

PAGES

MANQUANTES

Montréal-Médical

Paraissant le 15 de chaque mois

Hygiène.—Médecine et Chirurgie.
Pratique.—Thérapeutique.

Tous les ouvrages dont il sera envoyé un exemplaire seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

SOMMAIRE

Notes d'expérience chirurgicale.....	611	Les recherches récentes sur la fièvre des loins, par J.-P. Langlois.....	627
Association Médico-chirurgicale du district de Joliette.....	618	Contre les piqûres de moustiques..	628
Notes et informations scientifiques. Immigration des Lymphocytes dans les vaisseaux sanguins.....	617	La ration alimentaire du nouveau-né, par V. Bue.....	629
Existe-t-il des exanthèmes en rapport direct avec la bleomorrhagie ?	617	Chronique du praticien. Les formes frustes de la maladie de Barlow	638
L'hématologie au secours de la recherche de la paternité.....	617	Les indications que doit remplir le régime alimentaire dans la lithase biliaire, par M ^r le Docteur Dufour (de Vicky).....	641
Le vésicatoire et le rein dans pneumonie	617	Un signe génital précoce de tabès chez la femme.....	647
Traitement local de l'eczéma.....	618	Le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants, par A. D'Espine	648
Conduite à tenir en présence d'une syncope	619	Nouveau procédé de désinfection à la formaline	649
Vient de paraître.....	621	Pommade contre la teigne.....	650
Diagnostic des lésions cutanées par le grattage méthodique.....	622	Contre l'acne de la région frontale	650
Paralysie générale débutant comme une affection stomacale, évoluant comme une typhoïdie, par M. le Professeur Combemale	623		

Veuillez adresser tout ce qui concerne la rédaction à

Veuillez adresser tout ce qui concerne l'administration à

“ LA PUBLICITE GENERALE COSMOS Ltée ”

à M. le Docteur J. A. HANDFIELD

à M. S. MONDOU

442 rue ST-DENIS, No. 231.

57, St-François Xavier, Montréal.

B.P. 788

PRIX DE L'ABONNEMENT, \$1.00 PAR AN

MONTREAL-MEDICAL

VOL. VII

MONTRÉAL, 15 JUILLET 1907

No 5

NOTES D'EXPERIENCE CHIRURGICALE.

(Suite)

Paris 24 juin 1907.

Dans cette question d'ordre aussi complexe, nous nous sommes demandé quel était le genre de division qu'il fallait adopter pour être clair, précis, utile. Après réflexion, nous diviserons les suites opératoires en journée, 1ère, 2e, 3e, etc., en étudiant à chacun de ces jours l'état général, (pouls, température, etc., l'état local) (pansement cicatrisation). Dans cet article nous ébaucherons les premières 24 heures post-opératoires.

La position que l'on dit donner au malade dans son lit après l'intervention n'est pas indifférente à la bonne marche des choses. D'une façon générale le décubitus dorsal, sans oreiller ni traversin sera à la règle. En effet le malade qui se réveille après son anesthésie est nauséux, il a de l'anémie cérébrale et il est nécessaire qu'il ait la tête basse. Exception sera faite pour les malades obèses que la position de trendelenburg aurait pu congestionner d'avantage ou qu'une opération sur le thorax pour empyème, abcès froid costal, etc., prédisposerait à la congestion pulmonaire. Si l'opération a eu lieu sur un membre (résection, amputation, incision et drainage pour phlegmon). On maintiendra ce membre élevé par des coussins et on le protégera contre le contact quelquefois douloureux des draps par un cerceau. Ce membre ainsi exhaussé et isolé sera dans les conditions les plus favorables pour éviter la souffrance. Dans les opérations plastiques sur les organes génitaux de la femme il sera utile de lier les jambes immédiatement au dessus des genoux et de placer sous le creux poplité un coussin qui maintiendra la flexion des membres inférieurs. Cette précaution aura encore plus de valeur dans les hystérectomies vaginales avec pincés à demeure ; dans ce cas on fera encore bien de placer un large coussin sous les fesses de la malade. Enfin si la table d'opération avait provoqué une courbature intolérable, le coussin sous les reins et le décubitus latéral alternatif donnera un réel soulagement.

A ce moment même se pose la question du sérum, nous parlons du sérum physiologique (solution 7-5 pour 100). Si les malades ont perdu beaucoup de sang durant l'acte opératoire ou par des hémorragies antérieures, s'ils sont infectés, ou si l'opération de longue

durée faisait prévoir un choc assez intense il sera nécessaire d'aider l'effort de l'organisme artificiellement. Certains chirurgiens préfèrent laisser la bonne nature se défendre seule, d'autres sont allés jusqu'à déconseiller ces injections de sérum, nous sommes d'avis contraire. Nous avons vu dans quelques services hospitaliers de Paris employer systématiquement les injections de sérum chez tous les opérés graves, en tenant compte bien entendu de l'imperméabilité rénale et de l'âge du cœur et toujours nous avons vu le sérum remonter puissamment nos malades et s'opposer avec efficacité au choc opératoire. Pour cette petite opération assez désagréable nous profitons du moment qui va du réveil post-anesthésique au recouvrement complet des facultés pour faire une dose massive de 500 à 1000 grammes de sérum. Cette manœuvre s'accomplissant dans ce moment d'obnubilation qui suit l'anesthésique sera, partant moins pénible.

Est-il besoin de dire que le sérum sera infecté avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires, savonnage de la région (tissu cellulaire sous cutané des cuisses face externe, région retro-mammaire) dégraisage à l'alcool et l'éther. L'appareil de choix est l'ampoule suspendu au dessus du malade à un mètre environ, le sérum doit être chauffé au bain-marie à la température du corps ou plus mais ne jamais dépasser 40° (centig.) On réservera le sérum par la voie veineuse pour les cas où son absorption par voie sous-cutanée ne semblerait pas suffisamment rapide. Dans ces cas on ne doit pas non plus se priver de l'action tonique de l'huile camphrée au dixième que l'on peut injecter à la dose de 3 à 4 centimètres cubes par 24 heures.

L'huile camphrée est un excellent remède; son action est moins active que la caféine, mais elle est plus durable.

Il nous reste maintenant à parler des vomissements et de la douleur. La plupart des malades endormis au chloroforme et à l'éther vomissent; certains chirurgiens prétendent qu'une injection de morphine de 1 centigramme additionné le 1-2 millig. de chlorhydrate de scopiamine 1-2 heure avant l'anesthésie rend celle-ci moins pénible et supprime en grande partie les vomissements du réveil. Bien que cette façon de faire ait pu diminuer les nausées et leurs conséquences, nous devons parler du traitement des vomissements; non pas de ceux qui suivent immédiatement le réveil en laissant à leur place une sensation pénible de soif que la succion de petits morceaux de glace, le rinçage de la bouche alcalins ou l'injection de sérum calment rapidement; mais de ceux qui par leur durée, leur fréquence et leur violence peuvent influer sur l'état général des malades. Contre ceux-ci, le sac de glace sur le creux épigastrique avec une flanelle interposée, les pulvérisations sur la même région avec le chlorure de méthyle, une potion de Rivière ou de l'eau chloroformée; 2 ou 3 gouttes de teinture de capicum dans un demi-verre d'eau, enfin le lavage de l'estomac comme suprême recours. La piqûre de morphine que nous ferons intervenir tout à l'heure dans l'élément douleur n'est pas sans action sur les vomissements incrochables bien qu'elle semble

provoquer des nausées chez certains sujets. Nous lui devons à cet égard un nombre considérables de succès. Quelquefois les vomissements immédiats du réveil sont suivis d'un sommeil réparateur; respectez-le et faites-le respecter par l'entourage. Si au contraire le malade se plaint de souffrir, si sa souffrance vous paraît probable et n'est pas vraisemblablement la conséquence d'une excitation nerveuse, il faut la calmer. Employez pour cela des suppositoires à l'opium et Belladone, le lavement laudanisé ou chloralé seront d'un très utile secours. Enfin la morphine en injection hypodermique que l'on doit commencer par user avec précaution, (1-2 centig. pour tâter la susceptibilité du terrain) et que l'on administrera à la dose de 1 centigramme dans la suite. Cette dose administrée le soir pourra être répétée dans la nuit s'il y a lieu.

N'oublions pas qu'une garde à demeure doit veiller constamment sur les opérés, que le silence, la fraîcheur de la pièce, son aération et une demi-obscurité sont des sédatifs, des adjuvants très utiles.

Nous terminerons dans un article prochain notre première journée des suites opératoires par la visite du soir et ce qui a trait au pouls, à la température et au renouvellement possible du pansement.

(A suivre.)

E. MOIGNET.

Dr Z.-H. ETHEMER,

Ancien interne de l'Hôpital Saint-Michel de Paris.
Membre de la Société d'obstétrique de Paris et de
de l'Association Française de Chirurgie.

ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

Séance du 10 juin 1907.

Re-Charlatans.—Le comité fait rapport: Madame Pontbriand de Saint-Charles a payé dix dollars et les frais, pour pratique illégal de l'obstétrique.

Dans la cause de Dupuis, celui-ci ayant résolu de quitter Joliette, ayant annoncé publiquement la vente de ses propriétés, le Comité a cru devoir continuer toutes procédures contre le sus-dit Dupuis. Les frais en cette cause ont été payés par le défendeur.

Nous avons failli dans la dernière poursuite que nous avons intentée contre le fameux récidiviste Mireault. La preuve a bien démontré l'exercice illégal de la médecine de sa part, mais nous n'avons pu prouver la rémunération. Toutefois, chaque partie a été condamnée à payer ses frais, parce que le dit Mireault avait accepté un billet de passage sur le C.P.R., du patient qui avait requis ses services, lequel résidait à Saint-Damien. De sorte qu'à l'avenir notre fameux rebouteur sera obligé non seulement d'exercer gratuitement, mais il devra se transporter à ses frais.

Enfin, au sujet de l'action intentée contre Farley, le Comité rapporte progrès.

Re-Compagnies d'assurances.—Le secrétaire est chargé de se mettre en rapport avec les diverses Sociétés médicales de la province, et de s'enquérir du fonctionnement du tarif adopté par la plupart d'entre elles.

Choix du Gouverneur pour le prochain triennat.—Il est proposé par M. le Dr J. Marion, secondé par tous les membres présents, au nombre de quinze, que le Dr Albert Laurendeau soit choisi comme candidat à la charge de Gouverneur pour le district de Joliette, aux prochaines élections.

Communications.—Le Secrétaire donne communication :

1o. D'une lettre de M. le Dr D'Archie de Sherbrooke, au sujet du tarif des examens pour les compagnies d'assurances dans le district de Joliette ;

2o. D'une lettre de Sa Grandeur Monseigneur Archambault, s'enquérant des principes émis par le Dr A. Laurendeau dans sa conférence de mars dernier sur l'"anthropogénie" ;

3o. Par M. le Dr Bissonnette, député de Montcalm, se vantant, s'enorgueillissant de l'attitude qu'il a prise pendant la dernière Session à la Législature, au sujet de la clause de l'Acte médical, prolongeant le curriculum des études à cinq ans, et s'attribuant le mérite d'avoir fait rejeter cette clause ;

4o. De M. le Dr Omer-E. Desjardins, secrétaire de l'Association médicale d'Arthabaska, appelant l'attention des diverses Sociétés médicales de la province, sur l'exécution des articles 25a et 25c des "Règlements du Conseil d'hygiène de la Province de Québec", lesquels ordonnent la déclaration obligatoire des cas de tuberculose, avec pénalité comme sanction légale.

5o. Enfin, lettre de M. le Dr Marsolais, Régistrare du Bureau, appelant l'attention des médecins sur le fait que pour avoir droit de vote aux prochaines élections, il faut être financièrement en règle avec le Collège des Médecins.

Monsieur le Dr Henri Lasnier de Montréal, donne une très intéressante conférence, à la fois pratique et théorique sur la "Radioscopie, la Radiographie et la radiothérapie." Il fit d'abord l'historique de la découverte de Roentgen, le résumé des travaux qui ont abouti à cette découverte, les étapes qu'a suivies cette question, à partir de l'Abbé Nolet, (1750-1770), puis Becquerel (1857-1858), Sir William Crookes, et finalement Roentgen (1895). Le conférencier montra les phénomènes qui se passent dans un tube de Crookes, à mesure qu'on en modifie le vide, pendant que le courant électrique passe dans le tube. Il répéta les expériences de George Claude, permettant de réaliser en quelques minutes toute la série de ces phénomènes. Il décrit les circonstances dans lesquelles ont été découvertes la "radioscopie" d'abord, la "radiographie" ensuite, et enfin l'application des rayons X

comme traitement, ou la découverte de la radiothérapie.

Puis nous avons le plaisir de voir en de magnifiques projections, les applications les plus heureuses de la radiologie, à la chirurgie et à la médecine, M. Lasnier appuya sur les applications à la médecine, moins connues en général du public médical de ce pays, et s'efforça de démontrer qu'il y a là une méthode d'investigation qui complète et devance en certains cas, les autres méthodes : Auscultation, percussion et recherches des vibrations thoraciques. Il en donna la portée et la limite ; nous dit ce que la radioscopie et la radiographie peuvent et ne peuvent pas nous donner, comme méthode de diagnostic dans les affections du thorax.

Il réduisit une fracture du pouce, en se servant des rayons X pour en contrôler le résultat ; il prit deux radiographies d'un bassin d'enfant atteint de luxation spontanée d'origine tuberculeuse : une épreuve de face et l'autre de profil. Enfin, il donna une séance de radiothérapie chez une femme qui avait été opérée d'un cancer au sein, et chez laquelle il y avait quelques symptômes de récurrence.

Dr Laurendeau.—Comme vous l'a dit M. le Dr Lasnier, les rayons X agissent merveilleusement sur certaines affections : lupus, épithéliomes, cancers superficiels, teigne, favus, sycosis, etc. Vous remarquerez que tous les cas justiciables de la radiothérapie, sont des affections superficielles cutanées, pour la plupart ; — c'est dire que les rayons de Roentgen sont très actif, mais peu pénétrants. Actifs, en ce qu'ils tuent certains microbes très résistants aux antiseptiques classiques, et par la singulière propriété qu'ils ont de ralentir et même d'annihiler les processus de kariokinèse normale. La démonstration de ces deux faits : —pénétration superficielle des rayons, et arrêt de développement, de multiplication cellulaires,—est bien mis en évidence, par les expériences opérées sur les ovaires des femelles cobayes, lapines, chiennes, etc. Lorsque les ovaires sont bien près de la paroi abdominale, et que cette paroi est mince, quelques séances de radiologie suffisent à amener la stérilité parfaite, en arrêtant le processus d'ovulation. Si au contraire, les ovaires sont bien protégés par le milieu environnant, profondément situé dans le bassin, il est impossible d'amener cette stérilité, analogue à l'état de vieillesse. D'où il résulte, comme indication thérapeutique, que les cancers internes, ceux profondément situés ; cancers de l'utérus, du sein, des os, etc., sont justiciables de l'exercice hâtive, et non de la radiologie, car dans ces cas il serait criminel de s'attarder à une méthode qui ne serait que palliative ; mais après l'ablation, la radiothérapie reprend tous ses droits.

Tels sont, dans l'état scientifique actuel, les indications positives de cette nouvelle méthode thérapeutique.

Pour bien mettre en évidence les propriétés des roentgens, je vous rapporterai un fait :

Il y a environ un an, une religieuse se faisait enlever un sein cancéreux à Montréal, par un chirurgien canadien-français de renom.

Quelque quatre mois plus tard, je fus appelé auprès de cette Dame, et je constatai qu'elle faisait une récédive en nappe de tout le plastron thoracique antérieur, avec prédominance néoplasique du côté opéré; tandis que les douleurs étaient d'une violence extrême du côté opposé, localisées à l'union du sternum et des deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes. Les ganglions sus-sternaux gauches et droits étaient très hypertrophiés.

Sur mes conseils, elle retourna à Montréal, et se mit entre les mains de l'éminent chirurgien dont j'ai parlé plus haut. I'on m'a dit, qu'après avoir scrupuleusement étudié ce cas, mon confrère en chirurgie, en était arrivé à la conclusion que la science était à bout de ressources, qu'en face de cette récédive indébitable, la chirurgie était désarmée.

Cette bonne religieuse revint dans mon pays, quelque peu désespérée. C'est alors que nous eûmes l'idée, M. le Dr A. Lesage et moi, dans une consultation tenue à Saint-Gabriel, quelques jours plus tard, de conseiller la radiothérapie, dernière planche de salut.

Sur ce, nouvelle pérégrination à l'Hôtel-Dieu, où le célèbre chirurgien dont j'ai parlé plus haut aurait exprimé l'opinion (si j'ai été bien informé,—les roches parlent dit-on), que ce traitement était parfaitement inutile. Pour démontrer sa conviction, il aurait même affirmé que, si les rayons X triomphaient de cette récédive, il cesserait de faire de la chirurgie et jetterait son instrumentation aux quatre vents.

Alors, sans l'insistance de M. le Dr Laberge, il est probable que je serais rendu au dénouement de cette histoire.

Pour raccourcir cette petite anecdote, notre confrère le Dr Lasnier, qui fait les frais de nous intéresser aujourd'hui, donna une séance radiothérapique chaque semaine à notre dévouée religieuse; et après trois mois environ de ce traitement, tous les symptômes cliniques de la récédive cancéreuse étaient complètement disparus, sauf les ganglions sus-claviculaires dont j'ai parlé plus haut, trop volumineux et trop profondément situés pour être touchés dans toute leur naissance;—démonstration évidente de la pénétration des rayons X.

J'apporte aujourd'hui ces ganglions que j'ai enlevés tout dernièrement à notre bonne sœur. Je remets ces pièces à conviction à mon confrère le Dr Lasnier, afin que celui-ci puisse ajouter l'argument microscopique, à l'évidence clinique que nous avons déjà.

Monsieur le Président félicite chaleureusement M. le Dr Lasnier, pour son intéressante conférence, et au nom de tous les membres de l'Association, offre des remerciements sincères au savant conférencier, qui a su nous tenir sous le charme de sa parole durant plus de trois heures.

Et la séance est ajournée au second lundi de septembre.

ALBERT LAURENDEAU, Sec.-Trés.

NOTES ET INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

Immigration des lymphocytes dans les vaisseaux sanguins.

Le premier, Schridde, a pu se convaincre "de visu", que les lymphocytes sont susceptibles d'immigrer dans les capillaires sanguins, en traversant directement la paroi de ces vaisseaux.

Existe-t-il des éxanthèmes en rapport direct avec la blennorrhagie ?

Le Dr Orłipski répond par l'affirmative. A l'appui de sa manière de voir, il publie cinq exemples de blennorrhagies aiguës ou subaiguës, au cours desquelles il a vu survenir des éxanthèmes portant des dehors d'une urticaire factice, ou d'un érythème exsudatif, ou d'un purpura rhumatisant.

L'hématologie au secours de la recherche de la paternité.

Etant donnée l'évolution des mœurs contemporaines, la recherche de la paternité sera tôt ou tard consacrée par nos lois, tandis que la polyandrie sera de moins en moins l'apanage des vestales du trottoir, et recrutera ses adeptes dans tous les milieux sociaux. Il y a donc lieu de se préoccuper des embarras que le nouvel état de choses ne manquera pas de créer aux honorables citoyens préposés à la bonne tenue des registres de l'état civil, une fois votée cette loi de justice, qui pourra devenir un instrument de chantage. Le Dr. Srhatz, de Rostock, vient à point pour nous faire part de la découverte d'un procédé permettant de déterminer, à vingt-quatre heures près, la date d'une conception. En admettant que sa découverte se vérifie, il restera évidemment à la perfectionner, sinon, elle serait inapplicable aux cas, plus ou moins fréquents, où, dans le courant d'une même journée, une femme aura fait concourir deux collaborations et même plus, à l'œuvre de la repopulation.

Le vésicatoire et le rein dans la pneumonie.

L'expérience clinique a permis à M. Segret de formuler les conclusions suivantes :

1o. Chez les malades traités par applications de vésicatoires, il y a eu sédation certaine des phénomènes douloureux ;

2o. Dans trois cas la défervescence a été précoce ;

3o. Sur 45 pneumoniques traités par le vésicatoire, il y a eu 10 décès, tandis qu'il y a eu 9 décès sur 37 malades traités différemment.

4o. La simple propreté suffit à éviter les complications inflammatoires ou septiques, rares d'ailleurs, des plaies par vésication ;

5o. Du côté des reins, les désordres ne paraissent pas avoir été plus fréquents, avec la vésication cantharidienne, que dans les autres cas ;

6o. La chlorurie ne s'est guère montrée modifiée ;

7o. Dans deux cas seulement, on a noté un peu de cystite douloureuse.

Traitement local de l'eczéma

Le Dr. Jeanselme, en cas d'eczéma aigu, applique sur les parties atteintes, des compresses de tarlatane, imbibées d'eau bouillie et recouvertes de taffetas ; il repousse l'emploi de substances antiseptiques.

Dans l'eczéma généralisé, il conseille d'utiliser les bains prolongés. Le malade pourra y passer la journée entière, y manger, y dormir. Lorsque les croûtes sont tombées, on saupoudre avec du calci qui possède sur l'amidon l'avantage de ne pas fermenter. Une fois l'inflammation disparue, on emploiera des pâtes, en s'abstenant de l'usage des pommades capables d'amener une recrudescence, du fait de l'altération du liquide. On prescrira donc :

Vaseline neutre	20 grammes.
Oxyde de zinc	10 —
Poudre d'amidon	15 —

Etaler cette pâte en se servant de coton ; panser matin et soir, enlever avec du coldcream l'enduit du pansement précédent, et non avec des liquides.

En cas d'eczéma impétigineux, couvert de croûtes jaunâtres, on pansera à l'eau bouillie ; une fois les croûtes tombées, on fera une application de la pommade suivante :

Précipité jaune	0 gr. 50
Cérat	20 grammes

En cas d'eczéma chronique, on se trouvera bien de l'usage d'une pommade confectionnée avec vaseline, 1-3 d'huile de cade, vaseline résorcinée ou ichtyolée.

—o—

Opinion du Dr Bouchardat, Président de l'Académie de Médecine, sur les vins de Banyuls en son "Formulaire Magistral."

"Si le vin est ordonné comme remède avant ou après le repas, c'est aux vins sucrés et alcooliques que l'on doit donner la préférence Rien de mieux alors que celui de Banyuls. C'est lui qui depuis longtemps a remplacé avec grand avantage le vin de Malaga qu'on prescrivait dans les hôpitaux de Paris. C'est à l'initiative de mon très cher ami Soubeyran que l'on doit cette heureuse substitution. La dose de ce cordial par excellence est habituellement dans les hôpitaux de 120 grammes dans les 24 heures, administrés par cuillerée toutes les heures ; cette dose correspond à 20 grammes environ d'alcool pur. On comprend qu'elle peut être sans inconvénient doublée, en insistant toujours sur le fractionnement dans l'administration. Tous les médecins des hôpitaux, parmi lesquels je citerai nos maîtres et mes amis Chomel, Rostan, Requin, Grisolle, Tasseau, etc., prescrivait journellement ce vin généreux, et en obtenaient les meilleurs résultats."

CONDUITE A TENIR EN PRESENCE D'UNE SYNCOPE.

Voici, d'après le "Journal de médecine et de Chirurgie pratiques" (10 mars 1907), comment M. Le Gendre conseille d'agir lorsqu'on se trouve en présence d'une syncope.

Après avoir montré la différence qu'il y a entre la lipothymie, la syncope et les ictus, soit épileptiques, soit hystéro-épileptiques, soit apoplectiques, différence que tout médecin connaît, M. Le Gendre insiste sur ce fait qu'il faut d'abord soigner la syncope, puis faire diagnostic de la cause de la syncope. Dans les soins à donner, il faut, d'abord, empêcher les assistants de se porter soi-disant au secours des malades, qu'ils empêchent le plus souvent de respirer.

Il faut donc, toutes les fois que cela est possible, isoler le malade, le coucher la tête basse, et le déshabiller, en partie tout au moins, pour supprimer toute constriction. On devra cependant faire rester auprès de soi une ou deux personnes qui paraissent de sang-froid et pourront éclairer le diagnostic en relatant l'absence ou la présence de prodromes.

Dans la syncope vraie, qui, elle, est subite, il faut agir vite par la respiration artificielle qu'on aidera en faisant de la révulsion sur la région précordiale au moyen du marteau de Mayor. Enfin, on fera des injections d'éther, injections qu'il faut avoir soin de pratiquer toujours profondément, intra-musculaires, et non sous-cutanées, ce qui amènerait des eschares et des névrites périphériques.

Il faut toujours se défier des injections de caféine qui souvent exagèrent l'état de systole, et qu'on fera bien de remplacer, si l'éther seul n'agit pas suffisamment, par de l'huile camphrée. Le malade enfin revenu à lui, il ne faut jamais le quitter aussitôt, la syncope pouvant se reproduire d'un moment à l'autre.

Si l'on a affaire à une lipothymie, qu'on reconnaîtra facilement à ses prodromes (pâleur, sueurs, vertige, bourdonnements d'oreilles, nausées). M. Le Gendre recommande de mettre le malade à l'air froid, tout en se méfiant des broncho-pneumonies possibles, de fustiger légèrement le visage avec un linge humide, de faire respirer des odeurs fortes (vinaigre, sels anglais, mais pas de sels ammoniacaux qui, très caustiques, sont toujours dangereux), enfin de faire des frictions alcooliques; soit locales, sur la face; soit générales.

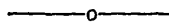
Ces lipothymies surviennent bien souvent après les repas, à la suite d'un changement brusque de température; dans ce cas, si le vomissement (qui, spontanément, se produit 15 à 20 minutes après les prodromes, ce qui le distingue du vomissement instantané des états apoplectiformes) ne survient pas, il faudrait évacuer l'estomac par un moyen quelconque.

A côté de ces formes banales, il arrive souvent que des hystériques tombent en syncope à la suite d'une violente émotion, et font une crise d'hystérie pendant qu'on leur donne des soins.

Les formes graves de la syncope se produisent généralement chez des malades atteints d'une affection cardiaque; les soins, dans ce cas, sont les mêmes que précédemment; mais M. Le Gendre insiste particulièrement sur ce fait que le médecin doit toujours être extrêmement réservé dans ses paroles, et ne jamais entrer dans des explications que pourrait lui demander l'entourage, surtout s'il vient par l'auscultation de découvrir une lésion quelconque.

Chez les enfants la syncope est rare; bien souvent elle est due à une obstruction laryngée, cause banale, dont on ne se méfie pas assez; aussi doit-on toujours, en présence d'un enfant syncopé, mettre la tête pendante en bas, et ouvrir largement la bouche.

Enfin, chez les vieillards, c'est la grande question du diagnostic des comas qui se pose le plus souvent; aussi les anamnétiques que peut donner l'entourage sont-ils très utiles. On recherchera les mouvements convulsifs, l'écume aux lèvres, etc.; si, grâce à ces symptômes, on peut éliminer la syncope, et faire, par exemple, le diagnostic de coma urémique, on se hâtera d'intervenir, en faisant précéder la saignée, qui doit être abondante, d'une injection de caféine; mais on se méfiera toujours des sinapismes qui aboutissent bien souvent à la vésication.



Docteur J.-A. Handfield,
442 rue Saint-Denis,

Montréal.

Monsieur le Docteur,

Nous espérons que vous avez eu l'avantage de déguster et par conséquent d'apprécier le vin de Banyuls au banquet offert à l'Aréna au corps médical de Montréal.

Nous nous permettons de venir vous documenter plus complètement à son sujet en plaçant devant vos yeux un certificat d'analyse et un extrait du formulaire magistral du Professeur Bouchardat, président de l'Académie de Médecine.

Le certificat d'analyse que vous trouverez inclus vous prouvera d'abord que les vins que nous vous offrons sont bien des vins de Banyuls et en même temps vous fixera sur la composition exacte de ce vin tonique naturel et vous permettra de l'administrer à vos patients en toute connaissance de cause. Il vous appartiendra donc d'en modifier la dose ou d'y ajouter les éléments qui conviennent à l'état pathologique particulier de chaque malade.

Nous nous permettons d'ajouter que nous sommes les fournisseurs exclusifs des Hôpitaux de Paris et de l'Assistance publique qui en distribue gratuitement aux malades indigents.

Nous espérons que vous n'hésitez pas à l'essayer et vous prions d'agréer, Monsieur, l'assurance de notre haute et très respectueuse considération.

VIENT DE PARAITRE

Un vol. in-18 de II-636 pages, cartonné. 6 fr.

F.-R. de Rudeval, éditeur 4, rue Antoine Dubois, Paris (VIe).

M. le Dr Butte vient, dans ce livre, de réunir et de classer, avec beaucoup d'ordre et de méthode, les formules et traitements employés dans cette partie de l'art de guérir qui a trait aux maladies cutanées et vénériennes.

"Les progrès incessants de la science, les merveilleuses découvertes faites récemment dans le domaine des sciences physiques", dit l'auteur dans son introduction, "ont considérablement accru et modifié les procédés de thérapeutiques dermatologique et vénéréologique. C'est ce qui explique l'apparition de ce formulaire qui constitue un recueil des principaux traitements employés à l'heure actuelle dans la thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes."

Cet ouvrage aussi complet et concis que possible s'adresse non pas seulement aux spécialistes, mais aussi et surtout aux praticiens de médecine générale qui, particulièrement en province, sont obligés de faire face à toutes les éventualités et n'ont pas toujours les loisirs suffisants pour se tenir au courant des nouveautés thérapeutiques.

Ces derniers y trouveront l'indication des méthodes et des traitements préconisés le plus récemment par les dermatologistes et les vénéréologues les plus réputés de la France et de l'étranger. Ce sera pour eux un guide sûr et rapide qu'ils auront quotidiennement l'occasion de consulter.

FORMULAIRE DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES, par le Dr V. Cardette. Préface par le Dr A. Manquat. 1 volume in-18 de 417 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Haute-feuille, à Paris)..... 3 fr.

Les spécialités pharmaceutiques sont de plus en plus ordonnées par les médecins; le praticien y trouve un médicament facile à prescrire sans formule compliquée, sûr, toujours semblable à lui-même, et qui n'est pas exposé aux difficultés et aux erreurs de la préparation officinale.

Si le nombre des médicaments nouveaux augmente sans cesse, celui des spécialités croît dans une proportion bien plus grande encore, puisque, pour un médicament nouveau, il y a de suite plusieurs spécialités nouvelles.

Il devient très difficile au praticien de se reconnaître.

Il était donc utile de réunir sous une forme scientifique et pratique, les données dont le médecin a besoin pour se guider dans son choix, et pour prescrire en parfaite connaissance de cause, selon les cas, un vin, un élixir, un sirop, des cachets, des pilules, etc.

Ce Formulaire comprend 4 parties.

Dans la première partie les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique, on y trouvera la composition, les indications thérapeutiques, le mode d'emploi et les doses.

La deuxième partie est la nomenclature des spécialités d'après leurs composants ou leurs propriétés thérapeutiques (eupeptiques, laxatifs, etc.) pour les médicaments composés.

La troisième partie donne par ordre alphabétique le nom et l'adresse de chaque fabricant avec l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La quatrième partie reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant.

On aura ainsi tous les renseignements sous la main.

Ce Formulaire est précédé d'une préface du Dr Manquat, l'auteur du "Traité de thérapeutique", universellement connu.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS CUTANÉES PAR LE GRATTAGE MÉTODIQUE

Depuis longtemps déjà, M. Brocq, médecin de l'hôpital-Saint-Louis, s'est attaché à pratiquer le grattage méthodique des lésions cutanées dans le but d'éclairer leur diagnostic.

Encore que les renseignements fournis jusqu'à ce jour par cette pratique, totalement ignorée en dermatologie, ne soient point complets, puisqu'ils ne concernent qu'un nombre restreint de dermatoses, il apparaît d'ores et déjà qu'il s'agit là d'une méthode générale féconde, dont le diagnostic des affections cutanées peut bénéficier largement.

Ce sont les notions déjà acquises dans cette voie que M. Brocq a récemment exposées; nous les résumons ci-après :

D'abord quelques mots sur la technique du grattage appliqué au diagnostic des dermatoses :

L'ongle du doigt, cette curette naturelle, doit être écarté en raison de la contamination possible dans le cas de lésion syphilitique et aussi de la difficulté de désinfection.

On aura recours à la curette de Vidal, recourbée en U, et dont les bords seront mousses et fort peu tranchants. Avec un morceau de papier de soie ou une compresse de toile fine et usée on se rendra compte de la présence et de la nature du liquide exsudé.

La curette sera maniée très légèrement, tenue entre le pouce et l'index à la façon d'une plume à écrire. On procédera d'une façon très méthodique en enlevant couche par couche et en examinant pres que à chaque coup de curette le résultat produit: il s'agit en somme d'une sorte de "biopsie" progressive. On choisira un élément leune et le grattage portera toujours sur plusieurs éléments; on évitera les

régions de frottement où la peau a déjà subi une sorte de grattage naturel.

Enfin on grattera un petit élément de peau saine pour savoir s'il n'existe pas des idiosyncrasies spéciales au malade, tel sujet faisant plutôt du purpura, tel autre de l'hémorragie.

Voici, dans ces conditions, ce que l'on peut observer :

- a) La qualité de la "squame", son épaisseur, sa stratification, sa friabilité ou son adhérence ;
- b) La sérosité qui sourd du corps de Malpighi donne lieu à l'exosérose, parfois vésiculation avec ou sans mélange d'hémorragie ;
- c) L'aspect du derme, sa rougeur plus ou moins vive, son état lisse, luisant, dépourvu de squames ;
- d) Le purpura se développe dans certain cas de façon très facile sous l'influence de deux ou trois effleurages. Si on insiste, on constate une hémorragie vraie ;
- e) L'hémorragie facilement développé comme dans le psoriasis.

Enfin la sensibilité du malade à cette petite opération peut être plus ou moins grande, selon le cas.

Voyons maintenant les résultats obtenus par la méthode dans quelques cas typiques.

Dans le psoriasis, on constate par le grattage une squame stratifiée, d'un blanc nacré donnant l'aspect de la tache de bougie. Puis bientôt une pellicule mince et transparente s'enlevant d'un coup par lambeaux ou en totalité (signe de grande importance) et mettant à nu une surface rouge, luisante, parsemée d'un piqueté hémorragique, plus rarement de purpura.

Dans le parapsoriasis, on observe une surface rouge recouverte de squames sèches moins stratifiées, peu adhérentes. Pas de pellicule décollable, comme précédemment. Une fragilité des vaisseaux dermiques se traduisant par du purpura.

Eczéma séborrhéique de Unna. Il faut ici distinguer deux sortes de faits : a) parakératoses psoriasiformes sèches ; b) parakératoses psoriasiformes avec tendance à la vésiculation.

a) Parakératose psoriasiforme sèche.—On a dans ce cas des résultats intermédiaires entre le psoriasis et le parapsoriasis, c'est-à-dire un mélange de purpura et d'hémorragie.

b) Parakératose psoriasiforme avec tendance à la vésiculation.—On voit dans ce cas, dès les premiers coups de curette, sourdre de la sérosité citrine de petites cupules creusées dans l'épiderme (vésicule histologique). On obtient ainsi un mélange de sérosité et de sang : il existe aussi du purpura.

Pityriasis rosé de Gibert.—Il s'agit de squames non stratifiées ; au-dessous un piqueté très abondant de purpura. Ceci à la bordure seulement de l'élément et non au centre, généralement guéri.

Quelquefois un peu d'exosérose et d'hémorragie.

Dermatose figurée médiothoracique (eczéma séborrhéique).— Plusieurs formes peuvent être observées : acnéique, psoriasiforme, péripilaire. Le grattage montrera dans tous ces cas, dans une mesure variable : sérosité, hémorragie et vésiculation.

Dans l'eczéma sec le grattage mettra à nu la vésiculation épidermique avec sérosité et un peu de sang.

Lichen plan.—Bien que les résultats soient ici moins nets, on observe, par le grattage, la turgescence de la papule et du purpura si on enlève quelques débris épidermiques. Si on continue le grattage, l'épiderme semble se soulever avec hémorragie au-dessous.

Si on gratte un élément adulte, on obtient des squames fines, abondantes et on aperçoit la surface des stries blanches si spéciales au lichen plan.

Dans le "lupus érythémateux", on note une squame adhérente à prolongements intra-dermiques. Il y a hémorragie appréciable.

Enfin, dans les syphilides psoriasiformes, le grattage donne lieu nettement et facilement à du purpura.

Tels sont les résultats que fournit à l'heure actuelle le grattage. Il n'est point dans la pensée de son auteur d'établir une équation invariable qui à elle seule fera le diagnostic. Il s'agit seulement d'un signe qui souvent aiguillera le diagnostic dans un sens donné, et toujours se joindra à d'autres pour établir la nature d'un élément dermatologique.

Or les difficultés sont souvent fort grandes, et il faut se féliciter hautement de posséder en dermatologie un nouvel élément de diagnostic.

—o—

Montreal Medical,

Montreal, Québec.

Gentlemen,

Consistent with your rules, we would appreciate a short reading notice on Sal Hepatica.

Sal Hepatica has been found specially serviceable as a safe laxative and eliminant of irritating toxins resulting from fermentation or decomposition of food, in inflammatory conditions of the bowels, affording prompt relief in stomachic and intestinal indigestion, colic, acute or summer diarrhea of either adulte or children. It is remarkably free from any griping tendency, owing to its antacid and soothing properties.

Bristol-Meyers Co., 277 Greene Ave., Brooklyn, N.-Y., the manufacturers, offer to send liberal samples to physicians, upon request.

Yours truly,

o

BRISTOL-MEYERS CO.,

Per J.-B. BOOTH.

**PARALÉSIE GÉNÉRALE
DEBUTANT COMME UNE AFFECTION STOMACALE,
ÉVOLUANT COMME UN LYPFMANIF,**

PAR M. LE PROFESSEUR COMBEMALE.

K... Auguste, horloger, célibataire, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital le 17 mars.

Il se croit atteint, depuis environ une année, d'une affection de l'estomac pour laquelle il vient se faire soigner. Mais l'examen médical, ne révèle rien d'anormal du côté de l'estomac et permet au contraire de poser dès l'abord le diagnostic de paralysie générale progressive. Hérité et surmenage, tels sont les deux principaux facteurs étiologiques qui sont ici en cause.

K... présente en effet, du côté maternel, des antécédents névropathiques assez nets. La mère, qui était très nerveuse, est morte à un âge peu avancé, après avoir complètement perdu la tête.

Du même côté maternel, il possède une cousine germaine, religieuse à l'extrême, qui fut atteinte de folie mystique lors de la ménopause, et internée.

Rien d'intéressant au point de vue nerveux du côté paternel; on relève cependant parmi les antécédents héréditaires pathologiques de cette branche, que le frère est mort, à 60 ans, d'un cancer de l'estomac.

Les renseignements ci-dessus, comme ceux qui suivent, nous ont été fournis par un très proche parent du malade. K... , enfant, était très impressionnable.

Ouvrier actif et économe, K... avait assez de travail, mais comme il était très lent, il était obligé de consacrer une partie de ses nuits à ses occupations minutieuses et fournissait jusqu'à seize heures de travail par jour.

Emporté et défiant, il ne pouvait rester longtemps en bons termes avec les personnes qui se trouvaient en rapport d'affaires avec lui. Il ne pouvait avoir d'amis à cause de son mauvais caractère; enfin il changeait de logement pour les motifs les plus futiles.

Très sobre, fumant peu et ne buvant pas d'alcool, K... ne fréquentait guère les femmes, que ses idées d'économie lui interdisaient d'ailleurs.

Au point de vue des maladies antérieures, K... n'a eu que la rougeole étant enfant; en fait de maladies vénériennes il n'accuse qu'une blennorrhagie contractée lorsqu'il avait vingt ans, et guérie sans complication. Il dit nettement n'avoir jamais eu de vérole, et du reste l'examen, non plus que l'interrogatoire les plus minutieux, ne nous ont jamais permis de relever chez lui les moindres stigmates de la syphilis.

Il y a un an environ, K... éprouva certains symptômes assez vagues : douleurs localisées dans la tête, troubles du côté de l'estomac, affaiblissement général, inaptitude au travail, qui le préoccupèrent beaucoup et le rendirent triste. Croyant que ces symptômes étaient sous la dépendance de troubles gastriques, il consulta un médecin, le docteur F..., qui lui prescrivit un traitement interne, destiné à stimuler ses fonctions digestives. Malgré ce traitement, qu'il suivit ponctuellement, sa santé ne s'améliora pas et c'est alors que pris de nostalgie, il alla en août dernier passer un mois chez son frère en Suisse.

Il revint amélioré, dit-il ; mais les mêmes symptômes morbides ayant reparu et même augmenté, il alla en février dernier consulter un autre docteur, M. B.... Celui-ci, croyant également avoir affaire à une affection de l'estomac, et principalement à une dilatation, lui prescrivit des lavages de l'organe, l'électrisation de la région préstomacale et un traitement interne. Tout cela fut d'ailleurs sans résultat.

Sur le conseil de personnes qui s'intéressaient à lui, et qui avaient remarqué son affaiblissement général, tout travail lui étant d'ailleurs devenu impossible, K... se décida à entrer dans le service médical de M. le professeur Combemale, qui diagnostiqua alors une paralysie générale progressive.

À l'examen, pratiqué quelques jours après son entrée, le 20 mars, on note : Le malade est triste d'aspect, pâle, les traits tirés, le regard sans expression. Il se plaint dès l'abord que ses digestions sont pénibles, accompagnées de bouffées de chaleur au visage, que la tête est lourde et chaude. Il ajoute qu'il suit fidèlement les prescriptions ordonnées : mais ce qui le préoccupe le plus durant son interrogatoire, c'est l'état de la température, il se plaint maintenant du froid qu'il fait et de l'impossibilité qu'il y a à avoir du bon feu dans sa chambre.

L'examen fait au lit ne révèle aucune dilatation de l'estomac ni aucune douleur épigastrique. On constate au niveau des genoux un bédigeonnage à la teinture d'iode, qu'il se fait, dit-il, depuis plus de quinze ans, contre un épanchement de synovie qui l'a fait réformer du service militaire, mais qui n'existe plus du reste depuis longtemps.

Rien d'anormal du côté de la poitrine et du cœur.

On note encore l'amaigrissement généralisé, la persistance des forces de la main à la pression ; mais on constate un peu d'abaissement de l'épaule gauche, de la difficulté à se tenir debout, si la base de sustentation n'est pas large, c'est-à-dire si les jambes ne sont pas écartées ; on remarque les oscillations du corps quand les talons sont joints et les yeux fermés. On note aussi le tremblement des mains, les bras étendus. La langue est animée de mouvements fibrillaires et la tête au repos est également tremblante.

Si l'on insiste sur le côté psychique, on remarque vite et d'abord un peu de débraillé dans la tenue ; puis on s'aperçoit que la conversation est difficile et fatigue rapidement le malade, qui passe d'ailleurs

avec peine d'une idée à une autre. La mémoire est diminuée, mais il se souvient à peu près cependant du jour, du mois, de l'année. Indifférent aux autres et à tout ce qui n'est pas lui, K..... n'a du reste par l'air de s'apercevoir qu'on s'occupe de lui; les questions et les réflexions, corollaires obligés de la prise de l'observation, ne le préoccupent guère. Interrogé d'autre part sur la façon dont il se trouve, il dit s'y mieux porter.

LES RECHERCHES RECENTES SUR LA FIEVRE DES FOINS

PAR J.-P. LANGLOIS

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Après avoir été longtemps discutée, l'étiologie de la fièvre des foins est aujourd'hui généralement admise depuis les recherches de Dunbar. En 1902, le professeur de Hambourg a montré que les bactéries ne jouaient aucun rôle dans l'intoxication désignée sous le nom de "fièvre des foins" (Hay fever, Heufieber). Le pollen seul de quelques graminées devait être incriminé. Le nombre des plantes dont le pollen est toxique est considérable, puisque Dunbar a pu observer les effets d'intoxication avec le pollen de 114 plantes dont quelques-unes n'appartiennent pas à la famille des graminées. Le poison a été isolé: c'est une substance granuleuse, se colorant en bleu avec l'iode, donnant toutes les réactions des amyloïdes et dont la toxicité est considérable; Kammann a obtenu une conjonctivite caractéristique en injectant dans la conjonctive d'un sujet prédisposé quarante millièmes d'un milligramme de la substance active.

La fièvre des foins est un bel exemple de l'anaphylaxie si bien étudiée par Ch. Richet; une première atteinte, loin de conférer l'immunité, rend les sujets d'une sensibilité extrême. C'est cette sensibilité même qui explique certains cas de fièvre des foins se produisant à des époques où la floraison des graminées n'a pas lieu. En s'appuyant sur ces observations d'attaques de fièvre des foins en dehors des périodes classiques, certains auteurs avaient essayé de réfuter la théorie pollinique de Dunbar. Les recherches récentes de Liefmann faites sous la direction de Fraenkel, expliquent ces cas aberrants. En utilisant un aéroscope pour recueillir toutes les poussières de l'air, Liefmann a montré que, même pendant les saisons comprises en dehors de la floraison habituelle, on trouve des grains de pollen dans l'air, même dans l'air des rues de Halle. Or si ces grains sont en trop petite quantité pour provoquer un accès de fièvre des foins chez un sujet indemne jusque-là, il n'en est pas de même chez les individus anaphylactisés par des attaques antérieures, quoique très anciennes.

Dunbar, en injectant à des animaux, surtout des jeunes chevaux, la toxine pollinique a obtenu un sérum qui renferme une antitoxine type, car il détruit "in vitro" la toxine.

Le traitement est surtout local, le sérum desséché et mélangé avec du sucre constitue un remède local, la "pollantine", qui s'applique di-

rectement sur la muqueuse et arrête les effets pathologiques de la fièvre des foins mais sans conférer une immunité réelle. Glegg (d'Edimbourg), qui a étudié le traitement de Dunbar, insiste sur la nécessité de n'agir que localement, les injections de sérum n'ayant pas d'activité plus grande et provoquant souvent des érythèmes et des éruptions artificielles.

Sur 222 cas traités, Glegg donne 127 succès complet et 71 améliorations. Heindl conclut également aux bons effets de la pollantine. En France, Billard et Mallet (de Clermont-Ferrand) ont modifié l'année dernière le mode de préparation de Dunbar en le simplifiant. Ils injectent dans le péritoine du canard de la poudre de lycopode en suspension dans l'eau savonneuse. Le sérum de l'animal est instillé dans le cul-de-sac conjonctival.

Rowland (d'East Corinthe), aux Etats-Unis, préconise l'injection du sérum antidiphthérique contre la fièvre des foins; nous ne connaissons pas le point de départ de ses recherches, mais il affirme avoir obtenu un certain nombre de succès après injection de 2000 unités antitoxiques. La guérison serait très rapide, mais les rechutes sont possibles; ici encore il n'y a pas immunisation.

Dans un autre ordre d'idée, nous devons signaler le traitement mécanique de A. Denker (d'Erlangen). Sans discuter la pathogénie de la fièvre des foins, Denker constate qu'il existe une hyperexcitabilité manifeste de la pituitaire et il traite directement cette excitabilité exagérée par un massage méthodique après tamponnement avec cocaïne et adrénaline. Non seulement les malades de Denker ont guéri sur le moment, mais, sauf un qui, l'année suivante eut une récurrence aussi intense, les autres furent indemnes l'année suivante ou ne présentèrent que de légères rechutes, tout en ne prenant aucune des précautions hygiéniques prescrits contre cette fièvre saisonnière. C'est ainsi que ses malades couchaient la fenêtre ouverte pendant la période critique.

En fait, les observations cliniques poursuivies depuis trois ans avec le sérum de Dunbar sont franchement favorables, puisqu'elles donnent une moyenne de 60 pour 100 de guérisons au moins momentanées, et, dans les 40 pour 100 restant les insuccès complets ne dépassent pas 12 pour 100, l'application locale du sérum ou de la poudre s'étant montrée sans inconvénient.

CONTRE LES PIQURE DE MOUSTIQUES

Formol (sol. 40 p. 100)	15 gr.
Xylol	5 gr.
Acétone	1 gr.
Baume du Canada	1 gr.
Essence parfum (q. s. pour parfumer).	

(Formule du docteur Joly, de Bagnoles-de-l'Orne.)

LA RATION ALIMENTAIRE DU NOUVEAU-NE

PAR V. BUE,

Ancien Chef de Clinique obstétricale.

Sous ce titre nous nous proposons de résumer la façon dont doit être dirigée l'alimentation de l'enfant pendant le premier mois qui suit la naissance.

La ration alimentaire se définit, chez l'adulte, par la quantité d'aliments nécessaires chaque jour pour vivre et se bien porter, c'est-à-dire pour compenser les pertes subies par l'organisme en raison du jeu normal des différents appareils. Elle varie suivant les individus et d'après les conditions dans lesquelles ils vivent.

Cette définition ne convient pas au nouveau-né : chez lui, il ne s'agit pas seulement de réparer les pertes ; il y a plus à faire, en raison de son développement progressif.

La ration alimentaire du nouveau-né doit répondre à une double indication : 1^o son entretien, 2^o son accroissement.

L'aliment est toute substance qui, introduite dans l'appareil digestif et modifiée par les sucs de la digestion, doit fournir les éléments nécessaires à la réparation et à l'accroissement des tissus, à la production de la chaleur animale.

Pour le nouveau-né, l'aliment type, le seul, est le lait et surtout le lait maternel. Il renferme des albuminoïdes pour le développement des tissus, des graisses pour produire le calorique.

La composition moyenne du lait de femme est :

Eau.	875	grammes.
Extrait sec.	125	—
se décomposant ainsi :		
Lactose.	75	—
Beurre.	35	—
Mat. Albumin.	12 à 14	—
Sels minéraux.	2	—

Le beurre est la substance la plus importante au point de vue de la production de la chaleur animale ; il fournit à lui seul 53 pour 100 des calories nécessaires à l'enfant, alors que la lactose n'en donne que 24 pour 100, et les albuminoïdes 18 pour 100.

L'enfant a besoin de 100 calories par vingt-quatre heures et par kilogramme de son poids : pour un enfant de 3 kilogrammes, il faudrait donc une quantité de matières nutritives suffisante pour produire 300 calories. Ce qui fait déjà prévoir que la ration alimentaire du nouveau-né devra varier suivant certaines conditions.

Nous l'étudierons donc d'abord chez l'enfant né à terme et bien portant, puis chez le débile et le prématuré, enfin chez l'enfant malade.

Ainsi que l'a démontré, par des chiffres trop éloquentes M. le professeur Budin, dans son livre "Le Nourrisson", c'est pendant la première année que la mortalité infantile exerce surtout ses ravages ; elle est d'autant plus considérable que l'enfant est plus jeuno. La cause principale est la gastro-entérite, la diarrhée, qui sévit avec intensité chez les enfants élevés au biberon, qui devrait épargner tous ceux élevés au sein, si les règles de l'allaitement étaient mieux connues et moins violées.

Pendant la vie intra-utérine, le fœtus absorbe des matériaux tout élaborés qu'il lui suffit d'assimiler.

Après la naissance, c'est le tube digestif de l'enfant lui-même qui doit fonctionner et nous savons combien son développement est encore imparfait. Mais la nature a ajouté un correctif en donnant à la mère le lait, secrété par les mamelles.

Il est d'observation courante que les enfants élevés au sein maternel sont rarement malades, ou leurs troubles digestifs sont peu graves, plus sérieux déjà, plus tenaces, sont ceux des enfants allaités par une nourrice mercenaire ; ils deviennent graves, plus fréquents, parfois mortels, dans l'allaitement artificiel.

L'allaitement maternel offre tous les avantages, mais il a besoin également d'être dirigé, à cause de la fragilité du tube digestif du nouveau-né.

Ration alimentaire du nouveau-né à terme et bien portant. — Que donner à l'enfant entre le moment de l'accouchement et celui de la montée lactéuse, c'est-à-dire pendant trois jours, quelquefois plus, s'il s'agit d'une primipare ?

Le colostrum constitue-t-il une ration suffisante ? La plupart des auteurs n'hésitent pas à répondre par l'affirmative.

Cette alimentation par le colostrum, peu abondante, légèrement laxative, ne dilate pas les voies digestives, favorise l'expulsion du méconium, prépare le tube intestinal à recevoir le lait, qui bientôt remplace le colostrum.

Si, cependant, la sécrétion du colostrum est faible, si la montée du lait tarde à se faire, il est utile de donner à l'enfant une légère ration alimentaire : quelques cuillerées à café de lait bouilli coupé d'une petite quantité d'eau également bouillie et légèrement sucrée.

Il faut proscrire l'eau parfumée d'eau de fleurs d'orangers, le sirop de chicorée, substance irritante pour le tube digestif, amenant des coliques, de la diarrhée, voire même des hémorragies gastro-intestinales.

La sécrétion lactée est établie. Quelle alors devra être la ration alimentaire du nouveau-né ? Quelle quantité de lait devra-t-il prendre au sein maternel ? Elle doit être suffisante, mais non exagérée.

Les enfants trop peu nourris sommeillent constamment, tombent dans un état de torpeur continue, ne crient plus, ne têtent plus : cette tranquillité exagérée trompe les personnes non prévenues et, bientôt, si l'on n'y porte remède, la mort survient. Chez ces nouveau-nés, les urines sont peu abondantes, les garde-robes rares.

Dans d'autres circonstances, l'enfant boit trop, il urine souvent, les garde-robes sont copieuses et répétées; la courbe de poids est beaucoup au-dessus de la normale; et chacun de se réjouir. Mais bientôt, tout change: des phénomènes de gastro-entérite surviennent (diarrhée, coliques, selles vertes, érythème des fesses, etc.); l'accroissement cesse; il y a même diminution du poids: l'enfant est malade, dépérit et succombe.

Donc, la ration alimentaire ne doit pas pêcher par défaut, mais non plus par excès.

Comment constater si l'enfant a une ration alimentaire appropriée?

Le nouveau-né bien portant a l'air frais, des tissus fermes, avec des marbrures; il prend le sein volontiers, s'endort paisiblement et se réveille deux ou trois heures plus tard en poussant des cris énergiques; il urine abondamment, a deux ou trois garde-robes par jour, d'un jaune d'or, rappelant, selon l'expression consacrée, l'aspect et la consistance des œufs brouillés.

Les sutures, les fontanelles sont distendues, mais sans excès; elles conservent une certaine souplesse.

Ces différents signes caractérisent évidemment un bon état de santé; mais, moins marqués, ils peuvent induire en erreur.

L'usage de la balance est préférable pour le contrôle du développement et de l'accroissement normal du nouveau-né; et c'est par les pesées qu'on constatera si la ration alimentaire est convenable.

Le nouveau-né perd de son poids pendant les trois ou quatre premiers jours (150 à 300 grammes), sauf s'il a une bonne nourrice, ou si la mère, multipare, a une sécrétion laiteuse rapide.

Cette perte de poids initiale, non prolongée, n'est pas inquiétante et ne comporte pas d'indication à un complément de ration alimentaire. Elle dépend de plusieurs facteurs: évacuation de l'urine, du méconium, perspiration cutanée, etc.

Vers le dixième jour, l'enfant doit avoir regagné son poids de naissance et progresser ensuite de façon à peser 9 kilogrammes à la fin de la première année, si le poids initial est de 3 kilogrammes.

Cet accroissement n'est pas uniforme; il varie avec l'âge: plus rapide au début, il va diminuant à mesure que l'enfant grandit.

Pendant le premier mois, il n'est pas rare de voir le nouveau-né augmenter de 35 grammes environ par jour; ce chiffre tombe à 25 ou 30 grammes au cours du dixième mois.

Pour cet accroissement normal, il faut à l'enfant une certaine quantité de lait, prise dans des conditions déterminées.

Voici quelques chiffres d'après Tarnier et Chantreuil:

1er jour.	30 grammes.
2e —	150 —
3e —	400 —
4e — et plus tard.	550 —

A la clinique Tarnier, sur les conseils de M. le professeur Budin, M. Perret a recueilli 45 observations de nouveau-nés ayant une courbe régulièrement ascendante et ne présentant pas de troubles digestifs.

De ces recherches résulte qu'un enfant né à terme, pesant en moyenne 3 000 grammes, doit prendre:

Le 1 ^{er} jour.	Rien.
Le 2 ^e —	160 grammes.
Le 3 ^e —	285 —
Le 4 ^e —	360 —
Le 5 ^e —	430 —
Le 6 ^e —	470 —
Le 7 ^e —	490 —
Le 8 ^e —	500 —
Le 9 ^e —	515 —
Le 10 ^e —	540 —

Après le dixième jour, jusqu'à la fin du premier mois, l'enfant doit prendre, suivant ces auteurs, de 600 à 800 grammes de lait.

Ces chiffres ne sont que des moyennes, qui varieront suivant la qualité du lait, suivant sa richesse en beurre surtout.

Plus un lait contient de beurre, moins grande sera la ration alimentaire et inversement. Celle-ci sera donc basée sur une analyse exacte de la composition du lait.

Il est des laits pauvres, contenant beaucoup d'eau: tel le premier lait qui sort de seins fortement remplis et dans lesquels il a séjourné quelque temps; les enfants en prennent beaucoup, urinent abondamment, augmentent peu de poids.

Par contre, le lait est-il trop riche en beurre, surviennent des troubles digestifs: l'assimilation est incomplète et dans les garde-robes on trouve 30 à 35 pour 100 de beurre, au lieu de 4 pour 100, quantité normale.

L'examen clinique des selles peut donner de précieux renseignements et servir de guide pour augmenter ou diminuer la ration alimentaire: des selles trop fréquentes, liquides, renfermant des grumeaux blancs, dus à une portion du lait non digéré, indiquent que l'enfant prend trop; des selles dures, rares, coïncidant avec un état stationnaire de l'enfant, indiquent une ration insuffisante.

Il importe de ne pas perdre de vue le principe suivant énoncé par M. Budin: un enfant qui ne prend pas une quantité suffisante de lait peut ne pas augmenter, il peut même diminuer, mais ne sera pas malade; tandis qu'au contraire s'il prend trop, son poids s'élèvera parfois beaucoup; il semblera qu'il va très bien, mais des troubles digestifs ne tarderont pas à survenir.

L'eczéma des nourrissons n'est qu'une dermatose due à une auto-intoxication, à laquelle prédispose la suralimentation.

Si on compare la quantité de lait prise par un nouveau-né, en vingt-quatre heures, au poids de son corps, on voit que le rapport est

CYPRIDOL

C'est une solution d'iodure de mercure dans
l'huile stérilisée.

Solution préférable à toutes autres préparations mercurielles
POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Ne cause aucune intolérance de l'organisme ou de l'estomac si
on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune.

Cette

"HUILE BI-IODURÉE"

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier
Panas et des autres Spécialités Français.

En bouteilles de 50 capsules et 1 once pour injection
sous-cutanée.

Dépôtaires : **LYMAN, SONS & CO., MONTREAL.**

FURONCULOSE - ANTHRAX - ECZEMA
PSORIASIS - LICHEN - LEUCORRHEE

LEVURE DE BIÈRE

SÈCHE



TITRÉE

ADRIAN & C^{ie}

jusqu'au dixième mois de 14 à 15 pour 100 environ. Il y a là un point de repère intéressant. D'après Feer, est insuffisante la ration quotidienne d'un enfant inférieure à 13 pour 100 de son poids.

Cette ration alimentaire, que nous venons de déterminer comme quantité, doit être distribuée d'une façon rationnelle : il faut régler le nombre et l'intervalle des repas.

En général, on prescrit de donner le sein toutes les deux heures pendant le jour et une ou deux fois pendant la nuit, soit neuf ou dix fois dans les vingt-quatre heures.

Il y a des raisons pour doser ainsi la ration alimentaire par intervalles.

L'estomac met environ une heure et demie pour se vider après chaque tétée ; de plus, Czerny a montré que l'estomac vide sécrète du suc gastrique. Cette sécrétion a sans doute pour effet de réaliser dans une certaine mesure l'antisepsie de la cavité. Pour laisser à cette action bienfaisante le temps de se manifester, il est bon d'attendre au moins deux heures entre deux tétées.

D'autre part, celles-ci ne doivent pas être trop espacées : le lait qui séjourne trop longtemps dans la mamelle s'appauvrit en matériaux solides ; il tend à reprendre les caractères du colostrum.

Enfin, Wolff a constaté que la fréquence des traites, ou des tétées, augmente à la fois la quantité totale du lait et sa richesse en beurre et en caséine.

Pendant les premiers jours de l'allaitement, la mère donnera successivement les deux seins, pour que le nourrisson prenne une quantité suffisante de lait et pour que la succion stimule l'activité des glandes mammaires. Plus tard, elle donnera alternativement chaque sein.

La quantité de lait par tétée varie naturellement suivant l'âge de l'enfant. Connaissant la ration alimentaire de vingt-quatre heures, le nombre des tétées, il est facile de faire le calcul.

Il est également aisé de savoir combien de lait prend l'enfant à chaque tétée, en le pesant avant et après la mise au sein.

Il importe que le sein soit vidé, car le lait n'a pas la même composition du début à la fin de la tétée : à la fin, il est plus riche en sucre, surtout en beurre. De là le conseil de tirer le premier lait chez les femmes qui en ont beaucoup et dont la quantité trop forte occasionne des troubles digestifs au nourrisson.

Y a-t-il un rapport entre la quantité de lait prise à chaque tétée et la capacité de l'estomac ? Peut-être : on a calculé que, quelques jours après la naissance, celle-ci est de 40 à 50 centimètres cubes ; à la fin du premier mois, de 100 centimètres cubes. Ces données sont assez élastiques, comme l'estomac d'ailleurs.

Ration alimentaire du nouveau-né prématuré, du débile.—L'enfant né avant le terme de la grossesse est un prématuré : trop prématuré, ou issu de parents malades, il est dévile.

Le prématuré débile se distingue par un certain nombre de caractères particuliers. Sans entrer dans les détails, retenons qu'il est incomplètement développé à tous égards. Son appareil pulmonaire fonctionne mal, son tube digestif porte sur toute son étendue l'empreinte d'une asthénie musculaire plus ou moins prononcée; les sécrétions salivaires, stomacales, pancréatiques, biliaires, intestinales sont imparfaites: de là une grande vulnérabilité du tube digestif, une prédisposition plus marquée aux troubles gastro-intestinaux, à l'athrepsie.

Le fonctionnement défectueux des reins, l'état particulier du sang, qui renferme un grand nombre de globules rouges nucléés rappelant l'état fœtal, la phagocytose rudimentaire, mettent le prématuré en état de moindre résistance.

De ce développement imparfait, qui n'épargne pas le système nerveux, résultent trois dangers qui menacent le débile (Budin): 1o. le refroidissement, 2o. les troubles digestifs: 3o. les maladies contagieuses.

Nous ne pouvons étudier les causes et le traitement du refroidissement ou des maladies contagieuses, notre étude se bornant à la prophylaxie des troubles digestifs, à la question de la ration alimentaire appropriée au débile.

C'est d'ailleurs un point très important: le débile qui s'alimente bien lutte en même temps contre les deux autres causes de mort qui le guettent: il résiste mieux à la contagion, il produit surtout du calorique, la chaleur animale nécessaire à tout être vivant et particulièrement au débile.

Comment diriger cette alimentation? C'est à M. Budin que nous devons les notions exactes qui doivent nous guider dans la direction de l'allaitement chez les enfants avant le terme et atteints de faiblesse congénitale.

Se trouvant à la tête d'un service de débilés, à la Maternité, M. Budin fut frappé de la fréquence, chez eux, des accès de cyanose: ils devenaient bleus, asphyxiaient, comme si une partie du lait absorbé avait pénétré dans les voies aériennes; non secourus, ils mouraient; traités, ils se ranimaient, mais pour présenter de nouveaux accès et succomber.

Ces accès de cyanose ont été attribués à la surcharge gastrique, à la persistance du trou de Botal, à une insuffisance respiratoire par déplissement incomplet des alvéoles.

Après de minutieuses observations, M. Budin vit là l'effet d'une ration alimentaire insuffisante. Venait-on à l'augmenter, on voyait quelques-uns de ces enfants progresser, tandis que d'autres avaient des troubles digestifs, dus à un excès d'alimentation. La ration appropriée est donc importante à connaître. Voici la situation: si aux débilés on donne trop peu, il faut craindre l'inanition, les accès de cyanose, la mort; si, au contraire, on leur donne trop, les accès de troubles digestifs, la diarrhée et des accidents qui peuvent devenir mortels.

Deux écueils sont à éviter : une alimentation insuffisante, la sur-alimentation.

Il s'agissait de trouver la ration alimentaire. On a cherché à l'évaluer en se fondant sur les résultats obtenus, à l'autopsie, dans la détermination de la capacité de l'estomac aux différents âges de la vie utérine, méthode incertaine.

M. Budin a opéré autrement. Il recueillit de nombreuses observations cliniques, à l'aide de la balance et du thermomètre, de pesées successives d'enfants de poids connu qui prenaient une quantité de lait nécessaire à leur développement, n'avaient ni cyanose ni diarrhée et présentaient un accroissement normal et régulier et une température normale.

Ces recherches montrèrent que, dans les premiers jours qui suivent leur naissance, les débiles ne prennent pas beaucoup de lait ; mais la quantité augmente journellement : à partir du dixième jour, cette quantité ne s'accroît que peu.

De là deux catégories :

10. Enfants pendant les dix premiers jours ;
20. Enfants après le dixième jour.

Quand les choses se passent régulièrement, chez les enfants débiles, pendant les dix premiers jours on observe d'abord une diminution de poids, puis un état stationnaire, enfin une augmentation.

M. Budin a établi que la ration alimentaire varie avec le poids des enfants et a établi les trois classes suivantes :

10. Enfants pesant moins de 1800 grammes.
20. Enfants pesant entre 1800 et 2200 grammes.
30. Enfants pesant plus de 2200 (2200 à 2500 grammes.)

Voici les quantités moyennes de lait absorbé :

1re catégorie.	2e jour :	115	10e jour :	320 grammes.
2e —	—	128	—	410 —
3e —	—	180	—	420 —

Ce qui démontre que pour chaque catégorie d'enfants :

10. La quantité de lait prise va en augmentant depuis le deuxième jusqu'au dixième.

20. Elle est plus considérable pour les enfants de la deuxième catégorie que pour ceux de la première ; plus considérable aussi pour les enfants de la troisième catégorie que pour ceux de la deuxième. La ration alimentaire varie proportionnellement avec le poids.

Après le dixième jour, quelle est la quantité de lait nécessaire ?

Si le nouveau-né ne reçoit pas assez, il a une courbe en plateau ; en l'absence de tout état pathologique, si l'on augmente la quantité de lait, on voit la courbe devenir ascendante.

A un enfant qui n'augmente pas, dont le tube digestif fonctionne bien, qui a des garde-robes jaunes, il faut donner plus, car la ration est insuffisante.

M. Budin a posé l'équation suivante qui permet de se rendre compte rapidement de la quantité de lait nécessaire : après le dixième jour, pour les enfants pesant autour de 2000 grammes, on multiplie par 2 les trois premiers chiffres du poids pour avoir en grammes la ration alimentaire de vingt-quatre heures.

Enfants de 2200 grammes devra prendre $220 \times 2 = 440$ grammes et même un peu plus. Mais, pour les enfants au delà de 2500 grammes, le calcul ne convient plus.

En somme, la ration du débile représente un peu plus du 1-5 de son poids total ; c'est-à-dire qu'en divisant par 5 le chiffre du poids on a la ration alimentaire.

Enfants de 2200 grammes dev : $5 = 400$ grammes.

Pour les enfants plus gros, on peut arriver à connaître approximativement leur ration alimentaire. En multipliant par 2 les deux premiers chiffres de leur poids, on obtient un nombre à peu près égal à la quantité de lait nécessaire par tétée.

Enfant de 3000 grammes : $30 \times 2 = 60$ grammes par tétée à raison de 8 à 9 tétées par jour — 480 à 540 grammes de lait.

La ration alimentaire du débile doit donc être, relativement à son poids, plus forte que celle de l'enfant à terme ; il a besoin, en effet, d'une plus grande quantité de calories : la surface de son corps est plus grande proportionnellement à son poids, d'où une surface d'évaporation plus grande, une source de déperdition de chaleur plus accentuée.

Si nous comparons la ration alimentaire d'un nouveau-né à celle de l'adulte, nous sommes frappé de la disproportion considérable entre les deux : un litre de lait absorbé par un enfant pesant 4 kilogrammes correspondrait à 20 litres de lait pour un adulte de 80 kilogrammes. C'est qu'il ne faut pas oublier que l'enfant a besoin : 1o. d'une ration d'entretien ; 2o. d'une ration d'accroissement.

Ration alimentaire du nouveau-né malade. — Nous n'envisagerons que le nouveau-né atteint de troubles gastro-intestinaux, affection la plus fréquente et ayant le plus de rapports avec la ration alimentaire.

C'est dans le mode d'alimentation que, presque toujours, il faut rechercher les causes des troubles dyspeptiques du nouveau-né.

Presque toujours il s'agit d'une ration alimentaire trop abondante ; on la modifiera en espaçant les tétées, en diminuant leur durée.

Il s'est parfois trouvé que l'enfant prenait une alimentation trop riche en graisse, un lait contenant trop de beurre. Si les troubles sont durables, il convient de changer la nourriture.

On peut être obligé de supprimer la ration alimentaire lactée ; on la remplace par la diète hydrique pendant dix-huit ou vingt-quatre heures.

Les accidents ayant cessé, l'alimentation est reprise progressivement et, pendant plusieurs jours on ne permettra qu'une ration alimentaire minime.

Le nouveau-né souffre-t-il d'un défaut d'alimentation, c'est au médecin de voir ce qu'il y a de mieux à faire. S'il est allaité par sa mère, on complétera avec du lait de vache stérilisé ; s'il prend le sein d'une nourrice mercenaire, le changement s'imposera le plus souvent.

Ration alimentaire dans l'allaitement artificiel. — Dans certaines conditions que nous n'avons pas à énumérer, on se trouve réduit à allaiter l'enfant artificiellement : c'est tout un art, même avec le lait de vache stérilisé, le seul lait qui soit pratique.

Avec ce lait les dangers de la malalimentation sont plus à craindre que l'inanition, si toutefois le lait n'a subi aucune fraude et est donné pur, ainsi que le recommande M. Bucin.

Sur quoi se baser pour régler la ration alimentaire dans l'allaitement artificiel ? Sur trois données principales :

- 1o. Sur ce que l'enfant prend au sein ;
- 2o. Sur sa capacité stomacale ;
- 3o. Sur ses échanges nutritifs ;

De toutes ces recherches, d'ailleurs très intéressantes, on n'a pu retirer un indice certain et précis touchant la ration alimentaire du nouveau-né.

Le lait de vache diffère surtout du lait de femme par sa richesse plus grande en caséine (33 au lieu de 25), d'où la méthode des coupes, à des titres différents suivant l'âge de l'enfant.

M. Bucin fait remarquer que le lait ne contient pas que de la caséine ; on y trouve aussi du beurre, du sucre, des sels, etc., qui jouent un grand rôle dans l'alimentation de l'enfant. Ces substances font partiellement défaut dans le mélange, qui est en conséquence beaucoup moins nutritif.

On s'en aperçoit du reste assez vite en pratique : les enfants sont obligés d'absorber une plus grande quantité de liquide, ils urinent beaucoup, augmentent peu.

La ration alimentaire est ainsi insuffisante.

C'est donc le lait pur stérilisé qu'il faut donner au nouveau-né. Il est impossible de fixer de suite la quantité à faire absorber : c'est par tâtonnements qu'il faut procéder.

Règle générale, on a toujours une tendance à exagérer la ration alimentaire ; de là des troubles digestifs. Il importe donc de se maintenir plutôt au-dessous de la moyenne, d'augmenter si la courbe n'est pas suffisamment ascendante, l'enfant n'étant pas malade, ayant des garde-robes, rares par suite d'un défaut d'alimentation, mais de couleur et de consistance normales.

Lorsqu'on aura trouvé, grâce aux pesées, la ration qui convient à l'enfant, il importera de fixer le nombre des repas du nourrisson et la quantité de nourriture de chacun de ces repas et bien se souvenir que la quantité ingérée à chaque repas doit être assez restreinte.

Ration alimentaire dans l'allaitement mixte.—Elle sera basée sur la quantité de lait prise au sein ; elle sera complétée par du lait de

vache stérilisé pur, administré suivant les indications étudiées dans l'allaitement artificiel et basée sur la courbe du poids de l'enfant.

De cette étude découle cette conclusion, à savoir : que la ration alimentaire du nouveau-né, quel que soit le mode d'allaitement, doit être dosée et surveillée de très près. Le meilleur moyen d'exercer cette surveillance sur un très grand nombre d'enfants consiste dans la multiplication des consultations de nourrissons.

CHRONIQUE DU PRATICIEN

Les formes frustes de la maladie de Barlow.

La maladie de Barlow ou "scorbut infantile" paraissait être rare en France il y a une douzaine d'années. Aujourd'hui on la rencontre à chaque instant : il semble donc qu'elle soit plus commune ; mais cette augmentation de fréquence ne tient-elle pas surtout à ce que nous savons mieux la reconnaître ?

Dans les cas où les symptômes sont au complet, l'anémie, oehy-moses gingivales ou sous-cutanées, douleurs osseuses, épanchements sanguins sous-périostiques, pseudo-paralysies, etc.), le diagnostic s'impose à quiconque a entendu parler de la maladie ; mais il en est d'autres, plus nombreux et plus difficiles, où le tableau symptomatique est tellement frusté et incomplet que le mal ne peut être reconnu que si l'attention est attirée de son côté.

Or, il n'est pas d'affection où un diagnostic précoce soit plus nécessaire. Le diagnostic fait, le mal est bientôt guéri, tant est simple et efficace le traitement qu'il romporte. C'est sur les formes frustes que j'appellerai aujourd'hui l'attention.

Les altérations osseuses, particulièrement les hémorragies sous-périostiques qui caractérisent le scorbut infantile, peuvent s'étendre à plusieurs os. Souvent elles constituent une manifestation initiale de la maladie, d'autant plus trompeuse qu'elle est plus isolée. L'idée vient alors d'une paralysie, d'une névrite, d'un rhumatisme. La ressemblance n'est pas parfaite, il est vrai ; on hésite cependant et on perd du temps si l'on ne se rappelle pas qu'en présence d'un jeune enfant anémique ou dyspeptique alimenté avec des farines de conserve ou certains laits stérilisés, il faut toujours songer à la possibilité de la maladie de Barlow.

Souvent le mal est pris pour une paraplégie. En quelques jours, l'enfant est devenu impotent ; il est incapable de se tenir sur ses jambes ; il souffre et s'affaisse quand on le met debout ; il crie quand on le touche ; il redoute les mouvements et les contacts. Les cuisses peuvent être à demi-fléchies sur le bassin, mais les jambes pendent, comme paralysées. Quand il existe une tuméfaction au niveau du fémur ou du tibia, on est forcé de tenir compte de cette lésion locale ; mais souvent le gonflement fait défaut ou est à peine appréciable. On songe alors au mal de Pott, on explore la colonne vertébrale qui est in-

donne ; on examine les réflexes qui semblent normaux, mais dont la recherche cause des douleurs et des cris; et c'est par élimination qu'on arrive à penser à la maladie de Barlow, surtout si l'on tient compte de la pâleur de l'enfant, de ses troubles digestifs antérieurs et de son alimentation défectueuse. Si l'on a cette idée, l'enfant est sauvé : on institue le traitement et il ne tarde pas à faire merveille.

Quand l'impotence fonctionnelle ne porte que sur un des membres inférieurs, on pense plutôt à la paralysie infantile. Le début des accidents peut avoir été brusque, mais il a été moins fébrile que dans cette maladie : par contrt, les douleurs sont plus vives. Quand on prend le membre à pleines mains et quand on lui imprime des mouvements, l'enfant crie alors même que l'os n'est pas tuméfié : il ne se plaindrait pas ainsi s'il s'agissait d'une paralysie infantile.

Il est des cas où la douleur et l'effroi que causent les contacts sont les symptômes prédominants. L'enfant hurle dès qu'on l'approche, et le moindre frôlement semble le faire souffrir. J'ai vu, dans ces conditions, accuser une névrite bien qu'il n'y eût pas d'autres symptômes pour justifier ce diagnostic. On parle même parfois de névralgies : c'est une hypothèse qu'on se garde bien d'émettre quand on a quelque habitude de la pathologie infantile, car rien n'est plus rare chez les jeunes sujets que les névralgies simples.

Plus souvent la douleur fait peser au rhumatisme et cette idée semble plus logique, bien que le rhumatisme articulaire aigu soit loin d'être fréquent à l'âge où survient le scorbut infantile. L'impotence des membres, la douleur, un certain degré de tuméfaction au niveau ou au voisinage des jointures rappellent, en effet, le rhumatisme sub-aigu : on immobilise le baby, on l'enduit de liniments, on lui donne du salicylate de soude, ce, malgré tout, le mal empire jusqu'au moment où l'idée de la maladie de Barlow vient à l'esprit du médecin ou des parents.

On a cité des sujets chez qui l'articulation coxofémorale semblait être atteinte et chez qui on avait prononcé le mot de coxalgie. J'ai vu un baby dont la démarche faisait redouter l'existence d'une luxation congénitale de la hanche. Quelquefois le médecin, trompé par ces manifestations locales, s'enlise dans son erreur, au grand détriment de l'enfant, et il ne la reconnaît que si d'autres accidents caractéristiques apparaissent, mais alors il est parfois trop tard.

La première fois que j'ai observé la maladie de Barlow, en 1892, l'enfant (une fillette de trois ans) présentait un tel gonflement au niveau du tiers inférieur du fémur gauche qu'un chirurgien s'était demandé s'il ne s'agissait pas là d'une forme bizarre et apyrétique d'ostéomyélite.

J'ai vu des pseudo-paralysies, dues au scorbut infantile, prises pour des manifestations spécifiques et traitées comme telles. Il s'agissait cependant d'enfants de plus de six mois : or la maladie de Parrot est une localisation précoce de l'hérédoxyphylis et ne se rencontre guère à cet âge.

Chez certains enfants pâles et bouffis, le premier signe révélateur est un gonflement subit de la paupière, survenant en dehors de tout traumatisme et faisant bientôt place à une ecchymose. Chez d'autres, c'est une saillie du globe de l'œil, un véritable exophtalmos causé par une hémorragie intra-orbitaire. Chez d'autres encore, c'est une tuméfaction molle et plus ou moins douloureuse qui se produit à la surface du crâne et qui rappelle vaguement un céphalématome. Ou bien c'est une déformation profonde du thorax, avec des saillies molles au niveau des articulations chondro-costales.

Dans tous ces cas, on hésite souvent ; parfois l'enfant meurt avant que le diagnostic n'ait été fait. J'ai pu, une fois, reconnaître la véritable nature du mal, après la mort d'un enfant, parce que sa petite sœur, nourrie dans des conditions pareilles, était atteinte à son tour de maladie de Barlow.

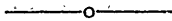
Les troubles de l'appareil locomoteur ne sont pas les seuls qui puissent faire songer au scorbut infantile ; les altérations du sang tiennent une grande place dans le tableau symptomatique et quelquefois c'est par elles que l'attention est mise en éveil.

Deux fois, j'ai pu suivre des enfants qui, avant de présenter des douleurs osseuses, des hémorragies gingivales ou viscérales, avaient eu du purpura. Neter (de Berlin) rapporte un cas, dans lequel, se trouvant en présence d'une hématurie difficile à expliquer, il songea au scorbut infantile et guérit son malade en quelques jours.

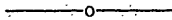
Mais je ne veux pas pousser plus loin cette énumération. Bien qu'elle soit déjà longue, elle ne montre pourtant qu'une partie des aspects trompeurs sous lesquels peut se dissimuler la maladie de Barlow.

Pour reconnaître cette maladie, il faut y songer ; or elle est toujours à craindre chez les jeunes sujets plus ou moins rachitiques, nourris trop exclusivement avec des aliments de conserve, avec des farines soi-disant alimentaires dont la valeur est exagérée, avec des laits plus ou moins stérilisés et profondément modifiés par le traitement qu'ils ont subi.

Si l'on a un doute, la temporisation n'est pas permise ; il faut donner non pas des médicaments, mais des aliments soigneusement choisis : du lait frais, de la viande crue, des légumes frais, des pommes de terre, et surtout du jus de citron ou du jus d'orange dont la valeur antiscorbutique est considérable.



Le travail est toujours un combat dans lequel la volonté seule remporte la victoire, et la volonté ne remporte la victoire qu'au prix du sacrifice.



L'oisiveté est comme la rouille : elle use plus vite que le travail. La clef est claire tant qu'on s'en sert.

LES INDICATIONS QUE DOIT REMPLIR LE REGIME ALIMENTAIRE DANS LA LITHIASÉ BILIAIRE

PAR M. LE DOCTEUR DUFOUR (de Vichy).

Que dans beaucoup de cas de lithiasé biliaire, on trouve la vésicule infectée, le fait n'est pas douteux. La question de savoir si l'infection a précédé la formation des calculs ou si elle l'a suivie est moins bien tranchée. On a pu reproduire des calculs minuscules par des artifices expérimentaux en introduisant du colibacille dans la vésicule (Gilbert et Fournier, Mignot); il est donc certain que l'infection de la vésicule est capable de produire la lithiasé, mais il n'est nullement prouvé que tous les lithiasés reconnaissent cette pathogénie, et il faut remarquer que la présence des microbes fait défaut dans près des deux tiers des cas.

D'autre part, nous sommes en possession d'un certain nombre de notions qui permettent d'envisager plus largement la genèse de la maladie calculeuse du foie. Il faut mentionner d'abord la fréquence de l'hérédité de la lithiasé biliaire, les liens de parenté qui l'unissent à une série d'affections englobées sous le nom d'affections arthritiques, obésité, diabète, goutte, lithiasé rénale, etc. Tout esprit médical retrouve là les caractères d'une diathèse: A. Bouchard l'a désignée depuis longtemps sous le nom de "diathèse bradytrophique", M. Gilbert lui donne celui de "diathèse d'auto-infection."

Ce dernier terme n'a trait, pour ainsi dire, qu'au mécanisme, à la physiologie pathologique de la maladie, M. Gilbert le reconnaît, en ajoutant après l'affirmation de la diathèse d'auto-infection: "En quoi consiste-t-elle? A-t-elle un fondement anatomique ou histologique? Réside-t-elle dans un trouble fonctionnel?" Les partisans les plus absolus de la théorie microbienne sont donc obligés d'admettre qu'il faut, pour créer la lithiasé une prédisposition particulière en plus du germe infectieux. La doctrine de la diathèse bradytrophique répond à ce desideratum, et c'est dans l'étude des mutations organiques chez les arthritiques qu'elle trouve la raison de la formation des calculs. Il est possible d'ailleurs que ce trouble des mutations organiques engendre un terrain favorablé à l'infection.

Cependant rien ne démontre que cette infection soit absolument nécessaire et qu'il n'y ait pas des cas où la production des calculs résulte seulement d'une modification des principes constituants de la bile, due à l'imperfection de la nutrition générale. Nous n'avons donc pas le droit de perdre de vue dans le traitement de la lithiasé biliaire, le terrain sur lequel évolue la maladie. Ce terrain est celui qui est commun à la goutte, à la lithiasé urique, au diabète, à l'obésité, à certains eczémas, etc.; c'est celui où l'on trouve les caractères d'une insuffisance de l'élaboration des matériaux alibiles. En luttant contre cette déviation nutritive héréditaire ou acquise, en accélérant le métabolisme organique, on aura chance de maintenir la composition normale de la bile. Elle ne contient de précipités de cholestérine qu'à l'état

pathologique, et les conditions chimiques qui empêchent cette précipitation ont été résumées ainsi par M. Bouchard : abondance modérée de cholestérine, présence des acides biliaires, abondance de potasse et de soude, minime proportion de chaux, minime proportion des acides organiques autres que les acides biliaires, afin que l'alcalinité ne soit pas neutralisée.

Toutefois, il y a lieu de tenir grand compte de l'infection, qu'elle soit primitive ou secondaire. L'existence de la lithiase biliaire d'origine infectieuse ne peut être niée; c'est celle que l'on voit succéder, parfois même avant que la maladie originelle ne soit terminée, à la fièvre typhoïde, à l'ictère catarrhal, à certaines entérites. Alors, il est souvent impossible de retrouver dans l'histoire pathologique du malade quelque chose qui se rattache à la diathèse bradytrophique. L'infection s'est faite ici d'emblée, elle a pu modifier assez le contenu de la vésicule pour que les pigments biliaires et la cholestérine se précipitent.

Dans d'autres circonstances, l'infection est secondaire, il en est ainsi probablement dans les cas où l'on peut reconnaître en quelque sorte une évolution symptomatique à la maladie. Au début, il ne s'agit en apparence que de simples crises de gastralgie, puis les irradiations hépatiques deviennent évidentes; plus tard la vésicule est douloureuse; enfin l'ictère et parfois la fièvre apparaissent.

Parmi les conditions locales qui peuvent influencer sur la formation des calculs, l'une des plus importantes est le ralentissement du cours de la bile. Que la vésicule soit infectée ou non, il est évident que la stagnation de son contenu favorisera les dépôts morbides et que la bile s'altérera d'autant plus facilement qu'elle sera plus lentement renouvelée.

Lorsqu'on jette un coup d'œil, d'ensemble sur les éléments pathogéniques de la lithiase biliaire, on arrive à se rendre compte que l'on peut classer sous quatre rubriques les indications à remplir dans l'institution du régime convenant aux malades qui en sont atteints. Ce régime doit remplir les quatre conditions suivantes : 1^o éviter ou atténuer l'infection des voies biliaires; 2^o maintenir la composition normale de la bile; 3^o provoquer une sécrétion abondante; 4^o obtenir une excrétion biliaire aussi constante que possible.

1^o Éviter ou atténuer l'infection des voies biliaires.—Quoiqu'il y ait toujours des microorganismes dans l'appareil biliaire jusqu'à l'entrée des canaux hépatiques dans le foie, quoiqu'il existe un microbisme biliaire normal, l'infection aérobie n'occupe habituellement que la région de l'ampoule de Vater, comme on le sait depuis le travail de Duclaux et Netter. Cela suffit pour indiquer que la bile s'infecte par le tube digestif, qui contient toujours des milliards de microbes de virulence variable.

Il s'ensuit qu'il faut d'abord surveiller le fonctionnement du tube digestif. Pour des raisons différentes, la constipation et la diarrhée s'accompagnent toutes deux de l'exaltation de la virulence de la flore in-

testinale. Le choix des aliments doit porter sur ceux qui sont capables de réduire au minimum les putréfactions intestinales. En première ligne, on trouve le lait. Les recherches de MM. Gilbert et Dommaici prouvent que chez l'homme soumis exclusivement au lait, le microbisme des fèces peut tomber à 1-71 de sa valeur normale, et il en est de même pour tout le contenu intestinal. Dans l'urine, le dosage des sulfo-éthers, produits de l'activité des microorganismes de l'intestin, fournit des résultats concordants. D'après Poehl, Biernacki, Winternitz, les sulfo-éthers diminuent avec la diète lactée de 60 à 70 pour 100. La diminution est considérable aussi avec le kéfir, avec le fromage frais (Schmitz, Bauman, Gussarow), avec le lait caillé (Metchnikoff). La viande agit d'une manière inverse; c'est elle qui favorise au plus haut degré les fermentations dans l'intestin (Salkowski, Jaffé, Müller). Mais si l'on ajoute une notable proportion de farineux ou de pâtes alimentaires à la viande, on voit baisser les sulfo-éthers de l'urine (Hoppe-Seyler, Combe). Les œufs sont inférieurs au lait et aux farineux au point de vue dont il s'agit, en restant très supérieurs à la viande. En somme, pour éviter l'infection des voies biliaires, le lait est l'aliment d'élection. La pratique est d'accord avec la théorie: c'est la diète lactée qui donne les meilleurs résultats chez les lithiasiques atteints de crises à répétition assez fréquente pour que l'indication opératoire soit posée. Mais la diète lactée ne peut être que temporaire pour des raisons bien connues; elle est à réserver à des cas spéciaux.

2o Maintenir la composition normale de la bile.—Il est certain que l'inflammation de la vésicule peut augmenter la quantité de cholestérine dans la bile; à ce point de vue encore il faut prévenir l'infection ou l'atténuer. On a proscrit depuis longtemps certains aliments comme la cervelle, les œufs, le sang, parce qu'ils contiennent de la cholestérine. Or, Thomas a montré qu'aucun régime n'est capable de faire varier la richesse de la bile sous ce rapport. Les recherches de Jan au ont prouvé que la cholestérine ingérée n'apparaît ni dans le foie ni dans la bile. J'ai introduit de fortes doses de cholestérine en solution éthérée dans l'estomac d'animaux porteurs de fistules biliaires sans pouvoir déceler aucune augmentation de cette substance dans la bile. Tous ces travaux établissent que la cholestérine ne provient pas des ingesta. La cholestérine a une importance pratique sérieuse pour les œufs, qui sont une ressource pour bien des malades.

Les savons solubilisent la cholestérine; il faut donc donner des graisses. Elle est dissoute aussi par les sels biliaires alcalins; en conséquence, les acides biliaires et les bases alcalines sont nécessaires. Le foie produit les acides biliaires et il y a lieu de le stimuler s'il est insuffisant. C'est l'alimentation carnée qui fournit le plus d'acides biliaires (Kunckel, Spiro). Il en résulte que la viande doit faire partie du régime des lithiasiques, mais en proportion modérée, car elle augmente aussi les pigments de la bile. D'ailleurs, les nombreux inconvénients de l'excès de viande sont bien connus: ce sont l'acidification

de l'organisme avec toutes ses conséquences, la congestion du foie, la constipation. En mettant des chiens à régime carné exclusif, on voit souvent apparaître dans l'urine des pigments biliaires et de l'albumine. Ainsi la viande devra être donnée en faible quantité, et toujours additionnée de végétaux verts et de fruits qui apportent la potasse et la soude.

L'excès de chaux dans la bile est à éviter, d'autant plus que le noyau des calculs est généralement formé de bilibrubinate de chaux. Mais il ne semble pas que la chaux des aliments ait une influence quelconque sur la teneur de la bile en chaux (Jankau). La proscription ancienne des eaux calcaires est justifiée par les troubles digestifs qu'elles provoquent souvent. Il est possible que la chaux puisse augmenter dans la sécrétion biliaire lorsque l'économie présente un excès des acides organiques, qui s'opposent à la fixation de la chaux par les tissus.

30 Provoquer une sécrétion abondante de bile.—Il est incontestable que ce sont les albuminoïdes et en particulier, la viande, qui fournissent la quantité la plus forte de la bile. La raison en est que ce sont eux qui produisent le plus d'acides biliaires et que les acides biliaires avec leurs sels sont les meilleurs cholagogues.

La question des graisses demande une attention particulière. La plupart des expérimentateurs ont trouvé que l'alimentation à la graisse diminuait l'abondance de la bile. Au contraire Rosenberg, étudiant le traitement américain, a obtenu avec l'huile d'olives une action cholagogue chez des chiens à fistule biliaire. Cela veut-il dire qu'il faille conseiller aux lithiasiques d'augmenter notablement la proportion des graisses de leur régime? Je ne le crois pas, car l'observation montre qu'elles sont généralement difficiles à digérer pour les hépatiques, dont les fonctions gastro-intestinales laissent toujours à désirer. Chez des malades en crise hépatique, qui avaient pris de l'huile d'olives, il m'est arrivé de retrouver en nature dans les selles la presque totalité de l'huile ingérée qui avait échappé à toute digestion. L'huile doit être considéré comme un médicament et non comme un aliment dans la lithiase biliaire.

Les hydrates de carbone sont très inférieurs à la viande au point de vue de la quantité de la bile. Elle est peu abondante avec une alimentation semblable, et, fait capital signalé plus loin, l'amidon introduit dans l'estomac ne provoque pas l'arrivée de la sécrétion hépatique dans le duodénum.

Jusque dans ces dernières années, l'on n'avait quedes notions insuffisantes sur l'excrétion de la bile. Le procédé de Pawlow, aboutissant à la peau le segment duodénal qui contient l'ampoule de Vater, conservant ainsi la canalisation dans son intégrité, permet de se rendre un compte plus exact des lois de la circulation biliaire. Les résultats ainsi obtenus par Bruno et confirmés par Kladnitzky sont des plus importants. L'écoulement de la bile dans l'intestin est étroitement lié à la digestion gastrique. Il est suspendu quand l'estomac est

vide, parce que le sphincter d'Oddi qui termine l'extrémité inférieure du cholédoque reste fermé. L'acte de l'écoulement est sous la dépendance du passage du chyme à travers le pylore. Ce sont les produits de digestion des albuminoïdes qui ont le maximum d'effet. Avec le pain, on obtient aussi une issue de bile, mais ce n'est pas l'amidon qui agit, c'est exclusivement l'albumine végétale. L'amidon n'a aucune action sur l'excrétion biliaire. Le lait, les graisses provoquent encore l'afflux de la bile. Les matières extractives possèdent le même pouvoir à un plus faible degré.

Dans les expériences du laboratoire de Pawlow, la quantité de bile maxima a été fournie par le jaune d'œuf, et sa composition pouvait le faire prévoir : il est riche à la fois en albumine et en matières grasses et contient des matières extractives. C'est une raison de plus pour faire entrer les œufs dans l'alimentation des lithiasiques.

4o Obtenir une excrétion biliaire aussi constante que possible.—Le sphincter d'Oddi reste fermé lorsque l'estomac est vide. Il en résulte que pendant le temps qui s'écoule entre la fin de la digestion d'un repas et le repas suivant, les voies biliaires représentent une cavité close. Alors la précipitation des pigments, de la chaux, de la cholestérine n'est entravée ni par l'écoulement de la bile, ni par la contraction de la vésicule et, de plus l'activité microbienne peut se développer au maximum. L'estomac ne reste vide durant le jour que pendant quelques heures. Mais si l'on songe que la digestion (gastrique) d'un repas pris à 7 heures du soir peut être terminée à 11 heures, et que le premier repas du matin n'est guère ingéré qu'à 8 heures, on voit qu'il y a là un espace de neuf heures pendant lequel la circulation biliaire est arrêtée. Il ressort de ceci que les repas des lithiasiques doivent être plus fréquents qu'ils ne le sont d'après les usages reçus.

On pourrait craindre que si le cholédoque restait ouvert en permanence dans l'intestin, la bile ne fût pas assez renouvelée dans la vésicule. Il suffit pour éviter cet inconvénient de respecter le principe général qui exige qu'un repas ne soit introduit que lorsque l'estomac a eu le temps de faire passer son contenu dans le duodénum. Quand survient l'ingestion des aliments, le sphincter d'Oddi s'ouvre après une période latente variable et, simultanément, la vésicule se contractant chasse la bile qu'elle contient. Car ces deux actes, ouverture du sphincter et contraction de la vésicule, sont synergiques, on obtient les deux effets par l'excitation du bout central des nerfs vagues. Il n'y a là qu'un exemple d'une loi de physiologie générale qui veut que l'exécution du mouvement d'un muscle s'accompagne du relâchement du muscle antagoniste, ce qui a pour conséquence une économie de force.

Les principes directeurs ainsi exposés demandent à être résumés sous une forme pratique. Il suffit ici de distinguer deux types de lithiase biliaire : celui où les crises hépatiques se répétant fréquemment créent au malade un état de souffrance presque permanent et celui où les crises espacées lui permettent de remplir ses obligations professionnelles ou autres dans l'intervalle des paroxysmes.

A) Lithiase biliaire avec coliques hépatiques à répétition.—Il s'agit là pour ainsi dire d'un régime alimentaire d'attente, car la question de l'intervention chirurgicale se pose. C'est la diète lactée qui donnera les résultats les plus satisfaisants. M. Chauffard en a publié des exemples très probants. Il n'y a pas lieu en effet de chercher à augmenter la quantité de la bile, ni l'activité des fonctions du foie : il faut avant tout calmer l'infection des voies biliaires, habituellement présente dans ces cas. Aucun aliment n'y réussira aussi bien que le lait.

Suivant les circonstances il pourra être écrémé ou non. On le donnera par petites portions, souvent renouvelées. La digestion en sera ainsi plus facile et les contractions de la vésicule moins fortes. D'autre part, la fréquence des prises (même la nuit) raccourcira les interruptions du cours de la bile dans l'intestin et réalisera une sorte de drainage des voies biliaires affectées. A mesure que l'état aigu s'améliorera, on pourra ajouter quelques potages, un peu de beurre frais pour suppléer à l'insuffisance du lait en matières ternaires. Il arrive ainsi quelquefois que les crises s'éloignent de plus en plus et que le malade peut rentrer dans la catégorie suivante. La diète lactée devra alors être supprimée, et, comme le conseille avec raison M. A. Robin, il y aura lieu de recourir à des aliments pour les fonctions hépatiques.

B) Lithiase biliaire avec coliques hépatiques espacées.— La maladie calculeuse du foie survient surtout chez les arthritiques, chez lesquels l'élaboration des matériaux nutritifs est lente et imparfaite. Un premier principe est donc d'éviter que l'alimentation ne soit surabondante. En second lieu, il faut respecter l'intégrité du tube digestif : tout aliment de digestion difficile devra être rejeté.

La viande sera permise, mais en faible quantité, pour les raisons rappelés plus haut. Il est d'usage de conseiller de préférence les viandes blanches : la distinction ne paraît pas reposer sur une base suffisante. Le poisson frais, maigre, peut remplacer la viande. Il sera bon de ne prendre qu'à un repas de la viande ou du poisson. La quantité d'albuminoïdes nécessaire sera complétée au repas du soir par des œufs, trop longtemps proscrits du régime des lithiasiques.

Les hydrates de carbone n'ont qu'une faible action sur la sécrétion et une action nulle sur l'excrétion biliaire. Ils seront à réduire au strict nécessaire. Remarquons toutefois que l'addition des farineux à la viande diminue les putréfactions intestinales. On usera des potages, crèmes au lait, pois, lentilles, haricots, pommes de terre. Il faut limiter la quantité du pain et des pâtes, dont les cendres présentent une acidité due à l'acide phosphorique (A. Gauthier).

Les graisses ne doivent pas être absentes, puisqu'elles favorisent l'excrétion de la bile. On choisira les variétés faciles à digérer, celles qui s'émulsionnent le plus complètement. Il en est ainsi de la crème du lait, du beurre frais, du jaune d'œuf. Par contre, le beurre cuit, le lard, l'huile, les viandes grasses sont rejetés.

Les légumes herbacés seront donnés largement : ils ont l'avantage de fournir une grande quantité de bases minérales, de plus ils activent les fonctions alvines, grâce à la forte proportion de cellulose qu'ils contiennent. Les fruits bien mûrs offrent les mêmes avantages que les légumes. Le fromage très frais est à conseiller, il diminue les fermentations intestinales. Le vinaigre, les épices, le poivre, la moutarde ont une action défavorable sur le foie, puisque M. E. Boix a pu obtenir des scléroses à type portal chez les lapins avec de l'acide acétique, de l'acide butyrique, du poivre. On doit défendre l'alcool, les liqueurs, le vin pur. La meilleure boisson est l'eau naturelle : l'eau de citerne a été vantée.

Un point important est celui du nombre des repas. Ils doivent être fréquents et légers. Aux repas habituels, 8 heures, midi, 7 h. 1-2, il convient d'ajouter une collation à 4 heures, et même un cinquième repas vers 11 heures du soir. On a vu que les matières extractives jouissent de la propriété de faire arriver la bile dans le duodénum, il pourra donc suffire pour remplir l'indication de faire prendre une tasse de consommé au moment du coucher. Certains sujets se trouveront bien de boire un bol de lait s'ils se réveillent dans le courant de la nuit. En évitant ainsi de laisser l'estomac trop longtemps vide, on obtiendra des contractions plus répétées de la vésicule et une circulation plus active de la bile.

Il convient de rappeler en terminant que dans l'établissement du régime alimentaire chez les lithiasiques biliaires comme dans toutes les prescriptions diététiques, c'est la tolérance de ce régime qui est la première de toutes les règles et qu'il n'y a pas de considération théorique qui ne doive fléchir devant les effets directement observés sur le malade.

UN SIGNE GENITAL PRECOCE DE TABES CHEZ LA FEMME

J. Brodsky a observé plusieurs malades qui, sans aucun désir préalable et sans s'y attendre, ressentaient tout à coup un chatouillement dans le vagin puis une forte excitation génitale. La sensation augmentait progressivement, gagnait l'utérus et le clitoris qui entraînait en érection avec toutes les sensations du coït. L'acte s'achevait par l'excrétion d'un liquide muqueux par la vulve, puis apparaissaient de violentes douleurs dans l'utérus, la vessie et les lombes.

Plusieurs des malades s'étant adressée à des gynécologues, ceux-ci conseillèrent le coït normal et pensèrent à de l'hystérie, mais l'apparition d'autres signes de tabes vint confirmer ce signe précoce.

—o—

Le fait but n'est pas scientifique ; il le devient lorsque l'esprit percevant les apparences, saisit l'idée ou le système d'idées qu'il recèle.

riable; elle peut exister souvent chez les enfants dont la santé ne laisse rien à désirer en apparence. Chez la plupart des enfants envoyés à l'asile Dollfus à Cannes, pour adénopathie bronchique, néanmoins l'état général était mauvais, caractérisé par une anémie considérable et un amaigrissement parfois inquiétant. Les huit mois de cure marine ont eu pour effet de rétablir la santé générale, sans faire disparaître les signes physiques de l'adénopathie chez 54 malades (soit 45 p. 100 des cas); la guérison à la fois locale et générale a été obtenue chez 55 enfants (46 p. 100).

Il est toujours bon de faire néanmoins des réserves sur l'avenir des tuberculeux ganglionnaires bronchiques. Il n'est pas rare de voir ces sujets présenter dans la suite des lésions de généralisation. En règle générale, plus le sujet est jeune et plus grave doit être le pronostic porté.

NOUVEAU PROCÉDE DE DESINFECTIION A LA FORMALINE.

M Dørrr communique un procédé nouveau de désinfection à la formaline basé sur la réaction d'Ewans et Russel. On sait que ces auteurs ont démontré qu'un mélange de permanganate de potasse, de formaline et d'eau donne lieu à un dégagement de vapeurs d'eau et de formaldéhyde. Pour désinfecter 100 mètres cubes d'air, il faut 2 kilogrammes de permanganate, 2 kilogrammes de formaline et 2 litres d'eau. Il n'est pas nécessaire de fermer hermétiquement les pièces à désinfecter, les examens bactériologiques démontrant que la désinfection n'en est pas moins parfaite. Le procédé a pour lui son bon marché et la simplicité de son application, qui ne nécessite ni appareils spéciaux ni personnel spécial.

POMMADE CONTRE LA TEIGNE.

PERETTI

Pommade au goudron.) àà 100 gsam.
Huile camphrée.)
Soufre.) àà 10 gram.
Carbonate de potasse pulv.)
F. s. a.

Tous les jours; après un savonnage à l'eau tiède et séchage au linge frictionner les plaques de teigne et leur pourtour avec une brosse chargée de la pommade.

CONTRE L'ACNE DE LA REGION FRONTALE

On obtient souvent d'excellents résultats, en faisant des applications de la pommade suivante:

Rec. Mercure ammonium. 2 parties
Pommade au soufre. 30 parties

M. Pour l'usage externe.

Chaque soir, avant le coucher, faire, sur le front, une application de cette pommade; le lendemain matin on fera un savonnage à l'eau chaude, savon et eau.