

Le

# Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE

UNE PASTRE PAR ANNEE

MÉDECINE

CHIRURGIE

SANTÉ

THERAPEUTIQUE

## Sommaire

Le diagnostic des pyélonéphrites, par M. le Prof. T. LERIGNE. 519

La broncho-pneumonie subaiguë et la pseudo-tuberculose, par M. le Prof. H. RINEL. 545

Le rôle des ligues antituberculeuses, par M. le Dr. CAVELIER. 547

Psychasthénie et obsession, par M. le Prof. RAYMOND. 551

Les sinus cardiaques, par M. le Dr. O. BUSTIE. 559

Le dosage chimique des chlorures alcalins, par M. le Dr. MARTIN. 567

Corrections des attitudes vicieuses de l'enfance. 570

Les formes morbides pathologiques de la pa-



ralysto spinale infantile, par M. le Dr. H. MORANT. 583

Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde en France. La fièvre typhoïde, par M. H. CHERT. 589

À propos de l'ovariotomie, par M. le Prof. S. GOND. 590

Traitement de la diphtérie. 592

Réactions spécifiques des leucocytes aux extraits d'organes. 593

Diarrhées et éliminations toxiques, traitées par la médecine digestive (notamment par la miquaque de l'intestin). 594

Vient de paraître 595

Nouvelles. 597

EXCERPT

54-1-1910

LA PUBLICITE GENERALE

COSMOS LITE

440, RUE SAINT DENIS, MONTRÉAL



## HEMOGLOBINE DESCHIENS

DE-076

HEMOGLOBINE DESCHIENS

PREPAREE PAR

DR. J. DESCHIENS

440, RUE SAINT DENIS, MONTRÉAL

## Le diagnostic des pyélonéphrites

Par M. le professeur TUFFIER

—0—

Messieurs,

Ma première leçon sera consacrée aux pyélonéphrites.

Deux raisons principales m'ont engagé à commencer par ce sujet : en premier lieu, les pyélonéphrites sont les affections les plus fréquentes de l'arbre urinaire. Songez, en effet, qu'elles sont l'aboutissant fatal de toutes les infections de l'étage inférieur de cet appareil, les cystites, les prostatites, les urétérites, et qu'elles constituent le stade ultime du processus pathologique qui s'y localise, celui par lequel succombent les malades. Songez, en outre, que les grandes pyrexies, le fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, l'infection puerpérale, plus rarement la scarlatine, sont souvent susceptibles d'infecter le rein et de se compliquer de pyélonéphrite, et vous comprendrez d'ores et déjà tout l'intérêt qui s'attache à la parfaite connaissance de cette entité morbide. En second lieu, elles sont un exemple frappant de l'aide mutuelle que se prêtent la *clinique* et le laboratoire dans la recherche et dans l'établissement d'un diagnostic aussi précis que possible, condition nécessaire et indispensable pour formuler l'intervention thérapeutique appropriée.

La pyélonéphrite est caractérisée par une inflammation septique du parenchyme rénal, des calices et du bassinet ; elle est aiguë ou chronique. On l'a dite *ascendante*, quand elle apparaît par voie de propagation à la suite d'une suppu-

ration des voies urinaires inférieures ; c'était la forme la mieux connue et la plus communément décrite naguère. Actuellement, on s'accorde de plus en plus à reconnaître une pyélonéphrite *d'origine vasculaire*, l'agent pathogène pénétrant dans le tissu rénal par la voie artérielle. Enfin, elle s'accompagne ou non de distension du bassin, selon que le pus s'accumule au-dessus d'un obstacle urétral ou, au contraire, qu'il a son libre écoulement en dehors.

Ces prémices posées, voici l'histoire de la malade qui doit servir de thème à cette leçon. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, dans les antécédents personnels et héréditaires de laquelle nous ne trouvons rien de spécial qui mérite d'être signalé. Il y a deux ans, elle a commencé à souffrir dans la région lombaire *droite*. Douleurs sourdes, supportables, mais qui, à deux reprises différentes, se sont exacerbées momentanément et ont pris le type de la *colique néphrétique*, la forçant à s'aliter. Puis, les urines sont devenues troubles. Elle entre à l'hôpital parce que les douleurs continuent, quoi qu'elle ait fait pour les combattre, et aussi parce que son état général a commencé à fléchir. Je vous prie de noter de plus qu'elle a eu, à différentes reprises, des *œdèmes* fugaces de la face; ce symptôme est, en effet, très rare dans le cours de la pyélonéphrite, et je vous dirai plus tard quelle est la signification qui s'attache à sa constatation.

Si nous procédons à l'examen direct de cette malade, nous trouvons, par la palpation bimanuelle, dans l'hypocondre droit une tumeur arrondie, ballottante, qui déborde notablement la douzième côte, et en avant de laquelle la répercussion est sonore : il s'agit donc bien du rein droit légèrement augmenté de volume. Nous pouvons même préciser que l'atmosphère péri-rénale est elle-même enflammée; qu'il existe, en d'autres termes, un certain degré de *périnéphrite*, car au lieu d'être lisse, ce qui existerait si la glande seule était prise, elle est pâteuse, irrégulière, granuleuse. Voilà un premier point acquis. Du côté *gauche*, l'exploration la plus minutieuse reste absolument muette.

Les urines sont troubles, mais il en est ainsi dans nombre de circonstances; par exemple, quand elles contiennent des

sédiments précipités en excès, ou du pus qui peut provenir d'un point quelconque de l'appareil. Or, dans le cas qui nous occupe, je vous prie de remarquer qu'elles sont uniformément troubles ; ceci me permet de vous affirmer que le pus qu'elles contiennent provient du rein et non de la vessie, et d'en tirer un nouvel argument en faveur de l'existence d'une pyélonéphrite droite. D'ailleurs, une inspection *endoscopique* de la vessie en a montré *la muqueuse saine* dans toutes ses parties ; seul, le méat urétral droit est rouge, œdémateux, mais non granuleux. Vous le voyez, le diagnostic se précise. Continuons et recherchons les caractères chimiques de cette urine : nous constatons, en premier lieu, qu'elle renferme 0 gr. 40 d'albumine. Cette albumine pourrait être fournie par la cytolise des globules de pus : mais l'analyse, minutieusement faite, a révélé que *la proportion de pus est insuffisante pour la produire en telle quantité* ; c'est donc qu'il y en a une partie qui filtre au niveau du parenchyme rénal. Retenez ce détail ; il a son importance.

Sommes-nous arrivés au point de notre examen qui nous permet de préciser l'intervention qui s'impose ? Non, messieurs. Nous savons sans doute que le rein droit est atteint de pyélonéphrite, mais nous ignorons encore si le rein gauche est sain. Or, je ne saurais trop vous le répéter, *toute la chirurgie du rein repose d'une manière absolue sur l'état de l'organe opposé à la lésion primitivement reconnue*. Ce rein est-il sain, toutes les audaces sont permises. Si, par contre, il est lui-même altéré, la conduite à adopter doit s'inspirer de la plus grande circonspection. On peut vivre, je l'ai démontré expérimentalement et cliniquement, avec un seul rein, pourvu que son intégrité soit complète. Avant donc de conclure à tel ou tel acte thérapeutique, en ce qui concerne notre malade, nous avons le devoir de rechercher quelle est la situation anatomique et physiologique de son rein gauche. Le pouvons-nous, dans l'état actuel de nos connaissances ? Oui, messieurs, tout au moins dans une mesure suffisante pour nous éclairer.

Nous avons tout d'abord cherché si *l'élimination rénale* est régulière, et nous avons trouvé, d'une part, que les maté-

riaux extractifs et les sels contenus dans l'urine excrétée par notre malade y atteignent un taux normal, et, d'autre part, que l'épreuve du bleu de méthylène donne comme moment d'apparition du bleu dans l'urine et comme durée de son élimination des résultats satisfaisants. Cela indique que la dépuration organique est assurée par le rein gauche, mais non que l'intégrité anatomique et physiologique de ce rein est parfaite. On observe, en effet, très souvent des reins atteints de néphrites parcellaires ou de néphrites totales amyloïdes, ou même de néphrites à type parenchymateux, et dont la perméabilité demeure néanmoins suffisante pour maintenir l'équilibre organique.

L'étude de la *tension artérielle* prise chez cette malade est de 19 à l'appareil de Potain ; elle accuse donc une hypertension qui cadrerait bien avec une néphrite médicale, mais nous ne pouvons en tirer aucune conclusion, nos recherches poursuivies actuellement sur cette question n'étant pas encore démonstratives.

Nous avons procédé avec Luys à la division intravésicale des urines, et nous avons recueilli séparément l'urine du rein droit et celle du gauche. Par contre, il y a entre les deux des différences physiques et chimiques notables. L'urine du rein malade est trouble : elle contient 0 gr. 50 d'albumine ; son point cryoscopique, son  $\rho$  est de 0,14 ; sa richesse en chlore est de 2 gr. 05 ; enfin, son indice de réfraction est de 1.337.833. L'urine du rein présumé sain est claire ; elle ne renferme pas d'albumine ; son  $\rho$  est de 0,96 ; son indice de réfraction, de 1.337.278 ; sa richesse en chlore est de 5 gr. (Analyse faite par le docteur Mauté.)

Nous avons fait radiographier isolément l'un et l'autre rein : alors que, du côté malade, le cliché porte des taches qui correspondent à des infiltrations calcaires du tissu, peut-être à des calculs, du côté gauche la plaque est muette, ce qui indique que la transparence du rein gauche aux rayons X a été parfaite. (Aubourg.)

Cela ne nous satisfaisait pas encore, pour la même raison que celle que je vous indiquais relativement à la perméabilité possible d'un rein altéré partiellement. Impressionnés par le

souvenir des œdèmes fugaces que notre malade affirme avoir présentés, nous avons tenté de les reproduire expérimentalement en déterminant chez elle de la rétention chlorurée, et nous avons réussi. A la suite de l'ingestion d'un excès de sel marin, 20 gr. pendant 2 jours, nous avons obtenu une bouffissure caractéristique du visage. De cela, nous avons conclu que le rein gauche n'était pas aussi sain que nous aurions pu le présumer tout d'abord. Dans quelle mesure est-il touché ? Cela, messieurs, nous l'ignorons. On admet qu'un rein malade est susceptible de troubler le fonctionnement de son congénère par *influence* : Par *influence*, cela est une expression qui ne deviendra précise que quand nous saurons sur quels éléments porte cette action. A la vérité, il se fait au niveau de la glande atteinte de la pyélonéphrite des résorptions de produits toxico-infectieux spécifiques qui pénètrent dans la circulation générale, et que la glande saine est chargée de rejeter au dehors : rien d'étonnant dès lors à ce qu'elle s'en irrite et en soit troublée dans son fonctionnement.

Il nous reste enfin un dernier point à éclaircir : c'est la nature de cette pyélonéphrite. Est-elle *coli-bacillaire* ? Est-elle *tuberculeuse* ? J'attire tout d'abord votre attention sur ce fait que les urines du rein droit et du rein gauche sont acides. Or, toute urine purulente fermente et devient rapidement alcaline, sauf quand elle est fonction de microbes acido-alcoolorésistants ou de coli-bacille pur, et, partant, de tuberculose.

M. Mauté a procédé à l'examen bactériologique de l'urine malade : nous n'y avons pas trouvé de bacilles de Koch. *Mais nous n'en avons pas non plus trouvé d'autres.* Argument complémentaire en faveur de la tuberculose. Nous avons fait des inoculations, mais nous n'en connaissons pas encore le résultat. Quoi qu'il en soit, nous en savons assez pour formuler finalement un diagnostic tuberculose rénale à forme pyélonéphrétique calculeuse ou non et pour déterminer l'intervention qu'il commande.

Devons-nous opérer notre malade, et quel sera l'acte opératoire auquel nous aurons recours ?

En principe, toutes les pyélonéphrites ne sont pas nécessairement justiciables d'une opération chirurgicale, et, pour mon

comple, je n'en opère qu'une proportion relativement peu élevée : on vit parfaitement pendant des années avec un rein malade, à la condition de se soumettre aux règles d'une hygiène sévère.

Dans les formes tuberculeuses, ce qui commande l'intervention, c'est la marche de l'affection, son retentissement sur l'état général du malade, et aussi, je vous le répète, l'état du rein opposé. Chez notre malade, tout ayant été bien considéré à ces différents points de vue, je vais intervenir. Comment ? Autrefois, c'eût été la *néphrotomie*, l'ouverture du rein comme un banal abcès, avec un drainage consécutif. Opération de nécessité, pis aller, qui, nécessaire et indispensable dans certains états aigus ou dans certaines hésitations sur la valeur du rein du côté opposé, laisse toujours après elle une fistule interminable et une suppuration intarissable. Ici, les recherches de laboratoire complémentaires de l'examen clinique nous permettent de faire mieux.

L'opération de choix, c'est la néphrectomie ; c'est celle que je vais pratiquer chez notre sujet. Il n'y a qu'un cas où la néphrotomie, dans de pareilles circonstances, doit être employée préalablement à une néphrectomie ultérieure, c'est quand il s'agit d'une pyélonéphrite avec énorme distension, et telle que les délabrements de l'extirpation du rein seraient trop étendus pour pouvoir être supportés par le sujet ; la néphrectomie n'est alors possible que quand, l'abcès ayant été évacué, le volume de l'organe s'est lui-même réduit dans des proportions qui le rendent facilement abordable et extirpable.

(L'opération, faite après cette leçon, a montré une pyélonéphrite tuberculeuse avec de gros noyaux caséux et, fait curieux, des calculs rameux du bassin. calculs uniques *primitifs* à robe blanche de lithiase secondaire. La malade est actuellement guérie.)

---

*La broncho-pneumonie subaiguë  
pseudo-tuberculeuse*

Par M. le professeur HUTINEL

— 0 —

Un nourrisson présente depuis quinze jours des signes de broncho-pneumonie, il maigrit outre mesure, sa mine devient très mauvaise, il se cachectise. A la percussion, à l'auscultation, on trouve des signes de condensation du parenchyme pulmonaire : matité, ou diminution notable de la sonorité, retentissement du cri, souffle, râles sous-crépitaux secs à timbre caverneux. Cependant, l'intra-dermo-réaction et la cuti-réaction sont négatives.

Le problème qui se pose est de savoir s'il s'agit de symptômes pseudo-tuberculeux ou de tuberculose véritable. Ce diagnostic est très difficile à résoudre. Les signes de condensation pulmonaire sont trompeurs. En effet, ils peuvent tenir uniquement à la dilatation des bronches et à la présence, à leur intérieur, d'une sécrétion purulente épaisse. Dans la plupart des cas de ce genre, la médecine a affaire à des broncho-pneumonies avec suppuration des extrémités bronchiques et parfois des alvéoles pulmonaires elles-mêmes, sans qu'il y ait tuberculose. Quand on examine les poumons à l'autopsie, on voit, sur leur coupe mamelonnée, des points jaunes, dont l'aspect simule à s'y méprendre des granulations tuberculeuses ; mais si on exprime le tissu pulmonaire, on en fait sourdre des gouttelettes de pus. La bronche ainsi évacuée reste vide, preuve qu'il s'agissait d'une simple suppuration.

Ce sont des broncho-pneumonies à caractère infectieux, à lente évolution, sans tendance aux grandes réactions fébriles. Les bronches, modifiées par l'inflammation profonde, perdent leur résistance, se laissent dilater au point d'atteindre le ca-

libre d'une plume d'oie. Ces dilations cylindroïdes peuvent être très étendues (bronches « en jeux d'orgues »).

Il est toujours très difficile, du vivant des malades, de reconnaître ces formes et de les distinguer de la tuberculose pulmonaire.

Ces broncho-pneumonies torpides, infectieuses, destructives, sont surtout fréquentes à la suite de la rougeole. Les enfants qui en sont atteints meurent généralement de consommation, comme des tuberculeux.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels, lorsqu'on peut mettre l'enfant dans des conditions de parfaite hygiène, que la maladie est susceptible de guérison, celle-ci ne se faisant, du reste, qu'au prix d'une dilatation permanente des bronches, l'exposant à des poussées catarrhales fréquentes, constituant une affection de pronostic fâcheux.

Comme traitement on essaiera, sans trop compter sur l'efficacité de ce moyen, les frictions de collargol, les injections sous-cutanées d'électrargol.

Cette broncho-pneumonie subaiguë, que M. Hutinel a appelée autrefois broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse, se rencontre souvent à la fin de la rougeole, et aussi à la suite d'un catarrhe simple.



*Il ne faut pas demander la disparition complète des langues mortes dans l'instruction de la jeunesse, mais il faut demander plus d'analyses logiques que grammaticales, plus de compréhension que de traduction, plus de réflexion sur les principes que sur les mots, et montrer, par des « répétitions incessantes », là où se trouve le bon, le beau, le vrai et le juste.*

## Le rôle des lignes antituberculeuses



Paris, le 3 janvier 1910.

*« L'hygiène est la mère de la santé. »  
« L'alimentation saine et la salubrité du  
logis sont les deux filles aînées de  
l'hygiène. »*

La lutte contre la tuberculose ne sera efficace que si l'on répand dans le public les préceptes d'hygiène générale et seulement si on réussit à les faire suivre par la majorité de la population. Dans ce but, les médecins et les *Sociétés médicales* doivent prêter leur concours pour la formation de nombreuses ligues antituberculeuses composées de personnes des deux sexes dont le triple rôle sera :

1° D'instruire les différentes classes de la société sur les dangers de la tuberculose, de l'alcoolisme et des maladies contagieuses ; 2° D'assister les tuberculeux indigents et leur famille.

L'ouvrier, au début de la maladie, ne consentira à abandonner son travail pour entrer dans un sanatorium afin de scléroser un tubercule naissant que si sa famille est à l'abri des besoins matériels. Le tuberculeux a besoin, non seulement d'une atmosphère pure mais aussi d'une atmosphère de bienfaisante sollicitude. Il faut lui donner en même temps un repos physique et un repos moral.

C'est ici qu'apparaît l'œuvre des dames généreuses et dévouées qui intéresseront les patrons, les philanthropes, les industriels, les financiers à verser généreusement pour l'assistance hospitalière, individuelle et familiale. Elles distribueront des secours de toute nature à domicile et tenteront de perfectionner par tous les moyens l'hygiène des milieux de tous les malades. Elles chercheront à placer à la campagne durant la

belle saison les enfants des tuberculeux, incurables qui végètent péniblement dans leur famille au milieu d'un véritable foyer d'infection ;

3° D'éclairer les pouvoirs publics sur les meilleures lois à faire pour empêcher la propagation des maladies contagieuses et en particulier de la tuberculose ; sur les règlements concernant la désinfection obligatoire après les décès par la tuberculose ; sur les meilleures mesures à prendre pour restreindre la consommation de l'alcool et les règles hygiéniques à établir en ce qui concerne la salubrité des habitations et des édifices publics, la propreté des places et des voies publiques et la nécessité des espaces libres dans les grandes villes.

En matière de progrès hygiénique comme en matière de progrès moral, il faut bien se convaincre que l'emploi de la contrainte est une erreur de méthode. La connaissance des infiniments petits — née du génie de Pasteur — a imposé l'antisepsie et l'asepsie médicale et chirurgicale sans que pour cela il fût besoin de textes de lois ou de gendarmes. La force persuasive de la vérité a suffi. Les ligues antituberculeuses doivent avoir pour mission de convaincre et de persuader par tous les moyens d'instruction et d'éducation ; elles doivent chercher, étudier et indiquer les méthodes les plus propres à donner à l'hygiène publique et privée une bonne direction.

Il y a lieu de demander par des règlements sanitaires fidèlement suivis :

1° La suppression du balayage à sec de la voie publique ;

2° Que les voies aient autant que possible une orientation telle que l'aération et l'ensoleillement des immeubles, construits en bordure soient assurés comme il convient ;

3° Que dans les agglomérations urbaines la hauteur des maisons ne puisse excéder la largeur des rues sur lesquelles elles sont construites ;

4° Que les expropriations et les lotissements de terrains soient effectués de telle sorte que tous les lots permettent la construction d'immeubles salubres, largement éclairés et ensoleillés ;

5° Que l'orientation des maisons soit faite de façon à ce

que l'une des façades soit soumise, de la base au sommet chaque jour, pendant quelques heures, à l'action directe de rayons solaires ;

6° Les ouvertures extérieures des maisons devront être proportionnées à la surface des pièces à éclairer ;

7° Les ouvertures devront être disposées de telle sorte que ni le soleil ni la pluie ne puissent présenter d'inconvénient en quelque saison que ce soit ;

8° La hauteur et la largeur des fenêtres ou baies des maisons, des édifices publics ou des ateliers doit être calculée d'après la surface proportionnelle de l'espace des planchers à éclairer ou à ventiler ;

9° Les cours destinées à éclairer les pièces habitées doivent avoir une largeur proportionnée à la hauteur des habitations qu'elles desservent ;

10° La couverture des cours et courettes, à quelque hauteur que ce soit, doit être interdite ;

11° On établira autant que possible une large et permanente communication entre les cours et la voie publique pour permettre la circulation et le renouvellement constant de l'air ;

12° Les cuisines doivent être considérées comme des pièces habitables et être soumises aux mêmes conditions de cube, d'aération et d'éclairage que celles-ci ; elles seront en outre pourvues d'un système d'aération permanente ;

13° Les conditions d'aération, de ventilation et d'éclairage des sous-sols destinés à l'habitation de jour doivent être les mêmes que celles des autres pièces habitables ;

14° L'on devra interdire l'aménagement comme local habitable de tout espace réduit n'ayant pas la surface nécessaire et un jour suffisant sur l'extérieur ;

15° Les tuyaux de fumée traversant les locaux habités devront être entretenus de façon à rester sains dans toute leur hauteur ;

16° Les grandes cheminées d'usines dans les villes et les villages seront pourvus d'appareils fumivores.

Les ligues antituberculeuses constituées ainsi en bureaux consultatifs d'hygiène publique et prévu réussiront à faire

accepter par les intéressés et la population entière les règlements sanitaires qu'elles préconisent si, avec un égal soin, elles s'efforcent par tous les moyens possibles de faire l'éducation hygiénique des gouvernants, des conseillers municipaux, des administrateurs, des constructeurs et du public.

L'enseignement des principes généraux de l'hygiène doit commencer à l'école, car c'est à la période des acquisitions et des assimilations faciles, — tant physiques qu'intellectuelles — qu'il importe de faire connaître et pratiquer toutes les règles nécessaires à la conservation de la santé.

Il faut enseigner par l'école, par les conférences, par les écrits, par les journaux, par les revues, par l'affiche, par tout ce qui frappe les yeux et l'imagination et qui peut éclairer l'opinion publique l'importance d'une alimentation saine, sobre et raisonnée, ainsi que les graves inconvénients, les tristes conséquences physiques et morales d'une habitation insalubre et des logements surpeuplés.

Il faut proclamer fréquemment au peuple l'apport considérable du logement insalubre dans la propagation des maladies évitables et particulièrement de la tuberculose.

(A suivre.)

Dr D. E. LE CAVELIER.

---

*L'Etat a le devoir de réglementer, de diminuer et de devenir le maître du commerce de l'alcool, car si les gouvernants faillissent à leurs devoirs, le commerce des liqueurs deviendra maître de l'Etat.*

## Psychasthénie et obsession

Par M. le professeur RAYMOND

— 0 —

Une jeune femme de trente ans court depuis quelque temps les hôpitaux et les cliniques, persistant à se croire enceinte, contre toute évidence, et malgré l'affirmation négative des médecins et des accoucheurs. Tandis qu'on l'examine, dans une salle, elle dérobe une feuille de prescription ; plus tard, elle y met son nom avec la mention : « femme enceinte », et contrefait la signature du chef de service.

Il ne s'agit pas ici d'un de ces cas bien connus de fausse grossesse hystérique. On ne trouve ni augmentation de volume du ventre, ni tuméfaction des seins et écoulement de colostrum, etc., signes que peuvent présenter certaines hystériques à la suite de leurs crises et qui résultent de l'autosuggestion. Le diagnostic de ces fausses grossesses s'appuie sur les commémoratifs, l'existence de stigmates de la névrose, l'absence des signes de certitude, ou l'examen aux rayons X. La cause de ces phénomènes consiste soit en un désir, soit, au contraire, en une crainte. Ils disparaissent brusquement, à la suite d'une autre attaque : ceci est encore un élément de diagnostic.

Dans le cas actuel, on a affaire à des troubles psychasthéniques.

La malade est fille d'alcoolique, d'un faible développement intellectuel.

Donc, faible d'esprit de naissance, cette malade devient psychasthénique sous l'influence de chagrins de ménage. Alors surviennent une série d'accidents : d'abord, ses règles se suppriment. Puis, à l'occasion de diverses circonstances, qu'elle interprète à sa façon, elle s'imagine qu'on a abusé d'elle et qu'elle est devenue enceinte. Ceci constitue, en somme, un petit délire systématisé, avec idées de persécution.

En remontant dans son passé mental, on apprend que, dans son enfance, c'était une timide, scrupuleuse et aboulique, ayant présenté diverses idées obsédantes.

En résumé : femme psychasthénique, présentant à la suite d'un état émotif de l'aménorrhée et des idées de persécution.

Ce qui est intéressant, c'est le diagnostic : il fallait éliminer l'hystérie.

---

## Les faux cardiaques

Par M. le Docteur O. JOSUÉ

*Médecin des Hôpitaux*

*(Suite et Fin)*

---

Avant d'exposer quels sont les moyens à mettre en œuvre pour soulager ces malades, je dois vous signaler ce qu'il ne faut pas faire. Il importe de ne pas traiter les faux cardiaques comme des vrais cardiaques. Il ne faudra, dans aucun cas, leur ordonner la ou les digitales tonicardiaques. Ces médicaments, qui ne doivent être administrés aux vrais cardiaques que dans des conditions déterminées, risqueraient, chez les faux cardiaques, d'exagérer les symptômes existants ou d'en produire de nouveaux.

Il n'y a qu'une seule exception à cette règle ; c'est quand il existe de la dilatation cardiaque réflexe. La digitale donnera, dans ces cas, d'excellents résultats. Le cœur reprendra rapidement son énergie, pourvu que l'on traite en même temps la maladie causale.

Nous avons vu qu'il faut envisager deux ordres de facteurs pathologiques chez les faux cardiaques : d'une part, une maladie causale ; d'autre part, un élément nerveux, dont nous

avons montré toute l'importance, et qui est capable de créer, à lui tout seul, la fausse cardiopathie. Le traitement comportera donc deux sortes d'indications, les unes ayant trait à l'affection causale, les autres à l'état nerveux des malades.

Voyons les indications que comporte l'affection causale.

Vous soumettrez les faux cardiaques tuberculeux à une hygiène sévère ; ils mèneront une vie tranquille et calme ; vous les suralimenterez. Le séjour à la mer ou dans des endroits situés à de grandes altitudes est contre-indiqué. Le traitement par les injections sous-cutanées de cacodylate de soude ou d'arrhénal rendra de grands services. Vous injecterez pendant dix jours, tous les jours, un centimètre cube de la solution au vingtième, bien stérilisée et avec toutes les précautions antiseptiques. Chaque centimètre cube contient 0 gr. 05 de substance active. Vous interromprez ensuite les injections pendant un laps de temps égal.

Vous mettrez les faux cardiaques dyspeptiques à un régime simple et vous leur ferez prendre des aliments faciles à digérer. Il suffit parfois que ces malades prennent leurs repas à des heures régulières et sans se presser, qu'ils s'abstiennent de mets indigestes et qu'ils évitent la constipation, toutes les manifestations cardiaques disparaissent. Dans d'autres circonstances, vous serez obligé de faire un traitement plus sévère et d'instituer le régime des dyspeptiques.

Le traitement de végétations adénoïdes du pharynx pourra faire disparaître des phénomènes cardiaques ressortissant à cette cause.

Vous traiterez l'élément nerveux, qui ne manque jamais chez les faux cardiaques, par deux sortes d'agents thérapeutiques : les médicaments et la psychothérapie.

Le traitement médicamenteux sera très simple. Vous ferez prendre tous les soirs, avant de se coucher, une cuillerée à café de valérianate d'ammoniaque. Ou bien encore vous prescrivez les pilules suivantes :

Musc .....	}	aa 0 gr. 10.
Extrait thébaïque .....		
Extrait de valériane .....		

Pour une pilule, 1 à 3 par jour.

Il ne faut pas abuser des bromures. Le bromure de potassium seul, ou les trois bromures de potassium, de sodium et d'ammonium associés, ont le défaut commun de causer des sensations viscérales, de donner quelquefois lieu à des douleurs gastriques, ce qu'il faut à tout prix éviter chez les névropathes à tendances neurasthéniques. Les bromures ont aussi une action déprimante qui peut avoir des inconvénients. Par conséquent, je vous conseille de ne pas donner de bromure aux faux cardiaques.

J'insiste sur le danger qu'il y aurait à prescrire à de tels malades des injections de morphine. Ces malades n'ont que trop de tendance à s'habituer au poison et deviendraient facilement morphinomanes.

C'est la *psychothérapie* qui constitue le traitement de choix. Cette méthode qui, de tout temps, a été pratiquée par les médecins, consciemment ou inconsciemment, est devenue vraiment scientifique, grâce aux recherches de l'École de Nancy avec Liebeault, Bernheim et son élève P.-E. Lévy ; de l'École de la Salpêtrière avec Charcot, Raymond et Janet, Déjerine et ses élèves Camus et Pagniez, de Dubois (de Berne). Par cette méthode, on fait appel à la raison et à la volonté du sujet. On cherche à faire la rééducation de la volonté, suivant le terme employé par P.-E. Lévy. Ce dernier auteur a eu le mérite de montrer que la méthode ne s'applique pas uniquement aux neurasthéniques abouliques, mais qu'elle est indiquée dans maintes autres circonstances pathologiques.

Notons d'abord ce qu'il ne faut pas faire, quelles sont les fautes qu'il faut éviter de commettre. Il importe de ne pas insister sur les détails symptomatiques, qui impressionneraient le malade. Mais, surtout, il ne faut pas créer de symptômes nouveaux par des questions intempestives ou trop minutieuses.

Gardez-vous aussi de prescrire une médication qui appelle tout le temps l'attention du malade sur l'affection dont il se croit atteint. Vous éviterez, dans cet ordre d'idées, d'intervenir par des révulsions répétées à la région précordiale : pointes de feu, cautère, vésicatoire, etc. Vous pourriez, en agissant ainsi, matérialiser en quelque sorte la maladie pour le patient.

Devant lui, vous n'aurez pas l'air inquiet, vous serez calme, vous paraîtrez sûr de vous. Il ne faut pas brusquer le malade. Vous ne serez pas ironique. Vous ne vous moquerez pas de lui. Vous ne traiterez pas de malade imaginaire ; il vous répondrait que ses souffrances sont réelles et vous perdriez sa confiance.

Après avoir indiqué ce qu'il ne faut pas faire, voyons maintenant comment on doit procéder.

Vous ferez comprendre au malade qu'il n'a pas de maladie de cœur, que les troubles fonctionnels qui l'inquiètent n'ont aucune gravité. Vous lui expliquerez son état graduellement et sans le brusquer. Vous lui démontrerez que les phénomènes dont il se plaint sont analogues à ceux que tout le monde éprouve après un exercice ou une émotion.

Certains malades vous feront observer que les palpitations surviennent spontanément et non à l'occasion d'efforts ou d'émotion. Vous répondrez qu'il existe des émotions inconscientes qui s'ajoutent en quelque sorte et finissent par causer le trouble fonctionnel.

Vous ferez en même temps de la dérivation psychique en disant au malade que vous ne réussirez probablement pas à supprimer ses palpitations, mais qu'elles n'ont aucune importance pathologique et qu'il n'y a pas lieu pour lui de s'en préoccuper.

Vous devez réfuter les objections du malade et même aller au devant. Vous écarterez la crainte, les idées mauvaises.

Certains vous accuseront de leur cacher la vérité. Vous leur affirmerez que vous n'avez trouvé aucune lésion cardiaque. Vous leur ferez remarquer que le traitement que vous conseillez est tout l'opposé de celui qui convient aux malades porteurs d'une maladie de cœur. Si vous n'avez rien trouvé d'anormal dans aucun appareil, vous pouvez conseiller à ces malades, pour achever de les convaincre, de prendre une assurance sur la vie, qui leur serait refusée par les Compagnies s'il y avait une lésion organique.

Il y a des malades qui vous objecteront la crainte que les troubles fonctionnels dont le cœur est le siège ne finissent par

déterminer une lésion organique. Vous leur expliquerez que pareille complication ne se produit jamais.

Vous préviendrez enfin une crainte que les malades n'expriment pas toujours, mais qui les obsède souvent : c'est la peur de la mort subite au cours d'une crise angoissante. Vous insisterez pour qu'il fasse toutes choses sans précipitation et notamment pour qu'il mange tranquillement.

S'il s'agit d'un neurasthénique avéré ou d'une hystérique, vous ne négligerez pas les autres manifestations. L'isolement et le repos absolu peuvent être utiles ou même nécessaires dans les cas graves ou quand l'entourage du malade constitue un obstacle pour le traitement.

Faut-il faire de l'hydrothérapie ? Les douches froides sont parfois mal supportées. On pourra cependant en faire usage comme moyen psychothérapique, en faisant remarquer au malade que les douches froides seraient absolument contre-indiquées s'il y avait une lésion organique. Les bains tièdes une action sédative utile.

Telles sont les grandes lignes du traitement psychothérapique. Ce traitement donne de beaux résultats chez les faux cardiaques.

Les règles que nous avons tracées ne sont pas immuables, le médecin les modifiera suivant les circonstances et le caractère du malade. Pour mener à bien ce traitement, il devra faire preuve tout à la fois de patience, de tact et de fermeté.

---

*Lorsqu'un principe a pénétré dans le domaine du sentiment après de longues études et de sérieuses réflexions, il fait partie de la personnalité et l'on réussira difficilement à le détruire ou à le modifier.*

## *Le Dosage clinique des chlorures urinaires*

Par M. le Docteur MARTINET

---

Il n'est pas douteux que le dosage des chlorures urinaires soit, à l'heure actuelle, une des recherches urologiques les plus utiles de la clinique courante.

Il est non moins douteux que, mis à part certains services spécialement outillés, cette recherche n'est qu'exceptionnellement pratiquée dans les services hospitaliers, et encore plus exceptionnellement dans la pratique citadine.

Pourquoi ? Parce qu'elle implique un outillage spécial (pipettes, burettes graduées, etc.) qui la rend difficilement applicable au lit du malade.

M<sup>rs</sup> Achard et Thomas ont essayé de la mettre à la portée de tous par la fabrication d'un tube spécial, tube pour le dosage des chlorures, dont le maniement est extrêmement simple. Il consiste essentiellement à verser dans le tube jusqu'à un trait marqué R le réactif des chlorures (solution de nitrate d'argent à 29 pour 1.000), à y ajouter deux gouttes d'une solution de chromate de potasse à 1/5, qui colore le liquide en brun rouge foncé (formation de chromate d'argent), à verser alors doucement l'urine à examiner jusqu'à virage au jaune clair. Une simple lecture sur le tube donne le taux approximatif (très suffisant en clinique) des chlorures au litre.

Ce procédé est, comme on voit, très simple ; toutefois, il nécessite encore l'emploi d'un tube spécial. La technique suivante, qui supprime toute instrumentation particulière, nous paraît vraiment clinique, au sens littéral du mot. Nous l'employons couramment.

Elle nécessite simplement :

- 1° Un tube à essai ordinaire ;
- 2° Un compte-gouttes quelconque ;
- 3° Une solution de nitrate d'argent à 20 pour 1.000 ;
- 4° Une solution de chromate de potasse à 1/5.

La technique est la suivante :

1° Faire tomber dans le tube à essai, au moyen du compte-gouttes, dix gouttes de solution titrée de nitrate d'argent (solution incolore) ;

2° Ajouter une ou deux gouttes de la solution de chromate de potasse à 1/5. Le liquide vire au rouge brun foncé par formation de chromate d'argent ; ;

3° Avec le même compte-gouttes, dans lequel on aura fait passer au préalable un peu d'eau ordinaire pour le nettoyer, verser goutte à goutte dans le tube, en agitant de temps à autre, de l'urine à examiner, jusqu'à virage net au jaune clair (jaune serin, jaune paille).

*On obtiendra le taux des chlorures urinaires au litre en divisant 100 par le nombre de gouttes d'urine nécessaire au virage.*

\* \* \*

Cette technique est basée sur les principes suivants :

Si, dans un tube renfermant une solution de nitrate d'argent, on fait tomber du chromate de potasse, il y a formation immédiate d'une quantité de chromate d'argent (rouge brun) correspondant à la quantité de nitrate d'argent contenue dans la solution.

Si, dans une solution de chromate d'argent, on fait tomber goutte à goutte une solution de chlorure de sodium, le chromate d'argent est décomposé, il se forme du chlorure d'argent. La fin de la réaction est indiquée par la disparition de la teinte rouge brun et le virage au jaune paille.

Le poids moléculaire du chlorure de sodium NaCl est 58.5 (23 + 35.5) ; le poids moléculaire de l'azotate d'argent, AgAzO<sup>3</sup>, est 170 (108 + 14 + 16 × 3) ; 58 gr. 5 de NaCl sont saturés par 170 grammes de nitrate d'argent. 1 gramme de chlorure de sodium est saturé par 170 = 2 gr. 90 de nitrate d'argent ; 1 centigramme par 2 centigr. 9.

En conséquence, si nous préparons une solution de nitrate

d'argent à 20 pour 1.000, 1 centimètre cube de cette solution renfermant précisément 20 milligrammes (2 centigr. 9) de nitrate d'argent correspondra à 1 centigramme de chlorure de sodium.

Si 1 centimètre cube de la solution de nitrate d'argent est saturé par 1 centimètre cube d'urine, c'est que ce centimètre cube renferme 1 centigramme de NaCl, et 1 litre d'urine  $0.01 \times 1.000 = 10$  grammes.

En d'autres termes, si un volume quelconque de réactif est saturé par un volume égal d'urine, c'est que cette urine renferme au litre 10 grammes de chlorure de sodium.

Donc, si 10 gouttes de réactif sont saturées par 10 gouttes (au même compte-gouttes) d'urine, cette urine renferme 10 grammes de sel au litre.

Si 10 gouttes de R sont saturées par 1 goutte d'U, l'urine renferme 10 fois plus de sel, soit  $10 \times 10 = 100$  grammes au litre.

Si 10 gouttes de R sont saturées par  $n$  gouttes d'U, c'est que l'urine renferme 100 grammes de NaCl.

C'est la règle précédemment énoncée. On peut donc la formuler comme suit : *Compter dans un tube à essai 10 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 20 pour 100, y ajouter 2 gouttes d'une solution de chromate de potasse à 1/5, verser de l'urine goutte à goutte jusqu'au virage au jaune clair. Le taux des chlorures au litre est égal au quotient de 100 par le nombre de gouttes d'urine employé.*

Quel degré d'approximation est-on en droit d'attendre de cette technique ?

L'erreur ici ne peut résulter que de l'appréciation du moment du virage. On peut admettre qu'avec un peu d'habitude, elle peut se faire à une goutte près. Si l'urine est riche en chlorures, le virage nécessitera un nombre faible de gouttes et l'approximation sera un peu large ; si elle est, au contraire, pauvre, le virage nécessitera un nombre élevé de gouttes et l'approximation sera très approchée.

Pour fixer les idées, supposons que le virage se fasse entre 5 et 6 gouttes, l'urine renfermera de 16 à 20 grammes de

NaCl au litre ; s'il exige 15 à 16 gouttes, l'urine renfermera 6 gr. 6 à 6 gr. 3 de NaCl ; s'il exige de 30 à 31 gouttes, l'urine renfermera 3 gr. 3 à 3 gr. 2 de NaCl.

On conviendra que cette approximation est plus que suffisante en clinique.

Au surplus, si, dans le cas d'urines riches en chlorures, on voulait obtenir une approximation plus grande, il suffirait de pratiquer la même technique avec 20 gouttes de réactif ; le taux des chlorures s'obtiendrait en divisant 200 par le nombre de gouttes d'urine nécessaire au virage et l'approximation serait deux fois plus grande. Dans le cas d'urines très riches, on pourrait opérer sur 30 gouttes de réactif et modifier la règle ci-dessus en divisant 300 par le nombre de gouttes employé.

Le tube de MM. Achard et Thomas donne une approximation plutôt inférieure ; car la technique implique là même erreur possible d'appréciation du moment du virage, plus l'erreur relative à la mesure exacte du volume fixe de réactif nécessaire. La méthode classique du titrage à la burette fournit une approximation à peine supérieure.



*Le caractère, c'est la fermeté intérieure qui oriente la volonté et la rend capable de décision énergique.*

**Maladies du Cerveau**  
**ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES**  
*Traitées depuis 40 ANS avec succès par les*

**SIROPS HENRY MURE**

1° Au Bromure de Potassium. } 3° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).  
 2° Au Bromure de Sodium. } 4° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées, 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés — FLACON : 5 fr.

Maison HENRY MURE. A. GAZAGNE, Ph<sup>o</sup> de 1<sup>re</sup> classe, gendre de M<sup>r</sup> Pont-Saint-Esprit (Gard).

**Eaux Minérales Naturelles**



**SOURCES**

**SAINTE-JEAN** Maux d'Estomac.  
Appétit, Digestions

**PRÉCIEUSE** Foie, Calculs, Bile,  
Diabète, Goutte.

**MARIE** Eau de Table  
légère, limpide et gazeuse.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX, VALS (Ardèche).

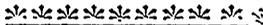
Chez tous les principaux Pharmaciens et Marchands d'eaux minérales



# LE BRANDY PH. RICHARD

N'est pas un cognac artificiel composé d'alcools à bas prix, coloré, aromatisé et vendu sous une étiquette pompeuse.

Le Brandy Ph. Richard est le produit distillé par des experts du pur jus de la vigne, que l'on conserve dans des fûts de chêne jusqu'à ce qu'il ait acquis cette finesse, ce bouquet, et l'arôme qui font les délices des gourmets.



## L'extract de Malt

**DE MILLER**

Le meilleur de Milwaukee, le plus Nutritif des aliments liquides, le plus Hygiénique, le plus riche, celui qui s'assimile le plus facilement, le

### **TONIQUE RECONSTITUANT**

le plus Efficace recommandé spécialement aux mères qui nourrissent.

**Distributeurs Généraux :**

**LAPORTE, MARTIN & CIE, L<sup>tee</sup>.**

Epiceries, Vins, Liqueurs, Eaux Minérales  
en Gros

**MONTREAL**



# SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- Société Médicale de Montréal**  
*Président* : M. T. Parizeau. *Secrétaire* : M. B. G. Bourgeois, 232, Sherbrooke O  
 Séances régulières : le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> mardi de chaque mois, d'octobre à juin.
- Société Médicale de Québec**  
*Président* : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.
- Montreal Medico-Chirurgical Society**  
*Président* : M. Alex. Hutchison. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison  
 Séances régulières : tous les 15 jours, le vendredi soir.
- Société Médicale de Shefford**  
*Président* : M. J. A. P. Brun, *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de  
 (de West Shefford. Séances régulières : deux fois par année. (Shefford-F. Q
- Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.**  
*Président* : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Rivolin, Chicoutimi.
- Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.**  
*Président* : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-  
 (Brandon.
- Société Médicale du District d'Ottawa.**  
*Président* : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Papineauville.
- Société Médicale du Comté de Wolfe.**  
*Président* : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.  
 Séances régulières : le 1<sup>er</sup> mardi de chaque mois de mars, juin, septembre et décembre.
- Société Médicale des Comtés de Seance et Dorchester.**  
*Président* : M. Fortier. *Secrétaire* : M. L. M. Déchêne, Beauceville.  
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.
- Société Médicale de Rimouski.**  
*Président* : M. F. sol. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.
- Société Médicale de St-Hyacinthe**  
*Président* : M. Turcot. *Secrétaire* : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.
- Association Médicale du Comté de Portneuf.**  
*Président* : M. Rousseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.  
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.
- Société Médicale de Trois-Rivières.**  
*Président* : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.
- Société Médicale de Valleyfield.**  
*Président* : M. Ostigny. *Secrétaire* :
- Association Médicale du District d'Arthabaska.**  
*Président* : M. B. Heau. *Secrétaire* : M. G. E. Desjardins, de Lyster, Co.  
 Séances régulières : janvier, mars, septembre. (d'Arthabaska,
- Société Médicale du Comté de Terrebonne.**  
*Président* : M. Gagnon. *Secrétaire* : M. H. Prevost, St-Jérôme.
- Société Médicale de Montmagny.**  
*Président* : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.
- Société Médicale du Comté de Champlain.**  
*Président* : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellefleur, St-Narcisse.
- Société Médicale du District de St-François (Sherbrook).**  
*Président* : *Secrétaire* :
- Société Médicale de St-Jean (Iberville).**  
*Président* : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duval (St-Jean-d'Iberville).
- Société Médicale du Comté de Maskinongé,**  
*Président* : M. L. A. Plante. *Secrétaire* : M. Dubémal.
- Association Médicale C. E. de Manitoba,**  
*Président* : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. Dubuc, St-Boniface, Man
- Association Médicale de l'Ouest de Montréal.**  
*Président* : M. E. G. Asselin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Henri.
- Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord**  
*Président* : M. Arthur Simard, Québec. *Secrétaire* : M. Paquet.  
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1910 à Sherbrook
- Canadian Medical Association.**  
*Président* : Dr. Montizambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto

## VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ DU DOCTEUR FRANK

Purgatifs

Dépuratifs

Antiseptiques



Contre la Constipation

et ses fâcheuses

conséquences

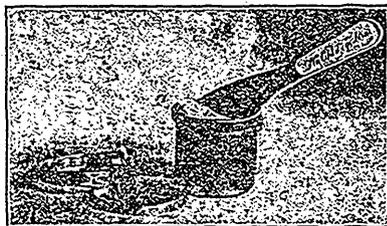
Codex Français. Edit. 1866. Formule N<sup>o</sup> 603

Prière à Mes-seurs les Docteurs de stipuler les véritables Grains de Santé du Docteur Frank. — Dans toutes les Pharmacies.

# ANTIPHLOGISTINE

Antidote de l'Inflammation

Nous fournit la méthode la plus scientifique de combattre l'Inflammation et la Congestion. Elle est spécialement un bienfait contre les affections saisonnières de l'hiver.



Pneumonie. — Appliquez sur la poitrine, les côtés et le dos, et recouvrez avec un justaucorps de toile à fromage doublé d'ouate.

Bronchite. — Appliquez à la région sterno-claviculaire. Si un pansement est appliqué à la

première apparition des symptômes de bronchite, l'on peut prévenir un développement grave.

Pleurésie. — Appliquez au niveau de l'inflammation en en dépassant les limites. Dans tous les cas, la couche d'Antiphlogistine doit avoir au moins 1/8. pouce d'épaisseur aussi chaude que le patient peut confortablement le supporter et être recouverte de plusieurs feuilles d'ouate et d'un bandage.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.

(New-York)

## Corrections des attitudes vicieuses de l'enfance

Combien de fois on rencontre des enfants malingres qui se tiennent mal, avancent trop la tête en enfonçant la poitrine, lèvent une épaule ou une hanche ou marchent de travers. Il ne suffit pas de répéter à satiété au malheureux bambin : « tiens-toi mieux », il faut chercher, en l'examinant, les malformations d'où dépend son défaut de tenue, que son attitude dépend de malformations dont il n'est pas responsable.

Pour procéder d'une façon rationnelle il faut *déshabiller* l'enfant dans une pièce chauffée et le faire examiner, *immobile* et en *mouvement*, par le médecin, et celui-ci, mieux renseigné que les parents, indique pour chaque cas les différentes manières de corriger l'attitude vicieuse. Il serait d'ailleurs à souhaiter que des principes de gymnastique suédoise fussent inculqués dans les cours aux jeunes filles et aux mères de famille.

Pour mieux préciser, nous allons subdiviser les cas, afin que chacun trouve, sans effort, la marche à suivre dans chaque circonstance :

I. *La tête est trop poussée en avant.* — Relever la tête, en enfonçant le menton. Coucher sans oreiller, ni traversin.

II. *Les épaules sont portées trop en avant et la poitrine est enfoncée (cyphose).* — Effacer les épaules et faire des inspirations profondes. Se coucher souvent sur un plan uni et dur.

III. *Le dos est rond.* — Se coucher souvent sur un plan uni et dur, même pendant les études qui admettent cette position et surtout quand l'enfant se tient mal. S'appuyer le dos contre le mur, en exécutant des inspirations profondes. Frictions méthodiques du dos avec l'alcool ou baume de Fioraventi. Coucher sans oreiller, ni traversin.

IV. *Une épaule ou une hanche plus élevée que l'autre.* . . Soulever souvent le côté le plus bas (dans les différentes attitudes : debout et couché).

V. *Reins trop cambrés (lordose).* — Se coucher souvent à plat ventre sur un plan uni et dur, les mains sur les hanches et redresser le tronc en arrière. S'asseoir par terre, les mains croisées derrière la nuque et les coudes portés fortement en arrière, en relevant le tronc autant que possible. Frictions méthodiques du dos avec l'alcool ou baume de Fioraventi.

VI. *Le dos présente des déviations latérales légères (scoliose commençante).* — Marcher à quatre pattes, sur les genoux et les mains, pour mobiliser les vertèbres et fortifier les tissus dorsaux sans les charger du poids du corps vertical. Frictions méthodiques du dos avec alcool ou baume de Fioraventi. Bains fortement salés (3 à 4 kilogrammes par bains) tous les deux jours.

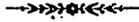
VII. *L'enfant marche de travers, en avançant un côté plus que l'autre.* — Veillez à ce que l'enfant avance, pendant quelques jours, l'autre côté davantage ; plus tard, à ce que les pas soient exactement de la même longueur. Observez le dos à nu pour bien donner les conseils. On fait bien de tracer par terre des lignes transversales à égale distance dans une vaste pièce, un corridor ou un jardin, pour donner la mesure normale de chaque pas.

Les parents ne doivent pas négliger des mensurations anthropométriques tous les mois et le même jour et à la même heure, pour se rendre compte et annoter chaque fois dans un registre : le poids, la taille et le périmètre de la poitrine pris par exemple au niveau du mamelon, d'abord en inspiration profonde et puis en expiration forcée.



## Les formes bulbo-encéphaliques de la paralysie spinale infantile

Par M. le Docteur R. MORANT



A propos de deux faits de paralysie spinale infantile avec paralysie faciale qu'il avait observés, M. Achard a inspiré à l'auteur l'idée de rechercher dans la littérature tous les cas de paralysie infantile avec manifestations bulbo-protubérantielles ou corticales.

Cette thèse, qui constitue une très bonne revue générale de la question, se base sur 75 observations traduites ou résumées. Elles sont réparties en deux groupes. Le premier comprend toutes celles où, la maladie ayant entraîné la mort, un examen anatomique plus ou moins approfondi a pu être fait. Dans le second sont réunis tous les faits cliniques susceptibles de fournir un argument à cette opinion qu'il existe des formes de paralysie infantile, où l'infection atteint le bulbe et l'encéphale au même titre que la moelle.

Le cadre anatomique et clinique de l'ancienne paralysie spinale infantile doit donc être notablement élargi.

Au point de vue anatomique il est certain que le bulbe, la protubérance, les formations grises centrales, l'écorce cérébrale, peuvent être atteints chez un même sujet en même temps que la moelle.

Les lésions sont partout identiques, associant dans des proportions variables les deux processus d'infiltration et d'inflammation interstitielle et de dégénérescence parenchymateuse.

Cependant, dans les parties supérieures de l'axe cérébro-spinal, les lésions sont, en général, moins intenses que dans

la moelle ; les altérations interstitielles l'emportent habituellement sur la dégénérescence cellulaire, et la prédominance pour les régions motrices est moins apparente que dans la moelle.

Au point de vue clinique, il y a lieu de décrire, suivant l'étendue des paralysies, des formes généralisées et des formes localisées.

Les formes *généralisées* sont ascendantes ou descendantes, suivant le mode de début et d'extension des paralysies. Les formes généralisées, plus graves que les localisées, constituent la cause habituelle de la mort, lorsque celle-ci survient à la période aiguë.

Les formes *localisées*, moins graves, peuvent être dites spino-bulbaires, spino-encéphaliques, bulbaires, et encéphaliques, purses, suivant les localisations morbides.

La forme *spino-bulbaire*, relativement fréquente, associe suivant des modes divers les différents types de paralysie spinale et la paralysie d'un ou plusieurs nerfs crâniens. Parmi ces derniers, les plus fréquemment atteints sont le facial, le moteur oculaire externe et l'hypoglose.

La forme *spino-encéphalique* associe à une monoplégie de type périphérique une hémiplégie d'origine centrale. Cette association n'est pas fréquente.

La forme *bulbaire* peut affecter les nerfs crâniens isolément ou simultanément. Les plus souvent atteints sont les mêmes que dans la forme spino-bulbaire. Elle se différencie des polioencéphalites supérieure et inférieure décrites par Wernicke en ce qu'elle n'affecte pas la disposition symétrique habituelle à ces dernières et qu'elle est fébrile.

La forme *encéphalique pure* est relativement rare, et sa place dans le groupe des encéphalites aiguës n'est pas exactement déterminée.

## Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde en France. La lutte antityphique

Par M. H. VINCENT

---

La fièvre typhoïde est d'une fréquence extrême en France. La proportion, pour 100.000 habitants, des décès dus à cette maladie est de 27,6, alors qu'elle n'est que de 17,5 en Angleterre, de 10,2 aux Pays-Bas, de 10,3 en Allemagne. En ces 17 dernières années, le nombre des décès typhoïdiques peut être évalué à 160.000 environ.

L'importance étiologique des eaux de boisson demeure toujours très grande, à la campagne comme dans les villes. Les aliments souillés ont également une influence très grande. L'une des causes qui contribuent le plus à l'entretien de la fièvre typhoïde est l'épandage des matières fécales dans de nombreuses régions.

La connaissance des *porteurs latents de bacilles typhique* ou paratyphique a jeté la lumière sur de nombreux cas en apparence spontanés et dus à la contagion directe ou indirecte par ces bacillifères.

Comme mesures de prophylaxie administrative ou spéciale, M. Vincent soumet un long programme de lutte antityphique duquel on peut détacher les propositions suivantes:

Education hygiénique populaire de l'enfant et de l'adulte, touchant les notions élémentaires relatives à la nature des maladies infectieuses, à leurs modes de transmission et à leur prophylaxie.

Affiches, notices, circulaires à l'occasion des épidémies.

Nécessité d'organiser un nombre progressivement croissant de *laboratoires* ou *stations de recherches épidémiologiques* et *bactériologiques*, adjoints aux Conseils départementaux d'hygiène, et chargés d'aider à la lutte antityphique par

les examens bactériologiques des cas suspects, par la recherche des porteurs de bacilles, le contrôle périodique des eaux potables, etc.

La *prophylaxie spéciale* ou *microbienne* comporte l'isolement précoce des malades et des douteux, même avant la déclaration ; la désinfection quotidienne et sur place de tous les objets contaminés ; les conseils spéciaux aux familles.

La déclaration doit toujours être faite dès que le diagnostic est certain.

A l'égard du porteur de bacilles, aucune mesure n'a jusqu'ici été recommandée.

A tous ceux qui auraient été dépistés par le Laboratoire de recherche, il serait nécessaire de remettre une notice imprimée les avisant de leur pouvoir contagieux et leur indiquant les diverses précautions indispensables pour obvier à cette contagion de leur entourage.

Informers les habitants, par voie d'affiche, des dangers du lait cru, de ceux du cidre doux préparé avec des eaux impures, des légumes provenant des terrains d'épandage. Surveiller les fermes et laiteries au point de vue des épidémies et des porteurs de germes.

A ces mesures, il est indispensable de joindre la prescription ou la *limitation de l'épandage* direct.

---

## *A propos de l'ovariotomie*

Par M. le Professeur SEGOND

---

Une femme ayant contracté, il y a environ 3 ans, la blennorrhagie, a eu à la suite des symptômes d'endométrite et d'annexite double. Elle fut traitée par un curettage, par le repos, les bains, les injections chaudes, les cataplasmes et pansements humides sur le ventre, avec l'eau salée chaude et l'alcool camphré. Son état s'est notablement amendé, parti-

## VIENT DE PARAITRE

*La Thérapeutique éclectique, physiologique et philosophique*, par M. le docteur Le Cavelier, volume G. R., 550 pages, librairie Basile, éditeur, 247, rue Saint-Jacques. Prix : 10 francs.

Le « Journal de la Santé », de Paris, apprécie en ces termes cet ouvrage :

« Le premier livre de médecine écrit par un médecin du Canada et édité en Europe, vient de paraître sous le titre *La Thérapeutique éclectique, physiologique et philosophique*.

Pour une fois, nos confrères français, du Canada, ont devancé leurs compatriotes de langue anglaise et nous avons reçu avec plaisir un livre excellent qui sera très apprécié du médecin praticien. L'érudition que l'on trouvera dans ces pages ne doit pas nous faire conclure que les Ecoles de médecine de langue française au Canada forment mieux l'esprit médical que les Universités anglaises. Tous les médecins français qui ont visité le Canada durant ces dernières années ont pu se convaincre que l'enseignement de la Médecine dans les Facultés françaises est beaucoup moins complet que l'instruction donnée dans les Facultés anglaises. Si l'auteur a réussi à faire un travail aussi remarquable, c'est qu'il est venu plusieurs fois, et durant plusieurs années, compléter ses études en France, et qu'il a ensuite visité les principaux hôpitaux du monde.

Ce précis de thérapeutique, des plus documentés, synthétise les méthodes de choix pour le traitement des différentes maladies.

Les vues d'ensemble sur la pathologie générale et sur la physiologie tant normale que pathologique, sont exposées d'une façon claire et raisonnée, et donnent un cachet original à ce manuel de thérapeutique. La Philosophie pragmatique de la Médecine qu'il contient, nous explique les indications et les contre-indications d'un traitement et nous donne les raisons de l'éclectisme préconisé. Cette méthode inspire une nouvelle confiance en l'art de traiter les maladies. « Toute la médication recommandée, dit l'auteur, est physiologique en ce sens qu'elle vient utilement en aide au malade par tous les moyens efficaces et qu'elle cherche à seconder la nature sans jamais se substituer à elle pour produire des réactions de défense physiologique capables de ramener l'organisme en équilibre normal de santé. »

Les chapitres sur les affections cardiaques, pulmonaires et concernant les maladies contagieuses renferment de nombreuses idées originales des plus pratiques et des plus physiologiques; on voit que l'auteur a revu toute la physiologie après avoir longtemps exercé sa profession et étudié toute la pathologie.

L'olf. tothérapie au moyen des huiles essentielles aromatiques est une méthode simple et nouvelle qui mérite une attention toute particulière. Le rôle des substances volatiles non toxiques véhiculées par les globules rouges n'est assurément pas sans action favorable sur l'évolution d'un grand nombre de maladies. *L'histochimie* de ces globules nous démontrera bientôt l'importance de l'olfactothérapie. L'usage tant local qu'interne des liquides à l'état colloïdal est préconisé avec à-propos et leur action biochimique est expliquée d'après les plus récentes recherches scientifiques.

Le chapitre des maladies nerveuses nous montre que le médecin qui veut réussir auprès de ses malades doit être philosophe et psychothérapeute.

L'idée maîtresse qui se dégage de ce livre de thérapeutique nous fait voir l'importance pour le thérapeute de connaître l'ensemble de la Biologie générale pour bien traiter les différentes parties atteintes d'affections diverses. »

culièrement les souffrances vives qu'elle éprouvait. Maintenant, elle demande une guérison définitive.

A l'examen, on trouve un utérus mobile, du côté droit seulement un empâtement douloureux.

Que faire en pareil cas ? Quand une inflammation péri-utérine a pour point de départ l'infection gonococcique, on peut être sûr que, 19 fois sur 20, les lésions annexielles sont bilatérales. Par conséquent, dans la majorité des cas, l'ablation des annexes des deux côtés est indiquée, car, même si la douleur a disparu, il y a de grandes chances pour que l'infection latente se réveille plus tard. Mais il faut être circonspect. Certaines femmes peuvent s'en tirer avec un traitement médical. Pour se décider à intervenir, on se guidera sur des considérations multiples. Les unes sont tirées de la situation sociale : une malade pauvre, obligée de travailler, réclame sans doute plus volontiers une opération radicale que la femme riche qui pourra passer des années à se reposer sur une chaise longue.

L'ovariotomie double soulève une question très grave, qu'on a résolue diversement. Doit-on révéler à la femme qu'elle n'a plus d'ovaires ? M. Segond soutient énergiquement qu'on ne doit pas le lui dire, et qu'il faut au contraire lui laisser la conviction qu'elle conserve, au moins partiellement, ses facultés féminines.

Dans le même ordre d'idées, il faut taire aux malades atteintes de cancer utérin la nature exacte de leur lésion. M. Segond considère ces ménagements comme faisant partie du devoir strict du chirurgien. Cette opinion n'est pas unanimement partagée, malheureusement. Or, l'action morale en pareilles matières, joue un rôle qu'on ne peut négliger. Elle ne peut enrayer la marche fatale de l'affection, mais elle permet d'atténuer les complications nerveuses, neurasthéniques, etc., qui désolent si fréquemment l'existence des femmes privées de leurs ovaires.

---

## Traitement de l'alopecie

Pour pouvoir traiter la chute des cheveux de façon efficace, il faut d'abord savoir, dit M. Brocq (*Jour. de méd. et de chir. prat.*), si le cuir chevelu est sec ou gras. ce qui se reconnaît au moyen d'une feuille de papier de soie que l'on y applique, deux jours après un savonnage. Dans le cas de séborrhée, on recommandera les savonnages avec une décoction de saponaire, ou du savon de panama. Une autre substance très employée et qui peut rendre de très réels services est l'éther de pétrole, mais il est très dangereux à utiliser à cause de sa très grande inflammabilité. Il peut, en effet, prendre feu à deux ou trois mètres d'une flamme, et on cite de nombreuses brûlures et même des cas de mort consécutifs à son emploi. Pour l'utiliser, on en passe sur les raies, sans imbiber les cheveux.

Dans les cas où le cuir chevelu est sec, il faut employer, pour exciter la croissance des cheveux, des lotions telles que la suivante :

Chlorhydrate de quinine .....	1 gr.
Chlorhydrate de pilocarpine .....	0 gr. 25
Rhum .....	100 gr.
Eau de feuilles de noyer .....	100 gr.

Il est probable que la réputation de la pilocarpine est bien usurpée, mais elle est si établie auprès du public qu'il est difficile de s'en passer. Ne pas employer le rhum chez les blondes, le remplacer par l'alcool à 60°.

Pour traiter le pytiriasis du cuir chevelu, M. Brocq recommande des lavages avec XXX à C gouttes de polysulfure de potassium dans un quart de verre d'eau chaude. L'intolérance se manifeste par de la cuisson du cuir chevelu. On peut employer aussi les lotions à base d'ammoniacque, ou à base de résorcine. Quand le cuir chevelu est trop sec, il faut, de temps en temps, user des pommades comme la pommade au soufre précipité à 1 p. 10.

Se souvenir que la syphilis est souvent une cause d'alopecie, mais seulement à une certaine époque de la période secondaire, du cinquième au douzième mois.

## Réactions spécifiques des leucocytes aux extraits d'organes

---

MM. ACHARD, BÉNARD et GAGNEUX ont constaté que les globules blancs, *in vitro*, réagissent aux extraits d'organe d'une façon qui varie suivant le fonctionnement des organes correspondants.

Ainsi, l'extrait thyroïdien n'excite pas, chez un myxœdémateux l'activité leucocytaire comme chez un sujet sain ; mais le traitement thyroïdien fait apparaître une réaction normale. Chez le goitreux et le basedowien, la réaction est plus forte et d'un type différent.

Chez les femmes privées d'ovaires, les leucocytes restent insensibles à l'extrait ovarien, en même temps qu'à l'extrait testiculaire.

Chez les femmes pourvues de leurs glandes génitales, l'âge, la grossesse, la ménopause influencent la réaction. L'extrait de mamelle provoque aussi une réaction plus forte pendant la grossesse et la lactation.

L'extrait de rein, qui excite l'activité leucocytaire des sujets sains, est resté sans action sur ceux d'une femme néphrectomisée par erreur du côté à peu près sain et dont l'autre rein était presque détruit par des lésions tuberculeuses. De même, chez un chien, l'ablation des deux reins a fait disparaître la réaction des leucocytes à l'extrait rénal.

L'extrait de capsules surrénales a moins excité l'activité leucocytaire chez un addisonien que chez les sujets sains.

Enfin, chez une femme atteinte de leucémie myélogène, la réaction des leucocytes aux extraits de moelle osseuse et de rate a été nulle. Mais l'interprétation de ce fait est rendue difficile par l'action de la radiothérapie qui avait amené une diminution considérable de la rate.

Ces troubles de réactions leucocytaires sont spécifiques, car ils n'existent que pour l'extrait de l'organe altéré, les extraits des autres organes provoquant des réactions normales.

Ces faits intéressent le physiologiste et peuvent éclairer le clinicien sur l'état de certains organes dont l'exploration fonctionnelle est encore très imparfaite.

---

---

## Diarrhées et éliminations toxi-infectieuses par la muqueuse digestive (notamment par la muqueuse de l'intestin)

PAR MM. H. TRIBOULET et RIBADEAU-DUMAS

—0—

Au cours des grandes intoxications (urémie), au cours des intoxications digestives chroniques (entérites chroniques des nourrissons), et surtout au cours des grandes infections spécifiques (pneumonie, rougeole, etc.) ou non spécifiques (appendicites), il peut se produire un état de toxémie, lequel aboutit, en retour pour ainsi dire, dans certains cas, à des décharges toxiques par voie vasculaire sur les divers segments de la muqueuse digestive. Sans pouvoir préciser encore au point de vue d'une spécificité topographique (estomac, duodénum, jéjunum, iléon supérieur ou inférieur) en rapport certain avec la cause spécifique, les auteurs estiment que bon nombre de faits cliniques parlent déjà en ce sens. Il croient que le pronostic de certaines affections peut dépendre de la localisation de la répercussion toxique sur tel segment plutôt que sur tel autre (aggravation pour les segments supérieurs).

Enfin, un symptôme capital dans la pathologie intestinale par toxémie, l'entérite hémorragique, peut être mis en évidence quel que soit l'aspect apparent des selles, par la réaction à la phénolphthaleïne.

## La physiologie pathologique des paralysies diphthériques

Par MM. GUILLAIN et GUY LAROCHE.

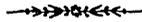
— 0 —

La clinique et l'expérimentation prouvent que les paralysies diphthériques, dans la plupart des cas, sont en rapport avec le lieu de formation de la toxine et que l'atteinte des centres nerveux se fait par un processus de névrite ascendante toxique. L'anatomie pathologique n'a donné aucun résultat précis sur la pathogénie des paralysies dans la diphthérie ; aussi a-t-il semblé aux auteurs que la physiologie pathologique de ces paralysies devait être envisagée par des méthodes toutes différentes.

MM. Guillaïn et Laroche ont observé récemment un malade de vingt-trois ans qui, à la suite d'une angine diphthérique, a présenté une paralysie complète du voile du palais, puis des symptômes bulbaires aigus (hoquet, vomissements, bradycardie, dyspnée), lesquelles amenèrent la mort. Le liquide céphalo-rachidien ne montra aucune réaction cellulaire ; de plus, inoculé aux cobayes par voie intracérébrale, il ne détermina aucun trouble. Des fragments de bulbe au niveau des noyaux des nerfs naissant de cette région du névraxe ont été prélevés, lavés pendant vingt-quatre heures à l'eau courante, puis broyés avec du sérum physiologique ; le liquide ainsi obtenu a été inoculé à des cobayes par voie intracérébrale, intrapéritonéale et sous-cutanée ; les animaux témoins inoculés dans les mêmes conditions, mais avec d'autres régions du névraxe, n'ont présenté aucun trouble. A l'autopsie, le sang du cœur de ces animaux est resté stérile. Ces expériences prouvent que dans le bulbe de ce malade, atteint de paralysie bulbaire existait de la toxine qui ne se montrait pas dans les autres parties du système nerveux.

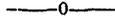
Une autre série d'expériences a montré que la substance nerveuse mise au contact de dilutions de toxine diphtérique fixe cette toxine et que, même après un lavage de vingt-quatre heures, l'inoculation de cette substance nerveuse put déterminer des paralysies et la mort plus ou moins rapide des animaux. Dans d'autres expériences, les auteurs ont vu que les lipoides extraits du système nerveux par l'éther étaient parmi les substances celles qui spécialement fixaient la toxine diphtérique.

Cet ensemble de faits, intéressant au point de vue du mécanisme lésionnel des corps toxiques microbiens, prouve aussi, mieux que n'avait pu le faire l'anatomie pathologique, l'origine centrale des paralysies diphtériques chez l'homme.



## *Arythmie respiratoire*

Par M. VAQUEZ



L'arythmie respiratoire, bien connue des physiologistes, est encore ignorée de beaucoup de médecins qui, en présence d'irrégularité du pouls, ont trop facilement tendance à suspecter quelque lésion cardiaque. L'arythmie respiratoire se présente sous deux formes. *L'arythmie rythmée* est caractérisée par la succession de pulsations inspiratoires courtes et de pulsations expiratoires ralenties avec modification corrélative de leur amplitude : cette forme, la plus connue, est celle qui correspond à la description des physiologistes. La deuxième forme, moins étudiée, peut en imposer pour un faux pouls lent. L'amplitude des pulsations ne se modifie pas ou très peu mais la différence dans leur durée respective est parfois telle que, comme l'auteur l'a vu dans un cas, le rythme correspondant à l'expiration peut n'être que de 40 pulsations à la mi-

nute, alors que celui de l'inspiration atteint 75. Au total, le pouls ne dépassait pas 54 dans un fait observé par l'auteur. Il importe donc de ne pas confondre ce ralentissement physiologique avec celui provoqué par une altération du faisceau de His.

On fera facilement le diagnostic de ces deux formes d'arythmie respiratoire en comparant le rythme du pouls à celui de la respiration : l'inscription graphique du phénomène en rendra la constatation aisée. Quand il s'agira de faux pouls ralenti expiratoire, on constatera l'augmentation du chiffre des pulsations par le changement de position du sujet, l'atropine, etc.

L'arythmie respiratoire est assez particulièrement aux enfants et aux neurasthéniques. Souvent elle s'associe à la tachycardie orthostatique ; cependant cette association n'est pas nécessaire, contrairement à l'opinion de Vanysek, qui l'a érigée en loi et a voulu en faire un syndrome neurasthénique.

---

## Action de la bile sur les poisons putrides de l'intestin

Par M. ROGER

---

Si la bile ne possède pas de propriétés antiseptiques, elle est cependant capable d'agir sur les putréfactions intestinales. En ensemençant avec des matières fécales humaines deux ballons, contenant, l'un du bouillon pur, l'autre du bouillon additionné d'un cinquième de bile, on obtient, dans les deux cas, une rapide et abondante pullulation de microbes. Mais la place n'est pas exactement la même et l'odeur est moins marquée en présence qu'en l'absence de bile.

En injectant à des lapins, par la voie intraveineuse, les cultures obtenues dans ces conditions, on constate que la dose mortelle, quand le développement s'est fait en bouillon pur, est, en moyenne, de 4 centimètres cubes par kilogramme. Pour amener la mort avec le bouillon additionné de bile, il faut injecter de 12 à 33 centimètres cubes, c'est-à-dire de trois à huit fois plus de liquide.

La bile agit, non en neutralisant les poisons formés, mais en empêchant leur production. Si l'on ajoute de la bile à une culture développée en bouillon pur, la toxicité, loin de diminuer, augmente. C'est que l'action toxique de la bile s'ajoute à l'action toxique du poison microbien.

Les substances antiputrides de la bile résistent à l'ébullition et sont solubles dans l'alcool. La cholestérine ne semble jouer aucun rôle.

Ces expériences expliquent le mécanisme de certains troubles généraux dans les cas où la bile ne s'écoule plus dans l'intestin.

---

## *Tuberculose congénitale et infection intrapartum*

---

Une femme de trente ans, phthisique avancée, accouche à sept mois, à la clinique de Dresde, d'un enfant vivant. Celui-ci, après la section du cordon ombilical, est enveloppé dans un drap et mis sur un lit éloigné de celui de la mère. Un quart d'heure après, on procède à la toilette du nouveau-né, et, trente minutes plus tard, sans même le montrer à sa mère, on le transporte dans une crèche où on l'alimente, à la cuiller, avec du lait de femme. La mère succombe au bout de quelques jours à sa phthisie. L'enfant se développe assez bien pendant

les premières semaines, puis se met à dépérir et meurt à l'âge de cinq mois. A l'autopsie, on trouve une tuberculose généralisée avec des foyers tuberculeux avancés dans la plupart des organes. Cet enfant a-t-il succombé à l'évolution d'une tuberculose congénitale, héréditaire ? Ou bien a-t-il contracté sa tuberculose à l'asile où, cependant, toutes les mesures étaient prises pour le mettre à l'abri de l'infection par le bacille de Koch ?

C'est la question que se pose M. Rietschel, en publiant l'observation dont on vient de lire le résumé. Il cite, à ce propos, deux observations récentes, celles de Sitzenfrey, où les choses se sont passées d'une façon analogue : mères tuberculeuses avancées, enfants séparés de leurs mères dès la naissance, et succombant à la tuberculose, respectivement à trois et six mois, bien qu'ils fussent mis à l'abri d'une éventuelle infection tuberculeuse. J'ajoute que, dans ces trois cas, qui ont les allures d'une véritable expérience rigoureusement conduite, l'examen historique et bactériologique du placenta n'a été pratiqué que chez une seule femme : ce placenta a été reconnu comme atteint de lésions tuberculeuses.



A première vue, il semble impossible de ne pas attribuer la mort de ces enfants à une tuberculose congénitale, à une hérédo-contagion transplacentaire. Dans un travail récent sur l'hérédo-tuberculose, M. Lereboullet écrit que « la rapidité avec laquelle évolue la tuberculose du premier âge permet d'expliquer, par une contagion extra-utérine, les faits où la mort survient, non dès la naissance, mais dans les premières semaines ou dans les premiers mois de la vie, l'enfant n'ayant pas été séparé de sa mère tuberculeuse ». Or, nous avons vu que, dans les trois cas cités par Rietschel, les enfants ont été non seulement séparés de leurs mères avec lesquelles ils ne se sont plus trouvés en contact, mais qu'on les a encore placés dans des conditions permettant d'éviter une infection tuberculeuse. Ces deux faits plaident donc en faveur d'une tuberculose héréditaire, congénitale, réalisée pendant la vie intra-utérine. Mais ce qui, par contre, peut être invoqué contre cette étiologie, c'est la longue durée de cette tuberculose qui a été

de six mois chez le premier de ces enfants, de trois mois chez le second, de cinq mois chez le troisième.

Quel est donc, en dernière analyse, le mécanisme de l'infection tuberculeuse dans ces trois cas ? Pour M. Rietschel, cette infection s'est très probablement réalisée *intra partum*, c'est-à-dire pendant le travail, peu de temps avant l'expulsion ou au moment même de l'expulsion.

Il admet notamment, d'accord en cela avec Gartner, que pendant les contractions utérines, certaines villosités se décolloquent, se déchirent, et que ces déchirures, dans un placenta tuberculeux, doivent se produire de préférence au niveau des lésions tuberculeuses. Il se peut alors que les bacilles tuberculeux libérés pénètrent dans la partie portale du placenta et passent dans l'organisme de l'enfant. L'évolution ultérieure de cette tuberculose se rapprochera donc de celle d'une tuberculose acquise et dépendra de la façon plus ou moins massive dont s'est faite cette infection. On sait, en effet, qu'en matière d'infection, la dose, la quantité de matière infectante joue un rôle considérable. D'après le mécanisme invoqué par M. Rietschel, le nombre de bacilles pouvant pénétrer dans l'organisme fœtal peut donc varier d'un cas à l'autre. Joint à la résistance individuelle de l'enfant, il expliquerait pourquoi l'infection tuberculeuse *intra partum* peut évoluer plus ou moins rapidement, trois mois comme nous l'avons vu dans un cas, six mois dans un autre.



M. Rietschel admet même que bon nombre d'observations de tuberculose congénitale sont en réalité des cas d'infection *post partum*. Pour lui, ce qui caractérise, en grande partie, la tuberculose congénitale, réellement héréditaire, c'est la rapidité de son évolution. Mais, dit-il, les enfants ayant subi une infection *intra partum* ne sont pas toujours séparés de leurs mères tuberculeuses ; ils peuvent donc être « massivement » infectés, soit par leur mère ou par leur entourage tuberculeux, et cette infection massive d'un organisme nouveau-né presque incapable de former des anticorps pour prendre une marche foudroyante.

• Peut-on invoquer contre l'infection *intra partum* la rareté de la tuberculose placentaire ? M. Rietschel cite la statistique de Schmorl, qui a trouvé de la tuberculose placentaire dans 50 0/0 des cas chez les femmes tuberculeuses ; celle de Sitzenfrey, qui l'a constatée dans les mêmes conditions dans près de 27 0/0 de cas. Ces chiffres sont beaucoup plus élevés que ceux de la plupart des auteurs. Mais la recherche de la tuberculose placentaire exige des recherches minutieuses auxquelles on ne s'astreint pas toujours : dans un cas, Schmorl a dû pratiquer 2,000 coupes avant d'établir le diagnostic de la tuberculose. Ajoutons que, à l'appui de sa théorie, M. Rietschel cite encore plusieurs faits de tuberculose placentaire, où l'examen histologique des organes du fœtus a permis de découvrir des bacilles tuberculeux, principalement dans les capillaires du foie, parfois entre les parois des vaisseaux et les travées de cellules hépatiques. Dans ces cas, on avait l'impression que l'invasion de bacilles a dû se faire peu de temps, quelques heures, peut-être, avant la naissance.

---

## Pneumonie double

Par M. le docteur EMERSON

---

Appelé en consultation auprès d'une malade âgée de soixante-quatorze ans, souffrant d'une double pneumonie, je trouve la patiente inconsciente avec une température de 105-3/9, un pouls faible et irrégulier à 142, une respiration à 35. Je fis immédiatement remplacer les compresses de graine de lin par une large application d'Antiphlogistine renouvelée toutes les nuit heures. J'administrai la digitaline et le wiskey en injections sous-cutanées à intervalles irréguliers, selon les indications. Ce traitement me donna le plus heureux résultat, l'amélioration fut manifeste dès les dix premières heures, et, graduellement, tous les symptômes graves disparurent ; la malade fut complètement guérie après deux semaines. J'attribue au bons effets de l'Antiphlogistine une large part à ce succès.

## Un succédané de l'huile de Foie de Morue

*Fucoglycine du docteur Gressy. Produit naturel iodo-bromo-phosphore végétal.*

---

Pour l'étude de la *Fucoglycine*, qui obtient auprès du corps médical un grand et légitime succès, nous ne pourrions mieux faire que puiser, dans un excellent travail du docteur Gressy, les renseignements qui vont suivre.

Frappé, dès ses débuts dans la carrière médicale, de la répulsion parfois invincible qu'opposent nombre de malades à l'administration de l'huile de foie de morue, notre confrère s'est demandé s'il ne serait pas possible de la remplacer par un médicament agréable au goût, de digestion facile et doué de puissance reconstituante aussi énergique.

Pour les uns, l'huile de foie de morue n'agit que comme aliment gras ; pour les autres, elle doit ses propriétés réparatrices à la combinaison de l'iode, du brome et du phosphore avec les principes gras.

Quoique convaincu de l'insuffisance, dans l'état actuel de la science, des idées théoriques émises sur le mode d'action de l'huile de foie de morue et de ses principes constituants sur l'organisme, le docteur Gressy pensa que la flore marine, si riche et si variée, devait offrir quelques plantes d'où l'on pourrait extraire un médicament de même nature que la précieuse *huile animale*.

A la suite de nombreuses recherches sur l'action thérapeutique des algues thalassiophytes et autres plantes marines, notre confrère parvint à composer, sous le nom de *Fucoglycine*, un produit végétal dans lequel le chlore, l'iode, le brome et le phosphore sont combinés moléculairement à la *matière grasse* et à la *matière organique soluble* si abondante des fucus et d'autres.

Le mode d'action de la *Fucoglycine* est analogue à celui de l'huile de foie de morue ; elle agit d'une manière toute spéciale sur le système nerveux du *grand sympathique*. Après quelques jours d'usage de ce médicament, on voit l'appétit renaître ou augmenter, l'assimilation devient plus active, la nutrition plus complète ; à la pâleur des tissus succède une coloration plus vive, la sensation de faiblesse générale fait place à une sensation de force et de vigueur.

Agréable au palais, la *Fucoglycine* ne détermine aucun accident du côté des voies digestives.

L'emploi de la *Fucoglycine* est indiqué dans les cas de débilité générale des ophtalmies chroniques de l'enfance ; dans les otites chroniques, les angines chroniques, laryngées et pharyngées, les éruptions impétigineuses de la face, du cuir chevelu et de toute la surface cutanée, les gingivites chroniques, l'incontinence nocturne d'urine, les sécrétions locales, la cachexie, la phtisie pulmonaire.

En résumé, conclut le docteur Gressy, la *Fucoglycine*, produit végétal iodé, extrait des plantes marines, agréable au goût, accepté sans répugnance par les malades, s'emploie dans les mêmes états morbides que l'huile de foie de morue.

Son efficacité constatée (en avril 1870) par quinze années d'expérimentation lui paraissait égale, sinon supérieure dans quelques cas, à celle de l'huile de poisson.

La *Fucoglycine Gressy* se vend par flacons et par litres, par la maison *Alb. Le Perdriel*, 11, rue Milton, Paris.

# NOUVELLE LIBRAIRIE NATIONALE

85, Rue de Rennes -- PARIS

## LES ARPENTS DE NEIGE, par J. E. POIRIER

Roman Historique Canadien, avec une préface de M. ADJUTOR RIVARD, Secrétaire de la Société du Parti Français.

Un vol in-16 broché de vi-335 pages... 75 cts

*Lettres sur l'Histoire de France*, par GEORGES DE PASCAL. — Tome I : *Des origines à Henri IV.* — Tome II : *De Henri IV à nos jours.* — Chaque vol. in-8, de xxxiv-228-322 pp., broché..... 75 cents.

Jamais érudit n'a paru plus à l'aise, plus alerte, plus agile, sous l'armure de sa documentation. Sur la royauté primitive, sur le rôle de l'Eglise, sur la Féodalité, les Communes au moyen âge, la guerre de Cent ans, les guerres d'Italie, Henri IV, Louis XIV, la Révolution, l'Empire, il nous traduit dans un langage clair, élégant et d'une brièveté substantielle les résultats de la minutieuse et scrupuleuse enquête poursuivie depuis un siècle par nos chartistes.

Nos confrères sont souvent en quête d'*Histoire de France* en deux ou trois volumes. Qu'ils prennent ce livre ; ils ne trouveront rien de mieux. Qu'ils le fassent lire autour d'eux : il est accessible à tous. Nous voudrions le voir aux mains d'une élite, aux mains de nos jeunes gens, et déjà de nos adolescents dans les collèges.

(*Ami du Clergé.*)

*Les Idées claires*, COLLECTION SYNTHÉTIQUE FONDÉE PAR NOEL AYMÈS.

La collection des « *Idées Claires* » s'offre au public non comme un répertoire universel des connaissances humaines, mais comme une série de livres qui envisageront les périodes historiques, les grandes dates, les grands problèmes sur lesquels il est bon d'avoir opinion et renseignements précis.

Écrits par des Français, suivant les traditions françaises, ces livres s'adressent aux fils de France. Et nous entendons par là non seulement ceux qui, nés sur notre vieux sol, y sont demeurés, mais aussi ceux qui, de race, d'origine ou culture françaises, ont gardé à l'étranger la connaissance, le goût de notre langue et de notre esprit.

Chaque ouvrage forme un volume grand in-16 de 300 à 400 pages ..... 75 cents

*Trente années du grand siècle : La France de Louis XIII*, par NOEL AYMÈS.

*Le Roi.* — *La Reine Mère.* — *Richelieu.* — *Les Protestants.* — *La Noblesse.* — *Le Clergé.* — *Le Peuple.* — *La Vie des Camps.* — *Corneille.* — *Descartes.*

*De Gœthe à Bismarck*, par LOUIS CONS.

*L'Allemagne devant la Révolution.* — *Kant, Gœthe, Schiller.* — *Le Romantisme.* — *Novalis.* — *La guerre de l'Indépendance.* — *La Sainte-Alliance.* — *La bourgeoisie et le développement économique : le Zollverein.* — *La volonté de puissance de la Prusse.* — *Les Historiens.* — *Schopenhauer et le pessimisme.* — *La crise de 1848.* — *Bismarck et la formation de l'Unité.* — *L'avenir de l'Allemagne.*

Tous les ouvrages sont expédiés franco au prix marqué, par poste ou colis postal, contre envoi de leur montant en un mandat à la *Nouvelle Librairie Nationale*, Paris, 85, rue de Rennes (VI<sup>e</sup> arrondissement.).

## VIENT DE PARAÎTRE

---

*Les Arpents de Neiges*, par JOSEPH-EMILE POIRIER. — Roman canadien, avec un préface de M. Adjutor Rivard, secrétaire de la Société du Parler Français au Canada. Un volume in-16 de XII-368 pages..... 75 cents.

Nouvelle Librairie Nationale, 85, rue de Rennes, Paris.

Au Canada, comme en bien d'autres points de la terre, la période héroïque est désormais close : il pouvait donc être intéressant d'en fixer sous une forme saisissante la phase suprême qui est aussi la plus obscure : le soulèvement des Bois-Brûlés ; c'est ce que l'auteur des *Arpents de Neige* a tenté dans ce roman historique où se trouvent retracés les épisodes de l'insurrection de 1886.

L'héroïque Riel, le chef des métis français dans cette lutte pour l'indépendance, a été assez discuté ; M. Poirier n'ignore rien de ce qui a été écrit, soit pour, soit contre lui ; il a puisé, pour la documentation de son ouvrage, aux meilleures sources anglaises, canadiennes et françaises ; c'est en toute connaissance de cause qu'il a écrit *Les Arpents de Neige*. S'il lui est arrivé de traiter certains détails en romancier, il a, du moins, pris bien soin de subordonner, d'une façon générale, la fiction romanesque à la vérité historique.

Le roman de M. Poirier met à la portée de tous et sous une forme attrayante un récit de ces événements qui montrent la vitalité de la race française.

*Les Arpents de Neige* seront lus et aimés dans tous les pays de langue et de culture françaises.

—c—

*La Théorie des Ions et ses Applications*, par E<sup>r</sup> Pozzi-Escot. —  
Collection : *Les Actualités scientifiques et biologiques*... 30 cents.  
Librairie J. Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris (vi<sup>e</sup>)

La théorie atomique, qui s'est développée avec éciat vers le milieu du dix-neuvième siècle, a été un puissant instrument de travail, un guide fécond pour l'industrie chimique pendant les trente dernières années. Cette doctrine est complétée par la théorie des ions basée sur l'hypothèse émise par le chimiste suédois Arrhénius, sur la dissociation des sels en solution. Que sont les ions ? Comment se forment-ils, quel est leur rôle en chimie, leurs avantages et leurs défauts ? L'auteur s'est efforcé de résoudre ces questions, d'étudier en un mot les grandes lignes générales de la chimie des ions appli-

quée aux solutions, à l'électrolyse, à la physique-chimie et à la biologie. Ce volume, écrit avec clarté et précision, intéressera aussi bien les médecins que les chimistes.

— 0 —

*Les Régimes usuels*, par les docteurs PAUL LE GENDRE, médecin de l'hôpital Lariboisière, et ALFRED MARTINET, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de IV-435 pages (de la *Bibliothèque de Thérapeutique clinique*). Prix..... 5 fr.

Masson et Cie, éditeurs.

Ce nouveau volume de la *Bibliothèque de Thérapeutique clinique à l'usage des Médecins praticiens* est dû à la collaboration particulièrement autorisée de deux diététhérapeutes bien connus, le docteur Paul Le Gendre et le docteur Alfred Martinet.

La première partie traite des *Régimes à l'état normal* et étudie successivement le régime normal de l'homme adulte, le régime de la femme adulte, le régime du vieillard, le régime des enfants et des adolescents.

La deuxième partie, particulièrement originale, étudie les *Régimes systématiques*. Les régimes systématiques aux maux, d'une importance capitale en diététique clinique, sont longuement exposés. A signaler tout particulièrement le chapitre consacré aux régimes hypohydriques (cures de Karell, d'Artel, de Bouchard, de Schweininger, de Schrott). Les régimes systématiques usuels terminent cette partie où l'on trouvera discutée les avantages, les inconvénients, les indications, les contre-indications des régimes lacté, lacto-farinelux, lacto-ovo-végétarien, mixte et végétarien.

La troisième partie, de beaucoup la plus développée, est consacrée à l'étude des *Régimes dans les maladies*. Toutes les maladies sont passées en revue et étudiées au point de vue diététique. Les dyspepsies, les entérites, l'appendicite, les affections hépatiques, le mal de Bright, la tuberculose, les cardiopathies, la fièvre typhoïde, l'arthritisme, l'obésité, la goutte, le diabète, les affections cutanées font l'objet de chapitres particulièrement étoffés.

Le volume se termine par l'étude de l'alimentation artificielle et une série de documents annexes rappelant les éléments essentiels, métriques, calorimétriques, économiques, physiologiques nécessaires et suffisants à l'institution rapide, pratique d'un régime déterminé.

De nombreux tableaux, menus, ordonnances schématiques correspondant aux espèces cliniques les plus fréquentes courent, complètent, clarifient, résument un texte par lui-même fort clair.

# Nouvelles

---

## Le " Montréal Médical "

adresse à tous ses Lecteurs  
ses meilleurs souhaits  
pour 1910

*Les hôpitaux de Berlin.* — Une mission lyonnaise, à la tête de laquelle se trouve M. Herriot, maire de Lyon, vient d'arriver à Berlin pour y étudier le régime et l'installation des hôpitaux. Elle se compose, en outre, du doyen de la Faculté de médecine de Lyon, des professeurs Weili, Commandeur, Hogoumena, de l'architecte Sonny-Garnier, de médecins et de conseillers municipaux lyonnais ; un certain nombre de dames les accompagnent. Un représentant du ministère de l'Instruction publique de France est arrivé à Berlin pour suivre les travaux de cette mission.

—o—  
*Budapest.* — Le professeur Muller, président, et le professeur de Grosz, secrétaire général du Congrès, viennent d'être nommés, le premier, baron ; le second, conseiller aulique.

—o—  
*Une intéressante fondation.* — Un Institut de radium sera ouvert à Vienne cette année, grâce à la générosité d'un donateur, qui a offert à cet effet 5,250,000 francs.

A l'Ecole de médecine des Iles Philippines, une place très importante a été donnée à la zoologie médicale en raison de la fréquence des parasites intestinaux dans la population.

Sur 6 millions d'habitants de ces îles, nos confrères américains estiment que 5 millions sont infectés de vers intestinaux. Dans une prison, où la mortalité était de 75 pour 1.000, tous les prisonniers furent traités systématiquement pour les vers intestinaux et la mortalité tomba à environ 13 pour 1.000.

—o—

A l'Ecole de médecine française de Beyrouth, le nombre des étudiants, pendant l'année scolaire 1905-1906, a été de 233 (contre 212 en 1904-1905, 172 en 1903-1904, 195 en 1902-1903) ; ils se répartissent ainsi par religions ou rites :

Latins .....	14
Maronites (catholiques) .....	62
Melchites — .....	30
Arméniens — .....	11
Copte (uni) .....	1
Chaldéens (unis) .....	7
Syriens .....	2
<hr/>	
Soit (catholiques).....	127
Grecs .....	28
Arméniens .....	23
Copte .....	1
Musulmans .....	34
Israélites .....	18
Druses .....	2
<hr/>	
Soit (non catholiques).....	106

—o—

La France va à Beyrouth pour instruire 233 étrangers. Pourquoi ne viendrait-elle pas au Canada instruire plus de 3.000 médecins français, qui seraient très heureux de compléter leurs études dans un *Post-Graduate*.