que nos gouvernants ont fait là un faux pas. Dans le choix de cet officier principal du bureau, toute considération étrangère au plus grand intérêt de tous, devait être mise de côté; et ils n'ont cependant agi, ni dans l'intérêt de la profession qui réclamait pour l'administration de ses affaires un homme expérimenté; ni dans un simple esprit de justice qui prescrivait de ne pas condamner au renvoi, un officier exceptionnellement qualifié. D'ailleurs, les plus coupables de l'erreur, n'ont pas craint dans leur candeur en apparence naïve, de souligner eux-mêmes leur faute par des fleurs jetées sur la tombe des sacrifiés: "*intérêt général et justice*". Ils affirmèrent que jamais le Collège des Médecins n'avait eu un régistiaire plus compétent et plus dévoué; puis ils oublièrent de dire pourquoi on le remplaçait et quelles étaient les compétences du nouvel élu.

Nous étions en droit de nous attendre à mieux d'une assemblée sensée être composée d'hommes à mentalité un peu supérieure.

Nous avons toujours été d'opinion que le nombre de membres qui composent le Bureau était exagéré, parce que dans la masse les intelligences s'annulent. Cette dernière façon de se conduire de nos gouverneurs n'est pas de nature à nous faire changer d'avis.

L'AUTRE.

Un tel acte de notre part, marqué au coin de la plus belle franchise ne méritait-il pas quelques compliments....

Oui, n'est-ce pas?... Car il faut du courage pour s'insurger contre les décisions d'un tribunal aussi puissant dans la conception.... que prompt dans l'action!.....

Déception cruelle!.....

— Jupiter a aussitôt lancé ses foudres et nous avons servi de cible. . . . avec notre confrère *le Journal de Médecine et de Chirurgie*.

Rassurez-vous, chers lecteurs, ce n'est pas *du plomb* que nous avons reçu, les armes de cet olympien “ *modern style* ” ne sont pas construites pour en recevoir. . . . Comment pourraient-elles en lancer ?

Done, pas de blessures. Tout au plus de l'ahurissement, car à force d'entendre résonner le ferblanc mordu par la rouille, la lassitude nous gagne. . . .

Or, donc, voici en quels termes s'exprima le père des dieux — le vainqueur des Titans — par la bouche du “ *Bulletin de Québec* ”, en août 1909 : —

“ *L'Union Médicale* et le *Journal de Médecine et de Chirurgie* de Montréal ont tout dernièrement publié, à propos de la session de juillet du Bureau provincial de médecine, chacun un article aussi peu mesuré qu'opportun. (1)

La profession médicale était en droit de s'attendre, de la part de l'*Union Médicale*, à une appréciation de l'œuvre du Bureau provincial marquée au coin de la plus tranquille impartialité. Elle sait que lorsqu'on construit pour longtemps, il faut s'assurer de la solidité de la construction.

Elle n'ignore pas non plus que la refonte de nos lois médicales sanctionnées à la dernière session de la Législature, constitue bien une armature solide, . . . is que ce n'est pas là tout l'édifice. Elle avait donc un intérêt majeur à être renseignée sur le travail de mise au point, sur l'état des questions pendantes dont la moindre n'est certes pas celle relative aux programmes des études médicales de l'avenir. Le rédacteur de l'*Union*, qui signe “ *L'Autre* ”, n'a pas jugé à propos de satisfaire à ce légitime et anxieux désir de renseignements. De tout l'œuvre du Bureau, il ne retient que la question de la nomination d'un employé à salaire appelé régistrateur, pour tenir les écritures et s'occuper de la paperasserie. Et parce que le candidat de son choix, M. le Dr Boucher, n'a pas reçu

(1) Dans *Bulletin Médical de Québec*, Août 1909.

l'investiture, il s'est fâché tout rouge et a répercuté l'écho d'une petite colère où le tact et la dignité faisaient déplorablement défaut. Certes, on peut regretter qu'un confrère ami ait été déçu dans ses espérances : c'est naturel, très humain, et de bonne camaraderie, mais grossi à dessein l'incident au point d'en faire une question d'état, d'ordre fondamental pour l'avancement professionnel dans la province, est une de ces exagérations outrancières qu'un accès de mauvaise humeur ne justifie plus. Ce n'est ni digne ni sérieux. Il y a bien d'autres questions en litige et à l'étude à l'heure actuelle qui, cependant, ne semblent nullement intéresser le rédacteur de l'*Union*, vitales celles-là et autrement plus importantes pour le corps professionnel que les froissements d'amour-propre, d'autres disent les déceptions d'intérêt, de M. le Dr Boucher.

Du reste, si l'*Union* tenait absolument à manifester sa désapprobation de la décision prise par la majorité du Bureau, le plus élémentaire bon ton exigeait qu'on y mit du doigté afin de ne pas éveiller l'attention sur des incidents vraiment regrettables.

Le rédacteur de l'*Union* a préféré appuyer lourdement. En quoi il s'est lourdement trompé. Il eut certes mieux valu taire ces petites misères qui n'ont du reste rien à faire avec l'avancement professionnel dans la province. Car, en fin de compte, en quoi cela intéresse-t-il la profession que M. le Dr Boucher soit aussi mécontent que déçu, je vous le demande ? Ces récriminations mouillées d'amertume ont cependant donné au rédacteur de l'*Union* une ouverture dont il a profité, pour dire son fait au Bureau provincial qu'il méprise, et suspecter la bonne foi des gouverneurs qui ont l'audace de ne pas penser comme lui. Encore ici, il eut été plus équitable, plus judicieux, sûrement plus gentilhomme que de croire que les dix-neuf gouverneurs qui ont choisi M. le Dr Gauvreau de préférence à l'autre devaient avoir des raisons valables pour agir de la sorte, au lieu de les suspecter, voire même les invectiver.

Il ne sait pas du tout pourquoi M. Gauvreau décrocha la tim-

bale. Nous osons le croire sur parole; mais il est bien le seul dans l'ignorance. Il avouera que l'on était en droit de s'attendre à une mentalité supérieure, à plus de perspicacité. Nous allons alors éclairer sa religion et ramener les choses dans leurs justes proportions. On a dit et répété, peut-être à dessein, que la charge de registraire, était tellement importante, si complexe, si difficile à remplir qu'il fallait un homme exceptionnellement doué pour en assurer les responsabilités journalières, et encore un long apprentissage était-il de rigueur. N'allez pas croire que ceux qui répandaient cette légende étaient le moins du monde intéressés. Pratiquement, à quoi se résument les prosaïques devoirs du registraire: collecter aux médecins quatre dollars par année, inscrire les noms des médecins avant droit dans un grand registre, signer des chèques, tout en conservant les talons comme pièces justificatives, pour payer les comptes portaux l'appostille du président, soumettre à l'avocat du collège des demandes de poursuite contre les délinquants médecins, etc., charlatans, qui décide s'il y a lieu de procéder, répondre aux demandes de renseignements, après consultations avec le président ou l'avocat dans les affaires litigieuses; enfin agir comme secrétaire aux assemblées biennuelles du Bureau, et c'est tout. C'est un rôle de teneur de livres tout simplement pour lequel on ne requiert pas d'habitude un docteur ès-sciences morales et politiques. Aussi, prétendre que cette position est tellement escarpée que bien peu de médecins peuvent espérer l'atteindre, c'est couvrir de ridicule toute une profession.

M. Boucher se présentait pour réélection, avec M. Gauvreau comme concurrent. La position de registraire demandait de l'intelligence, un esprit arrêté, de la probité, l'entente des affaires. Les deux candidats étaient à ce sujet sur un pied d'égalité. M. Boucher avait cependant à son crédit deux années de services qui n'étaient pas à son désavantage. 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 pro-

fession 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. Ceci et cela n'étaient pas de nature à nuire à la candidature de M. Gauvreau. Mais M. le Dr Gauvreau, gouverneur du collège, demandait de plus à ses collègues de faire acte de solidarité professionnelle en aidant un collègue, un confrère, dont la perte récente d'un bras, dans l'exercice de sa profession, avait compromis l'avenir. Il y a des gens pour qui le mot altruisme ne correspond à rien de connu ; pour qui la solidarité professionnelle n'est qu'une pironette oratoire et qui n'admettront le précepte évangélique de s'aider les uns les autres qu'à la condition de ne pas gêner leurs intérêts. Ceux-là ne s'intéressent guère à pareils vécilles, bien vieux jeu, pas assez "modern style", trop peu utilitaires. Dix-neuf gouverneurs de mentalité inférieure en ont jugé autrement.

Ils ont eu la claire vision d'une bonne action à accomplir et ils ont cru que, dans les circonstances, refuser de tendre la main à un confrère qu'ils savaient compétent, d'aider à son sauvetage ce n'était ni humain, ni professionnel. On peut ne pas penser comme eux, c'est un droit qui ne se discute pas ; mais leur reprocher comme un crime d'avoir donné un bel exemple de solidarité professionnelle en faveur d'un méritant sur tous les rapports, c'est petit et vilain. L'écrivain de *l'Union* peut penser autrement, il en est libre. Mais qu'il n'oublie jamais que pour voir son opinion respectée, la première condition est de commencer à respecter celle des autres. Il peut aussi traiter le Bureau provincial avec un ton méprisant, et par là insulter tout le corps professionnel qui a librement choisi ses représentants. C'est un droit que personne ne lui conteste ; c'est d'ailleurs une douce manie à *l'Union* de dauber de temps à autre le Bureau provincial de Médecine. On lui tient sans doute rigueur d'avoir fait échec à maints projets de *l'Union*. On regrette peut-être aussi l'âge d'or des procès ruineux. Les intellectuels et les sages ont quelques fois de ces faiblesses inexplicables".

— Il a dit!.....

— Permettez-moi, cher ami, que je vous dirige dans la bonne voie: vous avez tellement enflé vos voiles, que vous avez perdu le contrôle de votre vaisseau, et vous avez été forcé d'échouer dans des lieux communs plutôt que de courir de plus grands dangers encore en vous laissant aller au gré du vent.....

— Consultons un peu notre boussole !.....

— Il n'est si bon capitaine qui ne puisse s'en passer!..... même à Québec.... beau port de mer.....

I. — Vous dites que “ l'UNION ” devrait renseigner ses lecteurs sur des questions vitales plutôt que de s'occuper d'une question secondaire comme celle du registraire.

— Donnez-vous donc la peine de feuilleter l'UNION, du 12 janvier jusqu'à date, pour 1909 seulement, vous y verrez un exposé clair et succinct de toutes les questions vitales qui ont reçu la sanction du Collège des Médecins et de la Législature. Il n'y a pas un numéro de notre publication qui ne traite une question d'intérêts professionnels. J'en appelle à nos lecteurs.

Pouvez-vous en dire autant, vous, mon cher “ altruisme ”?.....

— Non.

Sur ce point, donc, vous ergotez.

II. — Vous dites que nous avons fait une colère parce que le “ candidat de notre choix ”, le Dr Boucher n'a pas reçu l'investiture.....

— Mais vous parlez pour les badauds, cher ami.

— Où et quand avons-nous posé et appuyé la candidature du Dr Boucher?.....

Il n'a eu besoin de personne: il était le candidat du Bureau tout entier puisque vous l'aviez choisi et élu à l'unanimité.... Nous étions donc en droit de nous attendre à une prolongation de son mandat puisque vous aviez proclamé vous-mêmes ses aptitudes à la charge qu'il occupait et qu'au moment de l'élection vous avouez

qu'il " avait à son crédit deux années de services qui n'étaient pas à son désavantage " — lisez, excellents services.

— Quelles sont donc les raisons qui vous ont fait agir?....

Vous commencez d'abord par déprécier la position de régistiaire en la réduisant à une affaire de comptabilité, pure et simple.

— Ce qui est faux. Je vous refute par vos propres paroles lorsque vous dites, quelques lignes plus loin, que..... " la position de régistiaire demandait de l'intelligence, un esprit arrêté, de la probité, l'entente des affaires ".....

Mais la contradiction ne vous effraie pas plus que le ridicule. Et vous continuez.

Vous reprochez au Dr Boucher " sa raideur administrative choquante, sa méticulosité ", en un mot toutes les qualités que vous venez d'énumérer comme nécessaires à l'emploi et que vous vous plaisez à reconnaître chez le nouvel élu puisque vous affirmez que..... " les deux candidats étaient à ce sujet sur un pied d'égalité ".....

Mais l'argument ne vous paraît pas convaincant. En effet, on ne saurait se contredire avec une plus belle désinvolture ; aussi vous frappez le grand coup : la *caisse*..... " quelques-uns, dites-vous, enfin pensaient que faire payer à la profession près de \$6000.000 pour une loi — ce qui entre nous, dépasse les bornes, etc..... un record — n'était pas merveilleux comme administrateur ".....

— Nouvelle contradiction, puisque vous venez de vanter les deux années d'administration..... Mais qu'importe!..... le geste est beau!.....

— Voyons donc un peu sur quoi repose cette assertion. Si nous consultons le rapport semi-annuel du Trésorier à l'assemblée du 7 juillet 1909, voici ce que nous lisons à l'item du Comité de législation :

Payé au Dr Laurendeau.....	\$731 66
Payé au Dr DeMartigny.....	627 75
Payé au Dr Boucher.....	502 76
Payé au Dr Côté.....	353 00
Payé au Dr Foucher.....	228 75
Payé au Dr Normand.....	200 00
Payé au Dr Simard.....	132 50
Payé au Dr Plante.....	126 00
Payé au Dr D'Amours.....	118 00
Payé au Dr Girouard.....	63 00
Payé au Dr Paquin.....	35 00
Payé au Dr Jobin.....	10 00
Impression du projet de loi.....	249 90
Traduction.....	70 00
Papier, message, etc.....	51 00
Diverses impressions.....	36 00
Timbres.....	38 00
W. Rocher (avocat).....	100 00
	3,663 55

Donc la nouvelle loi a coûté \$3363.53, au lieu de \$6000.00, et chacun des membres du comité émerge pour son compte.

Voilà de l'altruisme qui paie! . . .

— Remarquez bien que nous ne critiquons pas: le Collège doit payer pour le travail qu'il exige de ses représentants ; mais qu'on ne vienne pas nous la bailler en nous faisant croire que le Dr Boucher a gaspillé l'argent du Collège et qu'il n'est plus digne de confiance.

D'ailleurs, ce Comité de Législation avait été nommé par les gouverneurs en réunion plénière avec pleins pouvoirs. Il est certain aussi, que ces dépenses étaient prévues, car je ne sache pas que le registraire eut autorisé, de son chef, une telle organisation. Or, on ne va pas à la guerre sans qu'il en coûte. Le registraire n'a fait que ce que vous lui avez ordonné de faire.

Et vous l'accusez! . . . Allons donc, soyez logique, au moins. . .

— Les comptes sont là. . . lisez bien, chers lecteurs, et jugez de la bonne foi du confrère qui péroré dans le *Bulletin de Québec*.

III. Enfin, on nous accuse de manquer de perspicacité et de

générosité. C'est enfantin. Nous nous en sommes tenus à la question de principe.

Si on avait voulu en faire une question de "solidarité professionnelle", les avocats du changement à outrance n'avaient qu'à faire un compromis entre les intéressés. Si, usant de franchise, on avait demandé au Dr Boucher de céder sa place pour permettre à un confrère de continuer à gagner honorablement sa vie à la suite d'un accident regrettable, nous sommes certain qu'il eut consenti; et nous aurions applaudi, car il ne peut pas y avoir de questions d'intérêt en jeu, comme vous le dites plus haut. Cette affirmation est aussi erronée que gratuite: il n'y a que vous, cher ami, qui soyez si mal informé. à moins que vous ne soyez de mauvaise foi pour servir les besoins de la cause.....

Toujours le geste!.....

Quant au Dr Gauvreau, personnellement, nous pensons qu'il est un parfait gentilhomme, et qu'il sera à la hauteur de la tâche qu'il assume. Elle est pleine de responsabilités,..... n'en déplaise à notre bon ami de Québec.

— Et que penser de cette flèche de notre dompteur, où il est question "d'échees à maints projets de l'UNION et de l'âge d'or des procès ruineux".....

C'est une allusion malveillante à l'adresse de l'ancien président du Collège.

Consolez-vous, mon ami, vous ne chaussez jamais ses bottes.

Quant aux procès ruineux, ils ont profité exclusivement à vos amis, quelques avocats, de Québec, bien connus par les lois bâtardes qu'ils avaient fait adopter grâce à des influences occultes et néfastes, et qui ne protégeaient que les fruits secs de nos collègues et de nos universités.

A l'UNION, nous combattons pour les idées, à l'encontre, bien souvent, de nos intérêts personnels.

— Nous continuerons donc, comme par le passé, de critiquer les actes de nos gouverneurs quand nous le jugerons à propos.

Ils sont nos mandataires, nous avons le droit de les critiquer, comme tels.

Si dix-neuf protestent, seize nous approuvent, et nous préférons, dans certains cas, respecter l'opinion d'une minorité qui pense que celle d'une majorité aveugle qui suit.

Allons cher ami, ne partez plus en guerre à l'aventure, car nous vivons dans un autre âge.

Depuis la mort de Michel Cervantès, les Don Quichotte n'ont plus de vogue. Rentrez donc vos armes et abandonnez donc, enfin, vos moulins à vent !

ACTUALITES

LES MEDECINS HYGIENISTES A SHERBROOKE

LA DEUXIÈME CONVENTION AU MONUMENT NATIONAL

L'ouverture de la deuxième convention des médecins hygiénistes a eu lieu le 25 août à Sherbrooke. La première réunion a siégé à deux heures de l'après-midi au Monument National. Tous les délégués furent invités à prendre part aux discussions qui suivirent chaque communication. Tous ont pu également déposer les réponses pour cette réunion ou des questions à être présentées lors de la prochaine convention.

L'assemblée a été présidée par M. L. C. Bachand, maire de Sherbrooke, assisté de M. J. E. Doré, ingénieur civil. Le programme des deux jours a été comme suit :

25 AOUT, A 2 HRS P. M.

- 1° Procès-verbal de la dernière Convention.
- 2° Annonces du Comité local d'organisation.
- 3° Affaires générales de la Convention.
- 4° Les maladies évitables et les autorités sanitaires, par M. le Dr E. P. Lachapelle.
- 5° Importance de nos Conventions annuelles, pourquoi les municipalités doivent se faire un devoir d'y envoyer leurs officiers et de payer leurs frais de déplacement, par M. le Dr Arthur Simard.

6° Ce que doit être la lutte antituberculeuse dans la province, participation du Gouvernement fédéral, du Gouvernement provincial et des Municipalités, par M. le Dr Louis Laberge, rapporteur pour le Comité spécial nommé à la Convention de Trois-Rivières.

7° Sanatoriums et Dispensaires comme moyens de lutte antituberculeuse dans la province de Québec, par M. le Dr Georges Bourgeois.

8° Le traitement du tuberculeux fait à son domicile, par M. le Dr E. J. Williams.

9° La tuberculisation obligatoire des vaches laitières étendue à toute la province, par M. le Dr C. R. Paquin.

10° Des profits que la ville de Westmount a retirés de l'incinération de ses vidanges, par M. le Dr J. A. Hutchinson, médecin municipal, et M. Geo. W. Thompson, surintendant du service de l'éclairage et du pouvoir électrique.

LE SOIR, A 8 HEURES PRÉCISES

1° Discours par Son Honneur le Maire de Sherbrooke, le Dr L. C. Bachand.

2° Discours par Sa Grandeur Monseigneur Paul Larocque, évêque de Sherbrooke.

3° Discours par le Révérend C. S. Deeproze, pasteur de l'Eglise Méthodiste.

4° Conférences: Contrôle et inspection du lait et autres aliments, par M. le Dr John Hayes.

LE 26 AOUT, A 1.30 HRS P. M.

1° Choix du lieu de réunion pour la prochaine Convention.

2° Election des Officiers.

3° L'inspection des denrées alimentaires, par M. J. McCarry, médecin vétérinaire.

4° La nécessité de l'inspection des viandes de boucheries, par M. le Dr J. O. Ledoux.

5° Fièvre typhoïde et moyens de l'éviter, par M. le Dr Arthur Bernier.

6° Importance des statistiques, les comparaisons et les déductions qu'elles permettent, par M. le Dr J. W. Bonnier.

7° Interprétation des résultats de l'analyse chimique des eaux potables, par M. le Dr J. A. Chopin.

8° Correction de l'eau de boisson, dégrossissage, filtrage (filtres à sable submergé, filtres à sable non submergé, filtres à coagulants) et ozonation, par M. le Dr J. A. Beaudry.

9° Drainage et plomberie des bâtiments, par M. J. E. Doré, ingénieur civil.

A 9.30 HRS P. M.

1° Hygiène scolaire et inspection médicale des écoles, par l'Honorable Dr Pantaléon Pelletier.

2° Inspection médicale des maisons d'éducation, par M. le Dr Edouard Laberge.

3° La profession médicale et l'hygiène publique, par M. le Dr J. P. L. Bissonnette.

4° Les procédés disponibles pour l'épuration des eaux d'égout (description élémentaire), par M. le Dr Elzéar Pelletier.

5° Étude sur les "gullys" de rue, par M. le Dr C. N. Valin.

6° Comment faire accepter au public les restrictions imposées par les règlements sanitaires, ce que l'on peut obtenir par la persuasion, par M. le Dr J. A. Beaudouin.

— Nous publierons bientôt le rapport succinct des travaux qui y ont été lus.

ANALYSES

MEDECINE

La vieillesse n'est pas une maladie ; quelques conseils aux vieillards,
par NAUNY (*Bul. gén. de thérap.*, dans *Gazette Médicale*
de Paris, 1er août 1909.

L'homme qui vieillit ne doit pas s'imaginer qu'en se nourris-

sant surabondamment, il augmentera ses forces. Ici, comme en toutes choses, la modération est nécessaire. Ce qu'il prend en plus de la ration journalière devient une surcharge et ne se traduit nullement par une augmentation d'énergie. Sa nourriture lui fournit bien les éléments des produits qui seraient précieux s'il pouvait les utiliser ; mais comme il ne le peut pas, il a seulement la fatigue sans pouvoir les éliminer. De là résulte un excès de graisse qui constitue une gêne pour l'organisme. La tendance des personnes âgées à devenir obèses est connue de tout le monde ; elles feront donc bien d'user modérément des aliments et de la boisson.

Un vieillard ne doit pas être gras ; quand il l'est, c'est qu'il mange et boit trop. Cette mesure peut lui sembler sévère. Néanmoins, il est obligé, s'il veut bien se porter, de maintenir un contrôle rigoureux sur son alimentation.

Il ne faut pas perdre de vue que les produits de la nourriture doivent être introduits dans l'organisme et leurs résidus expulsés par le cœur qui joue ainsi le rôle d'une pompe. Le cœur devra donc travailler davantage quand ces éléments de la nutrition seront plus abondants, et nous savons déjà que cet organe constitue un point faible chez les sujets âgés.

Il faut tenir compte surtout de la quantité des boissons. Tous les liquides que nous ingérons doivent être éliminés par les reins à l'aide de la "pompe cardiaque". Et chez les vieillards le travail du cœur sera d'autant plus considérable que le filtre rénal est moins parfait. Un homme âgé, en règle générale, ne doit pas boire plus qu'il ne faut pour éliminer, chaque jour, un litre et demi d'urine.

Jusqu'ici, nous n'avons envisagé que la quantité de la boisson : que faut-il dire de leur qualité ? Il sera sage de conserver ses habitudes si elles sont raisonnables et tant que l'on n'en éprouvera aucun dommage.

Ainsi le lait est une excellente boisson pour les vieillards. Il s'absorbe facilement, n'engendre que peu de déchets et sous-produits nuisibles, et il s'élimine aisément. Mais la plupart des vieillards ont perdu l'habitude de prendre du lait ; ils le digèrent mal et se plaignent qu'il leur charge l'estomac.

Le café, le vin, les boissons alcooliques en grande quantité ne sont utiles à personne. Mais ce serait peut-être aller un peu loin que d'interdire à un vieillard son café du matin et de vouloir le lui faire remplacer par du thé ou une soupe.

Tous les alcools (whisky, cognac, eau-de-vie, etc.), sont inutiles.

La bière, elle-même, est rarement indiquée et cependant je me risque pas souvent à défendre, à un vieillard qui en a l'habitude, son verre de bière.

Je ne veux pas nier l'action stimulante du vin, et cependant je n. le conseille pas aux vieillards. Rien de plus faux que le dicton: *Vinum lac senium*. Le vin leur est rarement favorable. Il est de digestion difficile. L'alcool et les autres produits excitants qu'il contient sont difficilement éliminables. Pour cette raison il incommodé davantage les vieillards et bien des gens qui, dans leur jeunesse, trouvaient plaisir à boire du vin, sont obligés de s'en priver quand ils avancent en âge.

Néanmoins certains vieillards supportent encore très volontiers un verre de vin et il serait cruel de le leur interdire. Notons d'ailleurs que le vin exerce souvent une influence favorable sur la digestion en restreignant la fermentation et en stimulant les mouvements péristaltiques et les sécrétions intestinales.

Cette stimulation, malheureusement, s'émeuse assez vite, tandis que l'excitation du cerveau et du cœur finit, après un long usage, par prendre une place prépondérante. Pour cette raison, il vaut mieux ne pas prendre du vin régulièrement tous les jours, mais seulement de temps à autre, une fois par semaine, par exemple, et même alors deux petits verres au plus, de préférence avant le repas.

L'usage du tabac est très critiquable. Il n'est certainement d'aucune utilité à personne. Et cependant les vieilles gens éprouvent souvent un singulier plaisir à fumer un cigare ou une pipe. Ce plaisir est fréquemment acheté par de l'excitation cardiaque et une sensation de chaleur, surtout la nuit.

Comment doit-on manger? Que doit-on manger? Quand doit-on manger?

Une personne âgée doit prendre un repas assez substantiel le matin. Pendant la nuit, des déchets se sont accumulés qu'il convient d'éliminer promptement. Pour cette raison, il est bon de donner un coup de fouet aux échanges nutritifs. Aussi suis-je tout à fait partisan du "breakfast" anglais.

Par contre, le repas du soir sera léger. Si l'on mange trop le soir, les échanges et la circulation du sang sont trop activés pendant la nuit et il en résulte des insomnies et des agitations nocturnes.

Toutefois, il est des vieillards qui prennent leur principal repas tard dans la soirée et qui ne s'en trouvent pas plus mal. L'homme d'affaires ne peut guère modifier ses habitudes; mais l'homme

qui avance en âge et qui désire ménager son cœur fera cependant mieux de prendre le principal repas au milieu de la journée, environ cinq ou six heures après le petit déjeuner. Un repos d'une heure doit suivre ce repas, mais non pas un long sommeil.

Que doit-on manger ?

Il y a des gens qui vivent presque exclusivement d'aliments carnés et d'autres qui mangent à peine de viande. Ce serait certainement une erreur de vouloir faire un végétarien d'un mangeur de viande quand il vieillit et *vice versa*. Sur ce point, il faut tenir grand compte des habitudes.

La viande donne lieu à beaucoup de déchets dans l'intérieur des tissus et nous savons que ces produits deviennent vite une gêne pour les personnes âgées. Parmi ces produits de désintégration, il y en a que nous connaissons parfaitement: ce sont des produits acides qui doivent être oxydés promptement pour être rendus inoffensifs. Pour cela, il faut que les échanges organiques soient très actifs.

Les vieillards peuvent consommer sans inconvénient, une certaine quantité d'aliments animaux ($\frac{1}{4}$ de kilogramme, par exemple). Les acides provenant de cette alimentation seront neutralisés par une certaine quantité de légumes et de fruits; on aura soin toutefois de ne pas trop forcer la dose et de les leur fournir convenablement préparés pour que leur digestion n'en soit pas troublée.

Les hydrocarbures (le sucre, les féculents, les aliments amidonnés) sont aussi tout à fait de circonstance. Ils sont très facilement brûlés, si facilement qu'ils servent à activer les phénomènes de combustion dans les tissus, comme une poignée de copeaux secs ravive un feu lent. Mais ici encore l'exagération se paie. Chez les personnes âgées, il y a des limites à l'assimilation des hydrocarbures; quand elles sont dépassées, le sucre fait son apparition dans l'urine.

On ne doit guère se passer de graisse: la nourriture maigre fournit peu d'énergie. Malheureusement les graisses produisent ces résidus acides dont nous avons parlé. Nous arrivons donc à cette conclusion banale que la meilleure des nourritures est la nourriture mixte: tout parti-pris est fâcheux.

Mais il est une chose que je conseille et qui n'est point une banalité. Les vieillards ne doivent pas toujours suivre la même ornière. Le corps humain a besoin de changement, car le changement est stimulant. Cela est vrai spécialement pour la nourriture. Aussi le vieillard fera-t-il bien de modifier — prudem-

ment — ses habitudes et de chercher quelques diversions diététiques.

Tout le monde doit manger lentement et sans préoccupations. Pour bien mastiquer, les seize mouvements de mâchoire réclamés par un certain lord anglais pour chaque bouchée ne sont pas de trop. Pour l'homme qui avance en âge, cette précaution est très importante. Il doit être pourvu d'organes de mastication sur lesquels il puisse compter. Avant de se mettre à table, il doit rester tranquille pendant quelque temps, éviter la discussion de sujets sérieux et surtout les disputes. Il mangera sans trop de hâte et avec soin.

CHIRURGIE

Conduite à tenir pour éviter les vomissements chloroformiques, par
BLANLUET, dans la *Presse Médicale*, 7 juillet 1909.

I. POUR PRÉVENIR LES VOMISSEMENTS. — Dès aujourd'hui les méthodes adoptées pour préparer les malades, leur administrer le chloroforme, les surveiller à la suite de l'anesthésie ont produit des résultats suffisamment définitifs et encourageants pour que par là, on puisse essayer de réduire la fréquence et la gravité des vomissements liés à l'anesthésie générale.

1. *Préparation du malade.* — Loin de faire jeûner le patient la veille de l'opération, il convient de lui fournir une alimentation légère, en insistant surtout sur le lait peptonisé. L'examen approfondi du malade est de rigueur avant toute narcose et permettra de favoriser le jeu des émonctoires, en même temps que d'administrer les toni-cardiaques préventifs. Enfin le véronal ordonné la veille de l'intervention, une injection de morphine ou même de scopolamine-morphine pratiquée dans la matinée diminueront notablement la quantité de chloroforme nécessaire et éviteront jusqu'à un certain degré les vomissements.

2. *Pendant l'anesthésie.* — Le chloroforme absolument pur doit être administré à l'aide des appareils qui le mélangent en proportion fixe à l'air ou à l'oxygène; on a conseillé d'employer le chloroforme chauffé à 38° (1) qui aurait des effets plus rapides et provoquerait moins de vomissements. La narcose doit être régulière, et il importe de ne pas laisser le malade se réveiller; le rôle de l'anesthésiste, au point de vue qui nous occupe, est fort important,

et la manière de donner le chloroforme influe beaucoup sur la fréquence des vomissements.

Il est incontestable que la tendance au vomissement est fortement accrue par les mouvements imprimés au corps, surtout quand le malade est légèrement endormi, c'est-à-dire au commencement et à la fin de l'opération. Aussi est-il défectueux de transporter le malade d'une salle d'anesthésie sur la table d'opération. Comme la crainte inspirée par cette dernière rend ce transport souvent nécessaire, il ne faut mobiliser le patient que lorsqu'il est complètement endormi ; peut-être, comme le propose P. Bush, pourrait-on anesthésier le patient dans sa chambre, sur une table d'opération qui serait ensuite roulée au moment de l'intervention.

3. *Après l'opération.* — De même, il est indispensable de conserver le malade complètement endormi jusqu'à ce que le pansement soit terminé et le malade transporté dans son lit ; on ne peut guère éviter le mouvement de la table d'opération sur un brancard, de celui-ci sur le lit ; du moins ne faut-il exécuter ces manœuvres qu'en continuant d'administrer le chloroforme, et en évitant autant que possible de secouer le malade.

Pendant ce temps, on doit en outre veiller avec une grande attention à empêcher tout refroidissement et à maintenir la température du corps.

La chambre où est transporté l'opéré doit être suffisamment aérée pour que les vapeurs de chloroforme ne s'y accumulent pas, et les inhalations d'oxygène peuvent alors rendre des services.

Enfin, si pendant l'intervention il s'est produit une sécrétion et une déglutition abondante de salive, ou bien si l'intervention a porté sur les premières voies séro-digestives, il est bon de procéder à un lavage de l'estomac avant que le malade n'ait repris ses sens.

II. POUR COMBATTRE LES VOMISSEMENTS. — Si, malgré ces multiples précautions, les vomissements post-opératoires se produisent et persistent, on peut avoir recours à l'eau albumineuse ou l'eau de chaux (Kelly) qui semblent les modérer, ou encore à l'application sur l'estomac de glace ou d'une flanelle imbibée d'eau très chaude. D'après les expériences de M. Grad (de New-York) l'injection d'ergotine les rend moins fréquents et moins pénibles. Schüller (de Berlin) recommande l'emploi de l'orexine

M. Paterson, chirurgien de l'Infirmierie royale de Glasgow, sert de la pierotoxine ; dès l'administration du chloroforme terminée, il pratique chez l'adulte une injection de 1 centimètre cube

de picrotoxine à 2 pour 100 ; si les vomissements surviennent, ce qui est fort rare, une deuxième injection à dose moitié moindre les fait cesser complètement ; il aurait obtenu des résultats efficaces chez des opérés qui avaient été fort éprouvés par les vomissements dans des chloroformisations antérieures.

Somme toute, il est possible d'atténuer la fréquence des vomissements post-chloroformiques, et il n'est pas permis de les regarder comme sans importance, sous le prétexte qu'ils disparaîtront spontanément, et que rien d'utile ne peut être tenté pour les éviter. A l'heure qu'il est, la préparation à l'intervention chirurgicale et l'hygiène post-opératoire sont presque aussi importantes dans la pratique journalière que l'opération elle-même, car " le chirurgien doit au malade un anesthésique qui ne soit pas plus pénible et plus redouté que l'opération elle-même ".

PEDIATRIE

La diète hydrique et ses modalités, dans *Clinique infantile*, 15 juillet 1909.

Le Dr Henri Bouquet, dans le *Bulletin de thérapeutique*, étudie les nouveaux procédés de traitement des gastro-entérites infantiles aiguës et, entre autres, la diète hydrique et ses modalités :

Pour l'immense majorité des pédiâtres, dit-il, la diète hydrique reste sans conteste la base du traitement des gastro-entérites. Mais, une fois la diarrhée arrêtée par cette seule mise au repos du tube digestif, un gros problème préoccupe toujours le médecin : dans quelles conditions peut être reprise l'alimentation. Et, dans le cas où la diarrhée continue au bout de vingt-quatre heures de diète hydrique, combien de temps encore peut-on la prolonger sans danger pour le petit malade ? Cette éventualité souvent réalisée, la difficulté de reprendre trop tôt l'alimentation normale et surtout l'allaitement (il s'agit, dans la presque unanimité des cas, d'allaitement artificiel) ont amené à donner à l'enfant des solutions qui finissent, au point de vue nutritif, le milieu entre l'eau pure et le lait ou ses équivalents. De là sont nés les bouillons de légumes et les décoctions de céréales. Et voici une formule due à Méry, qui est l'un des promoteurs de cette thérapeutique d'attente :

Pommes de terre	85 gr.
Carottes	85 "
Navets	20 "
Pois secs	15 "
Haricots secs	15 "

On fait bouillir pendant environ quatre heures, dans 3 litres d'eau, jusqu'à réduction à un litre. Filtrez sur un linge et ajoutez 5 grammes de sel. Ce bouillon doit toujours être préparé du jour même.

Voici, d'autre part, la formule de Comby, qui utilise davantage les céréales:

Faire bouillir pendant trois heures (jusqu'à réduction à 1 litre) dans 3 litres d'eau, une cuillerée à soupe de chacun des produits suivants: Blé, orge perlé, maïs concassé, haricots blancs sec., pois secs, lentilles. Filtrez et saler.

Il est évident que, sous l'influence de l'emploi de ces légumes, la diminution du poids de l'enfant, diminution qui commence avec le début de la gastro-entérite et continue pendant l'administration de l'eau pure, cesse rapidement et que l'on voit même souvent la courbe remonter dans d'appréciables proportions. Il reste néanmoins à examiner, pour se rendre compte de la valeur de cette méthode, quelles sont les raisons de cette augmentation. Or, il est bien probable que la réponse à cette question nous est donnée par l'examen d'une nouvelle méthode, préconisée par deux médecins hongrois, Heim et John (1). Ceux-ci, en effet, ordonnent une solution chloro-bicarbonatée ainsi formulée:

Chlorure de sodium	5 gr.
Bicarbonate de soude	5 "
Eau	1 litre

Lorsque l'on administre cette solution aux enfants en état d'infection gastro-entérique, on remarque aussi la cessation de la perte de poids et un accroissement fréquent. De plus on assiste, comme avec les bouillons de légumes ou de céréales, à la disparition des phénomènes toxiques et l'on peut ainsi gagner rapidement le moment où la reprise de l'alimentation sera possible sans dangers. D'ailleurs, Nobécourt et Viery (1) avaient déjà obtenu les mêmes résultats (notamment ceux qui ont rapport à l'accroissement de poids) au moyen d'une solution physiologique de chlorure de sodium. L'addition de légumes et de céréales n'aurait donc aucune valeur nutritive et, partant, aucune part dans l'amélioration de l'état des petits malades, amélioration qui serait due exclusivement à la présence du chlorure de sodium dans les bouillons ainsi administrés. C'est l'opinion de Variot qui calcule (2) que les bouillons en question ne contiennent par litre que 4 gr. 50 de

(1) HEIM et JOHN. *Monatschrift f. Kinderheilkunde* 1908, p. 561.

(1) NOBÉCOURT et VIERY. *Revue de maladies de l'enfance* 1904, mars.

(2) VARIOT. *La Clinique Infantile*, 15 juin 1907.

matières organiques totales dont 705 milligrammes de matières azotées, et conclut qu'elles sont, à peu de choses près, inexistantes au point de vue nutritif. En même temps Variot raille cette posologie précise qui dose les pommes de terre comme les navets et montre les difficultés qui résulteraient pour la grande majorité des mères, s'il fallait suivre ces prescriptions à la lettre comme une ordonnance médicamenteuse. Le succès du bouillon de légumes parmi le public est dû, sans doute à ce qu'il est fort difficile de faire accepter une diète hydrique absolue et que les ingrédients qui entrent dans la composition de ces bouillons laissent croire que l'on donne aux enfants une véritable nourriture.

Quant à l'action du chlorure de sodium, elles ressortit évidemment à une rétention des chlorures suivies d'une hydratation considérable de l'organisme. C'est donc un accroissement de poids tout à fait artificiel, qui est dû à une œdématisation des tissus, à tel point que, pendant l'administration des solutions salines, il se présente parfois de véritables œdèmes cliniquement appréciables. Cette hydratation est absolument nécessaire et c'est, en réalité, ce besoin de l'organisme qui a fait établir chez les gastro-entéritiques la diète hydrique, et non pas la diète simple, et une diète hydrique dans laquelle on donne habituellement à l'enfant une quantité d'eau approximativement égale à la quantité de lait qu'il absorbait avant sa maladie.

C'est en vertu du même mécanisme qu'agissent les injections sous-cutanées de sérum physiologique qui sont devenues un des procédés de choix de la thérapeutique que nous étudions ici. Peu importe, semble-t-il, la composition exacte des sérums employés en cette circonstance, ce qui signifie que toutes les formules usitées actuellement ont donné à peu près les mêmes résultats. Dans ces conditions, il paraît que la formule la plus simple, celle du sérum physiologique ou solution de chlorure de sodium à 7 p. 1 000, soit peut-être la préférable, ne serait-ce que par sa simplicité même et les frais moindres qu'elle nécessite.

À l'heure actuelle donc la base essentielle du traitement des gastro-entérites infantiles est la diète hydrique réalisée au début avec l'eau pure et ensuite avec des solutions salées, parmi lesquelles les plus recommandables sont les bouillons de légumes à cause de leur goût plus agréable au petit malade et le rôle psychique que leur composition peut jouer auprès de son entourage, et le sérum physiologique en injections sous-cutanées, étant donnée sa rapidité d'action et sa facilité d'administration chez des enfants dont l'estomac se rebelle assez souvent contre le liquide que l'on veut lui faire absorber. Ajoutons à cela que certains médecins

d'enfants, parmi lesquels M. Variot (1), sont restés fidèles à l'excellente eau de riz obtenue en faisant bouillir deux cuillerées à soupe de riz dans un litre d'eau pendant une heure. Cette eau réalise d'une part la diète hydrique et, de l'autre, l'amidon cuit contenu dans cette eau possède certainement une action indéniable sur le symptôme diarrhéique, cette action sédative de l'amidon sur la muqueuse intestinale étant connue et appréciée depuis fort longtemps.

(1) VARIOT, *loc. cit.*

THÉRAPEUTIQUE

Les solutés officinaux de caféine et leur danger. (P. LEMAIRE, *Journal de médecine de Bordeaux*, 9 mai 1909), dans *Journal méd. français*, 15 juillet 1909.

La pharmacopée de 1908 indique comme celle de 1884-189, deux solutés de caféine.

Soluté de caféine no 1 pour injections hypodermiques.

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de soude	3 gr.
Eau distillée, bouillie et refroidie, quantité suffisante (environ 8 grammes) pour	10 ce.

Un centimètre cube de ce soluté renferme vingt-cinq centigrammes de caféine.

Solution n° 2.

Caféine	4 gr.
Salicylate de soude	3 —
Eau distillée, bouillie et refroidie, environ	6 —

Un centimètre cube de ce soluté renferme quarante centigrammes de caféine.

Le soluté no 1 officinal à 0 gr. 25 centimètre cube doit être considéré comme trop actif. L'auteur ne fait plus préparer que les injections à 0 gr. 20 par centimètre cube. Même avec cette concentration, de l'intolérance et des phénomènes toxiques ont été constatés plusieurs fois avec une seule dose.

Gauthier conseille d'utiliser des solutés encore plus faibles à 0 gr. 12 et 0 gr. 15. L'emploi de ces solutions n'empêche pas le médecin d'augmenter, le cas échéant, la proportion de caféine à

jectée en renouvelant l'injection ou en la pratiquant de plusieurs centimètres cubes à la fois.

La dilution de la caféine n'est pas indifférente. Dans les cas où il n'est pas trop urgent d'intervenir, il paraît recommandable d'injecter lentement la caféine après l'avoir mélangée à 50 ou 100 centimètres cubes de sérum artificiel : l'absorption est ainsi moins rapide et les effets du sérum caféiné plus efficaces que ceux du simple soluté.

En aucun cas on ne saurait administrer sous forme d'injection concentrée en une seule fois 0 gr. 50 de caféine, quantité mentionnée par le nouveau Codex comme dose maxima " usuelle ". Il est aussi actuellement contre-indiqué de se servir du soluté no 2 officinal à 0 gr. 40 par centimètre cube. On évitera ainsi une absorption massive, brutale et nuisible de la caféine.

Il n'est pas douteux, pour M. Lemaire, que cette solution concentrée aurait dû être supprimée de la nouvelle pharmacopée à cause de ce titrage élevé en caféine et aussi parce que chaque centimètre cube de cette injection renferme 0 gr. 30 de salicylate de soude ; or, ce sel rapidement absorbé peut produire, même à dose minime, des phénomènes d'intolérance et d'intoxications des plus sérieux, surtout chez certains malades très impressionnables à la médication salicylée.

L'auteur rapporte une nombreuse série d'observations recueillies dans la littérature médicale et mettant bien en évidence le pouvoir toxique de la caféine, administrée inconsiderément, surtout au cours des pyrexies ou maladies infectieuses aiguës et plus particulièrement chez les hypertendus (Huchard), les malades dont l'élimination rénale défectueuse peut provoquer des effets accumulatifs (Zenetz), les vieillards (Siredey), les alcooliques (Czarkowski), les convalescents des maladies adynamiques, les femmes, les neurasthéniques, névropathes et dégénérés, etc. ; mais l'intolérance caféinique peut aussi survenir chez des malades sans prédisposition apparente ou cliniquement appréciable.

Chez les enfants, on ne devrait jamais employer la caféine au cours des affections aiguës fébriles. Dans le traitement des fièvres éruptives, du rhumatisme articulaire, de la péricardite, endocardite, pleurésie avec ou sans épanchement, et surtout broncho-pneumonie franche localisée ou disséminée, la caféine doit aussi être écartée (Rousseau Saint-Philippe).

En un mot, de l'intéressant article de M. Lemaire, se dégage cette conclusion que la caféine doit être administrée à doses relativement faibles, en solutions très diluées, et encore chez de nombreux malades est-elle à manier avec une très grande prudence.

PHARMACOLOGIE

Expectorants,1. *Polion* :

Ipéca	0 gr. 50
Gomme ammonioque	3 —
Julep gommeux	150 —

1 cuillerée à soupe toutes les deux heures.

2. *Sirop* :

Acétate d'ammoniaque	5 grammes
Sirop d'ipéca	30 —
— de polygala	30 —
— de rhubarbe	30 —
— de tolu	30 —

1 cuillerée à bouche toutes les trois heures.

3. *Looch* :

Kermès	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Looch blanc	150 grammes

1 cuillerée à soupe toutes les deux ou trois heures.

4. *Pilules* :

Acide benzoïque	0 gr. 05
Extrait de polygala	0 gr. 05
Terpine	0 gr. 05

P. 1 pilule. — 4 à 10 par jour.

(Prof. POUCHET.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de Sémiologie médicale, par le Dr PALASSE DE CHAMPEAUX, professeur à l'École de médecine de Toulon. 2^e édition revue et augmentée. 1 vol. in-8 de 349 pages, avec 90 figures noires et coloriées. Cartonné: 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

L'étudiant et le praticien sont dans la nécessité de posséder des connaissances sémiologiques exactes, de se familiariser avec les procédés nouveaux s'ils veulent poser des diagnostics solidement établis: la sémiologie est la pierre angulaire de la clinique. M. Palasse de Champceaux a cherché à condenser en un petit nombre de pages faciles à lire et à consulter les connaissances indispensables dans cet ordre d'idées.

L'ouvrage débute par des notions de pathologie générale. Les questions de l'hérédité, de l'immunité, de la lutte de l'organisme contre l'invasion microbienne, le rôle des microbes dans les maladies, les modes de transmission des maladies, la contagion, l'infection ont été esquissés de façon à faire comprendre l'importance de ces questions, si à l'ordre du jour.

La 2^e partie traite de la sémiologie des organes et appareils.

Au sujet de la percussion, en général, M. Palasse de Champeaux a cherché à classer, d'une façon simple et facile à retenir, les différentes modalités que l'on peut trouver par cet utile moyen d'investigation.

A propos de l'examen du poulx, il a indiqué les méthodes pratiques pour recueillir les tracés sphymographiques et mesurer la tension artérielle. Cette nouvelle édition comprend une mise au point du poulx lent permanent et des arythmies. A l'examen du cœur sont exposés le mécanisme et l'interprétation des troubles de compensation, des hémisytolies, des bruits de souffle, les données fournies par l'épreuve de l'atropine, ainsi que les principaux signes fonctionnels, qui se rattachent à l'étude de cet organe (lipothymie, syncope, asylobie, palpitations).

A propos de l'examen des poumons, on trouvera des détails sur la recherche du périmètre dynamique, sur l'exploration comparative de l'expansion des sommets, sur le triangle paravertébral dans les pleurésies, sur la succession hippocratique, sur le murmure vésiculaire normal et ses causes de production, sur le signe de la voix lointaine. L'examen des expectorations comprend la recherche du bacille de la tuberculose. Dans l'étude des signes fonctionnels de l'appareil respiratoire (toux, dyspnée, asphyxie, hémoptysie), une place prépondérante revient à l'hémoptysie.

L'examen de l'estomac a été complété et révisé dans cette nouvelle édition. Les analyses du suc gastrique, après la cathétérisme et les repas d'épreuve, ne comprennent que des manipulations pouvant être exécutées par tout praticien. La question de la dyspepsie est clairement exposée. A la suite de l'examen du foie, on a traité la question de l'ictère. A propos de l'examen de l'abdomen, on a ajouté l'épreuve de la sangle. Le chapitre de l'examen des matières fécales a été développé dans une large mesure. La sémiologie du pancréas a été complétée.

Après les notions sur l'examen de l'appareil génito-urinaire, prend place la recherche de la perméabilité rénale. L'examen des urines comprend les procédés d'analyse usuels. De nouveaux aperçus ont été donnés sur la rétention chlorurée, l'épreuve de la chlo-

ruvic alimentaire, l'indicamurie, l'urobilinurie, le recherche des cylindres urinaires.

M. Palasse de Champeaux a ensuite exposé la *sémiologie du système nerveux*, en indiquant les théories nouvelles de Pierre Marie sur l'*aphasie*.

Enfin, il termine par certains procédés souvent indispensables pour étayer un diagnostic; *analyse du sang*, recherche de la *fragilité globulaire, séro-diagnostic, cytologie* des épanchements, *ophtalma* et *cuticréaction*, etc.

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales, par MM. LEMOINE ET GÉRARD, professeurs à la Faculté de Médecine de Lille, avec la collaboration de M. J. VANVERTS, chirurgien des Hôpitaux de Lille, pour la partie chirurgicale. *Quatrième édition conforme au Nouveau Codex 1908*. - VIGOT Frères, éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-18 cartonné, peau. **7 francs**.

Depuis l'apparition de cet ouvrage en 1905, trois éditions se sont succédé. La quatrième édition que nous présentons aujourd'hui a été mise en conformité avec le Nouveau Codex 1908. Un grand nombre de formules ont été modifiées. Ces modifications sont d'autant plus importantes à connaître pour le médecin, qu'étant responsable de son ordonnance, il ne doit pas ignorer les changements dans la posologie résultant des nouvelles préparations faites suivant les exigences de la Nouvelle Pharmacopée 1908, dont l'application devient obligatoire à partir du premier mai 1909.

Les changements dans le titre de certains médicaments ont été consentis pour se conformer aux décisions prises à la Conférence internationale de Bruxelles de 1902 dans le but d'unifier la formule des médicaments héroïques.

Pour toutes les formules comprenant une préparation dont le titre ou la composition ont été modifiés, les auteurs ont pris le soin de mettre à côté du nom de cette préparation et de la dose indiquée, les initiales *n. C.* indiquant que ces formules sont conformes avec les exigences du Nouveau Codex.

Le praticien trouvera dans cet ouvrage vraiment pratique et tout à fait au courant de la science, tous les renseignements nécessaires à l'exercice de sa profession. C'est, nous le répétons, le *vade mecum du médecin praticien*.

SUPPLEMENT

AVANTAGES DE LA KERATINISATION

Aux médecins praticiens la Kératinisation offre de grandes ressources. Aux malades, elle procure de nombreux et sérieux avantages.

1° La Kératinisation prévient en grande partie les effets de l'iodisme dans l'administration des divers iodures de potassium, de sodium, de strontium, d'ammonium.

Nous avons vu bon nombre de personnes ne pouvant pas supporter l'iodure en solution ou en pilules ordinaires, très bien le tolérer en pilules kératinisées Philippe et en continuer plusieurs mois l'usage sans fatigue et sans désagrément.

2° Elle empêche l'intolérance gastrique, puisqu'il ne peut y avoir contact des médicaments avec la muqueuse stomacale.

Inutile d'insister, on sait qu'il importe au plus haut point de ménager les fonctions digestives dans certaines maladies, telles que la tuberculose ou l'arémie, puisque dans ces divers cas une alimentation intensive est de toute nécessité pour la guérison.

3° Elle masque le goût, l'odeur et la saveur parfois persistantes de certains médicaments (saveur de l'iodure et des composés mercuriques).

Le médecin traitant est parfois embarrassé dans ses prescriptions, à cause de l'odeur et du goût fort désagréable de certaines substances. Il a d'autant plus de peine à les faire accepter, que bien souvent les malades, soit absorbés par une préoccupation constante de leur état, soit affaiblis par une longue durée du mal, ont une perception très affinée des qualités organoleptiques des médicaments.

4° Elle prémunit contre les éructations ou renvois alliés qui sont très pénibles pour le malade lorsqu'on lui fait ingérer des composés cacodyliques ou arsénicaux, ou des préparations empyreumatiques.

5° Elle permet de porter directement dans l'intestin les médicaments qui, comme la pancréatine, doivent agir dans le plus grand état d'inaltérabilité et de pureté.

C'est ce qui faisait dire au professeur Baumel de Montpellier: "La pancréatine est de nul effet si on ne peut pas, comme le demandait Gubler, éviter la moindre altération dans l'estomac".

6° Elle supprime les injections rectales, les injections sous-cutanées destinées à l'administration de certains médicaments.

Par là même elle débarrasse le malade d'un certain nombre de

désagréments, conséquences de ces injections: ténesme, prurit, irrigations locales, assujettissement à une pratique désagréable, etc., etc.

7° Enfin la Kératinisation offre l'avantage très appréciable, de conserver à l'état frais à consistance de pâte molle (et même à l'état liquide les iodures, bromures, etc.), les médicaments kératinisés.

Le médecin praticien qui prescrit les pilules kératinisées Philippe peut donc avoir la certitude absolue que le médicament est absorbé et que d'autre part, la pilule avalée ne provoquera jamais les inconvénients d'un corps étranger ou d'une pilule dure, racornie et incapable de se désagréger dans le tube digestif comme il arrive trop souvent.

DR PHILIPPE.

LA CONVALESCENCE APRES L'OPERATION

est souvent prolongée dans les cas où la suppuration, l'infection ou l'hémorrhagie ont précédé l'intervention chirurgicale.

PEPTO-MANGANESE (GUDE)

est particulièrement efficace dans ces cas. Comme tonique effectif et reconstruteur des corpuscules et de l'hémoglobine du sang. Echantillons et littérature sur demande.

M. J. BREITENBACK CO.,
New-York, U. S. A.
