

OCTOBRE 1901

## SOMMAIRE

---

### MÉMOIRES.

PAGES.

- 587 — Tumeurs du sein et leur traitement ..... *Marien*  
597 — La constipation, ses causes et son traitement. .... *Dubé*  
605 — La cure alimentaire du tuberculeux..... *Bernheim*
- 

### REVUE GÉNÉRALE.

- 615 — Traitement des bronchites..... *Hervieux*
- 

### ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 620 — La tuberculose au congrès de Londres (*Suite et fin*)..... *LeSage*  
630 — Onzième congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (*Suite et fin*) ..... *Chagnon*
- 

### SOCIÉTÉS.

- 635 — La Société Médicale de Montréal..... *Décarie*
-

## ANALYSES.

## MÉDECINE

- 638 — Le cyto-diagnostic.—La microbe pathogène de la syphilis..... *LeSage*
- 640 — Un cas de fièvre typhoïde sans lésions intestinales. *Dubé*

## THÉRAPEUTIQUE.

- 641 — La santonine dans les crises fulgurantes tabétiques.—Traitement de la pneumonie par le sérum diphthérique..... *LeSage*
- 642 — Mode opératoire pour la préparation du jus de viande et ses effets thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire.....

## OBSTÉTRIQUE.

- 644 — Vagissements intra-utérins. ....

## PHARMACOLOGIE.

- 645 — Catarrhe du nez.—Coqueluche.—Crevasses du sein.—Diarrhé chez l'enfant.—Cors, etc., formules diverses.. ....

## BIBLIOGRAPHIE.

- 647 — Alcool et alcoolisme.—Traitement de la coxalgie par la mécano-thérapie sans immobilisation au lit—Chirurgie du foie et des voies biliaires.—Manuel de petite chirurgie—Principes du diagnostic gynécologique.—Diagnostique des maladies de l'encéphale, etc., etc.....
-

# MEMOIRES

---

## TUMEURS DU SEIN ET LEUR TRAITEMENT

---

Par A. MARIEN

Professeur agrégé à l'Université Laval, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Les tumeurs du sein peuvent être divisées en tumeurs *béni-gnes* et en tumeurs *malignes* au point de vue clinique, et plus précisément en tumeurs *inflammatoires* et en tumeurs *cancé-reuses*, si on les envisage au point de vue anatomo-patholo-gique.

Les *affections inflammatoires* de la région mammaire com-prennent deux grandes classes: 1° les *inflammations aiguës*; 2° les *inflammations chroniques*.

Dans les deux sexes la glande mammaire devient le siège de modifications physiologiques importantes à trois époques dif-férentes de la vie, à la naissance, à l'âge de la puberté, mais c'est surtout chez la femme, à l'époque de la grossesse et de l'allaitement, qu'elle offre son maximum d'activité fonction-nelle.

Cette activité physiologique, qui consiste en une proliféra-tion des éléments glandulaires et en un développement consi-dérable des vaisseaux sanguins, devient en quelque sorte un terrain favorable à la localisation des agents infectieux. C'est la poussée proliférative et congestive de l'organe, qui constitue la cause prédisposante des inflammations du sein. La cause déterminante, c'est l'infection.

Les portes d'entrée en sont nombreuses; elles sont le plus souvent extérieures et l'infection est transmise à la glande par les canaux galactophores et les vaisseaux lymphatiques; elle peut avoir aussi une origine interne et être apportée des autres organes par les vaisseaux sanguins. En résumé: congestion de la glande, puis infection, tels sont les deux éléments fonda-mentaux de la pathogénie des mammites.

Comme dans toutes les autres inflammations, le processus varie suivant le degré de virulence de l'agent infectieux et un peu avec les moyens de défense du sujet.

Les causes occasionnelles de l'inflammation sont très nombreuses. Le gonflement physiologique de la glande, son activité fonctionnelle, sa situation topographique l'exposent à des traumatismes multiples, tels que les heurts, les pressions et malaxations brutales, la compression exercée par les habits et le corset; il faut tenir compte aussi d'une des causes les plus sérieuses d'infection, c'est la malpropreté, l'absence d'hygiène; il y a en effet plus d'une femme qui avoue candidement ne s'être jamais lavé les mamelons, tout en s'empressant de prêcher qu'elle aura mis avec grand succès en application quantité de topiques infects. Les agents pathogènes sont encore amenés au contact du mamelon soit par des linges souillés, soit par des mains non aseptiques, soit enfin par des suctions buccales septiques.

Mais la puerpéralité est de beaucoup la cause occasionnelle la plus fréquente des inflammations du sein. Toutes les statistiques en font foi. L'observation a montré que les femmes qui nourrissent sont plus souvent affectées que celles qui ne nourrissent pas. D'ailleurs les efforts de succion de l'enfant qui mâchonne le mamelon et dont la petite bouche héberge des germes pyogènes nombreux sont des causes évidentes d'infection.

La mammite est le plus souvent précédée de lésions du mamelon et de l'aréole. Quand l'inflammation est franchement glandulaire ou péri-glandulaire, la mammite se présente sous la forme d'une petite tumeur globuleuse, mamelonnée, douloureuse à la pression; elle fait corps avec la glande et ne présente pas d'adhérences aux téguments; la peau n'est pas rouge, elle a conservé son aspect normal et les ganglions ne sont pas engorgés. S'il y a lymphangite, au contraire, la rougeur forme des plaques plus ou moins bien dessinées et des traînées rougeâtres se dirigent vers le creux de l'aisselle où l'on trouve des ganglions hypertrophiés.

Il existe pour ces cas des signes caractéristiques dont la recherche ne doit jamais être négligée; c'est que si l'on exerce une pression méthodique sur la petite tumeur, l'on voit soudre au niveau du mamelon des gouttelettes de pus, ou du pus mélangé à du lait, si la glande est en lactation.

Sous le titre d'*inflammations chroniques*, nous comprenons la tuberculose et la syphilis, car ces deux affections représentent le type de l'inflammation chronique, au point de vue anatomo-pathologique. En effet nous savons que ces deux processus, à évolution très lente, provoquent dans un grand nombre de cas, une hypertrophie des tissus conjonctifs, *véritable cirrhose hypertrophique*, avec une néoformation parfois considérable des éléments épithéliaux. Ces processus peuvent édifier de volumineuses tumeurs, lorsqu'ils n'aboutissent pas de bonne heure à une fonte gommeuse.

La mammite chronique partielle, et la mammite chronique totale, selon que l'inflammation porte sur un ou plusieurs segments de la glande ou même sur sa totalité peut avoir pour pathogénie une infection non spécifique; il résulte de faits bien observés que l'agent infectieux le plus souvent rencontré dans la mammite chronique a été le staphylocoque blanc et le streptocoque. Il est un détail important à noter, c'est l'atténuation de la virulence, dans tous ces cas, de l'agent infectieux.

Au point de vue de la pathologie générale, il est très intéressant d'observer qu'il y a de la similitude, des points de rapprochement entre les deux processus de ces infections si différentes pourtant; je veux dire la tuberculose et la syphilis d'une part, la staphylococcie et la streptococcie atténuées d'autre part. L'anatomie pathologique nous révèle en effet que ces deux variétés d'infection peuvent provoquer à peu près la même topographie de lésions anatomiques, à savoir l'hypertrophie scléreuse du tissu conjonctif fondamental et l'hyperplasie du tissu glandulaire ou *parenchyme* proprement dit de l'organe.

Il va sans dire que dans tous les cas il ne s'agit que d'infections atténuées aussi bien pour la syphilis et la tuberculose que pour la streptococcie et la staphylococcie. Car il ne faut pas

confondre avec ce processus lent, qui évolue vers la transformation scléro-kystique ou fibro-adénomateuse, la dégénérescence gommeuse avec ulcérations ou abcès froids de la tuberculose ou de la syphilis, et la fonte purulente de la streptococcie ou de la staphylococcie qui aboutit au plegmon.

En résumé, pour toutes ces infections, si l'agent pathogène est peu virulent le processus inflammatoire, édifiera une tumeur scléro-kystique ou scléro-adénomateuse, tandis que si l'infection est très virulente elle se terminera par une dégénérescence caséuse avec ulcérations ou par une fonte purulente avec abcès.

Entre ces deux termes extrêmes il existe bien entendu tous les intermédiaires, et l'on peut trouver plusieurs modalités réunies dans la même tumeur.

Comme résultat éloigné de ces divers processus inflammatoires, comme stade ultime de l'évolution anatomique de l'inflammation chronique de la glande mammaire, je comprends dans ma classification en *tumeurs bénignes* ou en *tumeurs inflammatoires*, toutes les autres tumeurs non cancéreuses des auteurs. Parceque je crois qu'elles ont toutes, pour point de départ, une infection soit microbienne, soit parasitaire.

L'anatomie pathologique et la bactériologie ont d'ailleurs toujours confirmé la vérité de cette interprétation.

Le *traitement* des affections inflammatoires de la glande mammaire peut se résumer à trois méthodes principales :

1° Le traitement *prophylactique* qui comprend les soins hygiéniques à donner aux mamelles, surtout pendant la grossesse et l'allaitement.

Tarnier recommande de laver fréquemment les mamelons avec une solution antiseptique (solution chaude de sublimé à 0 gr., 40 pour 1000 deux fois par jour). S'il y a la moindre ulcération, ces lavages doivent être suivis d'un pansement occlusif.

C'est chez les nouvelles accouchées surtout que ces moyens acquièrent toute leur importance. Il ne faut pas oublier que l'infection peut venir de plusieurs sources : des mains, des linges, de la bouche et des yeux de l'enfant. Il faut donc faire

une aseptie rigoureuse (nettoyage des mains, propreté des linges, etc.). Si le nourrisson est atteint d'ophtalmie, on devra, avant de mettre l'enfant au sein, lui laver avec soin les yeux et les recouvrir d'une compresse qui empêchera le pus de couler sur les joues et de là sur le mamelon. Le pansement bori-qué humide est préconisé par Pinard, lorsqu'il existe des gerçures.

2° Le *traitement abortif* peut encore juguler l'inflammation, même lorsque les vaisseaux lymphatiques et les canaux galactophores sont envahis. Il faut d'abord mettre le sein au repos absolu, le recouvrir d'un pansement antiseptique, et l'immobiliser avec un bandage ouaté compressif. Si au bout de quarante-huit heures, les douleurs augmentent et la tuméfaction s'accroît, c'est que le pus se collectionne. Il faut alors abandonner la compression et suivre la pratique de Budin. Elle consiste à faire évacuer le pus, deux fois par jour, en comprimant, à l'aide du pouce et de l'index, la glande mammaire, en allant des parties profondes vers le mamelon, on lave ensuite le mamelon à l'eau bori-quée et l'on recouvre le sein d'un pansement antiseptique compressif.

3° Le *traitement curatif* est absolument chirurgical. Quand l'abcès est formé, il faut l'ouvrir largement et évacuer le pus. La temporisation n'est plus de mise aujourd'hui que la méthode antiseptique triomphe de l'érysipèle et des complications post-opératoires jadis si redoutables. Il faut ouvrir de bonne heure une porte de sortie au pus, pour éviter toute la série des accidents toujours imputables à l'*antique temporisation*.

La *technique* consiste à faire une bonne incision, à disséquer un ou plusieurs lobes glandulaires, à faire un nettoyage soigné et à suturer ou drainer la plaie suivant les circonstances. Voilà en résumé l'exposé des différentes méthodes de traitement des tumeurs inflammatoires aiguës de la mamelle.

Il va sans dire que, pour les *inflammations chroniques*, le traitement doit être avant tout *chirurgical* sauf peut-être pour la syphilis et la tuberculose où il faut savoir toujours associer le traitement spécifique et le traitement général au traitement chirurgical, suivant les indications.

A propos de la syphilis je mentionnerai brièvement une observation clinique qui offre un certain intérêt. Je vis, un jour, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, une malade qui se présentait avec une récidive de néoplasme du sein; elle avait subi quelques mois auparavant une amputation totale de l'organe pour une assez volumineuse tumeur. La récidive se manifestait par la présence d'une dizaine de petites tumeurs développées le long de la cicatrice, dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané; quelques unes de ces nodosités étaient ulcérées et avaient une coloration violacée; elles avaient envahi un si large territoire de la peau, qu'il était devenu impossible de tenter une nouvelle intervention chirurgicale. Un traitement d'épreuve fut proposé; pansements humides au bichlorure de mercure à 4% et iodure de potassium à hautes doses à l'intérieur. Un mois après la malade était en bonne voie de guérison. Cette observation démontre d'une façon assez évidente le triomphe du traitement médical, lorsque le traitement chirurgical était réduit à l'impuissance.

La tuberculose mammaire sera traitée chirurgicalement aussi promptement que possible, à cause de sa marche envahissante. Je crois avec P. Delbet, que l'extirpation large au bistouri ou aux ciseaux est la méthode de choix. Dans la forme confluente, il faut dépasser les limites de la tumeur, c'est-à-dire tailler en plein tissu sain et tenter la réunion par première intention, tout comme pour les cancers, après curage de l'aisselle. Le traitement médical anti-tuberculeux doit toujours seconder énergiquement les bons effets du traitement chirurgical.

Si l'on envisage maintenant, au point de vue du traitement, les manifestations tardives de ces diverses affections chroniques de la glande mammaire, c'est-à-dire si on les étudie à un stade plus avancé de leur évolution, j'entends pour les infections atténuées, à processus lent et essentiellement chronique, qui aboutissent toujours à la sclérose hypertrophiante, avec dégénérescence kystique, adénomateuse ou autre, je crois qu'il faut toujours se hâter d'intervenir chirurgicalement.

Il faut opérer aussi largement que possible, attendu que c'est

une opération bénigne qui ne fait courir aucun danger au malade, soit les plus petits néoplasmes (petits nodules scléreux, petits fibro-adénomes, petits kystes de la grosseur d'une noisette), soit les plus volumineuses tumeurs, (galactocèle, lipome, fibro-adénome, fibro-adénome kystique, kyste hydatique, l'actinomyose, etc.), qui peuvent atteindre une dimension colossale.

Ne vaut-il pas mieux, en effet, sacrifier de très bonne heure, une partie de la glande ou même la glande toute entière, lorsqu'elle devient une menace, un danger pour l'avenir; car l'on sait aujourd'hui que les tumeurs les plus bénignes peuvent subir une dégénérescence cancéreuse et infecter toute l'économie. L'opération est simple, facile et à la portée de tout praticien; avec une bonne technique elle n'offre aucune espèce de gravité.

Les *tumeurs malignes* ou les *tumeurs cancéreuses* de la glande mammaire peuvent se diviser en deux groupes principaux: 1° le cancer épithélial ou les *épithéliômes*; 2° le cancer conjonctif ou les *sarcômes*.

Les tumeurs *épithéliales* se développent aux dépens de l'épithélium des culs-de-sac de la glande. Au début il n'existe pour ainsi dire pas de phénomènes bien caractéristiques; les premières perturbations des tissus appartiennent aussi bien aux inflammations qu'aux cancers et se traduisent par la prolifération du tissu épithélial et du tissu conjonctif circon voisin.

Mais ce n'est là qu'un stade éphémère, car le tissu épithélial subit très rapidement de profondes modifications et le processus évolue vers le type *épithéliome*.

Les nouvelles cellules qui se forment incessamment (l'on ne sait pas encore sous quelle influence), sur la face interne de la membrane limitante de l'acinus repoussent les cellules adultes dans l'intérieur de la cavité qu'elles dilatent et allongent d'une manière progressive. Les acinis distendus apparaissent comme des nodules séparés et ils forment par leur groupement des îlots épithéliaux plus ou moins volumineux, affectant la forme de tubes ou de lobules.

Le tissu conjonctif semble vouloir protéger l'économie contre cet envahissement épithélial, en s'hypertrophiant, en proli-

férant parfois d'une façon très active, mais l'épithéliome ne redoute rien, il envahit tout, il pousse à travers tout, et ne respecte pas, comme dans l'inflammation, la barrière conjonctive.

Les cellules épithéliales peuvent subir plusieurs modifications et imprimer à la tumeur des caractères particuliers; de même que la réaction du tissu conjonctif peut varier considérablement d'intensité. Les cellules épithéliales sont parfois atteintes de dégénérescence colloïde, de dégénérescence granulo-graisseuse et deviennent l'origine de kystes.

Aussi les désignations de : *épithéliome*, *carcinome*, *adéno-épithéliome*, *épithéliome colloïde*, *épithéliome kystique*, ne tiennent qu'à des différences morphologiques; ces phases évolutives ne sont que les modalités diverses d'un même processus.

L'épithéliome se développe excentriquement en envahissant d'abord un lobe, puis deux et enfin la glande toute entière. Les bourgeons épithéliaux s'infiltrent dans les lacunes lymphatiques pour se répandre dans les tissus voisins.

Très rapidement les ganglions sont envahis à distance. Enfin dans un troisième stade le cancer se généralise, le plus souvent en pénétrant dans les vaisseaux sanguins.

L'épithéliome se développe de préférence chez les femmes d'un âge avancé et surtout chez celles qui ont eu des enfants.

D'ordinaire l'épithéliome débute sans donner lieu à aucun signe subjectif: il n'y a pas de douleur à cette période, et c'est par hasard ou à l'occasion d'un traumatisme parfois léger que les malades découvrent dans leur mamelle une petite tumeur.

Le *sarcôme* prend naissance au milieu des éléments du tissu conjonctif; c'est le cancer conjonctif.

Il existe deux principaux types: le *sarcôme globocellulaire* ou à petites cellules, et le *sarcôme fusocellulaire* ou à cellules fusiformes; les autres variétés qui sont assez nombreuses se caractérisent surtout par leur morphologie anatomique, mais ils sont de même nature et peuvent toujours être ramenés aux deux premiers types.

Le cancer conjonctif a une marche envahissante plus rapide que l'épithéliome. En effet, dans ce cas, le tissu conjonctif

n'offre presque pas de résistance; ses éléments mêmes se transforment rapidement en cellules cancéreuses. L'épithélium des canaux glandulaires disparaît dans bien des cas. Les vaisseaux sanguins, par leur prolifération, leur réoformation concourent à l'édification de la tumeur et à sa généralisation. La généralisation peut se faire aussi très vite par le système lymphatique qui est envahi dès l'éclosion de la néoplasie et les ganglions sont pris de bonne heure, tout comme dans l'inflammation.

Le sarcôme, qui est surtout le cancer des jeunes personnes, se présente cliniquement sous l'aspect d'une tumeur globuleuse, non lobulée comme l'épithéliome; il semble dans la majorité des cas, que l'organe tout entier est envahi d'emblée. La tumeur sarcomateuse peut être douloureuse et offrir plusieurs caractères de l'inflammation; en effet la peau se distend par le fait du développement de la tumeur; elle devient lisse, d'un rouge bleuâtre, mais conserve presque toujours sa mobilité. Il y a des sarcomes, myxo-sarcomes qui peuvent atteindre un volume énorme tout en conservant leur indépendance de la peau et des parties profondes sur lesquelles ils se meuvent facilement.

Le *traitement* des cancers du sein proscrit sans hésitation toutes les méthodes de temporisation, de tergiversation et de traitements locaux qui consistent en vérité à laisser au néoplasme le temps de se généraliser sous le fallacieux prétexte de faire fondre la tumeur.

En présence d'une tumeur cancéreuse du sein, il faut toujours conseiller l'opération et user de toute son influence pour la faire accepter.

Quel procédé opératoire faut-il choisir?

Attendu que dans la plupart des cas, au début, il est impossible de faire un diagnostic sérieux, sans le secours du microscope, l'on pourra s'en tenir à l'énucléation simple de la tumeur seule sans sacrifier l'organe tout entier, en attendant le diagnostic microscopique. Si l'examen histologique révèle la présence d'un cancer, il ne faut pas perdre un temps précieux à temporiser et à attendre des signes de progrès rapides. Il se-

rait alors peut-être trop tard, car la généralisation des cellules cancéreuses se fait souvent avec une rapidité foudroyante et les vaisseaux lymphatiques peuvent être gorgés de cellules cancéreuses avant d'être hypertrophiés et appréciables à la palpation. Il n'y a qu'une chose à faire: C'est de faire sauter largement toute la glande mammaire. Je considère que le procédé de choix est d'enlever avec toute la glande, le plus de peau possible, tout le tissu cellulo-graisseux circon voisin en dépassant largement les limites de la tumeur, de disséquer une bonne portion des muscles sous-jacents, même quand la tumeur n'est pas adhérente.

Faut-il se contenter de l'amputation du sein et s'arrêter là, même quand l'exploration de l'aisselle ne révèle pas d'hypertrophie ganglionnaire? Je suis convaincu que non, et ma courte expérience m'a démontré que *dans tous les cas*, il faut faire un nettoyage soigné de l'aisselle.

Les statistiques nous démontrent d'ailleurs que les récidives se font le plus souvent au niveau des vaisseaux lymphatiques principalement au niveau des ganglions de l'aisselle.

Pourquoi attendre la présence des ganglions hypertrophiés pour explorer le creux axillaire. Ne vaut-il pas mieux dans tous les cas dépasser les limites du mal et rechercher les chances d'obtenir peut-être une guérison radicale? L'espoir d'un tel résultat, quand il s'agit de cancer, doit forcer la main du chirurgien et rendre audacieux. Il ne faut pas craindre de fouiller jusque dans les interstices musculaires, dans le creux sous-claviculaire, où l'on sera surpris de trouver des amas de ganglions envahis qu'il est impossible de sentir par la simple palpation à travers les téguments et les masses musculaires. Il ne faut pas hésiter non plus à disséquer, en les isolant parfois sur une longue étendue, les vaisseaux de la région axillaire.

Les meilleures statistiques démontrent que les plus beaux résultats sont fournis par les opérations les plus complètes et que, grâce à ces dernières, les récidives locales ont diminué dans la proportion de 26 pour 100.

---

## LA CONSTIPATION, SES CAUSES ET SON TRAITEMENT (1)

Par J.-B. DUBE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval,  
Médecin des Hôpitaux.

---

Je n'ai pas l'intention de vous entretenir très longuement sur l'étiologie et la pathogénie de la constipation. Je veux m'occuper de la constipation ordinaire, c'est-à-dire la plus fréquente, celle qui est causée par une atonie, une paresse de l'intestin. Je ne parlerai donc pas de la constipation des femmes enceintes ni de celle qui accompagne les grandes dilatations de l'estomac, les rétrécissements cancéreux ou cicatriciel de l'intestin, de la constipation qui accompagne l'entérite muco-membraneuse. Cette constipation par atonie de l'intestin est très fréquente surtout chez les femmes. Je suis tellement habitué de la rencontrer chez elles que je pourrais affirmer, sans chiffres exacts que 90 % en souffrent.

Chez les enfants la constipation est moins fréquente.

Quelles sont les principales causes de ce mauvais fonctionnement de l'intestin ?

Chez le nourrisson il faut presque toujours s'en prendre au mode d'alimentation. Si l'enfant est au sein, de deux choses, l'une: ou il est nourri à tort et à travers, ou il est nourri avec soin et une bonne hygiène. Dans le premier cas c'est une mère qui donne le sein tous les cinq à dix minutes, c'est-à-dire, chaque fois que l'enfant pleure. Les seins trop souvent excités ne donnent plus un lait aussi digestible et le tube digestif de l'enfant ne tarde pas à présenter des irrégularités dans ses fonctions. Lorsque, au contraire, le sein de la mère est donné avec soin et régularité, comment expliquer la constipation que présente parfois le nourrisson. Les auteurs en pédiatrie croient qu'un enfant qui se développe rapidement, qui augmente de poids régulièrement chaque jour, peut présenter un peu de constipation à la suite d'une très grande absorption intestinale, laissant par suite peu de résidu à évacuer par l'intes-

(1) Travail lu à la Société Médicale de Montréal.

tin. Si l'enfant n'augmente de poids que d'une façon ordinaire tout en prenant le sein régulièrement, il faudra accuser la composition du lait maternel. L'analyse prouvera alors que les proportions respectives de la matière grasse, du sucre de lait et de la caséine ne sont pas normales. La caséine est en générale légèrement augmentée ou la matière grasse diminuée.

Après le sevrage, la constipation atteint assez souvent l'enfant qui mange de tout. Une alimentation chargée en viandes et en œufs dans les premières années est suffisante pour produire de l'atonie intestinale. Ces erreurs dans l'alimentation sont capables de produire également de la diarrhée surtout pendant les chaleurs de l'été.

Jusqu'à l'âge de 12 à 15 ans, la constipation même lorsqu'elle a existé dans la première enfance, est assez rare. Inutile je crois, de vous en donner les raisons. Il suffit en effet de se rappeler que pendant ces années de jeunesse, l'enfant, garçon ou fille, court, danse, vit au dehors pendant une partie de la journée, en un mot qu'il prend une somme d'exercice considérable et tout à fait suffisante pour assurer un fonctionnement régulier de l'intestin pour peu qu'un mauvais régime alimentaire ne vienne pas en contrecarrer les bons effets. A partir de 12 à 15 ans cet état de chose va disparaître. Le garçon, suivant la position de fortune de ses parents, ira au collège en pension, commencer ses études, ou bien commencera, trop jeune malheureusement, sa vie d'apprenti dans une manufacture quelconque s'il ne va pas s'installer derrière un comptoir d'épicier, etc. Voilà un changement de vie qui n'est pas toujours accompagné des meilleurs effets pour la santé. Mais du collégien, de l'apprenti et de l'employé de commerce, ce sera sûrement ce dernier et le collégien peut-être, qui seront les plus exposés aux ennuis de la constipation. Le petit employé a souvent de longues heures de travail et par conséquent peu de loisirs à consacrer aux exercices physiques. S'il n'a pas été à la garde robe le matin avant son départ de chez lui, il est bien exposé à attendre tard dans la soirée pour satisfaire au besoin qui peut surgir au moment où il est à servir un client. Petit à petit ces irrégularités jointes à une vie sé-

dentaire amèneront une atonie intestinale avec constipation. Le collégien prend suffisamment d'exercices corporels il est vrai, mais il n'est pas assez maître de sa personne.

En effet, si le besoin d'aller à la selle ne se fait pas sentir pendant les fameux " *cinq minutes* " qui suivent le lever ou pendant les moments de récréation, il est exposé à retarder un besoin pressant, soit qu'il ne veuille pas pendre un moment de sa classe, ou bien, ce qui arrive le plus souvent, parceque la permission de sortir lui est refusée. Joignons à cela une alimentation défectueuse comme celle donnée dans la majorité de nos maisons d'éducation et nous aurons des preuves suffisantes pour expliquer la constipation que peut présenter le collégien. L'apprenti menuisier, charpentier, etc., je fais exception pour l'apprenti tailleur et autres métiers qui se trouvent dans les mêmes conditions de vie sédentaire que l'employé de commerce, n'a fait que changer d'exercices. Aussi la constipation par atonie intestinale est chose rare chez lui. L'habitude que prend le collégien et l'employé de magasin pourra leur rester aussi longtemps qu'il négligerons de prendre les mesures que j'indiquerai plus loin dans le traitement de la constipation.

La jeune fille de 12 à 15 ans, suivant la position de fortune des parents, est envoyée au couvent, ou placée en apprentissage chez une couturière, ou dans une manufacture; sino elle est placée en service dans les familles ou gardée chez elle après quelques années d'école primaire. Si nous cette fille au couvent, et là nous verrons, comme pour le collégien, surgir les mêmes raisons qui la pousseront vers la constipation. J'en ajouterai peut-être une autre c'est que la jeune fille qui entre à la pension est timide, gênée, par conséquent, la crainte et la fausse honte viendront se joindre aux autres causes déjà décrites. Je pourrais, ici, rappeler que toutes nos maisons d'éducation pour garçons ou filles ne sont pas pourvues de système de " *Water-Closets* " modernes et surtout chauffés. Il est donc évident que pendant les mois d'hiver la pensionnaire de couvent, encore plus que le collégien, hésitera, remettra le plus longtemps possible l'obligation d'aller s'exposer au froid.

Il ne faut donc pas être étonnés de voir nos clientes riches

souffrir de constipation en grande majorité; c'est une suite presque nécessaire de leur séjour aux pensionnats.

Voyons maintenant la petite ouvrière aller à son travail le matin avec son dîner sous le bras. Les tramways en sont remplis avant les 7 heures. Elles vont s'engouffrer dans les grands magasins, les buanderies, les manufactures de cigares, les filatures et autres manufactures, de papier, de chemises, etc. Il suffit de les examiner avec un peu d'attention pour se convaincre que ces filles et fillettes ne vivent pas sûrement dans les meilleures conditions d'hygiène, les figures pâles avec des yeux cernés sont en majorité.

J'ai eu l'occasion de voir et d'examiner plusieurs de ces jeunes filles pendant les quelques mois que j'ai fait le dispensaire de médecine à l'hospice St-Joseph, rue Cathédrale, et toutes m'ont affirmé qu'elles avaient commencé à maigrir, à pâlir et à présenter des irrégularités dans leur menstruation, avec pertes blanches, etc., quelques mois après leur entrée dans une buanderie, dans une usine quelconque. La majorité de ces personnes souffrent de constipation, et je crois qu'il est facile d'expliquer cet état de chose déplorable. Ces ouvrières ou filles de magasin se lèvent à la hâte, prennent un bout de déjeuner et se précipitent à leur ouvrage pour éviter les quelques sous d'amendes dont sont gratifiées les retardataires. Elles ne songent donc pas à aller à la garde robe en se levant ou après leur déjeuner quand bien même elles en éprouveraient le besoin; elles remettent la chose à plus tard. Lorsqu'elles ont commencé leur travail elles résistent également au besoin qui se fait sentir pour ne pas perdre de temps. Ces ouvrières sont, en effet, payées à la pièce pour la plupart, ce qui explique leur ambition au travail. Dans d'autres circonstances ces filles ou femmes ne cèdent qu'avec peine au besoin d'aller à la selle, parce que les "Water-Closets" à leur usage sont contigus à ceux destinés aux ouvriers de la même manufacture. J'ai lu l'an dernier, dans les journaux politiques de cette ville, deux rapports dressés par deux inspectrices nommées par le gouvernement pour surveiller les manufactures qui emploient des filles ou femmes comme ouvrières. Je regrette de ne pas me rappeler

les noms de ces deux personnes que je me fais un plaisir de citer. L'une d'elles a insisté fortement sur les inconvénients qui peuvent surgir du voisinage des "Water-Closets" destinés aux ouvrières et aux ouvriers. Ajoutons à ces inconvénients un régime alimentaire défectueux, assez souvent insuffisant et nous ne serons pas obligés de chercher ailleurs les causes de la constipation chez les ouvrières et les filles en apprentissage. La fille de chambre et la cuisinière sont exposées à la constipation, tout comme les mères de famille et les jeunes filles qui, au lieu d'aller dans un magasin ou une manufacture, sont restées à la maison pour y travailler.

Le principal facteur de la constipation chez ces dernières est la négligence jointe à une vie peut-être trop sédentaire. Ces personnes qui pourraient facilement aller à la garde-robe au moindre besoin s'habituent à remettre la chose d'heure en heure, puis de jour en jour, sous prétexte de terminer tel ou tel travail commencé, ou pour éviter de monter ou descendre un escalier. Il faut, cependant, ajouter un autre facteur qui compte pour beaucoup pendant la saison froide. Il y a encore à Montréal un grand nombre de fosses fixes au fond des cours, surtout dans les quartiers populeux; la chose est générale dans les campagnes. Il est facile de comprendre que la jeune fille et la femme hésiteront et tâcheront de retarder le plus longtemps possible le moment ennuyeux où il faudra s'habiller pour aller au froid satisfaire ce besoin qui s'impose!

Je ne fait que passer sans trop insister sur les causes qui m'ont paru les plus propres à amener la constipation chez les personnes qui viennent nous consulter. Je serais très incomplet si je négligeais d'appeler l'attention sur la mauvaise habitude que nous avons de manger trop de viande et pas assez de légumes.

La majorité de nos clients font trois repas de viande par jour et lorsqu'ils ont mangé en même temps un peu de pomme de terre à chaque repas, un peu de choux, ou pois secs, dans le potage du midi, ils sont satisfaits. Par contre, les cornichons, le catsup, les sauces piquantes d'importation anglaise ne font pas défaut sur la table.

Les français et surtout les parisiens ont la réputation de bien manger et ils le méritent. Cependant, si vous entrez dans un bon restaurant parisien, vous serez étonnés de voir la variété de légumes que l'on vous servira.

La comparaison entre les matières fécales du chien et celles de la vache fait comprendre de suite l'influence que peut avoir un régime végétal.

Les personnes souffrant de constipation se sont, en outre, habituées à ne pas boire de liquide, eau, etc. Ils vous disent qu'ils n'ont jamais soif. J'ai même remarqué souvent que ces malades éprouvaient beaucoup de difficultés à reprendre l'habitude de boire entre les repas somme je le prescris toujours dans la constipation. Certaines personnes nerveuses ont des nausées, des crampes d'estomac après avoir bu une gorgée d'eau. Je ne parlerai pas des symptômes de malaises, etc., qu'éprouvent les constipés, du côté de l'estomac, de la tête et ailleurs. Je voudrais terminer en décrivant quelques modes de traitement et surtout ceux qui m'ont paru réussir le mieux.

Je commence par convaincre mes malades que les douleurs, malaises, qu'elles éprouvent, sont causés par leur constipation: puis après les avoir encouragées à se soigner je les préviens que le traitement sera peut-être long et assez ennuyeux. Pour atteindre ce but, il suffit d'examiner minutieusement leur vie antérieure, de leur démontrer que telles ou telles occupations, telles négligences ont, petit à petit, fait perdre la bonne habitude d'aller à la garde-robe tous les jours.

Il est rare de rencontrer une femme qui a souffert de constipation depuis son enfance. Questionnez-la, et vous verrez que cette affection a débuté vers les 15 ans à peu d'années près!

D'un autre côté, vous n'aurez aucune difficulté à convaincre votre cliente qu'il n'y a pas de médicament capable de guérir seul la constipation. Elles le savent aussi bien que nous, parce qu'elles ont essayé, les unes après les autres, toutes les pilules recommandées par des médecins, par le pharmacien, ou annoncées dans les journaux. Je l'ai déjà dit plus haut, rarement elles viennent nous consulter pour leur constipation, c'est plutôt pour des troubles dyspeptiques, ou de la migraine, etc., qu'elles désirent un traitement.

Je leur donne toujours par écrit les recommandations suivantes :

1° Prendre l'habitude de se présenter à la garde-robe tous les jours à la même heure, de préférence le matin après le déjeuner.

2° Boire beaucoup d'eau, froide ou chaude (au goût de la malade), le matin à jeun, entre les repas, et le soir avant de se mettre au lit.

3° Ne prendre que deux repas de viande par jour, et manger le plus de légumes possible : petits pois verts, haricots verts, céleri, oseille, carottes, navets, etc. Les légumes secs tels que les pois, etc., doivent être mangés en purée.

4° Manger beaucoup de fruits crus ou cuits, tels que les pommes, poires, pêches, prunes, pruneaux, etc.

5° Prendre un peu d'exercice au dehors. Je conseille la marche, la bicyclette, l'équitation, etc.

6° Prendre le soir au coucher ou le matin au lever, une pilule quelconque, soit Podophyllin, Scammonée, etc., ou bien une eau minérale laxative.

Je prescris de préférence l'huile de ricin, une cuillerée à thé le matin à jeun, en capsules, ou autrement, si le malade peut en prendre sans malaise.

L'habitude de se présenter régulièrement à la garde-robe le matin à la même heure a une influence heureuse sur les intestins, après le déjeuner, surtout à cause du coup de fouet que les aliments ont pu donner au péristaltisme intestinal. Les liquides sont absolument nécessaires pour assurer un bon état de l'intestin. Je les conseille entre les repas parce que les malades ont déjà l'habitude de boire aux repas et qu'il ne serait pas prudent de leur recommander de boire beaucoup plus en mangeant. Deux repas de viande par jour sont suffisants pour tout le monde. Je défends les viandes à digestion difficile telles que boudins, saucisses et autres articles de charcuterie. Je recommande les poissons, les huîtres, en faisant exception pour le homard et peut-être le saumon. Je répète que les légumes ont une influence très marquée sur l'intestin. Nous avons ici au pays les petits pois verts, les haricots verts, la carotte, le navet,

le céleri, l'artichaut et la laitue, etc., qui sont très digestibles. Je ne recommande pas le chou qui se digère assez mal d'habitude. Les fruits ne manquent pas non plus, car nous sommes probablement le pays du monde le plus favorisé à cause de nos importations si faciles. Je n'insiste pas sur les bons effets de la bicyclette et de l'équitation sur les intestins, c'est chose connue de tout le monde. Il est évident que toutes ces prescriptions bien que remplies scrupuleusement par les malades n'auront pas pour effet de les guérir immédiatement. Voilà pourquoi je tolère une pilule ou une eau minérale laxative, afin d'aider un peu, au début, à débarrasser l'intestin régulièrement; un lavement tous les matins aura le même effet. J'ajoute que j'ai quelque préférence pour l'huile de ricin administrée en capsules ou non, le matin à jeun et suivie d'une tasse de tisane chaude. La dose d'huile peut être augmentée ou diminuée suivant l'effet obtenu.

Ces médicaments sont donnés en priant les malades de les mettre de côté petit à petit, soit en diminuant ou en éloignant les doses. Quand je ne puis obtenir de guérison avec les moyens ci-dessus je recommande alors le massage intestinal, l'électricité statique avec étincèles tirées du colon, les bains de siège froids matin et soir. Si les malades veulent bien suivre ce traitement sans se décourager du peu de résultat obtenu après quelques semaines seulement, ils finiront par triompher sûrement de leur maladie.

---

## LA CURE ALIMENTAIRE DU TUBERCULEUX (1)

---

Par le Dr SAMUEL BERNHEIM

Médecin en chef des Dispensaires anti-tuberculeux de Paris.

---

On sait que, depuis Brehmer, la cure hygiénodiététique de la tuberculose comporte trois indications primordiales :

- 1° Mettre le malade au repos ;
- 2° Lui faire respirer un air pur ;
- 3° L'alimenter et le suralimenter.

Cure de repos — cure d'air — cure d'alimentation, tels sont les trois termes de ce qu'on a appelé la " triade thérapeutique " de Brehmer.

Dans les travaux antérieurs, j'ai étudié la cure de repos et la cure d'air. Appliquant la même méthode, c'est-à-dire la méthode clinique, physiologique et pathogénique de la cure d'alimentation — et me plaçant avant tout au point de vue thérapeutique et pratique, — je veux décrire aujourd'hui, avec quelques détails, ce qu'il faut entendre par " *cure alimentaire du tuberculeux* " et livrer aux praticiens ce que mon expérience personnelle m'a appris sur ce sujet.

Les traités classiques — non pas de pathologie, mais même de thérapeutique — sont, en effet, très brefs sur cette question. Les renseignements qu'on y peut lire se réduisent, somme toute, à un aphorisme : " *Le tuberculeux doit s'alimenter. Il faut quand même le faire manger.* "

Cette proposition, très générale, est vraie assurément dans la majorité des cas, mais la clinique et la thérapeutique ne se prêtent guère à des formules aussi générales. Outre que le conseil, le vœu, l'indication urgente, que celle-ci exprime, n'est souvent pas pratiquement réalisable, puisqu'il n'est pas de praticien qui, en matière de tuberculose, ne se soient trouvés aux prises avec une anorexie invincible ou une intolérance absolue. — il est encore permis de se demander si toujours, invariable-

(1) Communication lue au Congrès de Londres.

ment, dans toutes les formes cliniques de la maladie, et dans l'infinie variété d'aspects que ces formes peuvent révéler, il est souhaitable, il est indiqué de suralimenter le tuberculeux.

Il est impossible d'examiner ici en détail tous les cas où la cure alimentaire du tuberculeux doit varier ses moyens d'action, — ni même de déterminer quels sont ces moyens d'action; — mais il serait du moins utile, partant de l'observation clinique, de dire quelle sera la cure alimentaire dans les cas que le praticien est appelé à rencontrer le plus fréquemment; de lui montrer quelles sont les difficultés qu'il pourra rencontrer dans cette cure, et de lui donner le moyen de les surmonter.

\* \* \*

*L'état gastrique du tuberculeux.* — Tout d'abord, pour poser en principe la nécessité de la cure d'alimentation, il faut être sûr que le malade auquel on se propose de l'appliquer est en état de la supporter.

Autrefois, on se préoccupait assez peu de l'état gastrique du phtisique. On supposait volontiers que la Nature n'accumulait pas les états morbides dans le même organisme, qu'elle ne pouvait suffire à plusieurs maux, — et que, du moment où elle accomplissait son œuvre de destruction dans un organisme, elle devait oublier et épargner les autres.

C'est pourquoi les anciens cliniciens semblent avoir eu une foi inébranlable dans la résistance gastrique de leurs tuberculeux. De là ces prescriptions dont on a, depuis, montré le danger. — à commencer par l'huile de foie de morue à dose intensive qui, si elle fait parfois merveille, compte cependant à son passif beaucoup de mécomptes, nous oserons dire de méfaits.

Pour employer le langage des physiologistes, c'est surtout en matière de thérapeutique tuberculeuse qu'il importe de faire le départ entre les *ingesta* et les *assimilata*. Le bénéfice de l'alimentation ne se mesure pas à la quantité des *ingesta*, c'est-à-dire des aliments introduits avec plus ou moins de difficultés et de persévérance dans le tube digestif. Ce qu'il importe de considérer — et ce qui compte seulement comme effets utiles, — ce sont les *assimilata*, c'est de savoir dans quelle proportion

les aliments ingérés ont été absorbés, puis assimilés, de combien aussi sont les déchets. — Car nous aurons l'occasion de montrer que chez l'individu malade, chez le tuberculeux surtout en proie à l'infection bacillaire, les déchets ne sont pas seulement inutiles, mais nuisibles, et qu'on a, de ce fait, tout avantage à ne pas les accumuler dans le tube digestif.

La cure alimentaire du tuberculeux, telle qu'il faut la comprendre, doit donc concilier dans ses moyens d'action la nécessité d'alimenter le malade et la recommandation que Peter donnait dans une de ses cliniques: " Il faut entourer l'estomac du phtisique de soins précieux." Ce sont les ressources qu'elle peut mettre en œuvre pour atteindre ce but que nous nous proposons de passer en revue.

Mais comme la cure alimentaire fait appel à l'estomac du tuberculeux et à ses fonctions digestives, il serait utile, en commençant, de jeter un coup d'œil sur l'état de ses fonctions, et sur les perturbations les plus fréquentes qu'elles montrent en clinique.

Dans un travail antérieur, j'ai étudié les troubles gastriques de la phtisie. Il suffira de résumer ici ce travail, dans les conclusions qui peuvent servir le sujet actuel.

Il est certain que la fonction gastrique peut être intacte chez le tuberculeux — et rester telle, en apparence, jusqu'à une période très avancée du processus morbide. Cependant, ce cas n'est qu'une heureuse et très rare exception. Le tuberculeux se double, dans l'immense majorité des cas, d'un dyspeptique.

Et, chez lui, ce n'est pas seulement la fonction qui peut être indirectement perturbée, par voie de retentissement morbide, c'est-à-dire par voie réflexe. On a cru longtemps que, vis-à-vis de l'organe, le suc gastrique, qu'il sécrète, jouait un rôle protecteur qu'on a expliqué par l'action antiseptique de la sécrétion. On a reconnu depuis que c'était là une conception exagérée. — que la muqueuse gastrique pouvait, pour son compte, être atteinte de bacillose (1), et qu'au cours d'une tuberculose généralisée, d'une explosion granulique ou même d'une loca-

(1) Des anatomo-pathologistes allemands ont rapporté récemment plusieurs cas d'ulcération tuberculeuse primitive de l'estomac.

lisation pulmonaire, la muqueuse gastrique pouvait être le siège d'ulcérations dont la nature bacillaire était incontestable.

Lésions directes. Troubles de retentissement; tels sont les deux ordres de phénomènes morbides que peut présenter l'estomac du tuberculeux.

D'ailleurs, les troubles gastriques peuvent se montrer à toutes les périodes de la phthisie pulmonaire. Marfan a décrit une dyspepsie prétuberculeuse, antérieure à toute lésion pulmonaire constatable, et à laquelle il a donné le nom de "*syndrome gastrique initial*."

Puis, il existe une dyspepsie de la phthisie constituée, la *dyspepsie commune des phthisiques*, qui n'est souvent qu'une continuation de la dyspepsie prétuberculeuse.

Enfin la tuberculose peut se terminer au milieu de troubles gastriques; c'est la *gastrite terminale des phthisiques*.

On conçoit que l'alimentation du tuberculeux ne pourra pas être la même, suivant les symptômes présentés par la dyspepsie du tuberculeux, aux différentes époques où elle est susceptible de se montrer.

L'état gastrique du tuberculeux est, en effet, extrêmement variable: des dyspepsies tuberculeuses, les unes sont hyperacides, les autres hypoacides. Les accidents qu'elles provoquent sont différents; différent doit être le régime alimentaire qui leur est applicable.

Indépendamment, aussi, de l'état gastrique du sujet, à supposer que son estomac soit normal et ses fonctions digestives suffisantes, l'alimentation variera suivant les types morbides présentés par le tuberculeux.

Le tuberculeux amaigri, type le plus fréquent, n'e s'alimentera pas comme le tuberculeux anémique ou le phthisique chlorotique.

Ce sont ces modalités cliniques du régime alimentaire qu'il nous paraît intéressant d'étudier.

Commençons par voir quelles sont les ressources alimentaires qu'on peut mettre à la disposition du tuberculeux — et quelle est la valeur nutritive: des aliments ordinaires, de certains aliments artificiels ou d'épargne, des substances alimentaires qu'on recommande le plus chez le tuberculeux.

\* \* \*

*L'alimentation azotée chez le tuberculeux. — Ration d'entretien d'albuminoïdes.* — Pour passer en revue les principaux aliments qu'on recommande habituellement au tuberculeux, il est utile d'adopter la classification ordinaire des substances alimentaires en Albuminoïdes, Graisses et Hydrates de carbone.

Les aliments qui contiennent de l'albumine sont appelés *aliments azotés*. Ils ont un rôle prépondérant dans l'entretien et la réparation de l'organisme. Liebig, exagérant d'ailleurs leur importance, les considérait comme les seuls susceptibles de s'intégrer aux tissus, d'en devenir partie constituante, — et pour cette raison, il leur avait donné le nom d'*Aliments plastiques*. C'est là, sans doute, comme nous le verrons, un exclusivisme inexact. Mais il n'en est pas moins vrai qu'ils sont indispensables, en ce sens que, — s'ils peuvent, théoriquement du moins, se substituer aux autres aliments, — ils ne peuvent, pour leur compte, être suppléés par aucun autre. La molécule d'albumine est l'élément irréductible de nos tissus.

Quelle est, d'après les physiologistes, la ration d'entretien des albuminoïdes?

On a calculé que l'homme excréta par jour 15 grammes d'azote pur. Comme l'azote entre pour  $\frac{1}{6}$  environ dans la composition des albuminoïdes, cette perte d'azote ne pourra être compensée que par une quantité d'albuminoïdes 6 fois supérieure, soit 100 grammes d'albuminoïdes, ou 500 grammes de viande.

\* \* \*

*La valeur alimentaire de la viande.* — La viande est, en effet, l'une des substances alimentaires les plus riches en azote. C'est, pour le tuberculeux, qui peut la supporter, la substance albuminoïde de choix.

Les matières azotées de la viande comprennent des albuminoïdes (fibrine, musculine, sérine, hémoglobine); — des substances gélatineuses susceptibles de se transformer en gélatine par la cuisson; — enfin, une série de substances qui sont déjà oxydées, produits de désassimilation qui n'ont aucune valeur nutritive et peuvent même être toxiques.

Au point de vue de la valeur alimentaire des différentes viandes, il faut tenir compte non seulement de leur richesse en principes azotés, mais surtout de la facilité d'assimilation de ces principes. Landes et Gilbert ont établi que, de toutes les viandes, la plus économique, abstraction faite du prix de vente, est la viande de porc, dont l'homme utilise les 9 dixièmes de graisse et les 8 dixièmes d'albuminoïdes.

Est-ce à dire que c'est elle que le clinicien doit préférer chez le tuberculeux ?

Ce serait une erreur de vouloir appliquer quand même à ce qu'on pourrait appeler la thérapeutique culinaire du tuberculeux les conclusions purement théoriques de la physiologie.

Or, si la chimie biologique démontre que le porc constitue une viande essentiellement riche en principes azotés et particulièrement nutritive, la clinique et l'expérience quotidienne démontrent que cette même viande est, en général, fort mal supportée du phtisique.

D'abord, il la mange généralement avec peu d'empressement. son appétit, déjà diminué, capricieux, et qui aurait besoin d'être stimulé par des cuisines appétissantes, se refuse à trouver quelque plaisir à la viande de porc.

Il y a peut-être là autre chose qu'une raison de préférence, qu'un caprice de malade, et qu'une répugnance simplement gustative. En effet, la viande de porc est très difficilement digérée, — non seulement quand on l'assaisonne de légumes et condiments qui, pour ajouter à sa saveur, ajoutent surtout à son indigestibilité, — mais même quand on la prépare "nature."

Elle procure souvent au malade de l'intolérance, des nausées, parfois même des vomissements. La digestion en est très longue, témoin les renvois et éructations que les malades éprouvent après son ingestion.

Et il faut surtout chercher dans la grande proportion de graisses qu'elle renferme la raison de l'indigestibilité relative de cette viande.

Le gros inconvénient des aliments gras, même lorsque l'aliment contient cette graisse sous une forme animale, comme

l'huile de foie de morue, et non végétale, les graisses végétales étant toutes indigestes, — c'est la difficulté qu'on éprouve à les faire accepter des estomacs susceptibles.

La raison en est facile à comprendre: la graisse ne trouve dans l'estomac aucun principe, aucune action fermentative ou chimique, capable d'en commencer, d'en "amorcer" la digestion. La graisse traverse l'estomac sans subir de modifications, et ce n'est qu'au contact de la bile et du suc pancréatique qu'elle est émulsionnée, qu'elle peut être absorbée par la muqueuse intestinale, drainée par les chylifères, et finalement assimilée.

La difficulté est précisément qu'elle parvienne jusqu'à l'intestin et qu'elle ne soit pas rejetée en route par un estomac susceptible que le simple contact de la graisse excite à produire le réflexe du vomissement.

On peut en dire autant, au moins en ce qui concerne le goût du malade, de la viande de cheval.

Les analyses des chimistes, de Lehmann, Schlossberger, Petersen, Hobschott, etc., entre autres, ont eu beau démontrer que le cheval est une viande extrêmement nutritive, pouvant contenir jusqu'à 24 % d'albuminoïdes, la cure alimentaire hippophagique n'a pas rencontré beaucoup d'adeptes. A tort, peut-être. Il est des familles pauvres qui, à coup sûr, doivent consommer, dans le peu de viande qu'elles s'octroyent, plus de vache et de cheval, peut-être même d'âne et de mulet, que de bœuf et de veau, — sans, pour cela, que leur goût manifeste la moindre répugnance. Mais autre chose est de la consommer sans le savoir et par surprise, — autre chose de la prendre sciemment, parce que le médecin la prescrit. Je crains qu'à recommander à nos tuberculeux la viande de cheval, on ne soit guère suivi.

Les viandes de mouton et de bœuf sont, en somme, les plus recommandables. Elles contiennent une moyenne de 18 à 22 % de principes albuminoïdes, sont facilement ingérées et digérées du malade, et très communément répandues. Ce sont donc elles qu'on prescrira de préférence aux tuberculeux. Car c'est pour elles que la prescription médicale sera le plus facilement écoutée.

Mais comment donner la viande au tuberculeux?

“ La viande, dit Pégurier, doit, autant que possible, être consommée en nature, c'est-à-dire sans avoir subi une série de manipulations qui, pour la rendre peut-être plus digestible, lui enlèvent la majeure partie de ses qualités nutritives.”

“ On ne proscriera pas cependant, dit Chuquet, les sauces aromatiques et pimentées, le poivre, la moutarde et les condiments, qui aident à faire supporter la viande...”

Je ne puis guère souscrire à cette remarque. Si, une fois, deux fois peut-être, des condiments ou des épices arriveront à faire accepter du malade un plat de viande en trompant son goût et en lui donnant le change sur son appétit, — ce bénéfice ne sera jamais que de très courte durée; — et, deux jours après, c'est de l'épice que le malade sera las, et c'est elle qu'il faudra s'ingénier à varier pour faire, encore une fois, “ passer ” la viande. — Et puis, si l'on arrive à lui faire prendre cette viande ainsi rehaussée de sauces excitantes ou d'épices apéritives, ne sera-ce pas au détriment de son pouvoir digestible?

Ce qui prouve une fois de plus qu'il ne suffit pas que le goût du malade soit trompé sur ses préférences, pour que son estomac accepte ce qu'un caprice de langue, un “ truquage ” de cuisine aura réussi à lui faire prendre.

Gardons-nous donc, au contraire, chez tous les dyspeptiques, en général, chez tous les anorexiques, et surtout chez les tuberculeux, de ces moyens factices qui ne les trompent pas longtemps et qui ne réussissent jamais à donner le change à l'estomac sur ce qu'il est capable, ou non, de digérer.

Les viandes qu'on aura chance de faire accepter le plus facilement sont donc les viandes de bœuf, de veau et aussi de mouton.

La viande de bœuf est celle qu'on doit préférer, car c'est elle qui présente les meilleures proportions de principes azotés, de gélatine et de graisse: en moyenne 200 d'albumine (substance azotée), 230 de graisse, 20 de gélatine et 550 d'eau pour 1000 de chair musculaire. Elle constitue l'aliment le plus digestif et le plus assimilable.

\* \* \*

*Faut-il préférer la viande crue ou la viande cuite? — Mais sous quelle forme la donner?*

Il va de soi que, conformément à nos habitudes de civilisation, d'éducation culinaire, qui ont déterminé aujourd'hui nos préférences gustatives, le malade préférera toujours la viande cuite à la viande crue. Et, chose bizarre, il demandera qu'on la fasse bien cuire. La viande, même saignante, répugne à son goût.

C'est là un instinct très malheureux, car les travaux les plus récents sur l'alimentation du tuberculeux et la cure alimentaire de la phtisie ont démontré de façon irréfutable la supériorité de la viande saignante sur la viande dite " bien cuite " — et la supériorité de la viande nature, de la viande crue sur les deux autres.

Nous faisons allusion ici aux recherches expérimentales de MM. Richet et Héricourt, et au traitement par eux préconisé de la tuberculose par la viande crue, par la pulpe de viande.

Dans leurs conclusions, ces expérimentateurs estiment que des chiens, rendus expérimentalement tuberculeux, périssent, en moyenne, vers le quarantième jour s'ils ne sont pas traités par la viande crue. — alors que la moyenne générale de survie pour les chiens nourris exclusivement à la viande crue serait de 240 jours.

L'alimentation carnée augmente donc, dans une proportion considérable, le coefficient de résistance de l'organisme à l'invasion et à la généralisation bacillaire.

Cliniquement, de nombreux auteurs ont déjà, avant les recherches expérimentales d'Héricourt et Richet, fait des constatations semblables.

C'est, en effet, nourrir le malade sous un petit volume, c'est une alimentation réparatrice aux tuberculeux, — et c'est, enfin, supprimer la suralimentation dont la pratique ne saurait convenir à tous les estomacs.

Le fait n'est donc pas niable. Cliniquement, expérimentalement, la viande crue augmente la résistance de l'organisme à l'invasion bacillaire.

Les divergences commencent avec la façon de l'interpréter. Les uns y voyant surtout une façon détournée de faire de la suralimentation; — ce qui n'est pas, évidemment, si l'on mesure la suralimentation à la surabondance des ingesta, et si l'on ne tient compte que du volume des aliments ingérés. C'est plutôt d'une alimentation "économique" qu'il s'agit — et, par économique, nous entendons une alimentation qui arrive au maximum d'effets utiles, efficaces pour la restauration du malade, — compatibles avec le minimum de fatigues digestives et de travail gastrique.

Mais, encore une fois, d'où vient ce meilleur rendement? — Il est souvent nécessaire, dans les questions de mécanique pure, de faire appel au dynamisme — et d'expliquer par une meilleure utilisation de la force, des résultats que le seul mécanisme ne pourrait expliquer.

Ce sont des considérations de cet ordre — en dépit de leur caractère sans doute un peu mystérieux — qui sont capables d'expliquer le mode d'action de la viande crue, et de certains aliments d'épargne que nous aurons à étudier.

La viande crue a pour effet d'augmenter la dynamisme des tissus, peut-être, — et l'hypothèse est des plus vraisemblables, — parce que la viande crue contient une série de principes toxiques, d'alcaloïdes animaux, de ptomaines, albumines et substances extractives analogues aux bases xanthiques, qui possèdent — sans doute vis-à-vis du bacille, vis-à-vis plutôt de ses toxines, — une action antitoxique ou tout au moins antidotique.

La viande cuite ne posséderait pas les mêmes propriétés, et c'est pourquoi elle n'a pas donné, cliniquement ni expérimentalement, des résultats aussi favorables.

La conclusion pratique à tirer de ces considérations, c'est qu'on mettra le phtisique au régime de la viande crue, — et que, pour l'y habituer peu à peu, on commencera par lui donner de la viande peu cuite, saignante, déjà bien supérieure à la viande cuite.

---

# REVUE GÉNÉRALE

---

## TRAITEMENT DES BRONCHITES

Par H. HERVIEUX

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

---

### I. BRONCHITES AIGUES.

Voici l'automne venu et avec lui les variations subites de température, le froid, l'humidité; conditions éminemment favorables aux affections aiguës des voies respiratoires, saison des rhumes.

L'on entend souvent dire et même certains médecins (les anti-microbiens) croient avoir porté un coup fatal à la théorie microbienne en disant que si c'est le microbe qui est cause de la bronchite le froid n'a rien à y voir.

La question n'est pas si simple que cela et la pathogénie de cette affection en est plus complexe. L'arbre bronchique renferme même à l'état de santé un grand nombre de micro organismes; en première ligne, les microbes pyogènes, streptocoques et staphylocoques, et d'autre part le pneumocoque, le pneumo-bacille de Friedlander. Il y a encore dans les bronches de nombreux saprophytes et des bactéries chromogènes.

Ces micro-organismes sont impuissants à produire la maladie dans l'état de santé ordinaire, mais survient une cause qui exalte la virulence de ces germes ou qui diminue la force de résistance de notre organisme et voilà l'inflammation constituée.

Une des causes qui peut éveiller la virulence des germes en même temps que créer un milieu de moindre résistance dans les bronches, c'est le froid et plus particulièrement le froid humide; d'autre part les maladies infectieuses peuvent aussi remplir le même rôle.

Je suis entré en matière par cette digression sur la pathogénie des rhumes pour bien faire comprendre l'importance des mesures de protection contre le froid afin d'éviter les rhumes.

Nous étudierons d'abord les mesures de prophylaxie, puis nous verrons ensuite le traitement proprement dit des bronchites aiguës.

*Prophylaxie.* — La bronchite est une infection des bronches qui peut être déterminée par l'exposition prolongée au froid humide, ou encore par les refroidissements subits, v. g. le passage d'un endroit convenablement chauffé à une place froide et humide.

Il suffira donc la plupart du temps d'éviter les refroidissements et d'échapper aux variations subites de température pour ne pas prendre le rhume.

Si à ces soins l'on ajoute l'antisepsie des fosses nasales et de la gorge, l'on sera dans les meilleures conditions pour résister à l'infection des bronches, aux rhumes.

*Traitement.* — Les bronchites aiguës sont plus ou moins sérieuses selon leur étendue et selon aussi les parties des bronches intéressées.

La trachéo-bronchite, qui n'intéresse que la trachée et les bronches de bifurcation, donne au début une expectoration nulle et plus tard des crachats muco-purulents, verdâtres, épais et finalement des crachats étirés et noueux provenant des glandes.

La bronchite intéressant les grosses bronches et leurs premières divisions intra-pulmonaires fournit une expectoration abondante, aérée, spumeuse. C'est la bronchite simple, légère qui se traduit par des râles sibilants et ronflants.

Dans la bronchite diffuse, profonde, les crachats sont constitués par un mucus adhérent, transparent, strié de bulles. Ces matières expectorées collent au crachoir.

Un degré plus avancé, l'expectoration serait striée de sang, la bronchite serait capillaire avec râles sous-crépitants fins.

La trachéo-bronchite, rhume vulgaire, est souvent très négligée. L'on ne se donne pas la peine de traiter un rhume, cependant chez les malades surmenés, âgés, ou atteints d'une affection chronique, la trachéo-bronchite peut dégénérer en bronchite grave ou même en broncho-pneumonie.

Le traitement de cette affection est constitué par le repos au lit, les boissons chaudes et l'opium.

L'on peut encore appliquer au début les émollients pour amener une sécrétion plus hâtive. Une des meilleures manières de pratiquer la médication émolliente c'est de faire inhaler des vapeurs simples d'eau chaude pendant 5 à 10 minutes plusieurs fois dans la journée.

Dans la trachéo-bronchite la toux est quinteuse, pénible et accompagnée de douleurs rétro-sternales. Pour la calmer l'on aura recours à l'opium ou à l'un de ses alcaloïdes: codéine ou morphine. L'on donnera de préférence la codéine sous forme de sirop, ou encore en pilules ou cachets, à doses suffisantes pour modifier le caractère de la toux.

Un excellent moyen de calmer la toux quinteuse de la trachéo-bronchite consiste dans les inhalations de vapeurs d'eau chaude additionnée de teinture de benjoin (une cuillerée à thé par verre d'eau).

On peut encore procurer un soulagement en faisant gargariser fréquemment avec de l'eau boriquée additionnée de teinture d'eucalyptus. L'angine est très fréquente au cours de la trachéo-bronchite et les picotements ressentis dans la gorge sont une cause de toux.

À la période de déclin, quand apparaissent les crachats muco-purulents l'on peut prescrire le sirop de Tolu, la terpine à la dose de 5 à 10 grains, le soufre lavé (une cuillerée à thé par tasse de lait chaud). Le soufre dans l'intestin laisse dégager un peu d'acide sulphydrique qui exerce une action modificatrice sur les cellules pulmonaires à l'élimination.

Nous n'insisterons pas trop sur le traitement de la trachéo-bronchite, qui du reste est le même que celui de la bronchite simple à la première période.

La bronchite simple est caractérisée à la première période par de la toux quinteuse et sèche, un sentiment de douleur et d'oppression au niveau du thorax. Avec cela un peu de fièvre et quelques symptômes généraux. La muqueuse à cette période est congestionnée, tuméfiée mais ne secrète pas.

Pour combattre la fièvre l'on donnera la quinine associée à l'antipyrine contre la courbature. Pour calmer la toux l'on s'adressera à l'opium: morphine ou codéine. En outre, l'on combattra la congestion par des révulsifs et l'on cherchera à faire naître l'expectoration par les émoullients à l'extérieur et les nauséux à l'intérieur.

Les révulsifs ont de tout temps été employés au début de la bronchite. La teinture d'iode sera prescrite en frictions, (faire recouvrir la poitrine d'une ouate à la suite de cette application ou de cataplasmes sinapisés). L'on peut encore se servir d'un liniment irritant pour faire de la contre irritation.

**R**

Liniment ammoniacal camphré . . . . . 2 onces.

Essence de térébentine . . . . . 1½ once.

En friction sur la poitrine.

L'emplâtre de thapsia a l'inconvénient de causer une éruption pustuleuse qui peut se généraliser par auto-inoculation. A la suite des contre-irritants, l'emploi des émoullients est indiqué. L'on fera appliquer des cataplasmes chauds de farine de graine de lin le jour, renouvelés à toutes les 2 heures, et une compresse imprégnée d'huile chaude, recouverte de plusieurs rangs de ouate pour la nuit.

A l'intérieur pour combattre la fièvre et les combattures nous avons dit quinine et antipyrine, en cachets contenant 2 à 5 grains de quinine pour 5 à 10 grains d'antipyrine à répéter à toutes les 5 heures.

Le meilleur moyen de calmer la toux c'est d'administrer la morphine sous forme pilulaire, encore mieux le sirop de morphine ou la codéine, poudre ou sirop. Les doses devront être suffisantes pour diminuer appréciablement les accès de toux.

Aux vieillards qui ne pourraient pas prendre l'opium, l'on aurait recours dans le même but, à la jusquiame ou à l'aconit sous forme de teinture, 15 à 30 gouttes de teinture de jusquiame ou 2 à 5 gouttes de teinture de racine d'aconit dans une potion pectorale.

Il faut de plus favoriser la sécrétion des muqueuses bronchiques et par là provoquer l'expectoration. L'on obtiendra ce ré-

sultat par les nauséux. L'ipéca aux faibles et l'émétique aux robustes, à doses nauséuses ou expectorantes.

Dès qu'apparaît l'expectoration la deuxième période de la bronchite est arrivée et le traitement variera un peu.

Dans la seconde période, l'expectoration sera peu abondante, visqueuse, difficile; ou bien elle sera facile et abondante.

Dans le premier cas il y a lieu de liquéfier et l'on obtiendra ce résultat au moyen des alcalins qui à l'élimination en venant en contact avec le mucus sécrété rendent ces sécrétions plus fluides et partant plus faciles à expectorer. L'on aura recours aux ammoniacaux (carbonate et muriate), au Benzoate de Soude, etc.

L'expectoration est-elle facile et abondante, la térébenthine et ses dérivés terpine, térébène, terpinol sont particulièrement indiqués associés ou non à la codéine.

Enfin l'expectoration est sur le retour, la bronchite passe à la troisième période et c'est le temps de tarir les sécrétions bronchiques et d'aider à la cicatrisation des muqueuses en administrant les balsamiques qui diminueront les matières sécrétées et feront l'antisepsie des surfaces des muqueuses bronchiques.

Les médicaments le plus généralement employés dans ce but sont la terpine, le sirop de térébenthine, la créosote, l'eau de goudron, etc.

Les vieillards qui ont de la bronchorrhée se trouveront bien de ces balsamiques, et si l'expectoration est par trop abondante l'on pourra la diminuer au moyen de petites doses de Belladone.

La convalescence sera raccourcie par l'administration de toniques généraux, huile de foie de morue, etc.

---

## ACTUALITES MEDICALES

### LA TUBERCULOSE AU CONGRÈS DE LONDRES (1)

(Suite et fin)

Nous terminerons aujourd'hui l'exposé synthétique des travaux les plus importants qui ont été présentés au congrès de Londres.

#### I. LA TUBERCULINE.

Après la communication de Koch sur la tuberculose des bovidés et la tuberculose humaine, la question de la *tuberculine* était naturellement de première importance.

1 (a) M. HÉRON donne les raisons de la défaveur qui a suivi de près l'enthousiasme des premiers instants en 1890; il les résume dans quatre chefs:

1° Elle a été employée dans les mauvais cas; 2° elle a été donnée à trop fortes doses; 3° on a négligé de refaire une nouvelle injection avant que la température ne fut revenue à la normale; 4° on augmentait la dose au lieu de la diminuer.

L'auteur a traité plusieurs cas de lupus et de tuberculose pulmonaire. Il ressort de sa statistique que l'ancienne tuberculine a donné des résultats moins bons, il y a eu des récidives, tandis que la nouvelle a donné des résultats plus satisfaisants: sur 10 malades traités, 2 sont morts après trois ans, 3 gagnaient leur vie, 3 étaient perdus de vue, 1 avait une rechute; le lupus de la face a reçu 63 injections de 1-500 milligrammes à 4 milligrammes chacune et il était guéri après 14 mois. C'est ce qu'on appelle la tuberculose T. R. Le rapporteur prétend qu'il faut l'employer *au début* et la considérer, dans un avenir prochain, comme le spécifique de la tuberculose.

Après discussion on semble d'accord sur sa valeur réelle au point de vue du diagnostic.

(1) Voir *Union Médicale*, septembre 1901.

(b) *La valeur thérapeutique de la tuberculine* est exposée par M. Denys de Louvain. Il emploie un bouillon ordinaire de bacille âgé de plusieurs mois et purifié de tout organisme vivant, par filtration sur la porcelaine. Il obtient ainsi un liquide contenant les produits de sécrétion du microbe qu'il emploie sans évaporation, sans concentration, sans chauffage préalables. Après des expériences contrôlées chez le chien et la chèvre, qu'il serait trop long de rapporter ici, l'auteur dit que le traitement consiste à inoculer la tuberculine sous la peau à dose croissante, d'après les règles suivantes :

1° Il est nécessaire de commencer par des doses très petites 0,0001 à 0,001 gr.

2° On évitera de produire des réactions générales ou locales prononcées, par exemple une ascension thermique dépassant un degré.

3° On répétera la même dose aussi longtemps qu'elle produit une réaction, quelque soit sa nature.

4° Si la tolérance ne s'établit pas pour une dose donnée après 2 ou 3 injections, on diminuera la dose.

5° On fera de même si, dans le cours du traitement, il se manifeste de l'intolérance. Ce phénomène se présente quelquefois au début du traitement.

6° On ne procédera jamais à une nouvelle injection pendant la réaction produite par l'injection précédente. Bien plus, on ne fera de nouvelle injection que 2 ou 3 jours après la fin de la réaction produite par la précédente. Après chaque réaction, il faut donc observer un repos de 2 ou 3 jours. Telles sont les règles appliquées par l'auteur à la tuberculose pulmonaire *du début* qu'il dit guérir ainsi le plus souvent — 32 sur 41 cas — après une durée variant de 2 à 9 mois.

La tuberculine serait moins puissante au 2e degré, et impuissante au 3e degré. Elle agirait favorablement sur les pleurésies, péritonites, caries, arthrites, lupus, de nature tuberculeuse. Les malades ainsi traités sont soumis au repos au lit aussi longtemps qu'il y a fièvre.

## II. LA TUBERCULOSE ET LA CONSOMMATION DU LAIT ET DE LA VIANDE. — MESURES LÉGISLATIVES.

Tous les médecins qui ont discuté sur ce sujet se sont prononcés contre les idées de Koch, à savoir que l'homme ne pouvait pas contracter la tuberculose des animaux car les deux sont de nature absolument opposée. Les membres de cette section ont voté à l'unanimité les quatre résolutions suivantes:

1° Il est nécessaire d'avoir l'inspection périodique des troupeaux;

2° Il est sage d'abattre les vaches atteintes de mammites tuberculeuses;

3° Il est sage d'établir une législation de contrôle pour tout le pays;

4° Il ne faut pas abandonner, malgré l'assertion de Koch, les mesures en usage pour sauvegarder la consommation du lait. Les mêmes conclusions peuvent s'appliquer au chapitre de la tuberculose et la consommation de la viande. Tous les membres de cette section sont unanimes sur le point d'infection.

M. King, inspecteur à Londres, donne une statistique où les pertes annuelles subies par abattage s'élèvent pour les vaches et les veaux à environ 2 millions de dollars! . . .

Ceci nous conduit à l'étude des mesures législatives qui ont été suggérées à ce sujet.

(a) *Lutter efficacement contre la tuberculose dévastatrice des étables:*

1° En séparant les animaux sains des animaux malades;

2° En sacrifiant sans tarder les animaux qui présentent des signes cliniques de tuberculose et principalement les vaches qui ont de la mammite;

3° En interdisant la vente des animaux tuberculeux pour une autre destination que l'abattoir;

4° En pasteurisant le beurre et les fromages.

(b) *Diminuer les risques de contagion pour l'homme:*

1° La ressemblance des deux tuberculoses est frappante; des bergers sains ont été contaminés par des animaux malades, la réciproque est donc possible au moins théoriquement;

2° La viande des animaux tuberculeux est rarement dangereuse, les inspections sont suffisantes;

3° Le lait d'une vache tuberculeuse est rarement dangereux; mais quand il l'est, c'est à un haut degré, d'où la nécessité d'inspecter souvent les étables productrices du lait pour la consommation. Les vaches atteintes de mammite doivent surtout retenir l'attention du vétérinaire, on doit les isoler et leur lait doit être bouilli à part pour être vendu ou consommé dans l'étable;

4° Ces considérations seraient éminemment pratiques par l'application des règlements suggérés et exigibles des laitiers. Nous les rapportons textuellement.

MESURES PROPHYLACTIQUES.—1° Aviser les individus qui séjournent trop longtemps et couchent dans des étables ainsi contaminées du réel danger auquel ils s'exposent.

2° Inviter les maires, dans les communes desquelles se trouvent des vaches entretenues en stabulation permanente, à faire appliquer la tuberculine dans les vacheries plus ou moins suspectes.

3° Leur conseiller, comme moyen pratique, de prendre un arrêté invitant les laitiers à soumettre toutes leurs vaches à l'épreuve révélatrice de la tuberculine et comportant les clauses suivantes :

a) Déclaration du laitier au commissaire de police de son arrondissement, qu'il soumet ses vaches à l'épreuve de la tuberculine et qu'il confie l'opération à M. X..., son vétérinaire, en indiquant le jour de l'opération. Cette déclaration sera immédiatement transmise à la mairie.

b) Le vétérinaire municipal serait chargé de se mettre en rapport avec le vétérinaire praticien et de se rendre compte de l'opération.

c) Ces deux vétérinaires dresseraient un procès-verbal à M. le Maire indiquant les résultats de l'opération.

d) Si le procès-verbal porte que toutes les vaches n'ont pas réagi à la tuberculine, c'est-à-dire sont indemnes à la tuberculose, M. le Maire délivrera un certificat sanitaire.

e) Si, par contre, une ou plusieurs vaches ont réagi à la tuberculose et sont, par conséquent, reconnues tuberculeuses, le laitier pourra recevoir le certificat sanitaire, à condition que dans les quinze jours qui suivent l'injection de la tuberculine, il s'engage à conduire ses vaches à l'abattoir.

f) Un registre tenu par MM. les commissaires de police indiquera le nom des laitiers qui ont soumis leurs vaches à l'épreuve de la tuberculine et la date de la délivrance du certificat, avec mission de reprendre le certificat, si au bout d'une année le propriétaire n'a pas fait renouveler l'épreuve de la tuberculine.

g) Les laitiers pourvus d'un certificat sanitaire pourront s'en prévaloir par voie de réclame sur leurs magasins, voitures, bidons. Seuls ils pourront fournir le lait aux administrations publiques (Hôpitaux, Hospices, Lycées, Orphelinats). Cette dernière clause existe dans le cahier des charges des Hôpitaux de Marseille.

Telles sont les principales mesures prophylactiques qui permettraient d'obtenir la suppression du lait tuberculeux et la disparition de la tuberculose dans nos vacheries.

### III. SANATORIUMS.

L'importante question des sanatoriums a été ouverte par le professeur Clifford Allbutt de l'Université de Cambridge. La question est beaucoup trop vaste pour trouver place ici dans son entier. Il importe de constater que les médecins du monde entier en reconnaissent l'importance par les guérisons qui s'y opèrent et le bien-être qu'ils procurent aux tuberculeux indigents dans les pays où ils existent.

Le docteur Kuss, médecin en chef du sanatorium d'Angicourt, en France, a fait une communication importante *sur les sanatoriums populaires de répartition*. Nous en donnerons les conclusions :

1° En raison de la diversité des formes de tuberculoses justifiables du sanatorium populaire, on est amené tout naturellement à *catégoriser les malades*.

2° Pour arriver avec le minimum de dépenses au maximum de résultats, on doit réserver à chacune de ces catégories une *formation hospitalière différente*; aux malades fragiles et délicats convient un vrai sanatorium avec surveillance médicale continue; aux tuberculeux résistants et apyrétiques à lésions sclérosantes torpides, le sanatorium de fortune, fonctionnant très économiquement, avec surveillance médicale intermittente; aux suspects et aux convalescents, une maison de convalescence à la campagne.

3 La répartition méthodique et rationnelle des malades doit être décidée dans un sanatorium bien installé, situé à proximité de la ville; ce sanatorium recevant le lot des malades présumés curables envoyés de la ville, le passerait au crible pour ainsi dire; il arrêterait au passage les sujets pour lesquels la cure ne se montrerait pas profitable, et il repartirait les autres dans les établissements dont les ressources seraient adoptées à leur forme de maladie.

#### IV. INFLUENCE COMPARÉE DES CLIMATS ET DE LA RÉSISTANCE INDIVIDUELLE DANS LA TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE.

MM. Lannelongue, Achard et Gaillard ont fait une communication intéressante sur ce sujet. Ils ont inoculé des lots de cobayes qu'ils ont distribués en différents endroits, laboratoire, mer, campagne, montagnes. Or, la marche de la maladie n'a été nullement influencée par les milieux différents. Les lésions les plus disparates se sont développées chez des animaux infectés de même et placés dans les mêmes conditions de milieu et de nourriture. Les auteurs en ont conclu que le terrain joue le premier rôle. En comparant les résultats de leurs expériences avec ce qui arrive en pathologie humaine, ils ont pu croire que, chez l'homme, c'est le terrain qui détermine la modalité des lésions et qui régit la marche générale de l'infection.

M. AUFFRET, de Brest, a observé que les brusques variations atmosphériques sont funestes aux pulmonaires et précipitent la fin de leur maladie.

#### V. LA CURE D'ALTITUDE.

M. STÉPHANI donne ses statistiques sur la cure d'altitude, il dit que les formes apyrétiques sont plus favorables que les formes fébriles. Je donne les conclusions.

1° La cure d'altitude est indiquée dans toutes les formes de la tuberculose.

2° Elle donne en bloc: 12 p. c. de guérison complète; 50 p. c. d'amélioration; 20 p. c. d'insuccès.

3° Les chances de guérison sont d'autant plus nombreuses qu'il s'agit d'une tuberculose au début, d'une forme pleurale ou sèche, apyrétique, exempte de complication et d'hérédité.

4° Les seules contre-indications avérées de l'altitude sont avec les formes asthmatiques, les tuberculoses congestives accompagnées de troubles cardiaques.

#### VI. SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE.

Depuis longtemps MM. Arloing et Courmont ont publié des travaux importants sur la séro-réaction tuberculeuse; c'est pendant de la séro-réaction dans la fièvre typhoïde.

Les auteurs emploient des cultures homogènes en bouillon glyciné du bacille de la tuberculose pour rechercher le pouvoir agglutinant des humeurs et principalement du sérum des animaux ou des hommes tuberculeux. Même technique, même inocuité que la séro-réaction typhoïdique. La seule difficulté est d'obtenir des cultures propres au séro-diagnostic.

Ces auteurs donnent les conclusions suivantes après des recherches nombreuses sur les cas les plus variés de tuberculose humaine:

— Une séro-réaction positive, chez un sujet suspect, sera un signe de grande valeur pour établir l'existence d'une tuberculose viscérale;

— Une séro-réaction négative, chez un sujet soupçonné de tuberculose devra contribuer à faire éliminer cette affection.

C'est donc un moyen précieux pour poser un *diagnostic précoce* chez des sujets suspects.

Ils conseillent les mesures suivantes:

1° Emploi constant d'un séro étalon à pouvoir agglutinant connu d'avance; 2° emploi de cultures formolées; 3° ne tenir compte que des séro-réactions franchement positives avec agglutination macroscopique et clarification très nettes.

Les mêmes observations ont été faites pour les tuberculoses dites chirurgicales. La séro-réaction a été positive dans 75 p. c. des cas.

## VII. SÉRO-DIAGNOSTIC ET CYTO-DIAGNOSTIC.

L'agglutination du bacille de la tuberculose a permis à M. Vidal et Ravaut de vérifier les résultats de leurs travaux sur le cyto-diagnostic ou diagnostic de la tuberculose par les cellules. (1) Les résultats aboutissent aux mêmes conclusions. Ces procédés ingénieux méritaient une mention spéciale.

## VIII. RAYONS X ET TUBERCULOSE PULMONAIRE.

M. Bonnet donne les conclusions de son travail basées sur 600 observations. Les diagnostics ont été confirmés dans 98 p. c. des cas. C'est une méthode sûre, rapide surtout dans les milieux bruyants.

D'après cet auteur: "des anomalies dans le synchronisme et l'étendue du déplacement des deux moitiés du diaphragme permettent de porter le plus souvent le diagnostic de prédisposition tuberculeuse ou de début de tuberculose, en l'absence de tout signe d'auscultation."

## IX. TUBERCULOSE ET VIANDE CRUE. — SUC MUSCULAIRE.

MM. Cornil et Chantemesse ont fait des expériences sur deux lots de chiens infectés avec une dose égale de tuberculose à qui on donnait, aux uns de la viande cuite, aux autres de la viande crue. A l'autopsie des uns et des autres, les lésions étaient différentes; beaucoup moins prononcées chez les seconds. (viande crue).

Après des développements nombreux, ils concluent que les avantages du régime de la viande crue utilisée pour le traitement de la tuberculose ne résident pas dans un phénomène de suralimentation pur et simple, mais qu'ils proviennent d'une qualité particulière antituberculeuse de l'aliment.

Dans le même ordre d'idée, MM. Josias et Roux ont recherché la valeur du suc musculaire ou jus de viande et de la

(1) Voir plus loin au chapitre des analyses: le cyto-diagnostic.

viande crue dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, d'après les expériences bien connues de Richet et Héricourt (1) Ils ont donné à leurs malades chaque jour le suc extrait de 500 grammes de viande crue, plus, 150 grammes de viande crue par jour dans du bouillon froid, supprimant ainsi toute autre médication, à part le régime ordinaire de l'hôpital. Ils ont observé que trois cas de tuberculose au 1er degré ont guéri et se portent très bien; plusieurs cas au 2e degré réagissent moins vite: les résultats sont douteux chez les tuberculeux de la 3e période avec infiltration et cavernes.

En groupant les faits, ils arrivent aux conclusions suivantes:

Tuberculeux au premier degré: un guéri, deux en voie d'amélioration.

Tuberculeux au deuxième degré: deux guéris, un qui va mal, un mort.

Tuberculeux au troisième degré: un amélioré, sept morts.

Les auteurs concluent en disant que le suc musculaire et la viande crue ne paraissent pas jouir d'une action directe sur les microbes de la tuberculose ou sur leurs poisons. Ils augmentent la résistance de l'organisme — augmentation de poids du début — et facilitent la guérison par les procédés habituels.

Nous signalerons pour terminer une communication de Hobbs, de Bordeaux, sur la *persodine* dans le traitement de l'anorexie chez les tuberculeux, qu'il donne une heure avant les repas à la dose d'une cuillerée à café pour les enfants et une cuillerée à soupe pour les adultes dans un peu d'eau. Il aurait ainsi obtenu un réveil de l'appétit et une augmentation de poids très marquée.

MM. Robin et Binet ont fait une importante communication sur la *prophylaxie de la tuberculose pulmonaire par la connaissance de son terrain*.

Ces études portent sur le chimisme respiratoire.

Enfin une communication qui attire l'attention est celle du Dr Salivas sur la *cure de la tuberculose par la méthode de Francisque Crôte*.

(1) Voir plus loin dans Analyses, au chapitre de la Thérapeutique.

Cette méthode, d'origine française, a fait le sujet de communications originales au congrès de médecine de Paris; elle aurait produit entre les mains de ses promoteurs des guérisons inespérées. " Elle consiste, dit Salivas, dans un procédé de transfusion des médicaments et des métaux à travers les pores de la peau, au siège même du mal, par l'électricité statique à moyenne ou à haute tension." Grâce à elle, on peut, sans le moindre danger, utiliser les antiseptiques les plus puissants — formaldéhyde — ou les métaux, le fer, le manganèse.

Suivant les auteurs, on obtiendrait 100 p. 100 de guérisons au premier degré; 75 p. c. au deuxième; 30 p. c. au troisième.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des progrès de cette méthode qui se réclame de tant de succès.

Beaucoup d'autres travaux ont été présentés, mais le cadre d'une analyse aussi succincte ne nous permet pas de poursuivre plus longtemps l'étude des enseignements nouveaux qui ont été apportés dans ce grand congrès si justement retentissant.

J.-A. LESAGE.

---

# ONZIÈME CONGRÈS

-- DES --

## ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (1)

(Suite et fin)

X. M. Crocq présente un rapport sur la physiologie et pathologie du tonus musculaire des réflexes et de la contraction. Ce remarquable rapport se prête peu à une analyse succincte et demande à être lu en entier. Je ferai la même remarque sur la communication de MM. L. Marchand et Cl. Vurpas, intitulée: *De quelques considérations sur le mécanisme physiologique des réflexes.*

XI. M. Joffroy rapporte deux observations d'algidité centrale d'assez longue durée, chez deux paralytiques généraux. Son premier malade, après une attaque apoplectiforme, présentait une température rectale de 35° 3. Le lendemain, le malade étant resté dans le coma, la température se maintient au même chiffre. Le surlendemain, la température n'est plus au matin que de 27° 2, et peu à peu elle descend à 25° 5 pour se relever à 26° c. au moment de la mort survenue 58 heures après la première constatation de l'algidité centrale. Le second malade présente une syringomyélie gliomateuse constatée à l'autopsie. Ce malade, étant alité, fit des escharres, et l'on constata alors une température rectale de 35° 4. Progressivement et assez régulièrement la température s'abaissa les jours suivants jusqu'à 26° c. La mort survint le huitième jour après la première constatation de l'algidité centrale, sans coma, ni convulsions. Ce dernier malade présentait dans le sang, examiné la veille de sa mort, des coli-bacilles de petites dimensions qui ont sans doute joué un rôle dans la production de l'algidité dont le facteur principal paraît devoir être surtout recherché dans les altérations du système nerveux.

XII. Note sur l'influence de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques professions insalubres sur la production des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants (idioties, épilepsies, aliénation mentale).

(1) Voir *Union Médicale*, sept. 1901.

M. Bourneville donne le résultat de ses recherches: 1° *Syphilis héréditaire*. Sur 2702 observations de garçons atteints de maladies chroniques du système nerveux, il n'a relevé la syphilis des parents que dans 20 cas, soit un pour cent. Sur 482 filles atteintes des mêmes maladies, il n'y a que 2 cas de syphilis héréditaire avouée. Sur les 420 garçons présents dans le service, il a constaté 19 fois des *lésions dentaires*, susceptibles d'être rattachées à la syphilis héréditaire. Sur ces 19 cas, une seule fois il a été possible de relever la syphilis chez l'un des géniteurs. 2° *Alcoolisme*. 36 % des pères de nos malades faisaient des excès de boisson; 3,1 % des mères; 1,5 % des pères et mères; soit 41,1 %; 41,1 étaient sobres; pas de détails pour le reste. 3° *Professions insalubres*. Au premier rang se placent celles dans lesquelles on manie la céruse, le mercure, le phosphore, le cuivre, etc. La statistique montre que 87 familles ont fourni 420 enfants, soit près de 5 enfants par famille. Sur ces 420 enfants, 220 sont décédés, soit une mortalité de 52 %; sur ces 420 enfants, 200 ont survécu, soit une vitalité de 48 %. Si, au chiffre des 220 décédés, nous ajoutons les 87 enfants idiots, épileptiques, etc., nous voyons que 73 % de ces enfants sont atteints mortellement ou gravement par des différentes professions insalubres exercées par les parents. Une mère et deux pères étaient atteints de syphilis. Sur ces 87 familles, 58 pères faisaient des excès de boisson, soit 55 %.

XIII. M. Paul Farez rapporte l'observation d'un littérateur de talent (*un cas de double désuggestion*), devenu le point d'une femme du monde qui, par passe temps, s'amuse à l'endormir à volonté, en le touchant avec le doigt en un point déterminé de la nuque (point hypnogène créé par suggestion). L'auteur suggère l'anesthésie complète des régions qui correspondent au point hypnogène, en même temps qu'il emploie la suggestion à rendre M. H. réfractaire à toute manœuvre nouvelle. A partir de ce moment, le procédé de cette femme devient inefficace.

XIV. M. P. Hartenberg a expérimenté la lécithine dans la thérapeutique des affections du système nerveux. Le produit est retiré du jaune d'œuf, conservé dans une solution de chlo-

rure de sodium, et employé en injections hypodermiques. Sur 24 malades ainsi traités, il y avait 1 tabes, 1 paralysie générale, 4 psychoses, 6 tics, obsessions, phobies, etc., qui ont tous été améliorés; puis 8 neurasthéniques, dont 5 ont été guéris et 3 améliorés; enfin 6 hystériques, dont 5 ont été guéris et 1 amélioré. De l'ensemble de ces expériences, l'auteur conclut: 1° Que la lécithine est toujours inoffensive; 2° Qu'on peut l'employer, sans inconvénients, en injections hypodermiques, à doses assez élevées, telles que 1 gramme par jour; 3° Que, dans les affections du système nerveux, son action thérapeutique paraît porter beaucoup plus sur la nutrition générale que sur le tissu nerveux en particulier; c'est seulement en relevant l'état général du malade que la lécithine améliore l'état nerveux. Elle ne saurait donc être considérée comme un médicament spécifique du système nerveux.

XV. *M. Justin Lemaître* fait, sous le titre 'de tumeurs gazeuses de l'abdomen, une communication concernant des tumeurs gazeuses survenues chez des névropathes. Dans deux cas, il y a eu intervention opératoire.

XVI. Rapport de *M. H. Faguet* sur le Personnel secondaire des asiles d'aliénés.

XVII. *M. Maurice Faure*. Sur la physionomie et la progression de certaines lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies générales. L'auteur présente 15 photographies microscopiques reproduisant l'aspect des cellules pyramidales chez 12 malades, morts de maladies générales (pneumonie, tuberculose, lésions du foie, lésions du rein), avec des troubles mentaux plus ou moins accentués. Dans 5 cas, les cellules ont conservé le type normal, ce qui démontre que l'on peut avoir certains troubles fonctionnels cérébraux sans que la lésion correspondante de l'organe soit appréciable à nos investigations. Dans 7 cas, les cellules sont manifestement altérées, et cette altération présente les mêmes caractères dans tous les cas; ce sont: forme globuleuse de la cellule, migration périphérique du noyau, décoloration centrale de la cellule. Ces lésions se rencontrent seulement dans les cas où une toxi-infection, quels qu'en soient la nature et le siège,

agira sur les cellules nerveuses pour en modifier la structure et la fonction.

XVIII. Troubles unilatéraux de la mimique (hémi-mimie) chez les nerveux et sur l'importance qu'il convient de leur accorder. Tout en faisant quelques réserves, *MM. Lannois et Paulet* montrent qu'il est à ces troubles une cause plus simple que l'origine centrale, à savoir: les altérations du nerf facial dans l'oreille moyenne. Ils rappellent la fréquence des paralysies, et aussi des parésies et des contractures systématisées dues à une lésion de l'oreille moyenne. Comme conclusions, les auteurs disent que la fréquence des paralysies, des parésies et des spasmes d'origine otique enlève une grande partie de leur valeur aux troubles unilatéraux de la mimique, en tant que signes de dégénérescence ou symptomatique d'une inégalité des hémisphères cérébraux.

XIX. *MM. Régis et Lalanne* (catatonie et insuffisance rénale), sont d'opinion que la catatonie pouvait être en rapport avec une auto-intoxication, surtout rénale. Ils citent une observation dans laquelle une médication, visant essentiellement l'auto-intoxication rénale, a produit une guérison complète.

XX. Traitement des douleurs du tabes par l'aspirine et la rachi-cocaïnisation sous-arachnoïdienne. *M. Marchand* dit que dans 4 cas sur 5 de douleurs tabétiques, l'aspirine lui a donné une sédation presque complète de la douleur. Les doses ont été de 1 à 3, 4 et même 5 grammes, suivant la tolérance. Dans 2 cas de crises gastriques violentes, il y a eu recours à l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne suivant le procédé de Tuffier. 2 succès sans inconvénients d'aucune sorte consécutivement à l'injection.

XXI. *M. Lannois* présente une observation de sein hystérique. Tandis que le sein gauche est relativement petit et flasque en rapport avec l'âge et l'habitus de la malade, le droit est volumineux, piriforme et tendu avec une aréole beaucoup plus marquée. La pression du sein en masse, le pincement de l'aréole, sont hystérogènes. La malade éprouve dans l'organe des sensations de pesanteur, des lancées parfois si violentes qu'elle entra dans un service de chirurgie ou la question

d'intervention pour tumeur fut discutée et résolue d'ailleurs par la négative.

XXII. Sur la recherche des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien, le sang, dans 200 cas de troubles mentaux et nerveux. De l'ensemble des recherches de *MM. Maurice Faure* et *Laignel-Lavastine*, il résulte que chez des malades atteints d'affections variées, qui se sont parfois accompagnées de troubles mentaux bien nets et intenses, il ne s'est jamais rencontré, soit dans le tissu cérébral, soit dans le liquide céphalo-rachidien, ni dans le sang, un élément microbien auquel on pût imputer un rôle dans le genèse de la maladie. Les troubles mentaux infectieux sont en réalité des troubles mentaux toniques. C'est par l'intermédiaire des poisons sécrétés dans le foyer infectieux (où qu'il soit) et répandus dans tout le milieu intérieur, ou des poisons fabriqués dans d'autres parties de l'organisme sous l'influence de l'infection, (fièvre, troubles digestifs, insuffisance hépatique et rénale, troubles circulatoires, troubles de la respiration et des fonctions de la peau), que se produit le trouble mental, dû à l'action du milieu intérieur vicié sur les fonctions cellulaires cérébrales.

XXIII. Sur la théorie de l'obsession. *M. L. Arnaud* croit insuffisantes les théories intellectuelle et physiologique pour expliquer cet état morbide. Il pense que le rôle essentiel appartient aux troubles de la volonté. Ces malades sont tous des abouliques, qu'il s'agisse des mouvements ou des idées. C'est la perte ou l'amointrissement considérable du contrôle de la volonté qui permet la formation de systèmes psychologiques, produits de l'automatisme, qui s'imposent à la conscience et qui l'obsèdent. L'obsession morbide est un phénomène très complexe, dont la condition fondamentale est un trouble primitif et généralisé, affectant les éléments communs à la volonté et à l'intelligence: ce trouble est l'*aboulie* permanente qui préexiste aux obsessions et les prépare. L'influence des idées et des émotions s'exerce dans le développement, dans l'orientation et dans l'intensité de l'obsession, ainsi que dans l'apparition et le rappel des accès. Mais l'obsession est avant tout une *maladie de la volonté*.

E.-P. CHAGNON.

# SOCIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

*Séance d'ouverture, 15 octobre 1901*

Présidence de M. HERVIEUX

La Société Médicale de Montréal a eu sa première séance régulière pour l'année 1901-02, mardi le 15 octobre sous la présidence de Monsieur le Dr Hervieux.

A l'ouverture de la séance, M. Dagenais, secrétaire, donne lecture d'une lettre du secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université Laval accordant comme par le passé l'usage des salles de la Faculté pour les réunions de la Société.

Le secrétaire donne ensuite le rapport complet des différents travaux qui ont été lus devant la Société et des pièces anatomo-pathologiques qui lui ont été présentées :

MM. G. ARCHAMBAULT. — La vaccination.

E.-P. BENOIT. — Le diagnostic précoce des fièvres éruptives.

S. BOUCHER. — La distribution gratuite du lait pur aux enfants pauvres.

R. BOULET. — Les sinusites aiguës et chroniques.

J. CORMIER. — Alimentation et thérapeutique infantile.

C.-A. DAIGLE. — La pleurésie purulente — observation personnelle.

R. DE COTRET. — La septicémie puerpérale.

— Infection puerpérale — observations cliniques.

— Albuminurie pendant la grossesse.

J.-E. DUBÉ. — Un cas de lymphadénie leucémique.

— La mortalité infantile et les moyens de la diminuer.

— Tuberculose pulmonaire et hérédité.

A.-A. FOUCHER. — Deux cas de difformité de l'oreille externe avec photographie.

— De l'obstruction nasale et de ses conséquences.

- L. DE GRANDPRÉ. — L'alimentation chez le nourrisson.
- J. GRAVEL. — Présentation de pièces pathologiques — cœur hypertrophié, dépôts calcaires sur les valvules aortiques.
- L. DE L.-HARWOOD. — Caroncules de l'urètre.  
— Deux observations de kystes ovariens avec torsion du pédicule.
- H. LASNIER. — Le chancre mou et son traitement.
- J.-A. LESAGE. — Purpura hémorragique par auto-intoxication.  
— Le traitement de la fièvre typhoïde à l'hôpital Notre-Dame.
- A. MARIEN. — Un cas de fièvre typhoïde atypique avec perforations intestinales — intervention.  
— Pathogénie des fibro-myômes utérins.  
— Ostéotomie trochantérienne — observation personnelle.
- O.-F. MÉRCIER. — Traitement des grands traumatismes par l'embaumement.  
— Un cas de hernie inguinale à double sac.  
— Traitement de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale.
- T. PARIZEAU. — Le rein flottant.  
— Ectopie testiculaire traumatique.
- J.-A. RANGER. — Présentation d'un cas d'anencéphalie.
- E. ST-JACQUES. — Polype fibreux intra-utérin.  
— Traitement des rétentions urinaires — observation personnelle.
- E. VALIN. — Un cas de lèpre avec présentation du malade.

L'assemblée a ensuite procédé à l'élection du nouveau bureau de la Société avec le résultat suivant :

Président : Monsieur le Dr L.-Avila Demers ;  
Vice-Président : Monsieur le Dr J.-A. LeBlanc ;  
Secrétaire-archiviste : M. J.-P Décarie ;  
Secrétaire-trésorier : M. F. Jeannotte.

M. Demers a remercié les membres de la Société de l'avoir appelé à présider leurs réunions et a fait l'éloge de M. Hervieux qui l'a précédé dans la charge de président; il rappelle que l'École a toujours pris un grand intérêt aux travaux de la Société et que son concours lui est assuré dans toutes ses entreprises.

Après les discours des autres officiers le Dr Marien, secondé par le Dr Boulet, a proposé que: la Société Médicale prie Monsieur Hervieux et Monsieur Dagenais, le président et le secrétaire sortant de charge, de vouloir bien accepter ses plus sincères remerciements pour les services signalés qu'ils ont rendus durant leur terme d'office. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

L'assemblée s'est ensuite occupée d'une lettre du Dr P.-V. Foucher, de Québec, au nom de la Société Médicale de Québec, au sujet d'un projet de fondation d'une " Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord."

Le Comité formé l'an dernier pour se joindre au Comité de Québec est prié de continuer ses travaux et de faire rapport à la Société.

La prochaine réunion de la Société aura lieu mardi le 29 octobre, à 8½ hrs du soir à l'Université Laval.

J.-P. DÉCARIE,  
*Secrétaire.*

# ANALYSES

## MÉDECINE

**Le cyto-diagnostic**, par NICOLLE, dans la *Revue Médicale de Normandie*.

Au dernier congrès de la tuberculose, à Londres, Widal et Ravaut ont donné les résultats acquis au moyen du cyto-diagnostic ou diagnostic par les cellules. J'ai lu un exposé complet de la question fait par Nicolle. Je crois qu'il est utile de connaître ce nouveau procédé de diagnostic des affections tuberculeuses. L'auteur étudie d'abord les moyens de défense naturelle de l'organisme qui sont, avant tout, les cellules phagocytaires ou globules blancs, ou leucocytes, qui se présentent sous trois aspects différents.

1° Les *polynucléaires*, ou cellules à plusieurs noyaux, les plus nombreux de tous — les  $\frac{2}{3}$  du nombre total — qui se forment dans la moëlle des os;

2° Les *lymphocytes*, ou petites cellules à un seul noyau, avec mince couche de protoplasma, qui se forment dans la rate et les ganglions lymphatiques;

3° Les *leucocytes mononucléaires*, à cellules beaucoup plus grosses que les précédentes, dont ils dérivent, noyau unique, protoplasma abondant, viennent des organes lymphatiques.

Les autres variétés intermédiaires ont moins d'importance; nous les laisserons de côté.

Les propriétés physiologiques de chacun de ces phagocytes diffèrent.

Les *lymphocytes* n'ont aucun pouvoir phagocytaire. ils ne peuvent ni englober, ni digérer les corps étrangers, microbes, etc. ils n'agissent qu'à un stade plus avancé, lorsqu'ils deviennent mononucléaires.

Les *mononucléaires* dérivent des précédents: ils détruisent tout ce qui s'atrophie ou dégénère dans l'organisme et luttent avec avantage contre les microbes qui causent des infections chroniques.

Les *polynucléaires* sont les véritables agents de défense active vis-à-vis les microbes. Ils s'accroissent en nombre et sont au premier rang dans les infections aiguës de tout genre.

Ces connaissances étaient utiles à la compréhension du cyto-diagnostic.

Widal a étudié, par ce procédé, les pleurésies dites *a frigore*, de Landouzy — qui affirme, depuis longtemps, qu'elles sont tuberculeuses, — et des épanchements divers, méningitiques ou autres, et dans chacun d'eux il a retrouvé une formule identique.

Ainsi, dans onze *pleurésies iodopathiques ou a frigore*, il n'a retrouvé que des *lymphocytes associés aux globules rouges*. Il conclut que la présence exclusive des lymphocytes, avec absence de cellules endothéliales, dans un épanchement séro-fibrineux, indique une lésion tuberculeuse.

Dans les *pleurésies infectieuses aiguës* — streptocoque, pneumocoque — la formule diffère. On y rencontre des *polynucléaires* en abondance et presque exclusivement.

Dans les épanchements mécaniques: cardiaques, brightiques, cancéreux, on ne retrouve que de larges placards constitués par des cellules endothéliales de la plèvre.

Ainsi, nous pouvons résumer à trois types histologiques nets les trois types de pleuresies distincts, à savoir:

- 1° Pleurésies tuberculeuses à formule lymphocytaire;
- 2° Pleurésies inflammatoires aiguës — streptocoque, pneumocoque — à formule polynucléaire;
- 3° Pleurésies mécaniques à placards d'endothélium pleural.

Les mêmes observations s'appliquent aux liquides méningitiques.

La *méningite tuberculeuse* donne un liquide, par ponction lombaire, qui ne renferme que des lymphocytes.

La *méningite cérébro-spinale épidémique* donne au contraire une formule polynucléaire: elle est en effet due à la présence d'un méningocoque. L'étude des liquides des *hydrocèles* a révélé que l'hydrocèle par orchite blennorrhagique a une formule polynucléaire, tandis que l'hydrocèle par tuberculose du testicule a une formule lymphocytaire.

*Technique:* 1° Ponction des plèvres, méninges ou autres, pour recueillir le liquide devant servir à l'examen histologique;

2° Défibrination du liquide recueilli par l'agitation dans un vase contenant des perles de verre;

3° Décantation de la partie liquide du produit, et centrifugation du liquide duré: quelques minutes;

4° Examen microscopique du dépôt obtenu, dont les éléments cellulaires seront colorés par les réactifs suivants: éosine, hémateïne, triacide d'Erlich, thionine.

Dans une de ses dernières leçons, le professeur Dieulafoy résume ainsi les principes fondamentaux du cyto-diagnostic:

Les placards endothéliaux indiquent un épanchement d'origine mécanique, dû surtout à un trouble circulatoire.

Les gros globules blancs, mononucléaires et polynucléaires, indiquent une pleurésie d'origine infectieuse non tuberculeuse.

Enfin, les globules rouges associés aux lymphocytes indiquent une pleurésie — ou autre épanchement — de nature tuberculeuse.

Ces recherches ingénieuses, associées à l'agglutination, l'inoculation, etc., font disparaître les doutes et éclairent l'esprit du médecin consciencieux.

**Recherches sur le microbe pathogène de la syphilis.**—Par M. M. JUSTIN, de Lille et LOUIS JULLIEN, à l'Académie de Médecine, 2 juillet 1901.

Les auteurs publient les résultats des recherches qu'ils ont faites sur ce sujet en étudiant le sang de malades contaminés récemment et exempts de médication spécifique.

Ils ont pu décélérer un bacille qui se présente avec les caractères suivants. Il a une forme tantôt courte, tantôt allongée; il est mobile dans le champ du microscope. Il faut éviter de le dessécher à une température supérieure à 60 degrés c.; on emploie de préférence l'alcool-éther, l'acide osmique, ou une solution aqueuse saturée de sublimé. Il ne prend pas le Gramm. Il trouble le

bouillon en 24 heures, liquéfie lentement la gélatine. Sur gélose ordinaire et glycerinée ou peptonisée, il donne un enduit crêmeux toujours humide et légèrement verdâtre. Il pousse abondamment sur le liquide amniotique, ne coagule pas le lait, précipite la caséine. Il ne produit pas d'indol. Les cultures ont une odeur fade.

Court au début, le microbe s'allonge en filament après 5 ou 6 jours; après 10 jours il devient granuleux et prend l'aspect de points ronds qui reviennent à l'état primitif à la suite d'un repiquage dans des milieux nouveaux. Après trente jours le repiquage reste stérile, mais ces mêmes granulations se ramènent et reprennent toute leur vie après un passage dans le sang. Les cultures injectées dans le péritoine des cobayes provoquent l'avortement, l'amaigrissement, etc. Injectées sous la peau elles déterminent la chute des poils et l'ulcération avec induration de la peau accompagnée d'engorgement ganglionnaire du voisinage.

A l'autopsie, *les cadavres de tous les animaux sont stériles*: cette constatation a amené les auteurs à rechercher s'il n'en serait pas de même chez l'homme. "Et ils ont constaté sans surprise que, sur des milliers d'autopsies pratiquées dans les hôpitaux spéciaux, la science ne mentionnait pas un seul fait de contamination spécifique par piqure à l'amphithéâtre."

Autre détail important. Du sérum sanguin d'un syphilitique en puissance d'accidents, mis en contact avec une culture âgée de trois jours, détermine nettement l'agglutination. En résumant succinctement ces caractères particuliers, les auteurs croient pouvoir affirmer que ce bacille est le microbe pathogène de la syphilis.

J. A. LESAGE.

#### Fièvre typhoïde sans lésions intestinales.

Le Dr W. S. Lazarus-Barlow, du Westminster Hospital, rapporte dans le *British Medical Journal*, du 21 septembre 1899, une observation de fièvre typhoïde chez un enfant de 13 mois, mort au vingt-cinquième jour de la maladie et où l'autopsie a permis de constater un intestin parfaitement normal. Les plaques de Peyer et les follicules clos ne présentaient rien de particulier, pas le moindre gonflement, ni congestion du voisinage. Cet enfant fut admis à l'hôpital au seizième jour de sa typhoïde avec de la diarrhée, de la bronchite, du tympanisme intestinal et des taches rosées. Le séro-diagnostic de Widal fut positif le lendemain de sa rentrée. Cinq autres enfants de la même famille du petit malade présentèrent presque en même temps tous les symptômes de la fièvre typhoïde.

Le rapporteur fit une analyse bactériologique des bacilles pris directement dans la rate, et arriva à la conclusion qu'il s'agissait du bacille d'Eberth.

J. E. DUBÉ.

## THERAPEUTIQUE

La santonine dans les crises fulgurantes tabétiques — (*Journal de Méd. de Paris.*)

Le Dr Négro a utilisé avec succès les effets analgésiques de la santonine dans les douleurs tabétiques. Au milieu d'une des crises les plus douloureuses chez un tabétique, le Dr Négro tenta l'action de la santonine en s'inspirant de quelques expériences précédentes.

Il administra 15 centigrammes d'acide santonique en trois doses à une heure de distance chacune, en supprimant toute médication analgésique. Une heure après la seconde dose, les douleurs étaient atténuées; elles étaient disparues après la dernière; l'accalmie dura deux semaines. A la reprise des douleurs M. Négro donna 10 centigrammes en une seule dose, et 5 centigrammes 5 heures après. La douleur disparut comme dans la crise précédente. L'accalmie ordinaire est donc de 12 à 15 jours. C'est une tentative heureuse que nous pourrions répéter à l'occasion.

Traitement de la pneumonie par le sérum diphtérique, par TALAMON,  
(Société Médicale des Hôpitaux, Paris, 1901.)

M. Talamon, s'inspirant du fait que le pneumocoque est peu virulent puisque l'organisme humain en triomphe en cinq ou six jours, a eu l'idée de le détruire au début par un sérum actif contre un autre microbe. Comme il est difficile d'obtenir un sérum anti-pneumococcique d'une activité efficace, il s'est adressé au sérum anti-diphtérique.

Sans entrer dans les détails subtils de l'action des sérums dans ces cas, nous donnerons simplement les résultats obtenus.

Dans les temps ordinaires, la mortalité hospitalière par pneumonie n'est jamais descendue, dans son service, au-dessous de 24 p. 100; elle a même atteint 37 p. 100 en 1899. Or les statistiques qu'il publie aujourd'hui établissent que, sur 50 malades traités par les injections de sérum anti-diphtérique, 7 sont morts, soit une mortalité de 14 p. 100.

Le sérum anti-diphtérique serait, suivant l'auteur, d'une parfaite innocuité. On a pu injecter 200 à 260 c. c. en quelques jours sans autres accidents — rares — que ceux déjà connus sous les noms d'éruptions érythémateuses et de douleurs articulaires; et la quantité nécessaire serait d'autant moindre que le traitement est plus précoce. Ainsi, une pneumonie traitée dès le troisième jour ne doit pas demander plus de 20 à 60 c. c.

Dans les formes graves, adynamiques, avec aspect typhoïde, il ne faut pas hésiter à donner 40 c. c., le même jour en deux fois: le matin et le soir, et injecter une nouvelle dose de 20 c. c., le lendemain matin si la température n'est pas modifiée. On donnera une seule injection les jours suivants si l'amélioration ne se montre pas. Ce traitement serait applicable, avec avantage aux vieillards. "En suivant ces règles, dit M. Talamon, on peut abréger la durée de la pneumonie, supprimer ou du moins réduire les chances de complications, et abaisser la mortalité de cette maladie aux environs de 10 p. 100." Jusqu'à présent, aucun traitement n'a fait mieux ni autant.

J. A. LESAGE.

**Formulaire de la zomothérapie antituberculeuse**, dans *Revue de la Tuberculose*, mai 1901, par J. Héricourt, chef adjoint du laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine de Paris.

Pour préparer le suc musculaire :

1° Prendre de la viande de bœuf (tranche) très fraîche, hachée, dégraissée, La faire macérer deux heures dans une quantité d'eau froide (préalablement stérilisée par l'ébullition ou la filtration) égale au cinquième de son poids.

Soumettre à la pression cette viande imbibée d'eau, à l'aide d'une presse de ménage, par portions dont le volume sera en rapport avec les dimensions de la presse. Les efforts de pression devront être peu intenses et espacés de cinq en cinq minutes.

Dans la presse, la viande devra être enveloppée d'un linge résistant. La presse devra être nettoyée à l'eau bouillante, avant et après chaque opération.

2° Les doses de liquide à ingérer sont variables avec la période et la gravité de la maladie.

On peut les fixer de la manière suivante, d'après le poids de la viande à presser.

*Il faut presser :*

Pour une tuberculose latente ou du 1er degré... ..	de 500 à 1,000 gr.
Pour une tuberculose pulmonaire du 2e degré... ..	de 1,000 à 2,000 gr.
Pour une tuberculose du 3e degré ou une granulie..	de 2 à 3 kilog.

En tenant compte de la quantité d'eau ajoutée à la viande, la totalité du liquide obtenu par pression doit être au moins de 400 gr. par kilog. de viande. Avec une très forte presse, cette quantité peut atteindre 500 gr.

Par conséquent, il faut absorber : dans le cas d'une tuberculose latente ou du 1er degré, de 200 à 400 gr. de liquide; dans le cas d'une tuberculose pulmonaire du 2e degré, de 400 à 800 gr., et dans le cas d'une tuberculose pulmonaire du 3e degré ou d'une granulie aiguë de forme typhoïde ou cérébro-spinale, de 800 à 1,200 gr. de liquide.

3° Le suc musculaire ainsi obtenu est d'une grande fragilité et s'altère très facilement.

Il ne peut être transporté.

Il doit être pris aussitôt préparé.

Si sa quantité est trop abondante pour être prise en une fois, il faut faire deux opérations de pression dans les 24 heures.

Il doit être pris *nature*, ou avec addition d'une petite quantité de sel.

En cas de dégoût très accentué ou de susceptibilité stomacale très grande, on pourrait le sucrer avec du sirop d'écorce d'orange amère et même y ajouter de l'eau de Seltz.

Le meilleur moment de l'administrer est une demi-heure avant le déjeuner.

Dans ces conditions, le plus souvent l'appétit du malade n'est pas coupé. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait chercher, par tâtonnement, un autre moment propice.

Le suc musculaire ne produit jamais de troubles intestinaux. Si des troubles de cette nature (diarrhée) viennent à se manifester, c'est que la viande pressée n'est pas fraîche, ou que le suc est préparé sans soin, ou n'est

pas pris assez tôt après sa préparation. Toutes les précautions recommandées doivent être d'autant plus rigoureusement observées que la température extérieure est plus élevée.

4° Autant que possible, le malade remplacera toute la viande *cuite* de son alimentation, par une égale quantité de viande *crue*, prise râpée, dans une petite quantité de bouillon froid, ou en boulettes salées ou sucrées, ou enrobées dans de la confiture, ou avec quelque sauce mayonnaise, ou mélangée de jaunes d'œufs durs, avec câpres et vinaigre, etc.

Mais si le malade ne pouvait supporter la viande crue, il serait tout de même préférable de supprimer les viandes noires *cuites* de son alimentation.

5° Le reste de l'alimentation sera normal. Toutefois, il sera bon de ne pas insister sur les œufs, que recommandent d'habitude les partisans de la suralimentation. Le lait devra être pris non bouilli, autant que possible, très frais et toujours sans excès.

Le riz, les lentilles, les pois, les boulettes préparées avec de la farine devront paraître fréquemment sur la table, ainsi que les huîtres, les coquillages, les escargots, le poisson fumé.

Lorsque la fièvre sera telle que l'alimentation devra être réduite à sa plus simple expression, le jus de viande, la viande crue et le riz au lait seront la base de cette alimentation réduite.

6° Si le malade n'est pas arthritique, s'il n'est pas prédisposé aux poussées congestives et hémorragiques, s'il a conservé un bon appétit et ses facultés digestives, et s'il peut prendre la viande crue sans dégoût *en grande quantité*, il est alors inutile de recourir à la préparation du suc musculaire, toujours longue et pénible.

Mais il faut alors que le malade prenne, au moins, par jour.

Pour une tuberculose au 1er degré ... de 300 à 400 gr. de viande crue, 10 à 12 onces.

Pour une tuberculose au 2e degré ... de 500 à 800 gr. de viande crue, 18 à 25 onces.

Chaque prise de viande crue pourra être suivie de l'absorption d'une petite quantité (un demi-verre à madère) de quelque vin généreux, bordeaux ou muscat.

7° La crainte du ténia ne doit pas détourner les malades de ce traitement par la viande crue.

D'abord, avec de la viande proprement préparée, cet accident est extrêmement rare; d'autre part, il est de minime importance, rien n'étant plus facile que de se débarrasser d'un tel parasite, et le petit inconvénient d'un traitement anthelminthique ne pouvant être mis en balance avec la guérison d'une maladie telle que la tuberculose.

La viande de mouton n'offre pas, à ce point de vue, l'inconvénient en question; mais nous ne pouvons affirmer que cette viande ait la même action thérapeutique que celle du bœuf. L'identité est cependant probable.

8° Toute médication prétendue spécifique, toute absorption de médicaments devra être suspendue pendant le traitement zomothérapique.

L'huile de foie de morue seule pourra être continuée.

Bien entendu, le malade devra se placer dans les conditions hygiéniques reconnues comme indispensables à la cure de la tuberculose, telles qu'une large aération, l'absence de toute fatigue, sinon le repos complet, et la propreté aseptique du milieu ambiant.

9° La durée du traitement est indéterminée; mais il est indiqué de continuer l'usage de la viande crue au moins pendant six mois après la disparition des symptômes alarmants et l'établissement d'un état de guérison apparente, et d'y revenir pour quelques semaines toutes les fois que l'équilibre de santé paraîtra rompu.

### Le Carnigen dans la suralimentation.

Je viens de lire, dans un journal belge que le carnigen est une poudre fine entièrement soluble qui a donné de bons résultats dans la suralimentation. "Avez-vous un malade dont l'estomac surmené se refuse à l'alimentation forcée, dit l'auteur, suspendez toute nourriture—viandes surtout—donnez le lait, alternativement avec le carnigen, et vous verrez bientôt les troubles disparaître rapidement sans perdre de poids, si la dose est suffisante". La dose est une cuillère à soupe dans une tasse d'eau chaude, assaisonnée au goût du malade. On peut répéter cette dose toutes les deux ou trois heures sans fatigue et avec bénéfice pour tous les débilités. Et l'auteur s'étend longuement sur les indications particulières de ce composé albuminoïde dans les cas les plus variés d'anorexie.

## OBSTÉTRIQUE

### Vagissements intra-utérins. — REURE et PLANCHE, dans *Lyon Médical*.

Il s'agit d'une multipare qui commença à perdre ses eaux six semaines avant le terme de sa grossesse. Repos, injections vaginales. Le lendemain on fait appeler le médecin Dr Reure; à son grand étonnement, après avoir pratiqué l'examen il entend distinctement des cris d'enfant; les cris redoublent, le médecin pense que l'enfant est entre les jambes de sa mère, il regarde, rien. C'était pour ces cris qu'on avait fait mander le médecin. Après un interrogatoire on apprend que les cris ont commencé à la suite d'une injection faite avec un injecteur à poire en caoutchouc. L'enfant continue à crier durant une heure, puis il se tait. Dix jours plus tard, la mère accouchait sans accident d'un enfant bien portant, présentation du siège.

M. Planche fait remarquer que le doute n'est pas permis dans ce cas-ci. Quatre personnes peuvent l'attester. Des recherches bibliographiques permettent de relever des faits semblables. On cite à titre de curiosité je suppose, les faits suivants: Zoroastre aurait ri avant sa naissance; Mahomet et Saint-Barthélemy auraient parlé dans le ventre de leur mère!...

A propos de ces cris intra-utérins constatés par des accoucheurs célèbres du siècle dernier, Velpeau écrivait ce qui suit: "Si des hommes instruits et dignes de foi ont constaté le cri intra-utérin, je veux bien le croire, mais si je l'avais constaté moi-même, je n'y croirais pas." Depuis ce temps les observations se sont précisées et l'existence des cris intra-utérins est admise de tous.

Dans la plupart des observations rapportées la pénétration de l'air dans l'utérus et le cri fœtal consécutifs se sont produits à la suite d'une interven-

tion, version, abaissement du pied, etc., la condition indispensable étant la rupture préalable des membranes de l'œuf. Dans l'observation rapportée ci-dessus, nous voyons que cette femme a introduit un injecteur à poire qui a dû rompre les membranes. "L'air qui avait pénétré dans l'utérus était, en vertu de sa légèreté, accumulé dans le coupole supérieure de l'œuf et a fourni là, une zone où la tête de l'enfant s'est trouvée complètement enveloppée par ce mélange aérien."

Suivant l'auteur, la présence de cet air aurait empêché l'introduction de liquide amniotique dans les voies respiratoires du fœtus.

Ces faits ont suggéré au prof. Rapin, de Lausanne, l'idée d'insuffler de l'air dans l'œuf en cas de souffrance de la part du fœtus, pour empêcher précisément que le liquide amniotique pénètre dans les voies aériennes. On appelle cette méthode la *physométrie artificielle*.

J.-A. LESAGE.

## PHARMACOLOGIE

### Formulaire.

#### CATARRHE DU NEZ.—(Vaucaire.)

R

Chlorure de sodium . . . . .	1 drachme.
Glycérine . . . . .	3 drachmes.
Eau de roses. . . . .	1 once.
Eau distillée . . . . .	18 onces.
Acide phénique . . . . .	5 gouttes.

F. S. A. Pour aspirations nasales plusieurs fois par jour.

#### COQUELUCHE.—(Duj. Beaumetz.)

*Potion:*

R

Bromure de potassium . . . . .	} à à ½ drachme
Bromure d'ammonium . . . . .	
Bromure de sodium . . . . .	
Sirop de chloral . . . . .	1 once.
Eau distillée . . . . .	1 once.

F. S. A. De une cuillerée à dessert à une cuillerée à soupe, matin et soir, dans du lait additionné d'un jaune d'œuf (enfants de plus de 4 ans).

#### CREVASSES DU SEIN.—(Monin.)

R

Glycérine. . . . .	1½ once.
Teinture de Baume du Pérou . . . . .	75 gouttes.
Teinture de Baume de Tolu. . . . .	30 gouttes.
Salol pulvérisé . . . . .	15 grains.

F. S. A. Appliquer et recouvrir ensuite d'ouate.

#### DIARRHÉE CHEZ L'ENFANT.—(Herzen.)

*Potion:*

R

Acide lactique . . . . .	30 gouttes.
Sirop de coings . . . . .	1 once.
Eau distillée. . . . .	3½ onces.

F. S. A. Une cuillerée à café à toute les 2 heures.

CORS.—(Brocq.)

*Mélange :*

℞

Acide salicylique . . . . .	15 grains.
Extract alcoolique de cannabis indica. . . . .	8 grains.
Alcool à 90°. . . . .	15 gouttes.
Ether à 62°. . . . .	40 gouttes
Collodion élastique.. . . .	75 gouttes.

F. S. A. Appliquer tous les soirs pendant 8 jours.

CREVASSES DES MAINS.—(Horzen.)

*Pommade :*

℞

Menthol. . . . .	15 grains.
Salol . . . . .	30 grains.
Huile d'olive. . . . .	150 grains.
Lanoline.. . . .	1 once.

F. S. A. Appliquer cette pommade matin et soir.

---

**RETOUR D'EUROPE.**

Notre administrateur, M. de Werthemer, est renté à Montréal après une absence de trois mois en Europe, dans l'intérêt de la Compagnie des Médecines Patentées dont il est le directeur, et de l'UNION MÉDICALE.

---

**AUX ABONNES.**

Nous prions nos abonnés qui désirent se procurer les ouvrages médicaux, dont nous faisons l'analyse mensuelle au chapitre de la Bibliographie, de s'adresser à MM. Déom Frères, libraires, 1877, rue Ste-Catherine, qui se chargent de les leur procurer dans les conditions les plus avantageuses.

**Le Nourrisson**, ouvrage qui a été analysé dans le dernier numéro, a été édité chez Steinheil, rue Casimir-Delavigne, à Paris.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**L'alcool et l'alcoolisme**, par les Drs TRIBOULET et MATHIEU, de Paris. Carré et Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.

Ce livre sera utile à tous ceux qui s'intéressent à la brûlante question de l'alcoolisme. Les auteurs font l'histoire de la fabrication des boissons alcooliques, leurs rapports avec l'intoxication, la toxicologie, la physiologie générale. Ils ont fait une revue générale de la pathologie de l'alcoolisme, cirrhoses, sensibilité, névroses, etc. Ils ont aussi abordé la question difficile d'une législation d'Etat spéciale. C'est un livre précieux pour les philanthropes, les médecins et les législateurs de l'avenir.

---

**Traitement de la coxalgie par la mécano-thérapie, sans immobilisation au lit**, par le Dr PAUL ARCHAMBAUD, directeur de l'École française d'Orthopédie et Massage. (Paris, librairie de la *Revue Médicale*, 21, rue Cupias, prix : 2 francs.)

L'auteur décrit un nouveau mode de traitement de la coxalgie qui consiste à immobiliser les malades dans un appareil à sustentation générale permettant la marche.

Cet appareil, ne présentant pas d'articulation au niveau de la hanche ni du genou du côté atteint, empêche les surfaces articulaires de s'irriter par le frottement. Il permet en même temps de placer le bassin du malade dans une situation aussi rapprochée que possible de l'état normal.

Un massage général, insistant plus particulièrement sur les muscles de la jambe malade, empêche ceux-ci de s'atrophier jusqu'au moment où l'appareil est supprimé. On se garde bien, pendant tout le traitement, de masser ou de mobiliser l'articulation coxo-fémorale.

L'auteur apporte une statistique de 71 cas traités de la sorte, sur lesquels un seul décès s'est produit par méningite et sans qu'on puisse l'attribuer au traitement.

---

**Chirurgie du foie et des voies biliaires**, par R. TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. AUVRAY, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8o avec 50 fig. dans le texte, 10 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

L'énumération des chapitres permettra, mieux que tout commentaire, de juger de la valeur du nouvel ouvrage que vient de publier le professeur Terrier, avec le concours du Dr Auvray : *Les traumatismes du foie.—Corps étrangers intra-hépatique.—Traumatismes des voies biliaires.—Foie mobile et son traitement chirurgical.—Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical.—Tumeurs des voies biliaires et canaux biliaires, vésicule.—Séparation de monstres xiphophages unis par un pont de substance hépatique.*—Ce dernier chapitre, basé sur un cas récemment publié, n'a été jusqu'alors l'objet d'aucune étude spéciale dans les ouvrages consacrés aux maladies du foie.

Ce livre est conçu suivant la méthode d'enseignement du distingué professeur. Après un court aperçu historique et une étude de l'anatomie pathologique et des symptômes de l'affection, les auteurs abordent dans chaque chapitre la partie purement chirurgicale ; le traitement décrit, ils donnent des tableaux des différentes opérations pratiquées jusqu'à ces temps derniers, et une étude très complète des résultats : un index bibliographique, terminant le chapitre, permet au lecteur de se reporter à toutes les sources qui lui peuvent être utiles.

Ce volume est le premier d'une série d'études des mêmes auteurs qui seront consacrées aux affections chirurgicales du foie et des voies biliaires.

---

**Manuel de petite chirurgie** de JAMAÏN, revue et augmenté par FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux ; huitième édition illustrée de 572 figures intercalées dans le texte. Félix Alcan, éditeur, 108, Boulevard St-Germain, Paris.

Ce manuel de 1009 pages contient tous les renseignements utiles pour les cas ordinaires de petite chirurgie. Il y a des considérations générales sur la stérilisation, les matériaux de pansement, le traitement des fractures, l'hémostase, la greffe, les irrigations, les injections, la vaccination, etc. En un mot tous les détails de choses qu'un médecin instruit ne peut plus ignorer aujourd'hui et qui sont exposés avec méthode et clarté.

**Principes du diagnostic gynécologique**, par le Dr G. FRAISSE. 1 vol. in-12 avec gravures, 5 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille à Paris, vient de publier un **Catalogue général de Livres de Sciences**, comprenant la médecine, l'histoire naturelle, l'agriculture, l'art vétérinaire, la physique, la chimie et l'industrie ; on y trouvera l'annonce détaillée de plus de cinq mille volumes, avec un extrait de la table des matières des principaux ouvrages et surtout un répertoire méthodique très détaillé, par ordre de matières.

Cette brochure de 104 pages, gr. in-8, est envoyée gratis et franco dans tous les pays du monde, à toute personne qui en fait la demande par carte postale double (avec réponse payée.)

**Diagnostic des Maladies de l'Encéphale**, par le Dr GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 6 figures, cartonné, 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

**Tableaux synoptiques d'Exploration chirurgicale des Organes**, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr CHAMPEAUX. 1 vol. gr. in-8 de 176 pages, cart. (*Collection Villeroy*) : 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

**La Mécanothérapie.**—*Application du mouvement à la cure des maladies*, par le Dr L. REGNIER, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-16 de 92 pages, avec figures, cartonné (*Actualités médicales*). Prix, 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

**Le Traitement des Névralgies et Névrites**, par le Dr H.-F. PLICQUE, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 96 pages, cartonné (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

**Aide-Mémoire des Maladies de l'intestin**, par le professeur PAUL LEFERT. 1 vol. in-18 de 285 pages, cart. 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

**Dictionnaire des termes Techniques de Médecine**, contenant les étymologies grecques et latines, par les Drs M. GARNIER et V. DELAMARE, préface de G.-H. ROGER, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, deuxième édition. 1 vol. in-18, reliure souple. 6 fr. 50. (A. Maloine, éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.)

**Obstetric Clinic**, by DENSLow LEWIS, Ph. C., M.D., professor of Gynecology in the Chicago Policlinic. Octavo, 640 pages. Price \$3.00. E. H. Colegrove, 65 Randolph street, Chicago.