

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. LeSAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XL

1er JUILLET 1911

No 6

MEMOIRES

TUMEUR ROYALE EN GIBECIERE DE LA REGION LOMBO-FESSIERE DANS LA NEUROFIBROMATOSE GENERALISEE (1)

Par AMÉDÉE MARIEN
Professeur de Clinique Chirurgicale.

La rareté des cas publiés, la *physionomie* toute spéciale, la *constitution anatomique* et l'étude de la *pathogénie* de cette affection bizarre, appelée "*Tumeur Royale en Gibecière*" sont les points principaux, sur lesquels je désire attirer l'attention.

Je suis heureux de présenter à la Société Médicale de Montréal, une malade, qui offre tous les signes classiques de cette affection rare, ainsi que son histoire clinique. Je dis rare, car d'après les recherches que j'ai faites, c'est le troisième cas publié de Tumeur Royale en Gibecière dans la Neurofibromatose généralisée.

Les deux premiers cas dont je vous présente les photogravures ont été publiés, (Fig. 1) le premier dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1902, par M. Piollet et le deuxième (Fig. 2) dans la *Revue d'Orthopédie*, en mars 1911, par M. Lambert.

Il s'agit d'une volumineuse tumeur de la région lombo-fessière. Cette tumeur vraiment royale en gibecière, à cause de son volume, de sa forme et de son lieu d'élection, est un véritable *conjonctivo-me* à tissus multiples, qui peut atteindre un développement considérable.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 16 Mai.

La ressemblance de ces cas, telle que nous le montrent les photographies, semble établir, suivant la remarque du Professeur Poncet, de Lyon, et individualiser *un type spécial* de neuro-fibromatose avec *Tumeur Royale* de caractères morphologiques iden-

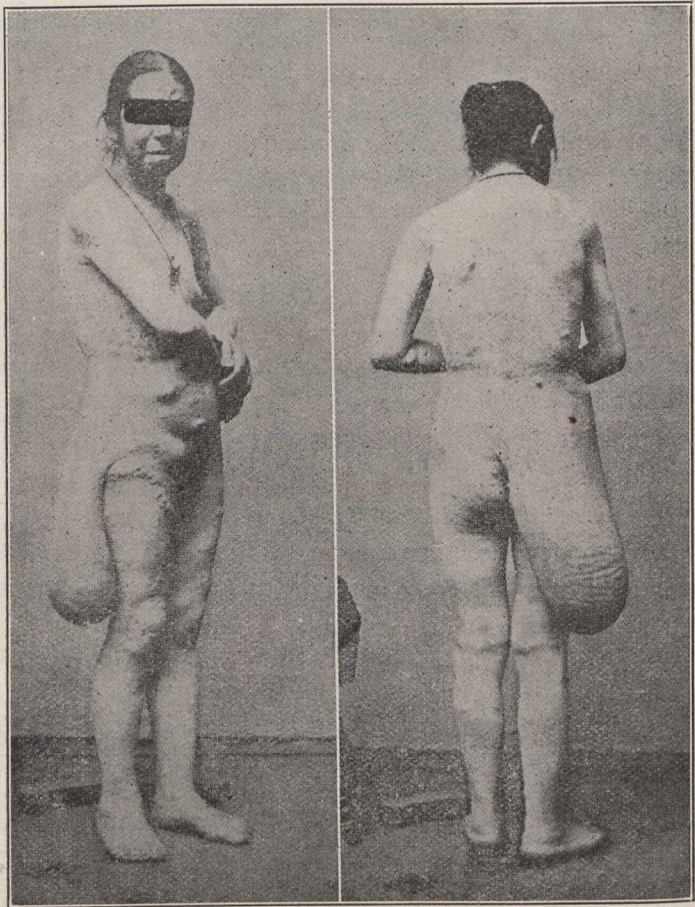


FIG. I — Observations de Piollet. (*Gaz. des Hôp.*, 4 déc. 1902).

tiques. “*Il s’agit, dit l’auteur, d’une neurofibromatose classique avec énorme tumeur en gibecière de la région lombo-fessière* particularité d’en précisément vient le titre donné à cette néoformation.

Les cas de Neurofibromatose dite “*Maladie de Recklinghausen*” sont très connus ; car l’on en a publié un grand nombre d’observa-

tions ; chacune d'elle met bien en évidence l'insuffisance de sécrétion interne d'une glande de l'organisme ou même de plusieurs de ces organes spéciaux en même temps.

J'ai cru intéressant de publier cette nouvelle observation, qui

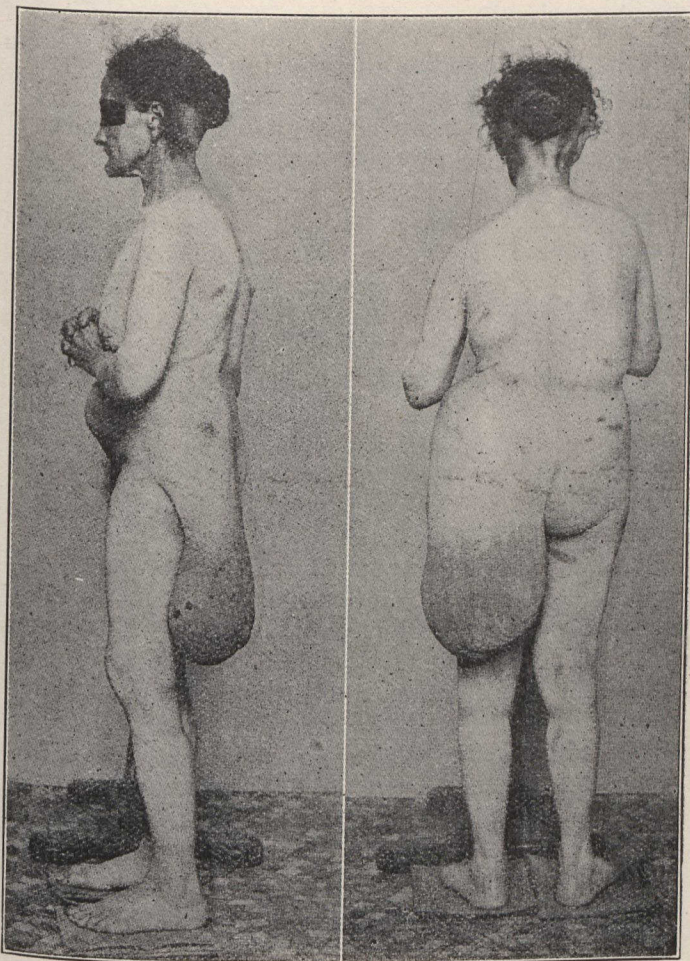


FIG. II. — Observations de Lambert. *Revue d'Orthopédie*, 1e mars 1911.

ressemble à celles recueillies dans le service du professeur Poncet, et fournir un document de plus à celui qui a le premier décrit et bien défini un type particulier, avec caractères anatomiques spéciaux d'une maladie curieuse qui semble être l'apanage de la femme. (Fig. 3).

Voici l'histoire clinique de ma malade, telle que rédigée par mon Interne M. Lahaise.

La nommée Jeanne Labelle, âgée de 20 ans, canadienne-française, s'est présentée à l'Hôpital, pour une énorme tumeur de la fesse gauche.

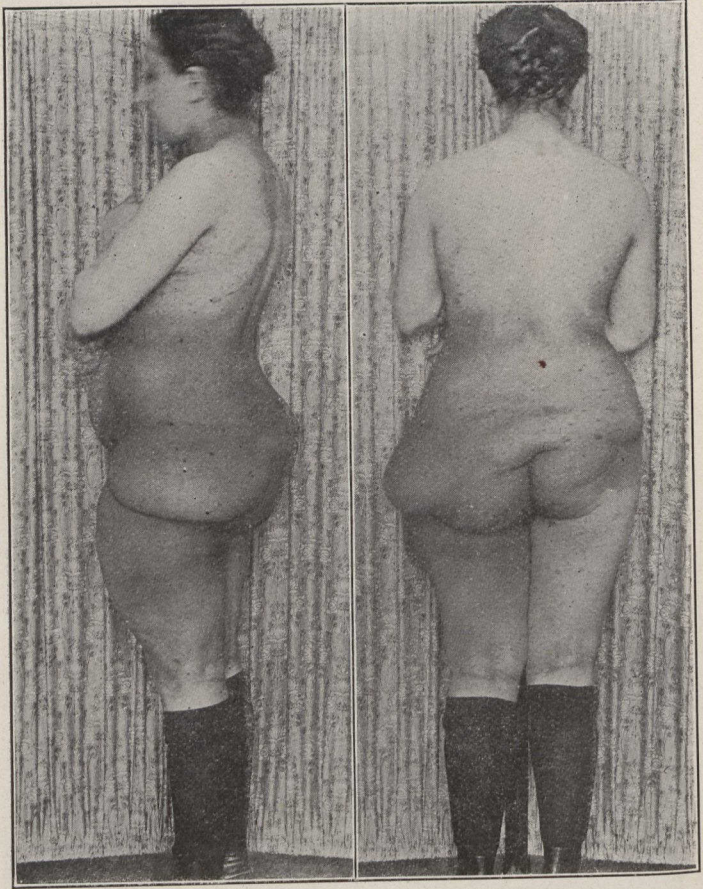


FIG. III — Obs. de Marien. C. Ceinture de mélano-dermic, mai 1911.

Ant. héréd. : Père mort 41 ans, paralysie.

Mère, vivante 55 ans, assez bien portante.

Un frère, vivant, malingre, débile.

Une sœur, vivante, métrorrhagies continues.

Deux sœurs mortes, l'une à dix-huit mois, l'autre à douze ans, suites d'hémoptisies et d'épistaxis.

Antécédents personnels: Fièvre scarlatine et rougeole, à la première enfance.

Rien à noter depuis lors quant à la santé générale, l'enfant s'est bien développée, régulièrement jusqu'à l'âge de 20 ans.

A 18 ans, première menstruation, peu abondante n'ayant duré qu'une journée à peine, pas douloureuse.

A 20 ans, deuxième menstruation, à peine perceptible, quelques taches durant une demi journée.

Ce furent les seules menstruations.

A l'âge de douze ans apparaissent les premiers phénomènes d'un développement anormal de la fesse gauche, développement qui a toujours augmenté, surtout depuis une année.

Cette tumeur à une consistance plutôt mollassse et fibreuse dans la profondeur ou l'on sent des tractus d'une consistance assez dure; elle origine vers la partie supérieure de la fesse à la région sacro-lombaire pour descendre, en pendant vers la cuisse.

Il n'y a rien de particulier à noter du côté de la colonne vertébrale, si ce n'est un peu de lordose et de scoliore, pas d'hypéresthésie ni d'anesthésie profonde ou superficielle.

Depuis l'âge de 12 ans, en même temps que sa tumeur royale, ont commencé à apparaître et à se développer une multitude de petites tumeurs molles, qui, varient comme grosseur, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette; elles sont répandues sur tout le corps, dans la région du cou où elles s'arrêtent pour respecter la face. Si l'on s'amuse à les compter, elles dépassent rapidement le chiffre du million; elles ont une coloration irrégulière, d'un brun rougeâtre; en particulier celles qui sont développées sur les seins (très gros) sont les plus volumineuses et les plus panachées comme couleur; l'on dirait à première vue, des sarcomes angiolitiques, mais leur consistance est molle et réductible comme des vésicules soufflées.

La peau est généralement brune foncée, mais elle prend une teinte chocolat en forme de ceinture autour de la taille et en forme de collier autour du cou; ces stigmates de mélanodermite sont bien visibles sur la figure 3.

Nous n'avons pas trouvé trace de lésions venant du côté de la glande thyroïde; pas de goître aberrant, pas d'exophtalmie frustrée, pas de troubles cardio-vasculaires, pas d'idiotie ni de crétinisme, l'intelligence est plutôt assez vive.

Le système nerveux en général ne présente aucun vestige d'une lésion ancienne ou concomitante.

Tous les autres systèmes des organes sont normaux quant à leur structure anatomique et à leur fonctionnement physiologique.

Seul le système génital chez ma malade semble devoir être mis en cause dans l'étude de la pathogénie de cette affection.

En effet, malgré un développement normal des organes génitaux externes ou accessibles à l'examen tels que les reins, la vulve, le vagin et l'utérus, il existe d'une façon évidente une insuffisance fonctionnelle des ovaires: menstruations deux fois durant à peine quelques heures.

L'insuffisance des capsules surrénales peut être invoquée aussi pour expliquer la mélano-dermie très évidente et bien délimitée chez cette malade.

Comme conclusion, je crois qu'il est intéressant de multiplier les observations et de rechercher les causes pathogéniques de ces néoplasies qui n'entrent pas dans le cadre des classifications des tumeurs ordinaires.

GRIPPE ET PUERPERALITE

PAR E. A. RENÉ DE COTRET,
 Professeur d'obstétrique et de Clinique obstétricale,
 accoucheur en chef de la Maternité,

En février 1899, je donnais, dans cette même salle, une clinique sur la *grippe* et la *puerperalité*. Nous avions alors une épidémie de grippe. Cette épidémie était généralisée et je pourrais dire elle était mondiale. En effet, elle exerçait ses ravages par toute la terre. Le nombre de ses victimes fut considérable. Notre maternité ne fut pas exempte de ses atteintes, mais nous n'avons pas eu à enregistrer de cas fatals, bien que souvent les symptômes aient été très graves. Le nombre des gestantes que nous avions était assez considérable (75) et près de la moitié de nos femmes enceintes fut affectée.

Aujourd'hui nous avons un nombre beaucoup plus grand d'accouchées (30) ou de gestantes (100) et la grippe sévit d'une manière tout à fait caractéristique en ce qu'elle amène l'accouchement prématuré, ce qui est tout à fait conforme à l'enseignement

des classiques. Fait très caractéristique, la grippe n'a pas touché à nos accouchées; seules les gestantes furent atteintes. En 1899, nous n'avons pas enregistré un seul cas d'avortement ou d'accouchement prématuré ce qui pourrait peut-être paraître assez extraordinaire, à cause de la maladie et surtout à cause du traitement que j'ai employé alors, traitement qui va quelque peu à l'encontre des idées de certains auteurs.

Laissez-moi, messieurs, citer textuellement certains passages de ma clinique de 1899.

“ La très grande majorité de ces femmes ou filles-mères ont eu la grippe, qui les a frappées plus ou moins violemment. Beaucoup d'entre elles ont eu une forte attaque de grippe: la céphalalgie a été violente, les douleurs lombaires très marquées, la toux opiniâtre et fatigante. On a cru que plusieurs allaient accoucher tant les douleurs de reins étaient fortes et persistantes. Chez plusieurs la température est montée très haut et s'y est maintenue quelques jours. L'angine a été dans quelques cas très sévère....

“ En même temps qu'à la maternité, j'ai observé, dans ma clientèle privée, un grand nombre de femmes enceintes qui ont été malades de la grippe. J'en ai vu aux différents âges de la grossesse. J'ai surtout observé la forme respiratoire, de rares cas de forme nerveuse et quelques cas de forme gastrique avec vomissements et diarrhée.

“ Dans toutes mes observations, la grippe n'a pas paru une seule fois avoir aucune influence néfaste sur la grossesse. Je n'ai pas observé, comme certains auteurs, de métrorrhagie, ni de pertes même légères....

“ La grippe qui a frappé mes malades pendant les suites de couches n'a pas été très sévère....

“ Le remède qui m'a le mieux réussi et que j'ai employé largement, malgré les craintes qu'il inspire à la plupart des accoucheurs, c'est la quinine. Je n'ai pas craint de la prescrire et de le prescrire à assez hautes doses. Chez toutes mes grippées indistinctement, je donne la quinine de préférence à tout autre médicament. Chez la femme enceinte comme chez les autres, je prescris généralement grains XV de sulfate de quinine, divisés en trois paquets, et je fais prendre un paquet toutes les quatre heures. Quelquefois quand les symptômes de la grippe sont très légers, je donne deux grains de quinine toutes les quatre heures.

Dans l'un et l'autre cas je continue la quinine, à dose de deux grains trois fois par jour, quand les premiers symptômes sont passés. J'ai ainsi employé la quinine à hautes doses chez au-delà de trente femmes enceintes et jamais je n'ai eu à enregistrer le moindre symptôme annonçant une menace d'avortement ou d'accouchement."

Messieurs, j'ai tenu à vous répéter la partie la plus intéressante et la plus instructive de ma clinique en même temps que de mon expérience d'une épidémie de grippe, pour bien vous montrer que toutes les épidémies ou les maladies n'entraînent pas toujours les mêmes conséquences, quand elles se répètent même sur une grande échelle. Vous allez voir, quand je vous aurai parlé de l'épidémie de grippe qui sévit en ce moment, comme les conséquences sont tout autres; vous allez voir comme celle-ci est pour ainsi dire classique. Vous pourrez mettre l'index d'une main sur mon manuscrit qui vous relate l'observation de mes grippées et l'index de l'autre main sur un feuillet d'un auteur quelconque qui décrit la grippe pendant la puerpéralité, et vous verrez comme les faits relatés correspondent bien à la description de l'auteur.

Messieurs, vous savez ce qu'est la grippe. Je n'ai pas à m'étendre longuement sur sa description, sur ses symptômes; votre professeur de pathologie interne a pu vous renseigner sur cette intéressante maladie mieux que je ne saurais le faire. Il me suffit donc de rappeler quelques symptômes et de vous en montrer l'importance pour vous en bien faire comprendre les conséquences. D'après Widal, la grippe se distingue de la fièvre catarrhale, par son caractère épidémique, par sa grande diffusibilité, par son aspect infectieux, par ses graves complications.

Je vous prie de bien remarquer tous ces mots, ils ont une portée énorme.

La grippe, toujours d'après Widal, est caractérisée par une atteinte générale profonde, un état nerveux très accentué, des manifestations symptomatiques très polymorphes.

Je devrais souligner chacun de ces termes.

La symptomalogie se présente sous des aspects variés. La période d'incubation est très courte; elle dure quelques heures et au maximum 1 ou 2 jours. "L'apparition des premiers symptômes, dit Widal, a suivi de très près l'arrivée d'un malade dans

une localité encore indemne." C'est probablement ce qui est arrivé ici à la maternité. Il y a un certain temps une femme est entrée avec les symptômes de la grippe et depuis nous avons une véritable épidémie.

La brusquerie du début est un des caractères les plus particuliers de la maladie. Cependant l'invasion n'est pas toujours aussi soudaine. La grippe peut entrer en scène avec des allures très différentes. On reconnaît, en général, trois formes à la grippe: les formes nerveuse, thoracique et gastro-intestinale. Nos malades ici souffrent surtout des deux dernières formes; cependant on peut dire que nous avons eu les trois formes, mais moins la forme nerveuse que les deux autres.

Le symptôme nerveux le plus constant est la céphalalgie; et c'est souvent la première manifestation de la grippe. Cette céphalalgie lancinante, gravative, siège au front et aux tempes. Les malades localisent le plus souvent leurs douleurs dans l'orbite ou derrière les globes oculaires.

Messieurs, je vous demande encore une fois pardon de revenir sur cette description que je vous prie de bien retenir, parce que c'est par elle qu'on peut faire le diagnostic entre la grippe et l'infection puerpérale.

Les névralgies accompagnent souvent la céphalalgie, telles les névralgies des branches du trijumeau, du plexus cervicale, ou des nerfs intercostaux. Parfois la névralgie résume toute la maladie, et c'est ce que nous avons remarqué chez certaines de nos malades. La rachialgie est très sévère. La courbature est très accentuée, puis une lassitude, une fatigue invincible s'emparent de la malade. Voilà encore des symptômes différentiels de la grippe et de l'infection puerpérale.

Les symptômes de l'appareil respiratoire sont: le coryza aigu, une angine d'intensité variable, la laryngite, la trachéite, la bronchite, la congestion pulmonaire, la pneumonie, la pleurésie.

Les symptômes de l'appareil digestif vous les connaissez encore: embarras gastriques, vomissements, constipation ou diarrhée; embarras gastriques qui peuvent être plus ou moins prononcés.

La grippe peut retentir sur tous les organes et la peau. Enfin la grippe est une hydre à plus de sept têtes.

Voici encore dans Widal un mot qui me frappe et m'explique la différence dans la marche des deux épidémies qu'il m'est donné d'observer. En 1899, mes grippées n'avortent pas, ou n'accouchent pas prématurément, et en 1911 plusieurs de mes malades accouchent prématurément. En effet depuis à peu près un mois et demi, je n'ai jamais eu autant d'accouchements prématurés, tant chez mes malades hospitalisées à la Maternité que chez celles du dehors qui sont venues ici terminer leur accouchement prématuré. *“ Nous ne saurions trop insister encore, dit Widal, sur ce fait que chaque épidémie présente une forme dominante. ”*

C'est peut-être là ce qui explique la divergence d'opinion des auteurs quant à l'influence de la grippe sur la grossesse. Nous reviendrons sur ce point dans quelques instants.

La grippe semble présenter chez la femme enceinte ou accouchée une allure particulière et une gravité spéciale et nous verrons toute à l'heure comment elle agit sur l'utérus.

En dehors de la grossesse, la grippe paraît avoir une influence marquée sur la muqueuse utérine. On y remarquerait des phénomènes de congestion qui se manifestent par des hémorragies plus ou moins abondantes et tenaces. La grippe provoque souvent le retour des menstrues qui se changent parfois en ménorragies. Même dans l'aménorrhée, la grippe peut déterminer le retour des règles. Les pertes apparaissent souvent dès le début de la maladie et persistent pendant cinq ou six jours.

Si la grippe a une influence aussi marquée sur l'utérus à l'état de vacuité, que ne peut-elle faire quand cet utérus renferme un fœtus ?

Certains auteurs ont prétendu que la grippe n'avait aucune influence sur la grossesse; et moi-même qui pendant l'épidémie de 1899, n'ai remarqué aucune influence néfaste sur la grossesse, j'étais jusqu'à tout dernièrement de cette opinion.

Dans un mémoire de Bar et Boullé, en 1898, touchant l'épidémie de grippe qui sévissait à Paris, nous lisons: “ Il est plus difficile de se prononcer quand il s'agit des 29 femmes qui restent et qui ont été grippées pendant le dernier mois de leur grossesse; elles sont accouchées étant encore malades, et pour beaucoup d'entre elles, il nous a semblé que la grippe avait pu hâter de quelques jours le moment de la délivrance. ”

Jacquenier croit que la grippe a peu d'action sur la grossesse.

Cazeaux et Tarnier n'ont pas d'opinion arrêtée. Séguell et Ruffié, tous deux dans leurs thèses donnent une opinion contraire. Pour le premier il n'y a pas d'action fâcheuse sur la grossesse. Muller cite 17 fois l'interruption de la grossesse sur 21 cas; Lambinon, 4 fois sur 9 cas; Felkin, 6 sur 7. 33% des malades grippées de Vinay ont accouché prématurément. Gottschalk, Petit, Labadie-Lagrave, Horrocks ont fait à peu près les mêmes constatations. Après ces statistiques énumérées, il est bien difficile de constater que, chez un grand nombre de femmes, la grippe n'ait une influence abortive. Chambrelent nous dit dans le *Traité de l'art des accouchements*, 1907; "l'influence réciproque de la grippe et de la grossesse est aujourd'hui bien précisée... La grippe est certainement une cause effective d'avortement, d'accouchement prématuré."

Peut-on invoquer un mécanisme univoque pour expliquer l'interruption de la grossesse? Certainement non. Quand il y a des hémorragies avant l'apparition des phénomènes du travail, il doit s'agir d'une endométrite de la caduque comme celle qu'on rencontre dans le choléra, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. Il est tout naturel de rapporter l'avortement ou l'accouchement prématuré aux troubles circulatoires, aux lésions déciduales qu'accompagnent si souvent les états infectieux et qui agissent directement sur l'organe utérin. Mais l'endométrite est loin d'être une lésion constante. On peut encore invoquer l'élévation de la température. L'expulsion de l'enfant se produit souvent au moment où la pyrexie est la plus intense. L'élévation de la température peut agir... deux manières, en provoquant les contractions utérines, ou en atteignant l'enfant qui souffre, meurt et est expulsé. L'hyperthermie est d'autant plus redoutable pour le fœtus que la température de la mère est plus élevée. Les toxines élaborées par les microbes infectieux peuvent également avoir une action très manifeste sur la contractilité utérine, en agissant directement soit sur la fibre musculaire elle-même, soit sur les éléments nerveux qui sont en rapport avec elle.

Enfin la maladie peut se transmettre au fœtus. Le placenta n'est pas une barrière infranchissable aux microorganismes qui peuvent exister dans le sang maternel, surtout quand l'infection maternelle affecte un caractère général.

Quoi qu'il en soit de la cause, l'interruption de la grossesse est une conséquence de la grippe.

“*Les douleurs*, dit Vinay, sont le *premier symptôme observé*; elles *apparaissent rapidement*, parfois dès le *deuxième* jour de la maladie, puis surviennent des hémorragies qui persistent jusqu'à l'accouchement. Si la *grossesse est avancée*, ces hémorragies *peuvent faire défaut*.” (Messieurs je souligne spécialement certains symptômes que Vinay nous donnent pour vous faire observer que nous les avons observés chez nos malades qui ont accouché). “*En outre*, dit encore Vinay, la matrice présente une sensibilité particulière à la palpation. *L'élévation de la température est rarement marquée* surtout s'il s'agit de *formes gastriques ou nerveuses*; elle est insuffisante, en tout cas, pour expliquer l'interruption prématurée de la gestation. Il en est de même des quintes de toux; leur influence sur la contractilité utérine me semble bien problématique, si l'on veut songer à l'acuité et à la ténacité de certaines bronchites qui tourmentent quelques femmes pendant la durée entière de la grossesse sans en modifier la marche ni hâter la terminaison.”

La grippe évolue souvent avec bénignité pendant la grossesse et les suites de couches; cependant les cas graves ne sont pas très rares. Toutes les formes de la maladie peuvent se rencontrer. D'après Budin, dans la grande majorité des cas, ce serait la forme respiratoire qu'on verrait. D'après Bar, il y aurait prédominance des phénomènes gastro-intestinaux.

Les symptômes sont quelquefois accentués: fièvre élevée, toux quinteuse, voire coqueluchoïde, etc; la durée se prolonge souvent au delà des limites ordinaires, avec des rechutes possibles. Il est fréquent de voir la grippe s'éterniser chez la femme enceinte. Souvent la toux ne cesse qu'après l'accouchement.

Les complications de la grippe peuvent être la pneumonie, l'otite, l'albuminurie, la pyélo-néphrite, l'appendicite. L'apparition de la grippe peut réveiller d'anciennes lésions du côté des annexes et amener des accidents graves: péritonite, etc. Une autre complication de la grippe est l'hémorragie. Je le répète la grippe peut être cause d'avortement ou d'accouchement prématuré, et produire la mort du fœtus in utero.

La grippe, d'après Budin, semblerait avoir moins de tendance à devenir grave lorsqu'elle se montre loin du terme de la gros-

sesse; aussi n'observe-t-on pas beaucoup d'avortements. Vers la fin de la grossesse, au contraire, elle a plus d'influence sur l'apparition précoce des phénomènes de l'accouchement.

Quand la femme accouche en pleine grippe, les accidents s'aggravent et prennent souvent un caractère malin. Les complications respiratoires deviennent alarmantes, et le cœur faiblit vite. L'infection puerpérale est à craindre chez les grippées. Les femmes grippées sont particulièrement exposées à la phlébite qui siègera sur les crurales, les saphènes ou sur les veines du membre supérieur, voir de la jugulaire externe. On peut donc, nous disent Bar et Boullé, de par la seule grippe, sans intervention d'aucune infection génitale, voir survenir, pendant les suites de couches, non seulement des pneumopathies, mais encore une infection généralisée, caractérisée par de la phlébite, sans qu'aucun accident infectieux se produise du côté de l'appareil génital."

Quand la grippe attaque une nouvelle accouchée, son début est souvent marqué par une hémorragie violente.

Le pronostic de la grippe pendant la grossesse ou les suites de couches, est basé sur l'intensité des symptômes, des lésions pulmonaires, et de l'état du cœur. Quand, à la grippe, s'ajoute l'infection puerpérale, le pronostic est plus grave et capable d'entraîner la mort.

Le diagnostic de la grippe est ordinairement facile. Mais il devient plus difficile quand la malade est déjà accouchée depuis quelque jour, et l'on peut confondre la grippe et l'infection puerpérale avec lésions pulmonaires. La grippe se reconnaîtra surtout par sa céphalalgie spéciale, son coryza, sa courbature intense. Tout de même, il faudra bien rechercher si l'utérus ou les autres organes génitaux se donnent pas de symptômes d'infection.

A l'heure qu'il est, il n'existe pas encore de spécifique contre la grippe. Quand la grippe est légère, le plus souvent la guérison se fait spontanément, "les pieds sur les chenets," comme disait Peter. Mais, pendant la grossesse, on doit y porter plus d'attention et ne pas la traiter à la légère. Le sulfate de quinine, l'antipyrine, l'aconit, sont à peu près les médicaments les plus employés. Chez la femme qui n'est pas enceinte, la quinine se donne ordinairement à la dose de 1 gramme ou de 75 centigrammes, et elle semble agir comme moyen abortif. Pendant la grossesse, il faut éviter les trop hautes doses de quinine. et user

suivant le conseil de la plupart des accoucheurs, de la quinine avec prudence. Cependant, comme je l'ai dit au début de cette clinique, pendant l'épidémie de grippe de 1899, j'ai donné la quinine et j'en ai eu d'excellents résultats. Je prescrivais 75 centigrammes divisé en trois paquets; je faisais prendre un paquet de quatre heures en quatre heures. Aujourd'hui, sans être plus craintif cependant, je n'ai donné chez mes malades (qui ont pris de la quinine), seulement 0.1 décigr. 3 fois par jour. Probablement que je n'ai pas donné la dose suffisante ou que l'épidémie a présenté une forme spéciale; car plusieurs de mes malades qui n'ont pas pris de quinine sont accouchées prématurément; d'autres continuent leur grossesse; de celles qui ont été soumises à ces petites doses de quinine, quelques-unes sont accouchées avant le terme, pendant l'attaque (du 1er au 3e jour), et ce sont surtout celles qui ont présenté la forme respiratoire.

Contre la céphalgie et la courbature, l'antipyrine, la phénacétine et l'antikammia agissent bien.

On doit tout faire pour éviter l'accouchement pendant la période aiguë de la grippe. Pour calmer les douleurs utérines on peut avoir recours aux lavements laudanisés, aux injections de morphine, ou à l'administration de l'antipyrine.

Les lésions pulmonaires seront traitées suivant les circonstances. On veillera avec soin sur le fonctionnement du cœur et des reins.

Dans certains cas de grippe à forme respiratoire, la question de l'accouchement prématuré provoqué peut se poser. "On n'interviendra donc, dit Vinay, que si la dyspnée est très grande, qu'il y ait des symptômes d'asphyxie avec respiration superficielle, saccadée, suspirieuse, gonflement des jugulaires, teinte bleuâtre des lèvres, aspect cyanique de la face. Dans les cas de ce genre, l'intervention est légitime, d'autant mieux qu'à cette période la viabilité de l'enfant (3 derniers mois) est assurée."

On doit redoubler de précautions chez la femme qui accouche pendant une attaque de grippe; il faut observer très soigneusement les règles de l'asepsie et de l'antisepsie pendant les suites de couches, parce que la grippe, étant une maladie microbienne, constitue une condition favorable à l'éclosion de la fièvre puerpérale. L'infection utérine qui se déclarerait pendant la grippe, doit être traitée rapidement et activement.

L'allaitement ne doit pas être interrompu chez la nourrice grippée légèrement. Si le lait de la nourrice diminue on adjoindra une quantité de lait stérilisé plus ou moins grande suivant les besoins. Dans les cas où l'état de la mère est grave, la sécrétion lactée éprouve très vite des modifications en quantité et surtout en qualité, et l'on doit suspendre l'allaitement au sein.

Le traitement de la nourrice grippée qui continue à allaiter son enfant, est le même que chez une femme qui ne nourrit pas : quinine, antipyrine, alcool, opium, morphine, chloral, suivant la nécessité.

Enfin, messieurs après avoir donné une définition de la grippe, et en avoir indiqué les symptômes et le traitement, je veux revenir un peu sur les caractères que j'ai spécialement remarqués pendant l'épidémie actuelle. Nos salles de gestantes contenaient au-delà de 100 femmes; nos salles d'accouchées, une trentaine. Pas une seule des accouchées ne fut atteinte par la grippe; mais, d'un autre côté des 100 expectantes, la grippe en frappe une cinquantaine. D'abord les premiers cas furent plus ou moins éloignés les uns des autres et la maladie eut tout de suite un caractère très grave; une des premières malades atteintes fit de la pneumonie double et en mourut; une seconde frappée d'appendicite mourait en peu de temps de péritonite généralisée; une autre, avec lésion ancienne aux annexes, voyait subitement, au moment de l'accouchement, sa maladie reprendre un caractère aigu, s'étendre au péritoine et devenir mortelle. Ces trois malades avaient accouché prématurément en plein attaque de grippe.

Tout à coup la grippe se généralisa dans nos salles des gestantes. Cinquante malades furent atteintes. Les symptômes les plus marqués furent la céphalalgie, la douleur sus-orbitaire, la rachialgie, les douleurs à l'abdomen, et surtout les *contractions utérines* d'emblée très fortes et très fréquentes et apparaissant tout à fait au début de la maladie. Vingt malades accouchèrent prématurément dans les 7e, 8e et 9e mois. Quelques-unes accouchèrent d'enfant mort depuis un jour ou deux; d'autres, d'enfant mort et macéré: dans ce cas il y avait intercurrence de grippe avec albuminurie datant de longtemps. Des vingt malades qui accouchèrent prématurément, une dizaine n'avaient pris aucun médicament; elles accouchèrent le 2e ou le 3e jour de leur grippe, quelquefois plus tard; les autres avaient pris de la qui-

nine plutôt à petites doses : 2 grains 3 fois par jour pendant un, deux ou trois jours.

Sur ces vingt malades, cinq firent de la pneumonie et deux en moururent ; une autre fût, au moment de son accouchement prématuré, des symptômes de péritonite aiguë avec urémie et mourut le lendemain.

Deux fois seulement on remarqua un peu d'hémorragie pendant l'accouchement.

Une vingtaine des autres malades atteintes de grippe furent traitées à la quinine (15 grains en 3 paquets, 1 paquet de quatre heures en quatre heures). La quinine parut augmenter les douleurs de l'utérus pendant sept ou 8 heures, puis tout rentra dans l'ordre. Pas une seule des malades qui prirent de la quinine à haute dose, accoucha, excepté naturellement celles qui étaient rendues à terme (deux ou trois).

La forme de grippe de beaucoup la plus fréquente, fut la forme thoracique ; puis la forme gastro-intestinale. Nous avons eu quelques rares cas de forme nerveuse.

Trois de nos malades font de la phlébite des membres inférieurs.

REVUE GENERALE

LE CITRATE DE SOUDE CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS. (1)

Il y avait bien longtemps qu'en France on recourait à la potion de Rivière, divisée en deux flacons, l'un pour la solution d'acide citrique, l'autre pour le bicarbonate de potasse dans les états nauséux et contre les vomissements des adultes, lorsque Wright, il y a quelque vingt ans, eut l'idée d'employer le citrate de soude pour modifier le lait de vache destiné à l'élevage artificiel des bœufs. Il s'appuyait sur des expériences d'Arthus et Pagès qui avaient remarqué que le lait de vache traité par les oxalates et les fluorures ne se coagulait plus par la présure, parce que les sels de chaux avaient été précipités par l'addition de ces substances chimiques. Au contraire, si, au lieu de décalcifier ainsi le lait,

(1) Variot — La Clinique infantile 1911.

on y ajoutait des sels de chaux, le caillot de caséine, avec la pré-
 sure, devenait plus dense que de coutume. Wright, partageant
 l'opinion de Biedert sur l'indigestibilité de la caséine du lait de
 vache dans l'estomac des nourrissons, s'attacha à diminuer les
 sels de chaux du lait pour atténuer *ipso facto* la coagulabilité;
 mais, au lieu de recourir, comme Arthus et Pagès, aux oxalates
 et aux fluorures qui sont toxiques, il employa le citrate de soude.

Dans ses recherches, poursuivies depuis 1904 jusqu'à présent,
 soit à la Goutte de Lait de Belleville, soit dans les services hos-
 pitaliers des Enfants-Malades et des Enfants-Assistés, avec la
 collaboration de ses élèves, Lazard, Paul Roger, Mlle Aibinder,
 François, etc., M. Variot a pu vérifier l'action eupeptique du
 citrate de soude ajouté au lait de vache, à dose convenable, pour
 l'élevage artificiel des nourrissons; il a également relevé l'inno-
 cuité absolue de ce sel, même lorsque son usage est prolongé pen-
 dant plusieurs mois; mais il a été plus loin et il a surtout analysé
 l'action antiémétique de ce médicament aussi bien contre les vo-
 missements des bébés au sein que contre ceux des nourrissons au
 biberon. Il a ainsi étendu l'emploi du citrate de soude aux trou-
 bles dyspeptiques de l'allaitement au sein, alors que les médecins
 anglais l'avaient seulement proposé pour modifier le lait dans
 l'allaitement artificiel; en un mot, il a constaté que le rôle essen-
 tiel du citrate de soude est de régulariser les contractions des
 tuniques musculaires de l'estomac du nourrisson, aussi bien quand
 il digère le lait de femme que lorsqu'il chymifie le lait des ani-
 maux.

Laissant de côté les discussions sur l'action chimique du citrate
 de soude dans le lait, discussions qui n'ont qu'une importance pra-
 tique secondaire, nous nous bornerons à préciser la posologie de
 ce sel, ce qui est d'autant plus facile qu'il n'est pas toxique.

Pour préparer le citrate de soude neutre (1) au papier de tour-
 nesol, les proportions sont les suivantes:

Acide citrique.....	23 gr.
Bicarbonate de soude.....	35 —

On peut faire ingérer, sans aucun inconvénient, de 1 à 2 gram-
 mes par jour de citrate de soude à un nourrisson.

1. Le citrate de soude se trouve tout préparé dans le commerce sous le nom
 de *citrosodin*.

Pour combattre les vomissements, on recourra à la solution suivante qui sera administrée à la dose d'une cuillerée à soupe, soit avant la tétée au sein, soit ajoutée au biberon de lait :

Eau.....	125 gr.
Sirop simple.....	25 —
Citrate de soude.....	2 gr. 50

Chaque cuillerée à soupe contient 25 centigrammes de citrate.

Des solutions à un titre plus faible peuvent être employées dans les biberonneries pour couper habituellement le lait.

On ne craindra pas de donner six à sept cuillerées à soupe de cette solution en vingt-quatre heures, si l'on veut obtenir son action antispasmodique sur les contractions de l'estomac. L'écœur de la médication est due fréquemment à l'insuffisance des doses employées.

Les indications à l'emploi du citrate de soude sont très étendues; on peut dire qu'elles se posent toutes les fois que le nourrisson vomit.

Or, on sait quel accident banal est le vomissement chez le bébé, soit au sein, soit au biberon, et qu'il est parfois bien difficile d'en préciser la cause.

Les vomissements peuvent être dus à la *suralimentation* : l'enfant est incapable de chymifier la ration trop forte qu'il a ingérée, la rejette en tout ou en partie. Dans ce cas, le citrate de soude sera un utile adjuvant du réglage des tétées pour produire la sédation gastrique.

Les vomissements par *hypoolimentation*, moins fréquents que les précédents, ne sont cependant pas rares: lorsque l'estomac ne reçoit pas une ration suffisante, il se contracte spasmodiquement de même que lorsqu'il est surchargé. Il y a grand intérêt, on le comprend, à ne pas se méprendre sur la cause de ces vomissements, car, si on les impute à tort à la suralimentation, on réduit la ration alors qu'elle devrait être augmentée, on aggrave les vomissements et les troubles de l'inanition. Le citrate de soude, donné dans ces circonstances, permet à l'estomac d'utiliser presque immédiatement des rations de lait nécessaires pour l'accroissement normal du bébé. D'ailleurs, les vomissements par *hypoolimentation* cèdent très vite lorsqu'on restitue à l'enfant les quantités de lait qui lui conviennent.

Un grand nombre de nourrissons, aussi bien au sein qu'au biberon, ont une irritabilité spasmodique de l'estomac; alors même qu'ils sont bien réglés pour les rations, ils vomissent tout ou partie de leur tétée, soit quelques minutes après l'ingestion du lait, soit plus tard. Il est bien difficile, souvent, d'expliquer ces troubles dyspeptiques qui peuvent entraver la croissance.

D'autres, exclusivement au sein, rejettent le lait de leur mère, comme s'il était toxique, ou comme s'il exerçait sur l'appareil nerveux et musculaire de l'estomac une action réflexe spasmodique partant de la muqueuse.

Soit par l'allaitement mixte, soit même en substituant entièrement le lait de vache à celui de la mère, et en se servant simultanément du citrate de soude, on parvient à arrêter les vomissements jusque-là incoercibles et à régulariser les fonctions gastro-intestinales profondément troublées de ces nourrissons.

Les vomissements sont encore plus rebelles dans l'allaitement artificiel, lorsqu'ils sont dus à une gastro-entérite ancienne, causée par l'ingestion prolongée de lait de vache de qualité défectueuse acheté à bas prix sous les portes cochères ou dans certaines crèmeries mal tenues. Il faut bien reconnaître que, dans quelques-uns de ces cas, tous les efforts pour rendre l'estomac tolérant échouent, alors même que l'on ajoute le citrate de soude à des laits stérilisés ou homogénéisés d'excellente qualité.

Le bon lait de femme reste alors la ressource suprême pour guérir ces petits dyspeptiques; mais ce n'est que plusieurs semaines après que ces nourrissons vomisseurs ont été remis au sein qu'ils cessent de vomir.

En somme, dans la grande majorité des cas, l'action anti-émétique du citrate de soude chez les nourrissons est très fidèle; elle est parfois presque immédiate et les mères, désolées de voir leurs enfants vomir et se souiller par le rejet du lait à chaque tétée, sont émerveillées de la disparition soudaine des vomissements.

CHRONIQUE

A PROPOS DE DIGNITE PROFESSIONNELLE

Dans le cours de la semaine dernière, un journal quotidien de cette ville nous a donné, paraît-il, une leçon de dignité professionnelle. . . . pardon, comme on l'entend dans les officines des journaux politiques.

Qu'en pensez-vous? . . .

Ces journalistes ne doutent de rien. . .

Cependant, nous nous permettrons, nous médecins, de recuser leur compétence sur ce sujet particulièrement délicat, et leur sincérité dans le cas qui nous occupe.

Leur compétence: car lorsqu'on a l'habitude de soutenir avec une égale ferveur les opinions les plus diamétralement opposées et les idées les plus subversives; lorsqu'on étale, chaque jour, aux yeux de tous, petits et grands, les plaies hideuses du vice avec le portrait des victimes; lorsqu'on donne, sous forme de réclames, les conseils les plus pernicioeux au point de vue physique et au point de vue moral; lorsqu'on publie des pages entières de déclarations attestant des guérisons aussi ridicules que mensongères; en un mot, lorsqu'on se préoccupe avant tout de la question d'affaires, sans égards pour la question si importante de la morale publique ou de la simple dignité, on devrait avoir au moins la décence de garder le silence sur un point aussi délicat et aussi spécial que la dignité professionnelle au point de vue médical.

Les médecins, en général, donnent un admirable exemple de dignité en s'abstenant de faire toute réclame personnelle dans les journaux quotidiens au point de vue de leurs intérêts particuliers, et en poursuivant, sans bruit, avec désintéressement, la belle campagne d'hygiène sociale inaugurée il y a quelques années. Ils méritent donc mieux que le blâme de la part de journalistes qui n'entendent rien à la question.

Nous ne parlons pas des médecins qui mettent leur carte dans les journaux. Il n'y a rien de contraire au principe de la dignité professionnelle dans ces cas.

Dernièrement, la Société Médicale a décidé qu'un médecin qui publie dans les journaux quotidiens, à intervalles plus ou moins rapprochées, des faits particuliers, en médecine ou en chirurgie, tels que le résultat de certaines opérations ou de certains traitements qui sont de nature à attirer l'attention du public sur un homme plutôt que sur une découverte ou une innovation importante, faisait une réclame du mauvais goût et enfreignait les règles de l'étiquette professionnelle.

Et c'est juste.

Les journaux politiques, intéressés à défendre quelquefois des parents, des *alliés* ou des amis — sentiment bien humain et très légitime en soi — ont insinué que certains médecins d'hôpitaux avaient protesté par jalousie ou rancune, et pis encore.

Nous ne les suivrons pas sur ce terrain.

Il n'y a ni rancune, ni jalousie, parce qu'il n'y a rien d'enviable dans l'espèce. N'importe qui peut, s'il le veut, y aller de sa réclame, car un médecin instruit a toujours dans son sac ample provision de faits dignes d'attirer l'attention. Donnez-lui un journal à sensation dirigé par un rédacteur bienveillant, et le

tour est joué. Est-ce à dire qu'il doive, chaque fois, en informer le public et poser au champion de la science? Non. Agir ainsi, c'est manquer de dignité professionnelle quoi qu'en pensent et disent les journalistes politiques. Nous avons nos sociétés scientifiques nos journaux dont les colonnes sont ouvertes à tous les médecins; ces deux tribunes suffisent au but que nous poursuivons.

Quant aux hôpitaux de Montréal, ils sont pourvus d'excellents médecins et chirurgiens dont le savoir, la réputation et les modestes succès suffisent à leur ambition, et en qui le public a confiance. Nous en avons eu des preuves éclatantes en maintes circonstances. S'ils se permettent de critiquer certains actes de leurs collègues, fort estimables d'ailleurs, c'est par simple esprit de solidarité. Ils jugent que certaines façons d'agir discréditent les uns et les autres en les rabaissant au niveau des vulgaires charlatans, que le public éclairé juge et respecte comme ils le méritent.

Faisons de l'hygiène publique et sociale: enseignons les moyens de se prémunir contre les maladies évitables; vulgarisons les notions élémentaires de l'hygiène infantile; fondons des ligues anti-tuberculeuses; attirons l'attention du public sur des faits qu'il peut comprendre; donnons-lui des conseils qu'il peut mettre en pratique sans consulter son médecin: voilà de la philanthropie et du désintéressement. Mais n'allons pas faire étalage de science à propos de questions que le public ne comprend pas et ne peut pas comprendre, en lui laissant croire qu'un seul homme peut faire ces merveilles... que d'autres opèrent en silence.

En un mot, ayons de la mesure, soyons dignes: voilà la clef du succès à longue haleine.

Honni soit qui mal y pense.

ALBERT LESAGE.

LA VIE PROFESSIONNELLE

Manet imo in pectore Vulnus

Les journaux médicaux autrichiens et parmi eux l'*Algemeine Wiener med. Zeitung* nous apportent un nom nouveau à ajouter au long martyrologue des médecins. C'est celui du Dr Richard Franz, médecin communal à Riedau (Haute-Autriche) qu'avec une étrange barbarie ses concitoyens ont frappé au cœur, dans toute la cruelle acception du terme.

Voici la navrante histoire de ce martyr du devoir.

Il y a quelques années, le Dr Franz fut nommé médecin communal dans le bourg de Riedau qui compte 8 à 900 habitants. Dévoué à ses malades, traitant les pauvres avec la même conscience que les riches, remplissant avec son ardeur toute juvénile la mission qui lui était confiée, Franz acquit bientôt les sympathies de tous ; il était populaire . . . il aurait pu se croire aimé !

Un beau jour, il y eut à Riedau un cas de fièvre typhoïde. Respectueux de son devoir de médecin et, du reste, obéissant à la loi, il signala le cas aux autorités compétentes.

Or, Riedau attire en été pas mal d'excursionnistes, et sous peu devait avoir lieu un passage de troupes. Il était donc de l'intérêt égoïste de la bourgade que le danger demeurât caché. Franz crut au contraire qu'il valait mieux que le péril fût circonscrit.

A la nouvelle de la déclaration faite par Franz à l'autorité préfectorale, grand émoi parmi les notables. La commission sanitaire du bourg, présidée par le bourgmestre, fut réunie en hâte. La commission, ayant examiné la situation, intervint auprès du Dr Franz pour qu'il retirât sa déclaration en prétextant une erreur de diagnostic. Il va sans dire que Franz refusa ; il se rendait compte du danger, car, s'il ne maintenait pas sa démarche, aucune mesure ne serait prise, la population tout entière était exposée à la contagion. De nouvelles interventions furent faites auprès de lui ; il demeura inébranlable.

Ce fut alors le boycottage odieux et atroce. On refusa des vivres au malheureux médecin et à sa famille ; on l'accabla de lettres anonymes infâmes ou menaçantes ; on brisa ses vitres ; et le conseil municipal alla jusqu'à refuser de lui payer ses honoraires de médecin communal.

Franz eut été dans son droit strict en portant plainte ; il préféra essayer de faire entendre raison à cette peuplade sauvage ; ce fut en vain ; on ne voulut pas l'écouter et on continua de le tourmenter.

Grâce à ses soins, il put guérir son typhique.

A ce moment-là, Gustave Pressler, ancien député au Parlement autrichien, homme dans la force de l'âge, voulut aller prendre quelques jours de repos dans une propriété qu'il possédait à Riedau. Ayant entendu vaguement dire qu'il y avait la fièvre typhoïde dans le bourg, il écrivit au bourgmestre pour se renseigner. Ce dernier l'assura que jamais l'état sanitaire de la commune

n'avait été meilleur; confiant, Pressler vint à Riedau, avec toute sa famille. Quelques jours après, tous étaient atteints de fièvre typhoïde. Pressler et sa femme succombèrent, leurs deux enfants purent guérir.

Franz qui les avait soignés fit une nouvelle déclaration pour ces quatre cas; les persécutions redoublèrent contre lui; le bourgmestre l'avisa, par lettre que désormais au mépris de la nomination impériale, la Commune entendait se passer de ses services. Franz, poussé à bout, mit au courant l'*Obercesterreichischer Aerzte Verein* (Société des médecins de la Haute-Autriche) qui à son tour avisa la Préfecture.

Le Conseil municipal de Riedau fut dissous ainsi que la commission sanitaire (Ironie des mots!), le bourgmestre fut suspendu; la révocation du docteur Franz annulée. Victoire à la Pyrrhus remportée par notre malheureux confrère! On en vint à le poursuivre dans la rue et des gendarmes furent envoyés sur l'ordre de la Préfecture pour protéger son existence.

Le boycottage se fit plus odieux encore: ses débiteurs refusèrent de le payer, on le vola, on entra chez lui à toute heure du jour et de la nuit pour saccager sa demeure. Le malheureux aurait voulu partir, mais, le poste manquait... et hélas! ses ressources étaient épuisées; il fallait qu'il meure au poteau de torture.

L'âme et le corps brisés, il s'obstina à rester pour les siens, voulant lutter jusqu'au bout, et comptant sur des jours meilleurs. La lutte ne fut pas longue. Quelques jours après, à trente-six ans, le Dr Franz succombait dans une crise de paralysie cardiaque, laissant, privés de tous moyens d'existence, une vieille mère, une femme et un enfant.

Certes, on a couvert sa tombe de fleurs, on a rendu hommage à sa mémoire, on a promis une pension à sa veuve, à sa mère, à son enfant. Il est possible qu'on tienne ces promesses, peut-être le gouvernement ira-t-il jusqu'au modeste monument, et puis les médecins d'Autriche comme ceux d'autres pays auront bientôt oublié la terrible leçon que Franz nous donne par sa mort.

Eh oui! cette leçon nous l'oublierons; ce sera un titre de gloire de ne pas s'en souvenir, comme Franz l'aurait oubliée s'il avait vécu. Traqué de toute part, victime des progrès soi-disant humanitaires, poursuivi par le chantage et la calomnie, le médecin,

entré dans la carrière, l'âme rayonnante d'idéal, continue toujours son droit chemin au milieu de l'ignorance des uns, de la méchanceté des autres, de la veulerie du plus grand nombre de nos semblables. Aujourd'hui plus que jamais ce chemin est semé d'épines, bordé de précipices; dans notre fécond altruisme, nous écartons négligemment les uns et refusons de voir les autres et continuons, malgré tout à professer l'esprit de sacrifice, à soulager, et peut-être, à aimer ceux qui nous vilipendent.

Il faut s'attendre à tout. Le cas de Franz peut se présenter chez nous comme à Riedau. L'homme est sous toutes les latitudes le même animal égoïste, malfaisant et féroce. (1)

LA BOURSE OU LA VIE

— Les tribunaux de Bordeaux viennent d'avoir à connaître d'une espèce peu banale. Jugez-en plutôt:

Certain cryptorchide se lamentait de la vacuité de son scrotum. Son indigence n'était pourtant que relative, car il n'en demeurait pas moins apte à remplir convenablement ses devoirs, *tous ses devoirs*. Mais cela ne lui suffisait pas. Il possédait bien en effet la puissance génératrice des suprêmes voluptés, mais la fécondation procréatrice lui faisait défaut, et il s'humiliait de ne pouvoir, quand il s'embarquait pour Cythère, mettre toutes voiles dehors. Il voulait que la rigidité et la fermeté de ses principes s'appuyassent sur des témoins tangibles et palpables.

Il alla donc prier un chirurgien de fouiller d'une main experte les arcanes de ses canaux inguinaux et d'en déloger les testicules trop haut perchés.

L'opérateur en fut pour ses frais; si haut qu'il explorât, il ne trouva rien, rien, rien. Ne voulant pas en avoir le démenti, et sachant que c'est l'illusion qui fait le bonheur, il profita de la narcose de son client pour inclure dans le scrotum d'icelui deux organes postiches.

A son réveil, le client se montra tout heureux du résultat

(1) Un journal politique autrichien faisait ironiquement remarquer que l'affaire Franz a soulevé de l'émotion surtout à cause de la mort de Pressler homme très connu dans les milieux parlementaires et à Vienne. Sans cela, c'eût été la banale histoire d'un médecin de campagne en conflit avec la municipalité de son village.

Jamais il n'avait eu la bourse si bien garnie! Riche désormais d'un appareil génital complet, il pourrait tout comme un autre, faire des largesses opportunes et ériger sa virilité triomphante sur un piedestal géminé confortablement établi.

Hélas! son bonheur fut de courte durée. Une indiscretion l'ayant mis au courant de la fraude commise à son insu, il se refusa à jouer plus longtemps le rôle de gai paré de plumes du paon, et il exigea que son chirurgien remit toutes... choses en état en même temps qu'il lui intentait une action en dommages-intérêts. Deux juridictions successives lui ont donné tort. Et ce fut justice. De quoi se plaignait-il en effet? Sa bourse était sans doute pleine de fausse monnaie, mais ne lui restait-il pas... la vie!!

SOCIETES

L'ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE

Réunion de Juin.

Nous avons déjà dit que la Canadian Medical Association se réunissait cette année à Montréal, en juin. La réunion aura lieu immédiatement au lendemain des Fêtes de Convocation de McGill, organisées pour l'ouverture officielle des nouveaux bâtiments de la Faculté de Médecine. De cette double coïncidence, on attend une affluence plus considérable de membres qu'aux réunions des années passées.

Nous le répétons encore, puissent nos confrères canadiens, de langue française, s'insérer en grand nombre comme membres de notre association nationale. Ils auront en plus l'avantage de recevoir le journal mensuel de l'association, fort intéressant, nous nous plaignons à le reconnaître. Le Dr Mac Phail, l'éditeur en chef, y consacre ses loisirs. Son expérience du journalisme médical et sa culture générale en font un directeur précieux.

Voici un aperçu du programme :

Réunion les 7, 8 et 9 juin, à Montréal, dans les nouveaux bâtiments de la Faculté de Médecine, de McGill, juin, le 7, mercredi.

Inscriptions. — Réunion Générale à 10.30.

Adresse de bienvenue par le Président, le Dr G. Armstrong; rapport des secrétaires; élections des prochains officiers, etc.

1 heure P. M. Lunch servi au McGill.

2 heures P. M. Réunions des diverses sections: Médecine, Chirurgie, Gynécologie et Obstétrique, Pathologie, Ophtalmologie et Oto-Laryngologie, Hygiène.

9 heures P. M. " Smoker " à l'Arsenal des " Victoria Rifles."

Deuxième jour, jeudi:

9 heures A. M. Réunion des Sections.

2 heures P. M. Réunion générale; allocution du Président; communication sur la chirurgie par Alex. Primercse, de Toronto; W. J. Mayo, de Rochester, Min.

8.30 heures P. M. Réunion générale au Royal Victoria Collège; allocution sur la médecine par Sir James Barr, de Liverpool.

Troisième jour, vendredi:

9 heures A. M. Réunion des sections.

2 heures P. M. Réunion des sections.

3.30 heures P. M. Visite à l'Institut d'Agriculture MacDonald, à Ste-Anne.

Parmi les communications déjà inscrites nous relevons:

SECTION DE CHIRURGIE

Traitement de la tuberculose Pulmonaire. Byers, Ste-Agathe;

" " " Paterson, Ste-Agathe.

Prévention de l'Insanité. Haths, Halifax.

Diagnostic de l'Hémiplégie. Jones, Toronto.

Un Symposium sur la Poliomyélite aiguë Drs Shirres, Peter-, etc.

SECTION DE MEDECINE

Diagnostic et indications opératoires de l'Ulçère Duodéal. J. Pilcher, New-York.

Calcul Rénal, (projections). P. Pilcher, New-York.

Tumeurs Vésicales. Hutchison, Montréal.

Le 606. R. P. Campbell, Montréal.

L'Anesthésie Spinale. Elder.

Traitement de l'Empyème et des Abscess du Poumon, Von Eberts, Montréal.

Myxœdème post opératoire chez le singe, Halfenny, Winnipeg.
Communications par MM. Shepherd, Archibald, E. St. Jacques,
Mackenzie Forbes....

SECTION DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Symposium sur "La Fièvre dans l'Etat Puerpéral," Etiologie,
Little. Diagnostic, E. A. de Cotrer. Traitement.

Symposium sur "Les Malpositions Utérines." Etiologie et Pathologie. F. McClelland.

Symptômes et complications, W. Chipman.

Traitement, F. A. Lockhart, Toronto.

Erreurs fréquentes de diagnostic en Gynécologie. W. Gardner,
Montréal.

Grossesse prolongée, A. Wright, Toronto.

Tuberculose de l'Urèthre, A. Lockhart, Montréal.

Les Pathologistes et les Hygiénistes tiendront aussi des
réunions intéressantes par la valeur des communications.

Somme toute, la réunion de 1911 de la Canadian Medical
Association, s'annonce déjà comme devant être l'une des plus in-
téressantes dans les annales de notre association.

Toute communication ou demande de renseignements peut
être adressée au sec. gén. le Dr Archibald, 160, rue Metcalfe,
Montréal.

DR ST-JACQUES.

(*Journal de Méd. et Chirurgie.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 4 avril 1911

Président M. E. P. BENOIT.

Après l'adoption des minutes, M. Emile Peltier est élu membre
de la Société et nous passons à la correspondance qui est volu-
mineuse. M. Benoit lit d'abord une lettre de Sir Lomer Gouin,
une autre de Dr Normand et un télégramme du Dr Finnie, tous
relatifs au bill des rebouteurs qui vient de succomber au Conseil
Légitif grâce à l'opposition énergique de l'honorable Dr Lanctôt
et du Dr Finnie.

M. Benoit nous fait aussi part de la correspondance qu'il a

échangée avec le sénateur Béique et M. Honoré Gervais, député de St-Jacques concernant le bill Roddick amendé.. Désirant faire connaître aux membres de la Société la teneur du Bill No 15 (Loi à l'effet de modifier la Loi médicale du Canada) il avait écrit à Ottawa pour en avoir des copies, et M. H. Gervais se rendant au désir de M. Benoit, ajoutait que pour lui, le projet était inconstitutionnel et de nature à déprécier les collèges des médecins des provinces. Le président répondit aussitôt que la Société Médicale ne voulait pas s'immiscer dans l'affaire, attendu que les représentants légaux de la profession: les membres du collège des médecins et chirurgiens, élus pour nous représenter auprès des autorités ont, paraît-il, sauvegardé les prérogatives provinciales. En somme, à cette condition, la profession est en faveur de la réciprocité interprovinciale, qui permettrait les échanges.

Avis de motions-motions. La motion suivante. Bill des rebouteurs, est ensuite adoptée d'urgence.

Considérant les graves inconvénients qui auraient suivi l'adoption du bill des rebouteurs dernièrement présenté à la Législature :

Il est résolu sur proposition de MM. F. de Martigny et S. Boucher que la Société Médicale de Montréal félicite l'Hon. Dr Lanctôt et le Dr Finnie de leur opposition énergique et effective à la passation du dit bill.

Que copie de la présente leur soit transmise ainsi qu'aux journaux.

Lecture de rapports. La commission nommée à la dernière séance pour étudier la question des réclames médicales dans les journaux est déjà prête à faire rapport, et propose telle que modifiée légèrement, sur une remarque du Dr Hervieux, la résolution suivante qui est adoptée :

1° Que la Société Médicale de Montréal considère comme dérogatoire à l'honneur professionnel de faire ou laisser publier dans les journaux politiques ou quotidiens des articles, nouvelles ou réclames, relatant les interventions médico-chirurgicales, faites par les membres de la profession médicale dans les hôpitaux et dans la clientèle privée.

2° Que le fait de laisser publier sans protestations des articles semblables dans les journaux entraînera pour un membre de la Société Médicale, l'application de l'article 34 de nos règlements.

3° Que copie de ces résolutions soit transmise officiellement aux journaux de Montréal avec prière d'en tenir compte.

Avant le vote, le président donne quelques explications. Il dit d'abord ce qu'il faut entendre par articles réclames. Ce sont ceux qui signalent avec force détails, l'habileté d'un médecin ou d'un chirurgien en proclamant bien haut les résultats merveilleux de ses interventions. Il est vrai que la loi médicale provinciale ne pourvoit pas à ces cas, et que notre Société n'a pas de code spécial. La question n'en demeure pas moins une question d'honneur professionnel relevant du caractère d'un chacun, elle intéresse surtout ceux qui estiment le respect des confrères. Néanmoins la Société peut régler la question pour elle-même, et si le Dr Bourgeois a eu le courage de la soulever, il n'a fait que répondre au désir de plusieurs confrères qui trouvent que les réclames sont dommageables à la profession et à la Société. On peut, ajoute M. Benoit, blaguer facilement le public; parfois les clients, mais non pas les membres de la Société.

Présentation de malades, de pièces anatomiques, d'instruments.

M. Marien présente quelques préparations histologiques d'une lésion hémorragique de la trompe de Fallope, développée chez une femme de 38 ans, dont l'histoire se résume ainsi. Régulée à 14 ans, elle aurait eu des menstruations abondantes et prolongées. Mariée à 32 ans, elle accouche de son premier enfant à 34 ans et relève péniblement. A 36 ans, nouvel accouchement laborieux, suivi d'une abondante hémorragie. Enfin, elle a son dernier enfant à l'âge de 37 ans et présente des métrorragies tous les 15 jours d'abord, et bientôt continuelles, l'écoulement est mêlé de caillots fétides.

La malade a été opérée le 17 mars dernier, et le Dr Marien en face d'une hémorrhagie enkystée de la trompe eut l'idée de rechercher si vraiment il y avait lieu de croire à une grossesse tubaire, comme l'indiquaient les apparences.

Or les pièces histologiques préparées par le Dr Chs St-Pierre, montrent d'après le Dr Marien aucun élément placentaire, tandis qu'au contraire il existe des signes certains d'une inflammation profonde de la trompe, en particulier de l'inflammation des vaisseaux, et des trainées leucocytaires dissociant les fibres lisses; enfin l'épithélium de la muqueuse est abrasé et même ulcéré. M. le Dr Marien s'appuyant sur ces données et sur 3 cas semblables

rapportés antérieurement dont deux par le Dr Bazy de Paris conclut qu'il n'y a pas eu grossesse tubaire, mais simplement salpingite hémorragique.

M. le Dr Harwood en félicitant M. Marien, dit qu'il ne peut le suivre dans les détails histologiques, mais qu'il ne partage pas son opinion, parce que l'hémorragie continuelle est pour lui un signe de grossesse, rendue encore plus probable par la présence de caillots fétides, conséquence possible d'une infection surajoutée. A ce propos, il demande à M. Marien si la malade n'a pas passé en même temps des débris de membranes ou de caduque organisés.

Enfin M. Harwood a peine à croire qu'une salpingite hémorragique puisse être si localisée. Il termine en disant qu'il continuera comme par le passé à considérer ces hémorragies tubaires comme des signes de grossesse.

Anatomie pathologique du foie.

M. Wilfrid Derome donne les lésions cellulaires dans les affections aiguës du foie. Il divise ces lésions en 2 grands groupes: les lésions régénératrices et les lésions de dégénérescence.

Il montre que le pouvoir régénérateur du foie est un fait bien établi et ajoute que s'il n'existait pas, l'insuffisance hépatique serait beaucoup plus fréquente.

Il passe ensuite en revue les différentes sortes de dégénérescence de la cellule hépatique en présentant pour chacune d'elles un type anatomo-pathologique caractéristique. Il termine en faisant une énumération des lésions que peut présenter le foie chez un tuberculeux et chez un syphilitique.

LUDOVIC VERNER,
Secrétaire.

Séance du 18 Avril 1911.

Président M. E. P. BENOIT.

Après l'adoption des minutes et la mise en nomination de M. Rogers comme membre de la Société Médicale, M. Latreille invité à prendre part au symposium sur les maladies du foie au point de vue anatomo-pathologique, précise la question actuelle

des cirrhoses, tel qu'envisagée à cette heure par les maîtres contemporains. La cirrhose atrophique alcoolique de Laënnec et la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot ne sont pas les deux seules cirrhoses qu'il soit permis aujourd'hui à un praticien de connaître. Et pour ne s'en tenir dans cette communication qu'à la première (cirrhose atrophique alcoolique de Laënnec) M. Latreille nous fait remarquer qu'il suffit à chacun d'ouvrir sa bibliothèque de livres modernes pour constater qu'il existe des cirrhoses atrophiques qui ne sont pas alcooliques, et des cirrhoses alcooliques hypertrophiques. Ces cirrhoses sont bi-veineuses, ascitiques, souvent mégalo-spléniques, mais les cellules qu'elles montrent au microscope sont hypertrophiques: leur dégénérescence manifeste, ne va que jusqu'à la tuméfaction trouble, par conséquent est réparable. L'insuffisance hépatique dans ces conditions est donc traitable et curable. La cellule hépatique convenablement soignée récupère alors ses fonctions physiologiques, n'empoisonne plus le cirrhotique et conséquemment ne sclérose plus ses vaisseaux, l'ascite peut disparaître et la cirrhose aussi. Tout autrement, la cirrhose atrophique de Laënnec est-elle envisagée aujourd'hui par les auteurs. Souvent de nature paludéenne, goutteuse, saturnine et surtout syphilitique, cette cirrhose n'est pas toujours alcoolique. Elle résulte d'un processus pathologique lent, mais continu, tombant en quelque sorte goutte à goutte. Elle est bi-veineuse comme la précédente. Les travées de sclérose prennent ici comme dans l'autre, leur point de départ sur les parois de la veine porte comme sur les parois de la veine sus-hépatique, dissociée en cercles et en anneaux le lobule hépatique. Mais les cellules hépatiques sont ici détruites, atrophiées ou graisseuses. Leur dégénérescence s'est affectuée parallèlement à la formation des travées scléreuses, sans en être dépendante, bien entendu, puisqu'on trouve sur les coupes des cellules hypertrophiées en plein tissu de sclérose, mais cette dégénérescence subit la même influence, la même toxi-infection, lente, continue, dégénéralant graduellement les cellules du parenchyme, et irritant, sclérosant simultanément le tissu conjonctif. Cette cirrhose manque des éléments essentiels (possibilité de régénération cellulaire) nécessaires à la guérison.

Le président, M. Benoit félicite M. Latreille de son excellent

travail, et ajoute, qu'en effet, la spécificité de la lésion cellulaire n'est pas aussi étroite qu'on l'avait cru d'abord. C'est en somme une question de nutrition cellulaire, et la même affection peut être sous la dépendance de causes diverses sous des circonstances données.

Avis de motions-motions.

A l'occasion de la mort du Dr Bell, professeur à McGill, MM. Dufresne et Marien proposent que des résolutions de condoléances soient adressées à la famille et à la Société Médico Chirurgicale. — Motion adoptée.

Toujours le 606.

M. G. Archambault, avec toute l'honnêteté scientifique nous communique le résultat de ses observations, à la suite de l'emploi du magique arsено-benzol. Il l'a employé chez 7 de ses malades, et malheureusement sans succès. Après une accalmie momentanée, vite la vérole a repris le dessus et manifesté sa tenacité. Même un cas d'hérédosyphilis s'est terminé fatalement. De plus si les injections intra-veineuses sont pour le moins bien tolérées, il n'en est pas de même des injections sous-cutanées, qui souvent très douloureuses, ne mettent pas à l'abri de certains abcès et de certains empâtements très longs à guérir. C'est dire que la grande réclame a fait faillite et pour le prouver, l'auteur en appelle aux témoignages de Gaucher et de Levy-Bing, qui tous deux, après avoir expérimenté le médicament durant plusieurs mois et sur un grand nombre de malades, se croient autorisées à émettre une opinion motivée, et à considérer le 606, tout au plus comme un médicament d'exception, utilisable quand la méthode classique ne donne pas de résultats, ou n'est pas tolérée, à condition que les viscères soient sains. Ces auteurs affirment que le 606 ne guérit pas le syphilis, mais seulement certains accidents, et pour dire comme Gaucher, le mercure est encore debout.

En discussion, M. Décarie, tient à faire remarquer, que l'auteur ne s'est placé qu'au seul point de vue de l'intérêt scientifique, en racontant tout simplement ce qu'il a vu, et laissant aux autres le soin de juger. Il a été vivement intéressé et trouve très curieux ce 606, qui dans certains cas très graves agira pour ainsi

dire instantanément, et ne donnera que peu de résultats dans les cas ordinaires. Pour lui, il n'aimerait pas à se le faire introduire dans les veines, non plus dans les espaces interscapulaires; il se demande pourquoi on a choisi ce dernier endroit si exposé à l'infection, aux frottements plutôt qu'un autre, tel que la partie inférieure des cuisses où, semble-t-il, l'injection serait mieux tolérée.

Utérus gravide incarcerated (étude clinique).

M. St-Pierre présente une étude clinique de 3 cas d'utérus gravide incarcerated, le premier arrivé chez une nullipare de 41 ans, à l'hôpital Broca, à Paris, service du professeur Pozzi. L'utérus gravide en retroversion et incarcerated par un promontoire proéminent est pris pour un utérus fibromateux retroversé par les professeurs Pozzi, Gayle, Brousse et Binder. La laparotomie faite le lendemain montre un utérus gravide de 3 mois, enclavé avec myome à la face postérieure de l'utérus. L'avortement survint la nuit suivante, la malade guérit sans complications.

Le second cas, service du Dr St-Jacques à l'Hôtel-Dieu, malade de 38 ans se présente pour besoin fréquent d'uriner, avec violentes douleurs rectales, et surtout vésicales. Une masse volumineuse bombe dans le cul de sac de Douglass. Le diagnostic probable d'utérus gravide incarcerated est porté. On fonctionne la masse dans l'espérance de retirer du liquide et de dégager ainsi plus facilement l'utérus. Un peu de sang jaillit, mais la réduction de l'utérus est impossible. La malade insiste pour quitter l'hôpital. Huit jours après, elle accouche d'un fœtus de 2½ mois. Les suites furent longues mais la guérison fut complète.

Le troisième cas, malade du Dr St-Pierre, nullipare de 37 ans, sans passé blennorrhagique, spécifique ou tuberculeux, ayant eu une fausse couche à 35 ans, se présente avec un utérus en retroflexion, un col mou, béant, chargé de caillots, et juché tout en haut derrière la symphyse pubienne. Souffrances très vives par tout l'abdomen. Ne peut uriner ni aller à la garde robe. Pertes sanguinolentes depuis 4 jours. Corps utérin gravide fait bloc dans le Douglass et est fortement incarcerated. La réduction est inutilement tenté dans le Trendelenbourg et position genu-pectorale. La malade avorte 1 semaine après, d'un fœtus de 3 mois. Guérison plutôt facile.

Le docteur St-Pierre insiste pour montrer combien il est facile de méconnaître même par un examen attentif et minutieux un utérus gravide incarcerated, et combien pourtant il est de tout premier ordre de porter promptement le diagnostic. De la rapidité et de la sûreté de ce diagnostic, dépend souvent la vie de la malade, comme l'ont prouvé les 3 cas rapportés par Couvrelaire, par Martin et par Rosenberger.

Le 1er par la mise en liberté d'un utérus gravide incarcerated, éticant, comprimant l'urèthre. Le col utérin cessant de comprimer cet urèthre, la malade aussitôt urine seule, cesse de souffrir, quitte l'hôpital guérie, la gestation continuant.

Le second, Martin sauve sa malade par une laparatomie d'urgence, trouve une vessie déchirée sur 5 centim. et la grande cavité péritonéale remplie d'urine. La vessie suturée, l'utérus désenclavée, la grossesse se poursuit très heureusement.

Le 3e, Rosenberger fait une hystérectomie vaginale pour arracher sa patiente à une mort certaine. L'utérus enclavé chez cette malade, ayant effondré le vagin (par pression abdominale) et pendant lamentablement à la vulve avec trompe et ovaire gauche. — Guérison facile.

Le Dr St-Pierre nous fera voir dans un prochain article quels sont les signes ou symptômes sur lesquels on peut tabler pour ne point confondre l'utérus gravide avec: 1° tumeur annexielle prolabée et fixée; 2° pelvi péritonite; 3° fibrome utérin en rétro-position; 4° hématoécèle rétro-utérine secondaire (a) à la rupture d'un hyste hématique ovarien (apoplexie ovarienne) (b) avec grossesse ectopique (c) hémato salpynx (pachysalpingite hémorrhagique).

Le Dr Marien félicite le Dr St-Pierre et se déclare anxieux d'entendre énumérer les symptômes différentiels de ces différentes maladies avec leurs complications possibles.

LUDOVIC VERNER,
Secrétaire.

Séance du 2 Mai 1911.

Président de E. P. BENOIT,

Après l'adoption des minutes, M. Rogers est élu membre de la Société, et M. Léopold Masson mis en nomination.

LECTURE DE TRAVAUX :

Physiologie du foie. — Faisant suite aux travaux précédents, sur l'organe hépatique, M. Elie Asselin, nous donne une étude sur la physiologie du foie, d'après les données modernes; il ne peut dans un cadre restreint, traiter au long la question, et se limite aux fonctions glycogénique, uropoïétique et biliaire.

Remontant à Claude Bernard, il explique les diverses transformations des hydrocarbures ingérés, dans l'organisme, et montre que le foie est chargé de tenir l'équilibre entre la glycémie normale et l'hyperglycémie. Comme l'organe est sous la dépendance du système nerveux, ce dernier en défaut, favorise la glycosurie de deux manières, soit en exagérant la fonction glycogénique, soit en ne permettant plus au foie d'emmagasiner suffisamment les hydrocarbures. Inutile d'ajouter que la fonction normale ne dépasse pas certaine limite et qu'un excès d'absorption d'aliments sucrés est susceptible de produire une glycosurie passagère.

Un sujet de la seconde fonction du foie: la transformation des albuminoïdes en urée, l'auteur rappelle les modifications multiples que subissent ces matières, avant leur arrivée au foie, où finalement transformées en urée, elles sont bientôt prises par la circulation, et leurs déchets éliminés par les urines. A ce propos, M. Asselin note que l'urée des urines diminue dans presque toutes les maladies, où la fonction de la cellule hépatique est amoindrie.

Enfin la dernière fonction dont veut s'occuper M. Asselin est la fonction biliaire ou digestive. Le rôle de la bile dans l'intestin est d'émulsionner les graisses et d'empêcher les fermentations putrides; de plus, par les acides qu'elle contient, elle prévient suivant certains auteurs la formation des calculs hépatiques, théorie que n'admettent pas la plupart des modernes, pour qui la lithiase est plutôt la résultante d'une infection sanguine descendante.

Travail très instructif, très clair.

En discussion, M. Marien, au point de vue de la formation des calculs, en particulier de la théorie microbienne, se demande comment la bile peut charrier des microbes venant du sang. Il lui semble que d'après l'anatomie microscopique, ces derniers auraient peine à passer des vaisseaux sanguins dans les canalicules (1)

(1) Voir, à ce sujet page 348 du présent numéro.

hépatiques, et pour cette raison, il croit plus admissible la théorie de l'infection ascendante.

M. Cléronx défend l'opinion contraire, en s'appuyant sur l'autorité du maître Chauffard qui a récemment démontré que certaines infections graves de l'intestin, au cours de la dothiériose sont justement la conséquence d'une décharge de bile bacillifère dans le tube digestif; bile infectée par voie sanguine: la typhoïde étant aujourd'hui reconnue comme une bacillémie.

MM. Hervieux, Décarie, et Benoit disent quelques mots d'éloges à M. Asselin, et donnent leur opinion sur ces différentes théories, avant que M. A. LeSage passe à la seconde partie du programme: la séméiologie du foie.

Séméiologie du foie. — M. LeSage divise son travail en deux parties: séméiologie physique et séméiologie chimique. L'examen physique, au moyen de l'inspection, de la palpation et de la percussion nous met sur la voie du diagnostic en nous faisant découvrir tous les symptômes cardinaux de la maladie; l'examen chimique nous renseigne sur l'état de la cellule hépatique, en nous permettant de déceler dans les urines, le sang et les matières fécales la preuve de son fonctionnement exagéré ou diminué, en tout ou en partie.

M. LeSage décrit les différentes positions à donner au malade, pour favoriser l'examen, en particulier celles de Soupeault et de Glénard, et après une revue complète de tous les symptômes, physiques et chimiques, ayant pris soin de mettre en relief les principaux, il termine à l'aide de projections lumineuses sur l'écran, qui illustrent très nettement son intéressante mise au point.

M. Latreille fait remarquer que nous manquons de moyens cliniques précis pour apprécier l'insuffisance hépatique et attire l'attention de la Société sur un moyen préconisé par le professeur Caucher, de Paris, auprès des syphilitiques albuminuriques, avant de leur instituer un traitement mercuriel. Il consiste à faire la recherche du rapport azotique, i. e, du rapport de l'urée à l'azote total, en partant de cette notion que les substances albuminoïdes doivent se transformer en urée, dans une proportion de 85%, quand la fonction physiologique uropoïétique du foie est normale. Lorsque les purines, la créatinine, l'acide urique, l'hy-

poxanthine, etc., produits intermédiaires entre l'urée et les substances albuminoïdes sont dans une proportion dépassant 15%, c'est pour le professeur Gaucher, une preuve d'insuffisance uropoïétique du foie et une contre-indication à l'emploi du mercure.

LUDOVIC VERNER,
Secrétaire.

ANALYSES

MEDECINE

L'hérédoprédisposition tuberculeuse, par A. Calmette (*Annales de l'Institut. Pasteur*, 25 oct. 1910).

Personne ne nie l'hérédité tuberculeuse acquise dans l'utérus, et dans ce cas il est à peu près établi que la contagion se fait, par la voie sanguine, à travers le placenta. La question est de savoir si les enfants nés de parents tuberculeux, mais non porteurs de bacilles à leur naissance, apportent en naissant une réceptivité spéciale à l'infection tuberculeuse. Les expériences faites sur les jeunes bovidés répondent à cette question; les veaux séparés immédiatement de leur mère tuberculeuse restent indéfiniment indemnes. Aussi a-t-on abandonné la désespérante doctrine de l'hérédité du germe tuberculeux.

Sans doute, on a observé, dès les premiers âges de la médecine, les stigmates de la prédisposition tuberculeuse, et les modernes y ont ajouté d'autres signes encore. Entre autres on a noté les hérédodystrophies tuberculeuses qui résulteraient d'une imprégnation tuberculique ou d'une toxémie tuberculineuse ancestrale (Landouzy). Mais rien ne prouve que ces altérations anatomiques n'ont pas été acquises au jeune âge, et plutôt par contagion familiale précoce.

Il est prouvé aujourd'hui que les stigmates de la prétuberculose s'observent en réalité chez des sujets déjà infectés, porteurs de tuberculoses occultes; les dystrophies héréditaires spécifiques n'existent pas, pas plus qu'une immunité congénitale antituberculeuse.

Ce qu'on peut dire, c'est que certains sujets, certaines familles, certaines races humaines présentent une aptitude plus grande à contracter la tuberculose. Qu'il suffise de signaler, entre autres, le blond vénitien.

Done il n'y a pas de prédisposition *spécifique* vis à vis de la tu-

berculose; le prédisposé non infecté, fils de tuberculeux est une proie facile pour le bacille de Koch, parce que son organisme se défend mal; mais il est une proie tout aussi facile pour d'autres virus et intoxications; c'est le mauvais terrain qui est transmis par hérédité.

La néfaste doctrine de l'hérédité spécifique de la tuberculose est donc condamnée sans retour.

Rôle de la cellule hépatique dans la détermination des ictères expérimentaux, par Fiessinger et Lyon-Caen (L.) (*Journ. de physiol. et de path. gén.*)

Au cours des ictères, la pigmentation des téguments provient d'une imprégnation des tissus par le pigment biliaire ou bilirubine. Quel est le rôle du parenchyme hépatique dans la formation de ce pigment biliaire? Les expériences démontrent la part importante qui revient à la cellule hépatique dans le déterminisme des ictères. Son rôle est prédominant dans la pathogénie de l'ictère chlorurique; mais dans certaines circonstances, au lieu de produire à la fois le pigment biliaire et l'acide biliaire, elle ne fournit plus, lorsqu'il y a dégénérescence de son cytoplasma, que des acides biliaires qui passent dans les urines dont ils diminuent la tension superficielle. Dans la pathogénie des ictères, si l'apport des matériaux est abondant, on observe un ictère hémolytique, avec bilirubinurie ou urobilinurie, mais sans acides biliaires. La cellule hépatique transforme les matériaux recueillis en pigments biliaires, les rejette par les voies biliaires, et l'ictère prend fin.

La cellule hépatique intervient pour une part importante dans la transformation du pigment d'origine sanguine ou d'origine splénique, ou encore d'origine extérieure quand il s'agit de l'injection expérimentale d'hémoglobine. Mais la participation de cette cellule reste partielle; l'ictère est pigmentaire.

La plupart des intoxications employées pour reproduire des ictères entraîne des foyers de dégénérescence hépatique; cette dégénérescence provoque la dilatation irrégulière des canalicules biliaires et leur abouchement dans les espaces sous-endothéliaux, par des communications canaliculo-interstitielles. Les canalicules sont reliés directement aux espaces périvasculaires et la bile, sécrétée en faible quantité, est nécessairement excrétée dans les canaux sanguins.

Les ictères infectieux et toxiques sont tous ou presque tous mixtes. L'hyperfonctionnement cellulaire peut exister, mais il

n'est pas indispensable. Deux causes sont nécessaires seulement : l'apport des matériaux et la lésion hépatique.

Pour les ictères provoqués par un obstacle sur les voies d'excrétion biliaire, la bile retenue dilate les voies biliaires; elle provoque des altérations dégénératives entraînant le débordement de la bile dans les voies sanguines et déterminant un ictère total.

L'ictère hémoglobinique est un ictère d'apport; l'ictère cholédocien est un ictère d'excrétion, et l'ictère toxique est mixte à la fois d'apport et d'excrétion. (Rep. Med. Int.)

Le spasme gastrique, par Waldvogel, dans *Rep. de Med. Internat.*

L'auteur diagnostique le spasme gastrique chez les malades qui se plaignent de pesanteur, de plénitude, de douleur et de renvois gazeux et chez lesquels, après insufflation de l'estomac avec l'acide carbonique, la limite inférieure de l'estomac, laquelle d'après l'auteur est normalement au niveau de l'ombilic, serait située au-dessus de cette région; il faut, en outre, que la palpation ne révèle aucune altération de l'estomac. Les chiffres de l'acide chlorhydrique libre indiquent en général une haute teneur. Comme facteurs étiologiques, il a trouvé fréquemment l'abus du tabac, artério-sclérose des organes abdominaux, nervosisme général, etc. Traitement: pilules d'atropine à 0,0005 deux à trois par jour, associées suivant les cas aux préparations opiacées.

Les pseudo-cancers de l'œsophage, par Guirez, dans *Répertoire de Médecine internationale*. Janv. 1911.

L'auteur étudie les pseudo-cancers dont le nombre représente environ 1/12 des cas qui lui furent amenés avec sténose spontanée progressive, cachexie, dénutrition et phénomènes généraux graves. En effet les signes cliniques du cancer de l'œsophage sont loin d'être caractéristiques; un signe typique, c'est la fétidité de l'expectoration, l'odeur sphacétique du cancéreux. La dysphagie, la salivation abondante, le réflexe œsophago-salivaire, les vomissements, la cachexie et l'inanition sont des signes qui sont variables et communs au cancer et à d'autres affections non cancéreuses. *L'hémorragie et la fétidité*, tels sont les deux seuls signes cliniques qui sont tant soit peu dignes de confiance.

C'est par l'œsophagoscopie que l'on peut arriver à poser le diagnostic certain du cancer de l'œsophage.

Parmi les affections dont le tableau clinique simulait le cancer et dans lesquelles l'œsophagoscopie a permis de rectifier le diagnostic, citons les sténoses cicatricielles, les contractures spasmodiques ou les sténoses par compression qui en imposent pour du cancer.

L'œsophagoscopie seule dépistera ces pseudo-cancers et évitera aux malades des interventions inutiles et graves alors que la dilatation aurait pu les tirer d'affaire.

L'étiologie et le traitement rationnel de la constipation, par Kohn, (idem).

L'auteur étudie les diverses causes de la constipation: causes mécaniques et organiques; causes fonctionnelles.

Les premières réclament en général un traitement chirurgical. Les secondes consistent dans l'atonie du colon (qui, à son tour, dépend de plusieurs facteurs), le trouble des sécrétions; le spasme de l'intestin; la mauvaise digestion et absorption des aliments; et enfin les influences psychiques. Dans tout cas donné on devra rechercher quel est le facteur spécial qui est en cause. D'une façon générale, l'auteur recommande les aliments contenant beaucoup de cellulose, tels que les légumes verts et les divers fruits avec leur peau, on prendra en outre une grande quantité d'eau au repas et en dehors, et on se présentera à la selle toujours à la même heure. Il préconise en outre le son dont on fera des sortes de gâteaux à l'aide de farine. Enfin, le massage, l'hydrothérapie peuvent donner des résultats, mais seulement dans le petit nombre de cas où la constipation est due à l'atonie.

Si les mesures ci-dessus ne produisent pas d'effet, on aura recours aux laxatifs, en tête desquels Kohn place la cascara. (Cascara, dit-il, is the most efficient drug). La phtaléine du phénol n'a aucun avantage sur la cascara et son effet s'atténue trop vite.

Dans les cas où il existe une grande hyperactivité, on retirera d'heureux résultats de l'emploi de remèdes antiaucides non laxatifs (bicarbonate de soude) et dans les cas plus opiniâtres on aura recours à des antiaucides légèrement laxatifs (oxyde de magnésium).

(La cascarine remplit les conditions d'un laxatif tel que le comprend l'auteur; elle ramollit le bol fécal, lubrifie les parois intestinales, provoque des selles régulières, sans faire courir le risque d'entérite. Suivant le mot d'un maître, le professeur Arnozan de Bordeaux, c'est le laxatif par excellence).

Constipation et toxémie, par Sauer, *Med. Record* (idem).

Nous ignorons les nombreuses étiologies et les nombreux poisons métaboliques qui jouent un rôle dans les états connus sous le nom de constipation et de toxémie. Le premier remède vraiment naturel serait la restriction des aliments renfermant des protéides. Ce sont ceux qui forment dans l'intestin le milieu idéal de culture pour les bacilles dangereux et par suite pour les toxines et favorisent ainsi la toxémie. Nous mangeons trop et trop d'aliments azotés " nous creusons notre tombeau avec notre couteau et notre fourchette."

Dans les aliments azotés, il y aurait, selon Kohnstamm, une substance qui a un effet inhibiteur direct sur le péristaltisme ou peut-être agit en arrêtant la sécrétion des parois intestinales et rend ainsi le contenu intestinal sec et moins susceptible d'être influencé par l'action péristaltique. — Les aliments azotés seraient donc les facteurs principaux de la constipation, et, de par leur nature, de la toxémie. — Le soulagement apporté à l'une amènera une amélioration de l'autre. L'auteur pense que les cathartiques, purgatifs ou laxatifs provoquent une égalisation de l'osmose de chaque côté de la membrane intestinale séparant les liquides. — En résumé, la régularisation du régime sera un puissant auxiliaire dans le traitement de la constipation et de sa conséquence directe (la toxémie). (La Cascarine, cholagogue et copragogue de premier ordre provoque des sels naturels, sans régime fastidieux; miroprotique véritable, elle débarrasse l'intestin du bol fécal producteur et réservoir des microbes et de leurs toxines).

Quelles sont les affections cardiaques qui présentent une contre-indication à l'emploi du 606? par Grassman, dans *Presse Médicale*. Janvier 1911.

Ehrlich, ainsi que de nombreux auteurs, conseillent de ne pas injecter de 606 aux cardiaques; K. Grassmann, estime, au contraire, qu'il n'est pas rationnel de vouloir exclure du traitement par le 606 les syphilitiques dont l'infection se traduit par une lésion cardiaque. Les modifications du pouls, l'arythmie et la tachycardie, quand il n'existe pas d'affaiblissement du muscle cardiaque, ne sont pas des contre-indications s'il s'agit de cas au début. Les troubles fonctionnels du myocarde, sans dégénérescence appréciable, ne sont pas non plus une contre-indication à l'emploi du 606; mais les grandes dilatations cardiaques, surtout avec in-

suffisance notable, ne se prêtent pas aux injections de 606. Seuls les souffles, quand ils n'indiquent pas une insuffisance grave, ne constituent pas un obstacle à l'emploi du médicament.

Mais si, chez un syphilitique ancien, on trouve une bradycardie marquée, la plus grande prudence est recommandée, et même le 606 peut être contre-indiqué.

Grassmann n'exclut pas d'une façon ferme l'emploi du 606 dans les aortites spécifiques, la sclérose des coronaires et les anévrysmes aortiques d'origine syphilitique.

En ce qui concerne les affections cardiaques, qui ne relèvent pas de l'infection syphilitique, dans les insuffisances valvulaires, tout dépend du degré de la compensation. Dans une insuffisance mitrale bien compensée, le 606 ne peut être contre-indiqué. Il en est de même de l'insuffisance aortique compensée si elle n'est pas de nature artério-scléreuse.

Toutes les affections cardiaques inflammatoires récentes constituent, à proprement parler, une contre-indication stricte.

Mais c'est l'insuffisance chronique du cœur qui est le plus à redouter. Dès qu'on note des altérations de dégénérescence du myocarde, il faut s'abstenir de faire des injections arsénicales, car l'arsenic cause précisément une dégénérescence parenchymateuse des organes. Il faut toujours avoir en vue l'étiologie de la myocardite, qui se comporte, chez un alcoolique, d'une autre façon que chez un artério-sclérose ou chez un goîtreux. Des expériences montrent que la faiblesse du cœur chez un scoliotique ou un cyphotique, chez un emphysémateux ou un bronchitique chronique, constitue un danger à l'injection de 606.

Pronostic de l'insuffisance mitrale chez les vieillards, par Hirtz, dans *Gaz. Lop. et Rep. de Méd.*

On voit persister pendant de nombreuses années chez les personnes âgées de l'insuffisance mitrale, sans que leur santé paraisse s'en ressentir. Le Dr Hirtz s'est donné comme tâche de démontrer que l'insuffisance mitrale simple par athrénome est en effet souvent assez bénigne chez les vieillards. Il a recueilli une série d'observations qui mettent ce fait en évidence. Il y a, en effet, chez le vieillard, une véritable adaptation de l'organisme aux lésions cardiaques, mais aux conditions suivantes: c'est que les reins filtrent bien.

Lorsqu'il existe un emphysème pulmonaire, une dilatation bronchique, une sclérose pleuro-pulmonaire, le cœur aura plus de peine

à lutter; il en est de même pour les artérioscléreux avec radiales un tuyau de pipe, et pour les albuminuriques et néphrétiques. Un vieillard exempt de ces lésions peut donc dans de bonnes conditions d'hygiène et de régime, jouir d'une santé satisfaisante pendant de longues années, même s'il est atteint d'insuffisance mitrale.

Le pronostic dans les affections valvulaires chroniques du cœur, par Allyn, dans *American Journal of Medical Sciences et Rep. de Méd. Int.* Janvier 1911.

L'auteur pense qu'en général les médecins s'exagèrent la gravité des maladies du cœur; de même l'aptitude au travail est plus grande qu'on ne le croit d'ordinaire. Il n'est pas rare de voir des sujets porteurs de lésions valvulaires et observés pendant 10, 15, 20 ans, plus longtemps même dans quelques cas, sans être très gênés ou avoir perdu beaucoup de leur activité. Les sujets qui tolèrent ces lésions le plus longtemps et avec le moins de troubles sont ceux qui sont d'habitudes régulières et modérées, pas trop obèses, qui ne s'émotionnent pas facilement. Ceux qui peuvent mener une vie calme, protégée, sont ceux qui vivent le plus longtemps. La mort n'est pas le résultat direct de la maladie du cœur; elle est due à quelque accident ou à une maladie intercurrente.

Rappelons-nous bien qu'il y a lieu de distinguer entre lésion cardiaque et maladie du cœur. Tant qu'il n'y a qu'une lésion le pronostic est bon. La lésion cesse d'exister et la maladie apparaît quand le cœur s'hypertrophie et que les symptômes subjectifs se montrent; pour Allyn, ceux-ci sont de meilleurs guides que les signes objectifs pour juger de l'énergie fonctionnelle et de la résistance du cœur.

L'angine de poitrine peut permettre une durée de 5 ans; certains cas d'insuffisance aortique ont survécu 30 ou 40 ans, dans des conditions favorables.

Un nouveau symptôme de l'insuffisance aortique : le pouls lingual, par Minervini, dans *Rep. de Méd. Int.*

On connaît le pouls de la luette (symptôme de Muller); l'hippus circulatoire de Landolfi; le pouls amygdalo-carotidien de Huchard. L'auteur a vu que la langue communique à l'abaisse-langue un mouvement de bas en haut, rythmique et synchrone aux batte-

ments artériels. On le voit mieux quand la langue repose sur le plancher de la bouche. L'abaisse-bouche est utile pour éviter la confusion avec les mouvements ondulatoires involontaires constatés chez certains sujets. Ce phénomène du pouls lingual est dû à une véritable érection de l'artère linguale, branche collatérale de la carotide externe. Ni l'hypertrophie du cœur, ni l'hypertension, ni l'artério-sclérose ne sont capables de le produire. L'intensité du phénomène dépend de l'état de la pression artérielle et subit les variations de celle-ci. Le pouls lingual est rare dans l'insuffisance aortique compensée, sans grande hypertension. Il est fréquent dans l'insuffisance aortique compensée avec tachycardie, ataxie cardiaque et état anginoïde.

Signification des crises et attaques cérébrales passagères telles qu'elles se produisent dans l'artério-sclérose, par F. Hear,
dans *Rep. Méd. Intern.* Janv. 1911.

Ces diverses attaques ou crises cérébrales, vertiges, etc., attaques épileptiformes que le vulgaire regarde comme les avant-coureurs d'une attaque d'apoplexie, peuvent se manifester de façon quasi-larvée; perte de force des membres, picotement, fourmillement, hémianopsie, tremblement des lèvres et difficulté de la parole, paresthésies diverses, etc. Ce sont ordinairement des vieillards (âge des sujets observés par l'auteur, 62, 37, 86, 73 ans), nettement artérioscléreux avec tension élevée; chez tous on nota des troubles de la digestion intestinale.

Il est évident, étant donnée la nature passagère de ces troubles que l'état pathologique local est lui aussi passager; il s'agirait là, en dehors d'une action toxique localisée, d'une contracture, d'un spasme vasculaire des artères cérébrales, suffisants pour gêner la fonction sans atteindre l'intégrité des tissus. Sur ce point, Russell et Osler sont d'accord avec l'auteur. — Le diagnostic de ces états est facile (diagnostic différentiel avec: hystérie, tumeurs cérébrales, épilepsie).

Le traitement consistera dans un régime susceptible d'éliminer les toxines formées, et d'empêcher la formation de nouveaux poisons endogènes. (Régime léger, lacté, lacto-végétarien. Exercice modéré au grand air), Guipsine qui abaisse la tension, augmente la diurèse, empêche les crises convulsives. — On évitera ainsi les dangers et les inconvénients des iodures, de la trinitrine et des nitrites).

CHIRURGIE

Le traitement de la coxalgie tuberculeuse, par Neuber, dans *Rép. Méd. Inter.* Janv. 1911.

L'auteur préconise le traitement opératoire. Il ouvre en avant l'articulation coxo-fémorale, enlève les parties osseuses malades, lave la plaie pendant 2 ou 3 minutes avec le savon au formol, la sèche et la remplit d'une émulsion d'iodoforme à 5%. Tamponnement à la gaze au vioforme; suture de la peau. Une longue attelle (gouttière de Kramer) va depuis le milieu de la jambe jusqu'au niveau de l'ombilic et fixe de façon certaine le membre mis en abduction.

Ce pansement demeure en place pendant 4 semaines; il est associé à de l'extension peu prononcée. Au bout de ce mois, on donne au malade un bain salé; puis on le remet pendant 1 mois dans la gouttière, mais on le change 2 à 3 fois. On le place alors pendant 6 à 8 semaines dans un appareil plâtré. Les mois suivants, on lui fixe pendant le jour, un bandage plâtré amovible, et la nuit on fait de l'extension. Peu à peu on commence à le faire appuyer avec prudence sur la jambe malade. Au bout d'un an, on supprime le bandage protecteur. On continuera, pendant longtemps, le massage, la gymnastique active et passive.

Les résultats ont été excellents jusqu'ici.

Opération simple et non sanglante pour les hémorroïdes, par Hirschman, *Journal of Amer. Soc. et Rép. Méd. Inter.*

Pour l'anesthésie l'auteur emploie une solution à un pour cent de chorydrate de quinine et d'urée. Cette solution n'est pas toxique et peut être donnée à une dose illimitée. Elle a en outre un effet hémostatique. L'effet anesthésique est prolongé. Enfin son prix de revient est bien inférieur à celui de la cocaïne.

On donne d'abord un lavement à l'eau de savon, suivi d'un second à l'eau boricquée, on lave et on stérilise la région de l'anus et du sphincter et l'on injecte la solution anesthésique. Une fois l'insensibilité établie, on dilate l'anus à l'aide d'un vibreur à main. On attire au dehors un paquet hémorroïdal dans lequel on injecte la solution.

On traverse la base du paquet à l'aide d'un fil de catgut chromé juste à la jonction de l'hémorroïde et de la muqueuse. On donne ensuite un suppositoire à l'orthoforme. Les hémorroïdes diminuent graduellement de volume, au bout de trois à quatre semaines, il ne reste plus qu'un petit bourgeon conjonctif qu'on peut réséquer ou laisser en place.

GYNECOLOGIE

Action des rayons X sur les organes génitaux internes, par Perdrizet. *La Clinique, Paris et Rép. Inter. Méd.*

Par l'action des rayons X sur les ovaires et les follicules de Graaf, on obtient la stérilité artificielle de la femme, comme l'ont prouvé Schœnberg, Foveau de Courmelles, Deutsch, Imbert, Gôrl. Ce dernier auteur vit en outre, chez quatre femmes, régresser totalement des fibro-myomes. Bordier a récemment obtenu la régression totale de fibromes utérins chez quatre femmes au bout de quelques semaines.

L'action des rayons X s'exerce à la fois sur les cellules reproductrices des ovaires et sur les cellules de néoformation utérine. Il en résulte une ménopause précoce et une atrophie du fibrome ou du myome utérin. Un fait important observé par Bordier, c'est que, malgré la disparition anatomique des follicules de Graaf, la sécrétion interne de l'ovaire ne se trouve nullement abolie.

D'une façon générale, c'est dans les fibromes jeunes, plus ou moins gros, et surtout dans les petits fibromes accompagnés d'hémorragies graves que le traitement réussit le mieux.

Dans les cas où la stérilisation de la femme s'impose, la méthode radiothérapique, inoffensive entre des mains expertes, est de beaucoup préférable à la méthode chirurgicale tubaire.

Avec de la persévérance, on réussira, comme un auteur l'a fait dans neuf cas, à rendre la femme stérile par les rayons X à coup sûr et sans danger. Cette méthode devrait être le procédé de choix dans les ménorrhagies qui n'exigent pas une intervention immédiate et après échec des autres méthodes; de même aussi dans les fibromes utérins dont l'ablation chirurgicale présenterait des dangers. L'auteur n'emploie que des lampes dures, avec des doses de radiation très faibles.

C'est ce qui explique le nombre assez grand des séances nécessaires (jusqu'à 80). Mais cette prudence est de mise.

Traitement de la dysménorrhée, par Drenk Hahn, all. dans *Rép. Méd. Int.* 1911.

La dysménorrhée est calmée par l'injection dans le canal cervical de 0,001 d'atropine en solution dans 1 gramme d'eau. Si sur le moment on n'a pas de seringue sous la main, on peut ob-

tenir le même résultat avec des tampons d'ouate plongés dans la solution d'atropine à 1 pour 1000 et qu'on introduit dans le cul-de-sac vaginal postérieur. D'après les expériences de Schindler, l'effet calmant est dû à la paralysie de l'automatisme utérin et, quelques heures après, de son excitabilité mécanique directe par la solution d'atropine à 1 pour 1000.

Traitement des fibromes par les rayons de Roentgen, par Schindler, (Idem).

L'auteur est satisfait du traitement des fibromes utérins par les rayons de Roentgen. Chez les malades qu'il a traitées, les myomes ont disparu totalement ou bien ils ont tellement rétrogradé qu'ils ne causent plus aucune gêne aux patientes.

La thérapeutique roentgenologique des fibromes n'est passible que d'une seule objection; c'est qu'après le traitement il reste des résidus du tumeur pouvant être l'origine de processus de dégénérescence. Mais, ce reproche qui n'est encore fondé sur aucun fait s'adresse également à la castration et à l'amputation supravaginale. Suivant l'auteur le traitement transforme les fibromes en tumeurs inoffensives et la ménopause achève de faire disparaître les reliquats qui pourraient faire naître quelque souci.

Enfin un argument sérieux en faveur de la méthode c'est qu'elle est absolument sans danger. Donc avant de se décider à l'opération il faudra dans l'intérêt des malades, essayer ce mode de traitement.

THERAPEUTIQUE

Nouvelles expériences avec le 606, par Mac. Donagh, dans *Lancet* et *Rép. Int. Méd.*

D'une façon générale l'auteur est satisfait de la préparation d'Ehrlich qu'il a employée dans treize cas de syphilis à tous les stades. Il n'a pas observé d'accidents. L'albuminurie est fréquente après l'injection; la constipation survient quelquefois; pour ce motif, il est bon de donner un laxatif le second ou le troisième jour. La fièvre ne survient pas de manière invariable. La réaction de Wassermann demeure positive dans les cas congénitaux. Le 606 exerce une action bienfaisante sur la tuberculose, de même sur les processus streptococciques et staphylococciques

qui viennent compliquer l'infection vénérienne. Le remède n'a eu aucune action sur la blennorrhagie concomitante. Pas de résultats favorables dans les cas de tabès avec ataxie marquée. Suivant l'auteur, on ne devrait jamais traiter par ce moyen les sujets qui ont eu des attaques d'hémiplégie, ni les cas de tabès avancé, ni les cas de paralysie générale.

Quelques accidents du Salvarsan, dans *The Journ. of the Am. Asso.* vol. LVI, n° 5, 1911, 4 février, p. 344, et *Presse Médicale*, 6 mai 1911.

De tous côtés, on signale de multiples inconvénients après les injections sous-cutanées, intramusculaires ou intraveineuses de 606.

Joseph Sellei (de Budapest) a observé, dans trois cas de syphilis récente floride, quelques jours après une injection de 0.60 de 606 (sous-cutanée ou intra-musculaire), des troubles de l'ouïe: hyperesthésie acoustique, catarrhe de l'oreille moyenne. Des cas analogues ont déjà été rapportés par Finger, Rille, Beck et sont considérés par les uns comme dus à l'action neurotoxique du 606, par les autres comme des manifestations syphilitiques.

Comme autres accidents nerveux, Sellei a observé, dans deux cas, un fort tremblement des mains après une injection de 606.

Sur les reins déjà malades, le 606 exerce une action irritante. Sellei a traité par le Salvarsan deux malades atteints de néphrite syphilitique. Chez l'un, âgé de 42 ans, syphilitique depuis 16 ans, et qui avait, depuis un an, 0.50 d'albumine par litre, une injection sous-cutanée de 606 fit monter la quantité d'albumine jusqu'à 4 gr. 50 par litre pour redescendre ensuite.

Chez un deuxième malade, tuberculeux pulmonaire, qui reçut une première injection sous-cutanée et, huit semaines après, une injection intraveineuse, l'urine devint sanglante le matin et contenait 6 grammes d'albumine: au bout de huit jours, elle n'en contenait plus que 2 grammes.

Comme autres accidents d'intoxication, Sellei a vu survenir des érythèmes scarlatiniformes ou morbiliformes avec ou sans fièvre, céphalée, douleurs dans les membres (*Munch. med. Woch.*, t. LVIII, 1911, 14 Février, p. 350-353).

Gilbert (de Munich) a observé des troubles nerveux graves chez un enfant qui présentait, sans doute à la suite d'une méningite syphilitique, une légère paralysie spasmodique de la jambe droite. Wassermann positif. Quatre-vingt-une heures après une injection de 0,20 de 606 dans la fesse gauche, on trouva l'enfant sans con-

naissance dans son lit, le visage décoloré et couvert de sueurs froides. Un quart d'heure après survinrent de violentes crises convulsives, d'abord au niveau du bras gauche et de la moitié gauche de la face, et du nystagmus horizontal à gauche. Puis, après cinq minutes d'arrêt, les convulsions reparurent plus violentes, avec trismus très marqué, et, finalement, les muscles de toutes les extrémités furent pris à leur tour. Les contractures durèrent deux heures. Pendant ce temps, le pouls était petit et filant (160); il existait de la cyanose, de l'écume des lèvres.

Les convulsions se répétèrent le lendemain, quoique moins accusées, et disparurent. Trois jours après apparut un érythème à grandes plaques qui disparut au bout de trois jours.

Spiethoff a déjà rapporté un cas de crises épileptiformes survenues chez un homme de 31 ans, avec stupeur et autres troubles psychiques quatre heures après l'injection (*Munch. med. Woch.*, t. LVIII, 1911, 14 Février, n° 7, p. 350-351).

Richard Sutton, sur 42 malades injectés, a observé trois fois une éruption urticarienne sur le tronc et une fois un rash scarlatiniforme; ces érythèmes ne durèrent que dix-huit à vingt-quatre heures.

Dans deux cas, il resta un œdème localisé à la région lombaire quarante-huit heures après l'injection. La tuméfaction était ovulaire, de 4 à 10 centimètres de long; son grand axe était parallèle au rachis et son bord inférieur atteignait le sacrum. Cet œdème apparut brusquement et atteignit son acmé en cinq à six heures. Il était douloureux spontanément et à la pression. Jamais on n'obtint de fluctuation. Il disparut graduellement en cinq à six jours sans laisser de traces. Dans chaque cas, l'injection avait été pratiquée à 30 centimètres ou plus de la tuméfaction et il n'existait aucune connexion visible entre le point de la piqûre et la plaque œdématisée. L'auteur considère cette lésion comme une plaque d'urticaire géante.

Propriétés antipyrétiques et analgésiques de la cryogénine, par Desthieux, *Journal Méd. de Paris et Rép. Méd. Int.* 1911.

La cryogénine, a fait l'objet d'un si grand nombre de travaux qu'il peut paraître superflu d'en parler à nouveau.

Il n'en est cependant rien, car l'étude du Dr Desthieux, porte plus spécialement sur l'action analgésique de la cryogénine qui n'a jusqu'à présent, fait l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Après avoir passé en revue les propriétés générales, chimiques,

physiques et physiologiques, l'auteur examine comparativement l'action des principaux antipyrétiques et de la cryogénine dans les différentes pyrexies et conclut :

1° Comme sûreté et rapidité d'action, la cryogénine ne le cède en rien aux autres agents antipyrétiques.

2° Elle leur est manifestement supérieure par la durée de la défervescence qu'elle provoque, et surtout par une absence presque complète de manifestations secondaires fâcheuses.

3° Elle présente une action véritablement élective à l'égard de la fièvre des tuberculeux et de la fièvre typhoïde.

4° On la conseillera avec avantage dans toutes les autres pyrexies où l'on jugera utile de provoquer une défervescence, et où elle n'a absolument aucune contre-indication.

La deuxième partie du travail traite spécialement des propriétés analgésiques de la cryogénine.

L'auteur a réuni trente trois observations se rapportant à des algies diverses. " Ces observations, dit-il, n'ont point la prétention d'englober tous les cas si multiples et si variés où le symptôme douleur peut être constaté; leur ensemble fort disparate prouve néanmoins, croyons nous, que la cryogénine peut être employée avec succès dans les affections douloureuses les plus diverses."

I. — La métabenzamido-semicarbazide (cryogénine), surtout employée à titre d'antipyrétique depuis sa découverte, est aussi, comme les antithermiques nervins (antipyrine, pyramidon), un analgésique de premier ordre.

II. — Elle provoque de façon à peu près constante la sédation rapide de la douleur dans les algies à localisations diverses et d'origine très différente (goutte, rhumatisme, migraine, névralgies intercostales, douleurs fulgurantes, odontalgies, sciatique, etc). Elle donne néanmoins ses meilleurs résultats dans les douleurs d'origine centrale, le médicament paraissant agir par l'intermédiaire des centres de la sensibilité.

III. — Elle paraît avoir une efficacité toute particulière, et pour ainsi dire spécifique, dans le rhumatisme tuberculeux (Poncet), tant comme calmant de la douleur qu'au point de vue de la rétrocession des autres manifestations articulaires de cette forme de tuberculose inflammatoire.

IV. — Enfin toutes les observations prouvent la parfaite innocuité du médicament, qui, même à des doses thérapeutiques élevées (1 gr. 50 à 2 gr. par jour chez l'adulte), ne provoque jamais les accidents habituels à la plupart des autres analgésiques.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections endo-veineuses de chinisol et de formol, par Mac Elvoy, dans *Lancett et Rép. Int. Méd.*

Le chinisol est un composé potassique de quinine doué, paraît-il, d'une grande puissance antiseptique. L'auteur l'a employé, associé au formol, en injections endo-veineuses dans trois cas de tuberculose. Dans deux cas, il y a eu une amélioration sensible : plus de bacilles dans les crachats ; puis cessation de l'expectoration, relèvement des forces. Le troisième cas est encore en traitement, mais est également amélioré. Le premier sujet reçut 33 injections, le 3e 36. Il faut noter que le deuxième malade eut une phlébite consécutive aux injections.

On injecte quotidiennement 50 centimètres cubes d'une solution à 1/2000 de formaldéhyde, plus 56 centimètres cubes de la solution de chinisol à 1/400. Dans le cas 1, on alla jusqu'à 1/500 pour le formol et 1/1000 pour le chinisol ; il n'y eut pas d'autres inconvénients que de légers troubles gastriques. L'auteur pense que ces médicaments ont une action directe sur les bacilles.

OPHTALMOLOGIE

Névrite optique comme accident syphilitique après l'emploi du 606, par Kowalewski, dans *Rép. Méd. Int.* 1911.

Axenfeld et Cohn ont observé des récides oculaires malgré l'emploi du 606. Kowalewski rapporte le cas d'une femme de 28 ans, infectée au printemps 1910, traitée par une injection de 606 dans la fesse et renvoyée comme guérie. — Le 24 juillet, céphalées nocturnes violentes ; le 10 août, diminution de la vision ; les papilles sont hyperhémisées, troubles œdématisées, les veines rétiniennees sont dilatées et tortueuses, les artères plus étroites qu'à l'état normal. — Amélioration par les frictions mercurielles. L'auteur met en garde contre une confiance exagérée vis-à-vis du 606 et cependant, il n'hésite pas à dire que si le mercure agit vite chez cette malade, c'est que le 606 agissait encore.

PEDIATRIE

Anaphylaxie pour le lait de vache chez les nourrissons, par Barbier, dans *Archives de Méd. des enfants et Rép. Méd. Int.* 1911.

On observe parfois chez certains enfants, une sensibilité si grande à l'ingestion du lait de vache qu'une dose minime de ce

dernier provoque des accidents d'intolérance qui forcent à cesser son emploi. Ces accidents s'observent de préférence chez les nourrissons qui, nourris au biberon, ont présenté des troubles gastro-intestinaux plus ou moins graves et qu'on essaie de suralimenter après les avoir mis à la diète hydrique.

L'auteur se range à l'hypothèse émise par Hutinel qui y voit des accidents anaphylactiques; il met en lumière, dans plusieurs observations, les arguments qui plaident en faveur de cette interprétation: tolérance conservée pour les autres laits que le lait de vache, retour des accidents consécutifs à l'ingestion du lait de vache, lorsque celle-ci est reprise, même au bout de plusieurs semaines.

L'auteur distingue une anaphylaxie congénitale, apanage des débiles et une anaphylaxie acquise, le plus souvent consécutive à la suralimentation et précédée de troubles dyspeptiques.

Le traitement dans ces cas est de remettre l'enfant au sein ou, tout au moins, de changer de lait, (lait d'ânesse, œ chèvre).

Quelle est la valeur du sucre de lait pour l'alimentation des nourrissons? par Weigert. *Rép. Méd. Int.*

L'auteur est depuis longtemps l'adversaire du sucre de lait dans l'alimentation du nourrisson; il faudrait donc l'abandonner complètement comme addition aux aliments. En effet, d'une part, il n'a pas la moindre influence sur la marche de la courbe du poids, et d'autre part, il est incapable d'empêcher l'apparition de selles présentant les signes de la constipation (selles savonneuses) de même qu'il ne peut y porter remède. C'est à tort qu'on a fait au sucre de lait, surtout à ce dernier point de vue, une réputation qu'il est loin de mériter. Sa valeur réelle est en effet nulle ou presque nulle.

Epidémiologie de la scarlatine, par Lesné et Dreyfus, dans *La Clinique*. Paris et *Rép. de Méd. Int.*

Les épidémies de scarlatine se groupent plus particulièrement pendant la saison froide, pendant le premier trimestre de l'année; cependant aux Etats-Unis elle est également intense et grave à toutes les saisons; ce qui tient sans doute à la grande tenacité du virus scarlatineux.

La scarlatine naît habituellement de la contagion directe ou médiate, ce qui explique sa permanence dans les grands centres. Une épidémie, une fois commencée, se développe lentement et persiste longtemps.

Contagieuse, la scarlatine se transmet d'un individu malade à un individu sain. Cependant la réceptivité pour cette maladie est bien moins grande que pour la rougeole et l'immunité conférée par une première atteinte est très durable.

La scarlatine est plus fréquente et plus grave en Angleterre et en Russie qu'en France. Elle est plus fréquente avant la puberté qu'après, avec recrudescence chez l'homme adulte vers vingt ans, au moment du service militaire dans les pays d'Europe.

Quel est le contagion et quel est son siège? Une opinion ancienne et fortement accréditée jusqu'à ces dernières années localisait le contagion dans les squames; c'est plus que douteux; les scarlatines frustes sans desquamation transmettent en effet des scarlatines typiques. La tendance actuelle est de considérer les produits buccaux, nasaux, pharyngés comme les vecteurs essentiels du germe scarlatineux. Il est probable aussi que l'agent pathogène n'a pas la tenacité et la résistance qui lui ont été si longtemps attribuées; le sujet lui-même garde, même après la desquamation, le germe virulent dans le rhino-pharynx et cela même après les formes frustes.

Le rôle principal dans la propagation de la scarlatine est donc joué par les porteurs de germes.

Un scarlatineux est contagieux dès 3 à 5 jours avant l'apparition des premiers symptômes (Vogel); dans la phase angineuse le fait n'est pas douteux.

Les squames n'ont, en définitive, qu'une contagiosité d'emprunt; c'est dans les sécrétions naso-pharyngées, dans les pus (notamment celui des otites), dans l'urine, dans les garde-robes que se trouve l'agent contagieux.

L'isolement des malades s'impose le plus tôt possible et l'on pratiquera surtout l'asepsie du nez et de la bouche. Toutes les précautions d'usage seront prises par les personnes qui entourent les malades. L'air, la lumière, l'eau ne doivent pas être craints, car ce sont les vrais agents microbiocides.

La durée d'isolement d'un mois est généralement suffisante; au bout de ce temps les complications graves (otite, néphrite) ne sont plus à craindre. Après la guérison on ne désinfectera que les objets qui ont été souillés par la salive et les sécrétions du malade. Les véritables propagateurs de la scarlatine ce sont, non les objets, mais le malade et leur entourage: les porteurs de germes.

La scarlatine et sa transmission, dans *Rep. de Med. Internat.*

Même au bout des 6 semaines classiques, la scarlatine serait encore contagieuse, et, dans certains cas, au bout de plusieurs mois. C'est dans la cavité buccale qu'il faut chercher l'habitat des germes morbides. On devra donc viser à aseptiser le plus possible et le plus longtemps possible la cavité buccale des scarlatineux, même guéris.

Conservation des dents de lait, par Herrenknecht *Rep. — Revue trimestrielle de stomatol.*; VIII. n° 4, déc. p. 557).

Les dents de lait ont à remplir le même but physiologique que les dents permanentes. Leur développement assure le développement normal de l'organisme tout entier et en particulier celui de la face. Leur conservation a une grande importance au point de vue de la régularité des dents de seconde dentition. Il arrive, qu'on ait affaire à des enfants dont les dents sont détruites au point qu'on ne peut plus instituer un traitement conservateur. Cependant il n'est pas rationnel d'enlever en toute circonstance ces dents dans le but d'obtenir un assainissement de la bouche. Elles assurent encore l'accroissement de la mâchoire et elles ne seront extraites que lorsqu'elles provoquent des douleurs continues, ou une suppuration intense, ou un gonflement ganglionnaire.

Les attouchements au nitrate d'argent constituent le traitement de choix dans les caries au début. Lorsque celles-ci ont déjà atteint une certaine profondeur, elles seront obturées. Les dents atteintes de pulpites seront dévitalisées par cautérisation et soignées ensuite comme il convient.

L'auteur insiste de la même façon en faveur de la conservation des dents de six ans. Celles-ci ne sont extraites qu'après l'éruption complète des dents de douze ans et il sera même préférable d'attendre la seizième année étant donné qu'à cet âge la mâchoire a atteint son complet développement et qu'un redressement spontané des dents peut encore s'effectuer facilement, lorsqu'on a rendu celui-ci possible par l'extraction de la dent antagoniste.

Les dents de six ans se laissent facilement soigner chez l'enfant à cause de la largeur de leur canal et de la grande énergie vitale des cellules du tissu conjonctif.

L'inspection et le traitement des dents des enfants d'écoles, par M. Roy (*L'Odontologie*; 30 nov. 1910, p. 443).

La carie dentaire est extrêmement fréquente, en particulier chez les enfants dont les dents sont plus vulnérables que chez les adultes; plus de 95% des enfants présentent des caries dentaires, d'après les statistiques. Outre les inconvénients locaux, la carie dentaire favorise le développement des maladies générales. Il y a donc nécessité impérieuse pour les autorités scolaires à s'occuper de l'hygiène dentaire de l'enfant. Voici les conclusions posées par M. Roy.

1° L'Etat a le droit et le devoir de surveiller la santé des dents des écoles;

2° Il est préférable que le service d'inspection soit distinct du service de traitement.

3° L'inspection dentaire pourra se faire à l'école même, elle sera faite par un dentiste inspecteur et non par le médecin ordinaire des écoles;

4° Il devra être établi pour chaque enfant une fiche sur laquelle seront indiquées les diverses caries qu'il présente; cette fiche sera communiquée à la famille;

5° L'inspection des dents aura lieu une fois chaque semestre;

6° Le traitement des dents devra être effectué hors des locaux dentaires et, sauf le cas d'urgence immédiate, en dehors des heures de classe;

7° Des cliniques dentaires scolaires gratuites devront être organisées dans les villes pour assurer le traitement des enfants pauvres.

La période d'incubation de la poliomyélite antérieure aiguë, par Currie et Bramwell (*Review of neurol. and psychiat.*; janv. 1911, p. 10).

Les cas des auteurs sont des cas typiques de poliomyélite antérieure aiguë épidémique. Ils montrent que l'affection est contagieuse et que l'incubation fut de quatre jours au moins. Il semble aussi que l'infection puisse être transmise par une tierce personne (non atteinte).

Traitement de la paralysie infantile. Mécanisme de la poliomyélite antérieure, par L. Mencièrre (*L'Encéphale*, 10 janv. 1911).

L'auteur énonce tout d'abord ce fait d'apparence paradoxale: de deux muscles voisins innervés par un même nerf, l'un peut être frappé de paralysie, alors que l'autre ne l'est pas, malgré leur

innervation commune. Ce fait a une grande importance pratique, car dans ses procédés de greffes musculo-tendineuses, l'auteur utilise fréquemment, pour remplacer un muscle frappé de paralysie, un autre muscle animé par le même nerf que celui qui innerve le premier.

Les diverses théories des localisations médullaires ne lui ayant pas fourni l'explication des faits cliniques, l'auteur, après une discussion approfondie, est arrivé à formuler les règles suivantes:

1° Deux muscles innervés par un même nerf peuvent, dans le cas de poliomyélite antérieure, être l'un frappé, l'autre pas.

2° On conçoit que deux muscles d'un même segment de membre, mais innervés par des nerfs appartenant à des plexus différents et prenant leur origine à des hauteurs différentes dans la moelle, aient de grandes chances pour ne pas être frappés en même temps. Tel est le cas du biceps fémoral, généralement non paralysé et innervé par le nerf crural, qui naît plus haut du plexus lombaire.

3° On ne peut admettre pour les noyaux le groupement (localisation) existant pour les muscles eux-mêmes à noyau des extenseurs, noyau des fléchisseurs, noyau des adducteurs. Dans ces conditions, un même foyer de poliomyélite frapperait à la fin tous les muscles de ces trois catégories. Cliniquement, il n'en est pas ainsi; nous devons admettre pour chaque muscle des noyaux séparés, non groupés, et les auteurs ont montré, en examinant les plexus, que les cylindraxes n'ont que le choix des voies pour se rendre à ces noyaux.

4° Les faits constatés au niveau des muscles montrent que les foyers de poliomyélite sont multiples et peuvent être diversement disséminés, tout en présentant généralement, une régularité relative. Si les lésions musculaires relèvent de nerfs aboutissant à des plexus différents, il est évident que nous avons deux ou plusieurs foyers très distants l'un de l'autre dans la moelle et dont nous pouvons indiquer approximativement la localisation.

PHARMACOLOGIE

Bronchite des emphysémateux. —

Pour combattre la suffocation, A. Robin donne:

Bromure de potassium.....	10 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Eau de laurier-cerise.....	10 gr.
Sirop d'éther.....	30 gr.
Eau distillée	120 gr.

Deux cuillerées à soupe à une heure d'intervalle, et, s'il y a des sibilances, un vomitif, même chez les vieillards.

Ipéca pulvérisé.....	1 gr. 50
Tartre stibié.....	0 gr. 05

En trois paquets. — Un paquet tous les quarts d'heure dans un demi-verre d'eau tiède, jusqu'à vomissement.

Traitement de l'eczéma des mains. —

Prendre fréquemment des bains locaux émollients et porter des gants en caoutchouc.

Appliquer la pommade suivante:

Acide salicylique.....	1 gr.
Glycérolé d'amidon.....	30 gr.

Poudrer ensuite avec:

Acide salicylique.....	1 gr.
Oxyde de zinc.....	5 —
Poudre de talc.....	10 —

Mêlez.

Pommade nasale (Moure). —

Baume du Pérou ou menthol.....	0 gr. 05
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr 05 à 0 gr. 15
Acide borique.....	1 gr.
Vaseline.....	15 —

Pommade à la stovaine contre le prurit. —

Stovaine.....	0 gr. 5
Phénacétine.....	2 gr.
Lanoline.....	10 —
Vaseline.....	10 —

M. s. a. (*Journ. de pharm. et de chimie.*)

Traitement de la colique néphrétique. —

Comme pour la colique hépatique, le professeur A. Robin pense que c'est une erreur de donner dans la colique néphrétique une injection de morphine. Celle-ci ne convient qu'aux formes particulièrement douloureuses. L'injection de morphine offre, en effet, l'inconvénient d'empêcher le cheminement du calcul. Il conseille donc, dans le *Journal des praticiens* :

Chlorhydrate de morphine.....	5 centigr.
Bromure de potassium.....	} 10 gr.
Eau de laurier-cerise.....	
Sirop d'ether.....	30 —
Hydrolat de valériane.....	110 —

Chaque cuillerée à soupe renferme un gramme de bromure et un demi-centigramme de morphine; deux à trois cuillerées suffisent en général, administrées de demi-heure en demi-heure.

On pourra, en plus, administrer un lavement avec un gramme d'antipyrine et pratiquer des applications de liniments calmants, chloroformés :

Baume tranquille.....	40 gr.
Chloroforme.....	10 —
Extrait thébaïque.....	} 1 —
Extrait de jusquiame.....	
Extrait de belladone.....	

En imbiber plusieurs doubles de flanelle et couvrir de taffetas gommé.

BIBLIOGRAPHIE

Les Maladies du Cœur, par le docteur James Mackenzie, Membre du Collège Royal des Médecins de Londres. Traduit sur la deuxième édition anglaise par le Docteur A. Françon, Médecin consultant à Aix-les-Bains, avec une Préface de M. le Docteur H. Vaquez, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 avec 280 figures dans le texte et hors texte, 15 fr. (Librairie Félix Alcan).

L'ouvrage de M. Mackenzie n'est point un traité didactique des Maladies du Cœur, analogue à nos Traités classiques; il a été conçu suivant une nouvelle méthode, et il est le résultat des observations personnelles que l'auteur a pu faire dans sa clientèle.

Il expose d'abord les nouvelles données anatomiques, basées sur l'embryologie, les expériences physiologiques, et les recherches cliniques publiées dans ces dernières années, et montre ce que sont les propriétés du muscle cardiaque, la production du stimulus, l'excitabilité, la contractilité, la conductibilité et la tonicité.

La partie originale de ce livre est l'exposé des troubles de ces diverses fonctions, qui peuvent se traduire par l'extra-systole, le pouls veineux auriculaire ou ventriculaire, le rythme nodal, le pouls alternant, l'arythmie perpétuelle, la dilatation du cœur, tous troubles qui ont pu être déterminés par le rhumatisme ou quelque autre infection, ou la cardio-sclérose et qui aboutissent plus ou moins vite à l'insuffisance cardiaque.

Des chapitres importants sont consacrés à l'angine de poitrine, à la pression artérielle, à l'action de la digitale. Enfin l'auteur indique le résultat de son expérience thérapeutique qui se réduit à ce trépied: repos, digitale et strophantus associés au régime et à la physiothérapie. L'ouvrage se termine par un appendice sur l'électro-cardiogramme.

Le lecteur sera rapidement convaincu que c'est un livre vécu et l'œuvre d'un grand clinicien.

Esculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le No 1 fr. 50. Abonnement d'un an, 20 fr. (France), 25 fr. (Etranger), entièrement remboursé par des primes.

Sommaire du No d'Avril 1911. — 1er texte.

Les Fous en liberté (Open-Door) (7 illustrations), par le Prof. S. Pozzi. — La statue de Pinel, devant la Salpêtrière, le montre brisant les chaînes des aliénés. Le Dr Cabred, près des bords ensoleillés du Rio de la Plata dirige une colonie singulière où les aliénés vivent, travaillent, s'améliorent à l'air libre. Le Prof. Pozzi dit son émerveillement qu'expliquent les photographies.

Une grossesse historique (suite et fin), (4 illustrations), par le Dr Cabanès. — Dans un récit coloré, vivant, pittoresque à souhait, nous est dite la fin de la folle aventure de la Duchesse de Berry, cette "Henri IV en jupons." La scène de l'accouchement inopiné, racontée par Ménière, ne manque pas de saveur.

Les Faits du Spiritisme et nos connaissances sur l'au-delà (suite et fin), (9 illustrations), par le Prof. Grasset. — Ici sont étudiés, avec photos à l'appui, des faits plus extraordinaires que ceux envisagés précédemment et pour lesquels l'hypothèse spirite peut reparaître avec vraisemblance car ils sont difficiles à expliquer par les hypothèses scientifiques ordinaires (suggestion, télépathies, apparition de fantômes. — Illustration.

Coeur de Momie (4 illustrations), par le Dr Fraikin. — Les viscères de Ramsès II Meïamoun, le Sésostris des Grecs, enfermés au Louvre dans deux vases canopes. Examen histologique du cœur. Rêverie. Photo de la glorieuse momie.

Le lait meurtrier (9 illustrations), par le Prof. Porcher, avec illustrations de Dorville, Does, Caran d'Arche, Grandjouan, M'chaël, Weiluc, Barcet, Mirande.

Le Deuxième Salon des Médecins (28 mars — 9 avril 1911) (16 illustrations). — Ce fut un succès. Nombreuses œuvres reproduites ici (Bezangon, Capdepon, Hallé, Frogier, Marcel, Labbé, etc., etc.).

2° Supplément.

Estampe du Dr P. F. Colin; Hommage au Prof. Grassl; L'Égypte (1 illustration); *Une Génération de Femmes-Médecins; La Vie terrestre a-t-elle une valeur? La Psychologie de la Femme moderne* (d'après Anatole France); *Le Cerveau, comme le rein, fait ce qu'il peut; Pétrarque et les Médecins; Misère et Création de Beauté; Une Clinique chirurgicale* (impressions d'hôpital); *Médecin aéronautique; Maman Cclibri* (3 illustrations); *La Chevelure* (Poésie); *Chlorose* (Poésie); *Le Charlatan* (Gravure); *La Peur du Mal* (Gravure); *Sans Douleur* (Gravure).

Thérapeutique usuelle du praticien, par le Professeur Albert Robin, de l'Académie de Médecine. *Deuxième série.* — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-8° de 530 pages, 8 fr.

Cet ouvrage forme la deuxième série du Traité qui sera constitué avec les matières qui servent chaque année à l'enseignement de la Clinique Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, dans les leçons professées à l'hôpital Beaujon, par M. Albert Robin. Cette série comprend 26 leçons, la rédaction est faite suivant le programme qui a été tracé par le professeur au commencement de son premier volume. Chaque chapitre est une étude de thérapeutique pratique qui a pour but de mettre le praticien à même d'instituer dans les meilleures conditions le traitement des différentes affections. Pour arriver à ce résultat, M. Albert Robin fait abstraction de toutes les considérations exclusivement scientifiques qui n'ont pas de valeur pratique. Il ne s'agit pas, en effet, d'étudier le malade au point de vue de l'explication plus ou moins rationnelle des causes de la maladie, mais bien d'élucider le problème dans l'intérêt du malade. Le but est donc d'arriver à la guérison ou tout au moins à l'amélioration des phénomènes morbides. Pour cela, le Professeur Albert Robin s'est astreint à faire ce qu'il appelle de la *thérapeutique fonctionnelle*, c'est-à-dire à mettre bien en évidence les troubles des diverses fonctions qui s'observent au cours des affections. Ceci fait, il établit scientifiquement les meilleurs procédés qui permettent actuellement de modifier favorablement l'organisme.

Dans l'étude des traitements, M. Albert Robin a toujours le soin d'étudier avec autant de détails que possible l'action des médicaments en fonction des résultats à obtenir, il arrive ainsi à poser d'une façon absolument logique les bases du traitement, de manière à donner à l'esprit du médecin la plus complète satisfaction.

Le présent volume est consacré aux *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, érysipèle, rhumatisme articulaire aiguë, rhumatisme blennorrhagique). — aux *maladies de la nutrition* (polyarthrite déformante, goutte articulaire aiguë et chronique, diabète sucré, albuminurie diabétique), — aux *malades de l'appareil respiratoire* (pneumonie, œdème aigu du poumon, pleurésie gauche à grand épanchement, bronchite diffuse et emphysème pulmonaire, bronchite et broncho-pneumonie fétide). — Aux *maladies du système nerveux* (ramollissement cérébral, ictus apoplectique de la syphilis cérébrale, paralysie agitante) et à une *maladie de la peau*, le prurigo.

Comme on le voit, dans son dernier semestre, M. le professeur

Albert Robin a embrassé un grand nombre de questions dans le champ de la pathologie et, par conséquent, le praticien est sûr de trouver des conseils immédiatement applicables au traitement des maladies qui s'offrent à lui tous les jours dans sa pratique courante. Depuis l'apparition des cliniques de Dujardin-Beaumetz, aucun ouvrage n'a été écrit pour le médecin qui puisse lui offrir autant d'avantages pour le guider dans l'exercice si difficile de sa profession. Tous les détails de la thérapeutique sont envisagés de manière à ne rien laisser de côté, les médicaments et leur mode d'administration, les règles d'hygiène et l'utilisation des eaux minérales et des cures physiothérapeutiques sont envisagés de la façon la plus claire et la plus complète, sans perdre jamais la préoccupation qu'il s'agit de faire une œuvre exclusivement pratique, appuyée à la fois sur l'observation et sur les dernières acquisitions scientifiques, justifiant, en un mot, complètement son titre de *Thérapeutique usuelle du praticien*.

SUPPLEMENT

LA DYSPEPSIE

Par S. D. McDOWELL, M. D., Philadelphia, Pa.

La dyspepsie dépend trop souvent d'une mauvaise mastication et d'une déglutition trop rapide, d'où la fermentation progressive, l'infection des voies digestives et le dérangement des sécrétions qui nécessite une désinfection méthodique: Soit deux à quatre drachmes de Glyco Thymoline pure une heure avant repas. Cinq minutes plus tard, buvez un plein verre d'eau chaude, et puis surveillez surtout la mastication absolue de vos aliments.

Le Glyco Thymoline guérit les muqueuses irritées, stimule la circulation capillaire et ranime les sécrétions glandulaires. L'eau chaude ainsi absorbée dissout le mus adhérent aux membranes stomacales et dispose de tout aliment à l'état de fermentation dans l'estomac formant ainsi l'action des sécrétions gastriques dans son propre milieu.

Ce traitement améliore et prévient la constipation, l'insomnie, la dépression mentale que la mauvaise digestion favorise.

HORLICK'S MALTED MILK

(Lait de Malt) pour bébés et enfants.

C'est l'alimentation par excellence des bébés et enfants qui voyagent pendant les chaleurs d'été; vous avez une diète lactée uniforme complétée par l'addition de grains de malt de premier choix qu'il suffit de dissoudre dans l'eau.

Dans plusieurs cas, cette préparation est préférable au lait pur, surtout chez les vieillards et invalides. Comme goûter, ou breuvage chaud ou froid au coucher.

Echantillons gratuits, à la profession médicale, sur demande.

Horlick's Malted Milk Co.,

Racine, Wis. U.S.A.

Montréal, Canada.

“ Un remède à succès n'est pas sorti complet de l'esprit du fabricant.”

L'idée peut y avoir été conçue, mais le succès dépend seulement de sa valeur thérapeutique et de sa faculté d'adaptation aux nécessités de la profession.

On a conçu l'idée qu'une méthode plus hygiénique, plus facile d'adaptation, plus satisfaisante que celle des anciens cataplasmes, des compresses chaudes, etc., pouvait être inventée pour la conservation de la chaleur humide continue dans le traitement des inflammations aiguës et chroniques; l'antiphlogistine, le premier pansement cataplasme en est résultat.

La confiance qu'accordent d'une façon constante à l'*antiphlogistine*, les membres de la profession médicale atteste mieux que tout, qu'il a prouvé sa supériorité thérapeutique et sa faculté d'adaptation et qu'il a maintenu sa popularité au-dessus des autres produits ou autres méthodes employés dans le traitement de l'inflammation.

“ On a dit que nous sommes un peuple de dyspeptiques. Les médecins le savent mieux que qui que ce soit. Tout récemment un auteur écrivait: “ nous vivons si vite, aujourd'hui, que nous ne prenons plus le temps de mastiquer nos vivres.” C'est vrai. Et plus loin on dit: “ ne sommes-nous pas plutôt dénaturés que civilisés, de nos jours, en fait de nourriture? Il semble que nous choisissons et apprêtons nos aliments plutôt dans le but de flatter le palais que de nourrir le corps.”

Voici quelques axiômes pris au hasard dans la “ brochure sur le taka-diastrase ” imprimée par la maison Parke-Davis que l'on peut se procurer sur demande. Cet opuscule est écrit au double point de vue littéraire et scientifique.