

# Le Journal de Médecine et de Chirurgie

## Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

### SOMMAIRE

Les accidents tardifs du chloroforme. — M. J. A. Saint-Pierre. . . . .	289
<b>PÉDIATRIE:</b>	
Traitement de la coqueluche par le fluoroforme. — L'appendicite chronique chez les enfants . . . . .	292
<b>HYGIÈNE:</b>	
Prophylaxie des maladies contagieuses à l'école. . . . .	294
<b>THERAPEUTIQUE APPLIQUEE:</b>	
Valeur de la ponction lombaire simple. . . . .	295
<b>NOTES CLINIQUES:</b>	
Comment éviter la conjonctivité gonococcique des nouveaux nés. — Les albuminuries digestives. — Albuminurie et cyanose orthostatiques. . . . .	296
<b>TUBERCULOSE:</b>	
Sur son traitement spécifique. — Congestion aux sommets des poumons simulant la tuberculose. — Traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale. . . . .	298
<b>Faits Cliniques:</b>	
A travers les sociétés médicales . . . . .	300
<b>NOTES THERAPEUTIQUES:</b>	
Par MM. Fortier et Lebel. Traitement de l'épilepsie essentielle. — des tics. de la sciatique. — de la tuberculose laryngée. . . . .	
<b>PROGRES DES SCIENCES MEDICALES:</b>	
Du diabète infantile. — Les hémorragies mortelles du tube digestif chez les cirrhotiques. . . . .	304

### L'Antitoxine par excellence

Le récipient-seringue le plus commode.

**Sérum antidiphthérique (P.D. & Cie.)**—L'antitoxine favorite de la profession médicale depuis seize ans.

**Globulins antidiphthériques (P.D. & Cie.)** — Globulins de Sérum Antidiphthérique. Plus concentré que le sérum ordinaire ; dose moins élevée, même prix.

## Les Globulins et le Sérum Antidiphthérique

de PARKE, DAVIS & Cie

sont manufacturés d'après les méthodes les plus récentes et les plus perfectionnées. Toutes les précautions, recommandées par la science bactériologique, sont prises pour assurer leur pureté, leur efficacité et leur uniformité. Ils sont rigoureusement titrés, essayés et réessayés. Ils sont délivrés dans des récipients-seringues perfectionnés—un récipient-seringue des plus sûrs et des plus commodes.

500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000 et 5,000 unités.

Nous protégeons à la fois le médecin et le pharmacien contre toute perte, en donnant en échange un produit frais contre un sérum vieilli et intacte.

### Parke, Davis & Cie.

Walkerville, Ont.

Montréal, Qué



**HÉMOGLOBINE  
DESCHIENS**

**OXYDASES, FER VITALISÉ**  
ANÉMIE, TUBERCULOSE  
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue

Sirup 1 cuill. à soupe à chaque repas.  
Vin, Granulé, Dragées (47).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph<sup>ms</sup>

Seuls Agents pour le Canada ROUGIER et FRÈRES (Agences Decary-Rougier) 53 Notre-Dame Est, Montréal.

## Les accidents tardifs du chloroforme<sup>(1)</sup>

Par le Dr J.-A. Saint-Pierre

Assistant à la clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu, Montréal.

L'emploi des anesthésiques généraux a permis à une infinité de malades, une survie qui eût été impossible sans le secours des deux merveilleux agents que sont l'éther et le chloroforme. Toutefois, ceux-ci malgré leur utilité bien évidente restent toujours et quand même des poisons violents, dont l'action nocive sur l'organisme humain se fait sentir au cours même d'une opération, ou retentit à distance et enlève en quelques jours le patient que le bistouri avait sauvé.

Peu fréquentes heureusement, sont les intoxications profondes et fatales. Gurli prétend que le chloroforme cause la mort une fois sur 2075 chloroformisations. Mais à côté de ces cas tragiques, combien d'autres ne pouvons nous pas placer, où l'empoisonnement pour n'être pas fatal est tout de même évident, alors que dans les premiers jours qui suivent une opération, l'on voit les malades éliminer péniblement le chloroforme qui leur a pourtant été mesuré goutte à goutte par une main dextre et expérimentée.

De sorte que, même administré par un spécialiste habile, le chloroforme n'est pas toujours inoffensif; il possède au contraire une nocivité particulière rarement imperceptible, presque toujours marquée et quelquefois fatale. C'est cette nocivité dont il faut avoir soin de tenir compte dans l'établissement d'un pronostic post opératoire qui fait l'objet de cette étude.

Longtemps, le choc opératoire a porté seul la responsabilité de tous les cas de morts survenues 2 ou 3 jours après une intervention. On s'étonnait bien de voir quelquefois des opérations relativement peu graves causer un choc mortel alors que des interventions majeures sur des malades présentant une surface de résorption considérable au pus, se terminaient heureusement, sans choc, par une rapide guérison; mais les travaux anatomopathologiques ont aujourd'hui résolu le problème et mis en relief le rôle néfaste que joue le chloroforme dans ces morts tardives.

J'emprunte à Gurli déjà cité plus haut l'exposé des lésions observées chez des individus ayant succombé quelque temps après une narcose chloroformique et dont la cause de la mort ne pouvait laisser aucun doute.

L'influence prolongée du chloroforme sur le système nerveux et la fibre musculaire cardiaque entraîne à la syncope. Les fibres musculaires du cœur et les cellules hépatiques présentent un gonflement granuleux et de la dégénérescence grasseuse avec altération et destruction plus ou moins étendue de leurs noyaux. Dans le rein, ce sont les tubuli contorti qui sont affectés. Les glomerules et les tubes de Henle sont aussi lésés mais dans une bien moindre mesure.

Le foie est l'organe où les lésions se montrent avec le plus de régularité et d'intensité. Très souvent, les 3 organes, (foie, cœur et reins) sont touchés à la fois mais le cœur et les reins sont quelquefois indemnes; le foie, jamais, ou plutôt, il n'y a qu'un seul cas de rapporté où le cœur et les reins étaient seuls malades à l'exclusion du foie resté sain.

Cette dégénérescence se produit avec une étonnante rapidité, parfois même on l'a observée 5 heures après l'administration du chloroforme. Je dois citer aussi des cas beaucoup plus rares où l'on a trouvé des dépôts pigmentaires dans le foie et les reins (indices d'une altération du sang) des thromboses du cœur droit et de l'artère pulmonaire et même des veines crânielles, iliaques, hypogastriques et de la veine cave inférieure.

A cette liste déjà considérable, B. Mueller, qui a pu examiner en 1905 les organes d'un bon nombre de sujets morts à la suite de narcoses chloroformiques, ajoute le cerveau et les poumons qui offrent aussi une dégénérescence grasseuse assez marquée.

Quoiqu'il en soit, le cœur, les reins et le foie sont le plus habituellement frappés et suivant la prédominance des lésions de l'un ou l'autre de ces organes, les phénomènes cliniques peuvent varier. Dans la forme cardiaque, il existe des vomissements opiniâtres et un pouls accéléré s'accompagnant de dilatation du cœur; la prostration augmente bientôt et l'asphyxie survient. Le malade peut succomber. C'est dans cette forme que sont signalés, les tromboses et les embolies.

La forme rénale attirait dès 1863 l'attention d'Hégar et de Kattenbach qui signalèrent la présence d'albumine et de cylindres dans l'urine après anesthésie par chloroforme dans 30 p.c. des cas. Depuis, on en a toujours trouvé dans les narcoses un peu longues et on a même signalé quelquefois la présence de sucre dans l'urine de certains opérés qui n'en présentaient aucune trace avant l'intervention.

J. Westley Bovée de Washington nous apprend que pendant la narcose sous chloroforme l'excrétion urinaire diminue considérablement, de même, l'excrétion de l'urée.

Enfin, il paraît prouvé que la position Trendelenbourg aggrave ces troubles. Ces avancées de Bovée sont confirmées par les travaux de Mlle. de Stankiewicz (Leclerc, Paris 1908) sur l'action du chloroforme. Celle-ci constate que les altérations rénales post chloroformiques sont très fréquentes, présentant dans l'urine de l'albumine et des cylindres recouverts de cellules épithéliales ayant subi la dégénérescence grasseuse. Parfois on trouve aussi de la leucine et de la tyrosine.

(1) Présenté au Congrès des M. de L. F. Sherbrooke, août 1910.

Mais cette diminution de la quantité d'urine excrétée peut disparaître dans les quelques heures qui suivent la narcose. Quelquefois, elle persiste et peut même aboutir à l'anurie si la quantité de chloroforme inhalée a été trop considérable. L'influence de cet agent sur la quantité et la qualité des urines paraît due principalement à son action directe sur l'épithélium glandulaire. En effet, les autopsies faites sur l'homme et sur l'animal ayant succombé après inhalations chloroformiques ont fréquemment révélé l'existence de lésions dégénératives au niveau des tubes contournés. Ainsi, l'action nocive du chloroforme sur les reins devra entrer en ligne de compte dans l'interprétation des morts survenues quelques jours après une anesthésie chloroformique. Mais c'est surtout le foie qui sous le chloroforme devient le siège d'altérations graves pouvant amener la mort.

D'après le Dr Louis Gurcel, qui a fait une étude spéciale de la question (Thèse de Lyon, chez Rey) le chloroforme peut par son propre effet causer une intoxication grave à forme ictérique pouvant se terminer par la mort au bout de quelques jours. Cet effet serait surtout à craindre chez les sujets prédisposés par une altération hépatique préexistante; mieux vaudrait, pour ces cas, employer un autre anesthésique.

On trouve très souvent, après une narcose chloroformique un ictère léger qui disparaît rapidement. Quelquefois cet ictère s'accroît et on ne tarde pas à voir paraître les symptômes de cholémie; le pouls devient rapide, les vomissements persistent et la dépression augmente. Et chose digne de remarque, c'est que les symptômes d'intoxication ne font leur apparition que 24 heures après l'anesthésie ou même, quelquefois 3 ou 4 jours après. Ce sont les phénomènes nerveux qui attirent d'abord l'attention: céphalgie accompagnée de délire calme ou agité. Puis vomissements, hoquet et insomnie s'installent en permanence.

Alors paraît l'ictère, qui d'abord discret se généralise bientôt, la langue est sèche, la température fait des ascensions irrégulières sans type déterminé et descend quelquefois jusqu'à la normale. Le pouls devient bientôt rapide, petit, dépressible. Les bruits du cœur sont faibles, obscurs. Le foie augmente de volume, devient facilement accessible à la palpation et le malade accuse souvent des douleurs spontanées à l'hypochondre droit et à l'épigastre. Quelquefois, symptôme grave, les matières vomies deviennent noires et l'on peut y déceler une quantité considérable d'hématine. Les hémorragies de la peau, (pétéchies, purpura) comme les hématuries sont exceptionnelles et sont plutôt dues à la cholémie. Les selles, fortement colorées contiennent beaucoup d'urobiline. Elles deviennent bientôt involontaires de même que la miction. Des convulsions musculaires, paraissent à la face et aux membres et parfois surviennent de véritables accès épileptiformes. La faiblesse cardiaque augmente et il survient de la cyanose. La respiration jusque là peu troublée devient irrégulière et présente parfois le rythme de Cheyne-Stokes. Bientôt, le malade tombe dans le coma et la mort ne tarde

pas à survenir, d'autant plus impressionnante que la plaie opératoire ne présente rien d'anormal et que l'état général du patient avant l'opération ne laissait rien à désirer. Heintz signale une mort survenue ainsi 14 hrs et Roth une, 27 jours après l'intervention: mais c'est ordinairement du 3<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour que se produit cette terminaison fatale. La mort n'est heureusement pas la règle générale; souvent après une période aiguë d'un ou 2 jours, les phénomènes s'amendent, l'état général s'améliore et tout rentre dans l'ordre.

Reconnaître cette intoxication chloroformique et la distinguer des accidents post opératoires n'est pas toujours facile. Les vomissements, la rapidité du pouls, l'excitation cérébrale se rencontrent dans la septicémie tout aussi bien que dans l'intoxication chloroformique. Mais s'il y a persistance de l'odeur du chloroforme dans l'haleine, et si aucune réaction péritonéale ne se joint aux signes précédents nous sommes en droit d'accuser le chloroforme plutôt que la septicémie.

Voici d'ailleurs un tableau bien précis des caractères distincts de l'intoxication par chloroforme et de l'état infectieux.

<i>Etat infectieux</i>	<i>Intoxication par chloroforme</i>
1 <sup>o</sup> Fièvre constante, très élevée;	1 <sup>o</sup> Manque le plus souvent ou peu élevée.
2 <sup>o</sup> Frissons;	2 <sup>o</sup> Font presque toujours défaut.
3 <sup>o</sup> Pouls et respiration élevés, en harmonie parfaite;	3 <sup>o</sup> Pouls accéléré, respiration normale, harmonie rompue.
4 <sup>o</sup> Fréquents abcès métastatiques; endocardites, métastases articulaires;	4 <sup>o</sup> Manquent toujours.
5 <sup>o</sup> Exanthèmes fréquents;	5 <sup>o</sup> Jamais.
6 <sup>o</sup> Purpura dans 50 p.c. des cas;	6 <sup>o</sup> Existe, mais rarement.
7 <sup>o</sup> Hémorragies rétinienes très fréquentes;	7 <sup>o</sup> Jamais signalées.
8 <sup>o</sup> Vomissements assez fréquents. Matières vomies, rarement noires;	8 <sup>o</sup> Vomissements très fréquents et opiniâtres. Matières vomies, presque toujours noires.
9 <sup>o</sup> Tendance à la diarrhée;	9 <sup>o</sup> Manque.
10 <sup>o</sup> Ictère rare, peu prononcé;	10 <sup>o</sup> Tictère très fréquent parfois intense.
11 <sup>o</sup> Anurie guère signalée;	11 <sup>o</sup> De règle dans les cas graves.
12 <sup>o</sup> Eventuellement; guérison lente;	12 <sup>o</sup> Guérison rapide.
	Thooft, (Archives Médicales Belges.)

Presque toujours, dans les intoxications chloroformiques les formes légères d'albuminurie ou d'ictère se terminent heureusement mais les formes cholémiques graves d'après certains auteurs évoluent fatalement. Il y a cependant des exceptions.

Le pronostic en somme n'est pas fatal; mais, règle générale, on peut dire que, après chloroformisation, des vomissements persistants et l'augmentation croissante de

la rapidité du pouls coïncidant avec la présence d'un ictère même léger, doivent être considérés comme phénomènes graves, troubles chloroformiques sérieux devant être combattus immédiatement et sans relâche, par des lavages d'estomac qui débarrassent ce viscère et calment les vomissements, par l'usage des stimulants et surtout en introduisant dans l'organisme, par voie hypodermique ou en lavements, la plus grande quantité possible de liquide afin de favoriser la diurèse.

Tels sont les meilleurs moyens à notre disposition pour combattre cette intoxication. Et maintenant, n'y aurait-il pas moyen d'éviter ces accidents. Assurément, du moins dans la grande majorité des cas. Et pour ce, il faut: Éviter à tout prix une longue anesthésie chez un hépatique. On emploiera plutôt l'éther que le chloroforme. Si une intervention est jugée nécessaire et qu'il y ait insuffisance hépatique (cirrhose atrophique) on aura soin avant et après l'opération d'alimenter le malade avec des féculents. Il sera tout indiqué, si le pouvoir glycogénique de foie est altéré de lui faire avant l'opération une provision de glycogène, provision où puisera l'économie durant et après l'intervention alors que le foie sera tout employé à rejeter l'excès de chloroforme ainsi que tout autre agent toxique amené par la lésion.

De plus, soigner l'analyse des urines et rechercher non-seulement comme on a l'habitude de le faire, l'albumine, le sucre et les dépôts, mais faire le dosage de l'urée et remettre systématiquement à plus tard toute intervention au chloroforme sur un individu dont le taux de l'urée n'est pas assez élevé.

Enfin, il faut avoir soin, après toute chloroformisation d'activer la diurèse (tisanes diurétiques, régime hydrique et lacté).

Les mêmes indications s'imposent quant aux rénaux qu'il faut absolument opérer. L'anesthésie doit être de très courte durée; autrement elle devient dangereuse. Mieux vaut encore ici employer l'éther.

Montréal, 15 août 1910.

**Bibliographie**

1. Casper. Casper Woschenchrift 1850.
2. Langenbeck Berend's chlorof. statistik 1850.
3. Deutsch med. Zeitung 1889.
4. Morax. Accidents tardifs du chlo. Recueil d'ophtalmologie.
5. Bastianelli. Bulletin di osped. di Roma 1891.
6. Lorrain. Société anatomique 12 déc. 1902.
7. Menetrier et Auburtin. Soc. méd. des hôpitaux 30 oct. 03.
8. Offergeld. Arch. f. Klin Chirurg. 1905.
9. Auburtin Jean. Thèse Paris 1906.
10. Hunter W. Empoisonnement tardif par le chlo. Lancet 4 avril 08.
11. Weill, Vignard & Mouriquaud. Lyon médical 1908
12. Auburtin. Le foie appendiculaire. Gaz. des hop. 21 et 28 oct. 05.

13. Slankiewicz. Thèse Paris 1908.
14. Gurcel Louis. Thèse Lyon chez Rey.
15. Bevan & Fawill. Journal of the Amer Med Ass. 2 et 9 sept. 1908.
16. Fressinger. Thèse Paris 1908.
17. Société de Biologie. 9 janv. 1909.
18. Thoof. Arch. Med. Belges janv. 1909.
19. Auburtin. Arch. de médéc. experim. juillet 1909.
20. Journal of the Med. Associat. 8 mai 1909.
21. M. Marcil. Accidents post opératoires du chlorof. Tribune médicale 22 mai 1909.
22. J. Wesley Bovée. Washington Amer Gynecol Assoc. Annual Meeting 1909.
23. Henry A. Christian. Boston. Clinical value of recent studies in exper. nephritis, med. Record July 3, 1909.
24. A. Sippel. Typical clinical picture of tardy death from chloroform. Archiv für gynak. 1909.
25. R. Romme. Foie muscade chloroformique Pres. M. 16 oct. 09.
26. Maurice Saison. Thèse Paris 1910.
27. Rattery & Saison. Tribune méd. 15 janv. 1910.
28. Rouland. Acc. tardifs du chlo. Gynecologie janvier 1910.

**Les nouveaux Gouverneurs du Collège des Médecins**

Résultat du scrutin du 7 septembre 1910.

<b>MONTREAL No I</b>		<b>No 2.</b>	
J. A. Beaudoin, . . . . .		Lessard, . . . . .	
F. deMartigny, . . . . .		Guérard, . . . . .	
<b>MONTREAL No II</b>		Gosselin, . . . . .	
S. Boucher, . . . . .		<b>ST-FRANCOIS</b>	
R. Boulet, . . . . .		Henri Trudel, . . . . .	
<b>MONTREAL No III</b>		<b>BEAUCE</b>	
Lapthron Smith, . . . . .		Desrochers, . . . . .	
MacDonald, . . . . .		<b>MONTMAGNY</b>	
<b>HOCHELAGA OUEST</b>		Moreau, . . . . .	
Elie Asselin, . . . . .		<b>JOLIETTE</b>	
<b>HOCHELAGA EST</b>		Laurendeau, . . . . .	
Rouleau, . . . . .		<b>OTTAWA</b>	
<b>VILLE DE QUEBEC</b>		D'Amours, . . . . .	
<b>No I.</b>		<b>BEAUHARNOIS</b>	
Bédard, . . . . .		Ostigny, . . . . .	
Somard, . . . . .		<b>QUEBEC COMTE</b>	
Brochu, . . . . .		Lavoie, . . . . .	

STANSTEAD	LEVIS
Edgar, . . . . .	Ladrière, . . . . .
ST-HYACINTHE	MASKINONGE
Beaudry, . . . . .	Plante, . . . . .
TERREBONNE	UNIVERSITE LAVAL
Provost, . . . . .	MONTREAL
CHAMBLY	Professeur Hervieux,
Longtin, . . . . .	Professeur Foucher.
PORTNEUF	UNIVERSITE MCGILL
Dalbec, . . . . .	Professeur Lafleur,
	Professeur Gardner.

Aux nouveaux élus nos félicitations.

LA REDACTION.

Pédiatrie

Thérapeutique médicale

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LE FLUOROFORME.

A la suite de Tissier, M. de Biehler (*Archives de médecine des enfants*, juillet 1910) a employé le fluoroforme dans le traitement de la coqueluche. Son observation porte actuellement sur 232 cas ainsi répartis:

De 0 à 1 an . . . . .	58 cas
(dont un enfant de 10 jours, 1 de 16 jours, 4 de 3 semaines et 5 de 6 semaines).	
De 1 à 2 ans . . . . .	51 cas
— 2 — 5 — . . . . .	81 —
— 5 — 10 — . . . . .	20 —
— 10 — 14 — . . . . .	12 —
— 14 — 16 — . . . . .	3 —
Adultes . . . . .	3 —

185 malades ont été traités presque au début des quintes et 117 au bout de deux à trois semaines.

La guérison a eu lieu au bout de dix ou quinze jours, dans 38 cas traités immédiatement, c'est-à-dire dans le premier stade de la maladie. C'est au bout de trois à quatre semaines que la guérison a lieu dans 186 cas, et au bout de sept ou huit semaines dans 8 cas. On note tout d'abord une diminution du nombre de quintes de un tiers ou de moitié; les enfants toussent très peu et n'ont qu'une ou deux quintes par jour pendant les deux dernières semaines de la maladie.

Dans 19 cas, surviennent des complications, soit

8,01 p.c.; 11 dans 47 cas traités plus tard que dans la première semaine, et 8 dans les 185 cas traités presque immédiatement.

On note 4 décès: 2 par suite d'une pneumonie et de symptômes méningés; mais le traitement avait été institué dans les quatrième et cinquième semaines de la maladie et encore chez des enfants de 1 an 1-2 et de 2 ans 1-2. Quant aux autres complications, on enregistre dans 10 cas des bronchites, dans 4 des pneumonies, une fois une pleurésie sèche (garçon de 14 ans) et 1 scarlatine, 3 rougeoles.

La mortalité n'est donc que de 1,6 p.c.

Le fluoroforme influence d'une façon merveilleuse la maladie; la guérison ne se fait pas attendre; le nombre des quintes diminue presque immédiatement, les complications sont rares. La fièvre disparaît. Dans les cas traités par l'eau fluoroformée, la coqueluche dure au plus huit semaines et au moins deux semaines. En moyenne, la maladie finissait au bout de quatre semaines.

La durée de la coqueluche a varié dans les 232 cas de M. de Biehler, de la manière suivante:

10 à 15 jours dans	38 cas
20 " 24 — —	145 —
28 " 30 — —	41 —
35 " 56 — —	8 — (compliqués)

par la rougeole, scarlatine, pneumonie, ci-inclus les 4 décès).

La guérison avait lieu plus vite chez les enfants plus âgés.

Le fluoroforme possède encore cette qualité qu'il est très bien supporté par de très petits enfants, même à des doses assez élevées.

M. de Biehler conseille l'emploi des doses suivantes d'eau fluoroformée:

Dans la première année, trois fois par jour, X à XV gouttes et, après chaque quinte, V à X gouttes.

De 2 à 3 ans, trois fois par jour, de XV à XX gouttes; aux enfants plus âgés (4, 5, 6 ans), trois fois par jour, XXV à XXX gouttes, etc., et après chaque quinte, autant de gouttes que l'enfant a de mois ou d'années. Ce mode de prescription est facilement compris par les mères. On peut donner aux enfants, avant l'âge de 5 ans, 10 à 15 grammes par vingt-quatre heures, aux enfants plus âgés 20 grammes et aux adultes 50 grammes dans les cas graves.

L'eau fluoroformée n'est pas toxique, même à forte dose; elle est très bien supportée, même par des petits enfants de 10 à 15 jours: ils peuvent tolérer de LX à LXXX gouttes par vingt-quatre heures, souvent plus; mais ne pas dépasser cependant C gouttes.

Le médicament est bien accepté, pourvu qu'il est de saveur et d'odeur. On l'administre volontiers soit dans du lait, soit dans de l'eau.

Le fluoroforme n'a qu'un défaut: il n'est pas toujours accessible à tout malade, son prix étant trop élevé.

Convient-il d'espérer de ce médicament les avantages que prétend son parrain? On compte déjà tant de

## Essence de Pepsine—Fairchild

Est, à dessin et de fait, physiologiquement différente des préparations à base de pepsine sèche, on l'obtient des glandes sécrètes de la muqueuse gastrique fraîche, par un procédé qui extrait les principes et les propriétés du suc gastrique associés à tous les éléments solubles de la cellule gastrique.

## Essence de Pepsine—Fairchild

est réellement un suc gastrique artificiel dont l'activité est proportionnée à chacun des deux ferments gastriques bien connus. Elle assure promptement le bon fonctionnement de l'estomac, qui régit la transformation normale des aliments en vue de leur absorption, source directe de vie et d'énergie.

Fairchild Bros & Foster  
NEW YORK

Agents pour le Canada  
Holden & Compagnie, Montreal

**Ne se vendent pas au Détail.**

*Blancard*

INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES  
PILULES SIROP  
**BLANCARD**  
ANÉMIE LEUCORRHEE  
EXIGER : Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.  
PARIS, Rue Bonaparte, 40.  
IODE SCROFULE FER  
Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

**Le plus Puissant Reconstituant général**

# HISTOGENOL

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nucléarrhine).  
Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique :  
**TUBERCULOSE, BRONCHITES, LYMPHATISME, SCROFULE, ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES, FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.**

# Naline

FORMES : Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.  
Echantillons : 2 par Laboratoires A. NALINE, 11<sup>me</sup> Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Seuls agents pour le Canada. ROUGIER FRERES, agence Dée ry-Rougier, 63 Notre-Dame Est, Montréal.

**AFFECTIONS HÉPATIQUES**

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie  
Coliques hépatiques  
Ictère

**GRANULES TITRÉS de**  
**BOLDINE HOUDÉ**

Cachexie  
d'origine paludéenne  
et consécutive au long  
séjour dans les pays chauds.

POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr.  
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

Dépôt : A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS. — DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

**BOLDOINE ÉPARVIER**

NOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS  
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

Granulee — Non Alcoolique — Soluble

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

STIMULANT TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE

DOSE : DEUX À QUATRE CUEILLÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

**PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)**

Prescrites avec un succès constant par le Corps Médical depuis plus de vingt ans dans tous les cas de

**CONSTIPATION** — Atonie intestinale — Hémorroïdes — Jaunisse — Grossesse — Allaitement.

Pas de Congestion, pas de Coliques, pas de Diarrhée, pas d'Accoutumance.

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ECHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR DEMANDE adressée à la PHARMACIE DECARY 1688 RUE STE-CATHERINE A MONTREAL.

MARIUS ÉPARVIER, Pharmacien de 1ère classe, 26, Grande rue Saint-Jacques, LYON (France).

**AFFECTIONS DE LA GORGE**

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites  
Angines, Diphtérie  
Toux nerveuses  
Picotements

**PASTILLES HOUDÉ**  
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille  
renferme exactement  
3 milligrammes de principe actif.  
DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,  
à prendre consécutivement.

Dépôt : A. HOUDÉ, 9, Rue Dieu, PARIS. DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

**CAPSULES DARTOIS**

Ogr. 05 véritable créosote de hêtre titrée en Gaïacol. 2 à 5 à chaque repas, contre :

Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose

6, rue ABEL, PARIS (Anct. 83, rue de Rennes). Le Fl. 3 fr.

médicaments contre la coqueluche. Ce médicament est coûteux; c'est une raison pour que l'emploi en soit restreint dès l'origine.

### L'APPENDICITE CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS.

L'appendicite chez l'enfant affecte une évolution chronique maintes fois avant l'apparition d'une crise aiguë. De la sorte l'appendicite aiguë ne devient qu'un épisode de l'appendicite chronique. Aussi est-il important de connaître parfaitement les signes de cette appendicite chronique.

Comby (*Archives des mal. des enfants*, juin 1910) nous en fournit une description magistrale éclairée par de nombreuses observations personnelles.

Les causes de l'appendicite chronique échappent souvent: elle se montre chez de beaux enfants, bien nourris, sans troubles digestifs préalables, sans entérite. Chez d'autres, on relève la fréquence des manifestations rhino-pharyngées, des amygdalites, des végétations adénoïdes, avec ou sans otite moyenne avec ou sans adénopathies cervicales. Après une ou plusieurs poussées pourront se montrer les premiers symptômes de l'appendicite chronique.

D'autres sujets ont eu des gastro-entérites plus ou moins graves dans la première enfance, ou de l'entérocolite muco-membraneuse.

Parmi les maladies infectieuses, la grippe à forme ganglionnaire, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, les oreillons, la varicelle, la coqueluche peuvent être incriminées à l'origine des manifestations appendiculaires.

Très rare dans la toute première enfance, l'appendicite devient plus fréquente vers 5 et 10 ans. Elle se prolonge d'ailleurs jusqu'à l'âge adulte.

"Le tableau symptomatique de l'appendicite chronique est des plus complexes et des plus variables. Tantôt la maladie se traduit sur la physionomie de l'enfant qui laisse à désirer; tantôt elle n'entraîne aucune altération des traits et se cache derrière une mine florissante.

Généralement les enfants atteints d'appendicite latente sont pâles, jaunes, blêmes; leur teint, souvent terreux, rappelle celui des cholémiques; il est parfois changeant d'un jour à un autre ou d'un moment à l'autre dans la même journée. Les yeux sont cerclés de noir ou de gris, la face est amaigrie en même temps que blafarde. Le corps entier est décharné: membres grêles, ventre aplati, côtes saillantes. Cet habitus extérieur se voit surtout chez les enfants qui ont souffert d'entérite ou de dyspepsie grave".

D'autres enfants conservent une mine florissante et un léger embonpoint. Le faciès peut donc être trompeur.

En général, l'appétit est capricieux et irrégulier, parfois même il est aboli, il s'agit alors d'une forme anorexique. D'autres enfants au contraire ont un appétit ex-

géré avec digestions lentes et flatulentes en rapport avec une dyspepsie secondaire.

Le constipation est fréquente et persistante, la langue saburrale, l'haleine fétide le matin. Les enfants sont sujets aux embarras gastriques et aux indigestions. On peut voir survenir un ictere catarrhal, des poussées fébriles dites digestives.

Les troubles digestifs sont en somme assez vagues et d'une interprétation difficile; ils passent souvent pour des symptômes d'indigestion banale.

Par contre les vomissements paroxystiques ou cycliques ont bien ce caractère de crise qui manquait aux phénomènes précédents.

On a cru pendant longtemps que les vomissements périodiques ou cycliques, avec ou sans acétonurie, constituaient une maladie ou un syndrome spécial qu'on a voulu rattacher à l'uricémie, à la migraine, à l'hystérie, à l'hépatisme. Les chirurgiens d'enfants, et tous ceux qui ont opéré beaucoup d'appendicites, n'ont pas manqué de relever la fréquence des vomissements cycliques dans les antécédents de leurs petits malades. Ils ont constaté en outre que, dans la plupart des cas, les vomissements disparaissaient après l'opération. M. Comby a remarqué maintes fois une relation étroite entre l'appendicite chronique et les vomissements cycliques. Nous avons un plus haut que M. Hutinel pense autrement.

L'entéro-colite se trouve souvent signalée. Les selles sont glaireuses, muqueuses ou membraneuses. On signale des coliques après le repas, vives ou au contraire sourdes et tolérables. La répétition de ces douleurs doit attirer l'attention.

Tels sont les symptômes constatés dans la sphère des organes digestifs. Les autres appareils peuvent participer à la scène morbide: pâleur et rougeur de la face, froid aux extrémités, palpitations, essoufflements, dyspnée d'effort, anémie notable. Rien aux poumons, quoique certains enfants, vu leur maigreur et leur pâleur, aient été incriminés de *phthisie*.

Quelques enfants offrent un notable arrêt de développement, ne grandissent pas, ne se fortifient pas, restent physiquement bien au dessous de leur âge. Vient-on à enlever l'appendice, la croissance reprend et l'enfant se transforme rapidement.

Il existe une forme nerveuse de l'appendicite chronique. Plus fréquente chez l'adulte, décrite sous le nom de *neurasthénie appendiculaire*, cette forme n'est pas inconnue chez les grands enfants. Ces malades tristes, nonchalants, paresseux, peu enclins à jouer, recherchent la solitude et le repos. Tout effort physique ou intellectuel, leur est pénible; ils deviennent sauvages et mélancoliques. Un tel changement de caractère attirera l'attention. On découvre des troubles digestifs, et une appendicite chronique en la cherchant avec soin.

Seuls les signes locaux permettent de se débrouiller dans ce tableau confus. Avant l'examen du ventre, on reste dans l'indécision. Le ventre est généralement souple, et non douloureux à un examen superficiel. En insistant doucement, on voit que la moitié gauche est sen-



sible à la palpation même profonde. Mais, en palpant le flanc droit, la région de Mac Burney, comprise entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite, soit avec tous les doigts de la main enfoncés profondément, soit avec un doigt placé sur le milieu de la ligne ombilico-iliaque, on provoque une douleur plus ou moins vive, qui ne se retrouve pas ailleurs.

Répétant plusieurs fois l'épreuve, on a toujours le même résultat, et la conviction se fait peu à peu. On peut sentir rouler sous les doigts un cordon dur, d'autres fois on perçoit une masse bien définie. Enfin, il peut exister une défense réelle du muscle droit très appréciable par comparaison avec la sensation que donne le côté gauche.

Inutile d'insister sur l'importance de ces signes physiques pour le diagnostic clinique. Ce sont eux qui permettent de rejeter l'hypothèse de l'entérocolite, d'une colique hépatique, néphrétique, d'une salpingite et même d'une coxalgie.

L'appendicite chronique a un pronostic variable. La poussée aiguë possible obscurcit l'avenir des malades, de même aussi la persistance des troubles digestifs, consécutifs à la lésion appendiculaire.

Comme traitement, il convient, avant tout, d'instituer un bon régime, alimentaire: bien mastiquer, manger peu, manger lentement, préférer le régime végétarien à tout autre, éviter les excès; ne pas se fatiguer, renoncer aux exercices violents, assurer le bon fonctionnement de la peau par les bains, les douches tièdes, combattre la constipation, etc.

Mais l'enfant n'éprouve souvent qu'un bénéfice médiocre de ce traitement, il semble amélioré, présente une accalmie plus ou moins longue, mais sans garantie pour l'avenir (Comby).

C'est dire que l'intervention chirurgicale s'impose dans la plupart des cas, surtout chez les enfants. Les dangers de cette intervention, faite à froid, sont bien minimes aujourd'hui.

M. Comby se montre interventionniste, pensant qu'il vaut mieux opérer inutilement ou prématurément quelques malades que de refuser ou d'ajourner la plupart des opérations indispensables.

En opérant systématiquement l'appendicite chronique chez les enfants, avant tout accident grave, on met pour toujours les malades à l'abri de ces crises aiguës formidables qui jettent la désolation dans la famille, parce qu'elles sont trop souvent au-dessus des ressources de l'art chirurgical. Depuis qu'on opère beaucoup à froid, le nombre des interventions à chaud a diminué, et la mortalité générale de l'appendicite a été réduite dans une forte proportion.



## Hygiène sociale

### Prophylaxie des maladies contagieuses à l'école

Quelles sont les maladies qui se transmettent à l'école? D'abord les maladies infectieuses et ensuite nombre d'affections cutanées. M. Prosper Merklen n'y va pas de main-morte avec les précautions (*Cong. intern. hyg. scol.*, Paris, 27 août): désinfection des locaux d'habitation, des vêtements, du linge; destruction des livres dans la fièvre typhoïde, la variole, la méningite cérébro-spinale, la diphtérie, la scarlatine, les poussées de tuberculose. L'auteur concède que cette destruction n'est point indispensable après la rougeole, la coqueluche, les oreillons, la varicelle, la rubéole. Donnons-lui acte de sa générosité; il épargne les livres dans les maladies bénignes.

Nous souscrivons mieux à sa règle qui éloigne de l'école les enfants cohabitant avec le malade: ils seront écartés un temps égal à celui de l'incubation compté à partir du dernier jour où l'enfant aura été contagieux. Malheureusement, il est malaisé de connaître exactement ce dernier jour. Et puis les porteurs de germes, comment les dépister? Et si l'on y arrive, conviendra-t-il de les exclure pendant les nombreuses semaines où ils risquent de propager le mal? En pratique, bien des difficultés surgissent de toutes parts.

M. Jeanselme (*ibid.*), dans le domaine des affections cutanées énonce des formules pratiques. La *pti-riase* n'empêche pas l'enfant de poursuivre ses études. Dans la *gale*, il faut que les vêtements et la literie aient été sûrement désinfectés; c'est une question de très peu de jours d'exclusion. La durée des *teignes* est abrégée depuis le traitement par la radiothérapie. On attendra la guérison. Depuis 1906, les *pladiques* ne sont plus considérés comme contagieux: l'entrée de l'école leur est accordée.

L'enseignement du médecin-inspecteur ne sera pas fait en classe, mais dans une salle annexe munie de lavabos. Chaque matin, les enfants passeront le ravue de propreté et seront astreints aux ablutions nécessaires. Les cheveux des garçons seront surveillés, les ongles brossés. L'inspection sera faite des narines, de la bouche, des oreilles, des paupières. Il faut parvenir à faire entrer les soins de propreté dans le cadre des gestes instinctifs. A cela, rien à redire, sinon que les enfants ne tireront profit de cet enseignement qu'à condition que leurs parents commencent par leur donner l'exemple.

L'instruction à l'école n'est que le prolongement des notions reçues au foyer familial. Et alors, c'est toute l'éducation des parents à entreprendre. Sans doute, le temps réalise bien des choses. Mais l'aveuglement par les préjugés, les passions, les billevesées politiques empêchera, pour bien des années, les notions claires d'hygiène de pénétrer et de faire accepter les formulés de conduite qui en dérivent.

## Thérapeutique Médicale

### Valeur thérapeutique de la ponction lombaire simple

Nous avons insisté déjà sur la valeur curative de la ponction lombaire (*Journal des Praticiens*, 23 septembre 1905) et en avons rapporté la technique simplifiée. M. Sainton (*Journal Médical Français*, 15 février 1910) vient de publier une revue d'ensemble qui étend les indications de la ponction lombaire.

Pour la technique, M. Sainton formule des recommandations importantes.

1° Il faut avant toute ponction lombaire; 10 laisser les malades au lit pendant vingt-quatre heures; 20 ponctionner en décubitus latéral; 30 laisser après la ponction les malades au lit pendant quarante-huit heures; 40 ne jamais retirer plus de 8 à 10 centimètres de liquide; 50 employer une aiguille très fine.

Malgré toutes ces précautions on peut observer de la céphalée, des vertiges, des nausées; il peut y avoir des crampes douloureuses, des sensations de fourmillements et d'engourdissements dans les membres inférieurs. Ce sont petits phénomènes sans grande importance, comparativement aux services rendus. La ponction lombaire est d'ailleurs dans l'immense majorité des cas une opération sans gravité.

Elle est indiquée dans les quatre genres d'affections:

10 *Affections méningo-encéphaliques*. — On peut ponctionner avec succès certaines méningites séreuses comme les méningites séreuses otitiques, les épanchements sanguins sous-arachnoïdiens (hémorragies méningées de l'adulte et même du nouveau-né). Dans ces tumeurs cérébrales on se montrera prudent, des cas de mort subite ont été rapportés. Si la ponction est conseillée, on prendra certaines précautions.

Le sujet sera mis au repos avant la ponction; celle-ci ne sera pratiquée que dans une sorte de position à la Trendelenbourg, qui sera gardée pendant quarante-huit heures après l'extraction de 5 ou 10 cc. de liquide. S'il y a à faire des ponctions répétées et si elles sont bien supportées, on peut se départir de règles aussi rigoureuses.

Les effets sont nuls dans la paralysie générale.

La ponction lombaire permet de combattre surtout l'hypertension dans les affections cérébrales. Aussi ne faut-il pas s'étonner si elle a combattu avec succès des manifestations symptomatiques, qui paraissent justiciables de l'augmentation de la tension intra-cranienne. Tels sont les succès remportés par ce mode de traitement dans les *névrites optiques* par Babinski et Chailous. Telles sont les modifications apportées dans certains cas de *mal épileptique* et de *convulsions*.

Il faut en rapprocher l'action bienfaisante exercée

dans les *vertiges auriculaires* et dans les *affections de l'oreille* en général, mise en relief par les nombreux travaux de M. Babinski sur cette question. Guidé par cette conception que le vertige voltaïque a pour origine l'excitation du labyrinthe, il a pensé que la rachicentèse efficace contre le vertige voltaïque, devait modifier les troubles d'origine labyrinthique. Dans sa première statistique, Babinski classait les malades en trois catégories, suivant leurs symptômes subjectifs: 10 les malades atteints de *vertiges* avaient été améliorés ou guéris 21 fois sur 32; 20 les sujets atteints de *bourdonnements* avaient vu leurs troubles diminuer 30 fois sur 90 cas; enfin les malades frappés de surdité avaient été soulagés 15 fois sur 100.

20 *Syndrome nerveux symptomatique d'infections ou d'intoxication*.

La ponction lombaire a soulagé la céphalée des syphilitiques, mais surtout la céphalée des brightiques et des urémiques (P. Marie et Guillain). Certaines encéphalopathies saturnines, éclampsies, céphalées après l'insolation, certaines chorées de Sydenham ou même rhumatismes cérébraux se sont bien trouvés d'une ponction lombaire.

*Affections méningo-médullaires*. — Dans les *crises gastriques du tabès*, Debove, Babinski ont vu disparaître complètement et rapidement les symptômes à la suite d'une ponction. Le résultat obtenu n'est pas constant.

Citons aussi la disparition des douleurs dans le *zona* à la suite de la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.

*Affections cutanées*. — Thibierge et Ravaut ont montré quels résultats on devait attendre de la ponction lombaire dans certaines affections cutanées rebelles à tout traitement. Chez des malades atteints de lichen de Wilson, de prurigo diathésique, de lichen circonscrit, d'eczéma sec (prurigineux, une ponction évacuative de 6 à 8 cc. de liquide peut déterminer une atténuation et même quelquefois une cessation complète du prurit en 2 ou 3 jours. Chez quelques malades il a été nécessaire de recourir à une seconde ponction 8 jours après la première.

L'action curative de la ponction lombaire s'étend ainsi de jour en jour. C'est une intervention qu'il faut savoir exécuter dans la pratique, mais cependant il convient aussi de ne pas en abuser.

## Notes Cliniques

### Soins à donner aux yeux du nouveau-né pour éviter la conjonctive gonococcique

M. Rudaux expose dans la *Clinique* (no 12), les soins à donner au nouveau-né pour le préserver de l'ophtalmie purulente, soins qui devront être appliqués dans tous les cas, que l'accouchée soit en puissance de la blennorrhagie ou non.

Un certain nombre de préparatifs doivent être faits pendant le travail; il faut, entre autre chose, s'être procuré un petit récipient bien propre et pouvant être flambé, bol de cuisine, bol à éponge, petite cuvette, etc., et une solution antiseptique spéciale qui, dans la pratique urbaine, peut être remplacée par un citron. Dès que la période d'expulsion commence, le récipient est stérilisé par le flamage à l'alcool, rincé ensuite avec de l'eau bouillie, puis rempli du même liquide tiède dans lequel on place quatre à six boulettes de coton hydrophile stérilisé de la grosseur d'une noix. Le récipient ainsi préparé est posé sur une table à portée de la main de l'accoucheur; on y place également un savon propre, de préférence antiseptique, le citron et le couteau destiné à le sanctionner; dans le cas où l'on emploie un collyre spécial pour les yeux, celui-ci remplace le citron.

Chaque fois que la blennorrhagie sera soupçonnée chez la mère, c'est le nitrate d'argent qui donne les meilleurs résultats, d'après Morax:

Nitrate d'argent, 0 gr. 15 centigrammes.

Eau distillée, 15 grammes.

Mais, en l'absence de ce dernier, on peut s'adresser soit à l'aniodol en solution à 1 p. 4000, soit à l'argyrol:

Argyrol, 2 gr. 50 centigrammes.

Eau distillée, 10 grammes.

Dès que l'enfant est né et qu'il respire, il est placé sur le dos entre les membres inférieurs de sa mère et aussi éloigné d'elle que le permet la longueur du cordon. Avec un des tampons de coton hydrophile contenu dans le récipient et frotté sur le savon on fait un savonnage minutieux des paupières, des cils, de l'angle interne de l'oeil et des régions environnantes, puis, avec un autre tampon, on rince les mêmes régions à l'eau bouillie. Après une nouvelle antiseptie rapide des mains, on écarte les paupières au moyen du pouce et de l'index de la main gauche et on laisse tomber sur la conjonctive quelques gouttes du jus de citron coupé et pressé ou de la solution antiseptique, nitrate d'argent, aniodol, etc. Celle-ci est versée soit au moyen d'un compte-gouttes, soit au moyen d'un tampon de coton hydrophile qui en a été imprégné.

Au moment où le bain sera donné à l'enfant, il faudra avoir la précaution de ne pas laver le visage avec l'eau dans laquelle il est plongé; cette eau peut, en effet, être contaminée par le corps du nouveau-né, qui a entraîné des produits septiques lors de la traversée des

voies génitales. La toilette du visage sera donc faite séparément avec de l'eau bouillie et un gros tampon de coton hydrophile (ne pas employer d'éponges) et on respectera les régions oculaires déjà nettoyées.

Dans les jours qui suivent immédiatement la naissance, il n'est pas rare de constater chez les enfants soumis aux soins précédents un léger oedème des paupières, qui disparaît rapidement, et même un peu de sécrétion conjonctivale d'origine chimique.

\* \* \*

### Les albuminuries digestives

M. le professeur agrégé Castaigne a fait dernièrement sur ce sujet, à l'hôpital Beaujon, une leçon particulièrement intéressante pour les praticiens, que nous résumons.

C'est là une question très agitée depuis quel temps et qui a provoqué de nombreux travaux, mais M. Castaigne veut voir d'abord ce qu'on entend au juste par albuminurie digestive, et si cela correspond à un type clinique.

Schématiquement, on peut dire qu'il s'agit de malades qui viennent consulter parce qu'ils ont de l'albumine sans aucun autre symptôme. Cette albumine a cela de particulier qu'elle apparaît surtout après les repas et que si on fractionne les urines de 2 en 2 heures, on ne la retrouve que dans les ruines émises dans les 2 heures consécutives aux repas. D'autre part, on s'est aperçu qu'après avoir, sous l'influence d'un régime alimentaire simple, présenté de l'albumine intermittente et passagère, ces malades guérissaient. En présence de tels cas, est-on autorisé à porter toujours un pronostic bénin? De l'avis de M. Castaigne: non, car il faut diviser ces albuminuries en trois catégories distinctes:

10. Les albuminuries dyspeptiques, peut-être les plus fréquentes;

20. Les albuminuries ayant l'allure digestive au cours des néphrites chroniques;

30. Albuminuries digestives essentielles ou des sujets bien portants.

Ces trois classes d'albuminuries présentent des symptômes cliniques différents. En effet, toute une catégorie de sujets atteints d'affections gastriques présente de l'albuminurie digestive. Ce sont surtout par exemple des dilatés de l'estomac à type Bouchard, ou bien des atoniques gastriques; tandis qu'au contraire il est beaucoup plus rare de trouver de l'albumine au cours de l'évolution des ulcères, des cancers ou des dilatations par sténose. Chez les premiers on trouvera d'abord toute une série de signes gastro-intestinaux variables, et chose importante, un foie gros dépassant de 2 ou 3 travers de doigts les fausses côtes. En plus dans les urines fractionnées, on trouve de l'albumine, qui ne subit aucune augmentation par la marche ou la station debout, et dont la quantité, très variable suivant les sujets, peut atteindre 3 ou 4 grammes, alors que le plus habituellement elle

s'élève seulement à vingt, cinquante centigrammes ou 1 gramme. Quant au point de vue qualitatif, c'est généralement une albumine rétractile, chimiquement serine ou globuline, contenant très souvent des peptones surajoutées; l'urine contient encore en plus des chiffres considérables d'urée et un excès d'urates et de phosphates. En revanche, on ne trouve jamais aucun symptôme d'insuffisance rénale ou de néphrite chronique, ou de troubles de la perméabilité rénale.

Un signe important de cette albuminurie est son évolution, très différente et variable suivant le traitement suivi. Chez tous ces malades, si on donne du lait cru en abondance, l'atonie gastrique et l'albumine vont, de pair, augmenter dans des proportions considérables. Si au contraire on stimule les fonctions gastriques, par exemple par des ferments et un bon traitement physique, l'albumine disparaît. Cependant, il faut bien savoir que si cette albuminurie a duré trop longtemps, on peut très bien voir l'estomac guérir, l'albumine persister et évoluer lentement vers une néphrite chronique.

Dans la deuxième catégorie, nous devons ranger les albuminuries digestives chez des malades atteints de néphrite chronique, sans cependant y faire rentrer les urémies gastriques qui surviennent dans les vieilles néphrites urémiques et interstitielles. Ce sont bien plutôt des néphrites intestielles sans albuminurie, qui peuvent présenter de l'albuminurie à type digestif à la suite d'un écart de régime. Le pronostic n'est donc pas du tout le même que dans le cas précédent, d'autant plus que chez eux, l'examen montre un bruit de galop, de l'hypertension artérielle, de l'hypertrophie du cœur et des troubles de la perméabilité rénale. L'albuminurie digestive décèle donc chez eux la néphrite chronique et c'est pourquoi, chez ces malades, M. Castaigne fait par voie rectale, l'épreuve de l'albuminurie provoquée, ce qui lui a permis de déceler beaucoup de néphrites interstitielles au début.

La troisième catégorie de ce classement contient des malades moins graves que les précédents. C'est essentiellement l'albuminurie digestive des gens bien portants. On trouve très nettement en effet:

10. Des sujets qui ont pour certaines substances albuminoïdes une véritable idiosyncrasie avec souvent des accidents graves et très rapides. On ne peut décrire ces cas comme une maladie, mais bien plutôt comme une curiosité pathologique.

Et 20. des jeunes gens qui ont de l'albumine digestive sans présenter aucun autre symptôme pathologique; si on les suit jusqu'à 20, 25 ans et au-delà on peut voir qu'ils guérissent complètement.

Il est donc de toute importance pour le médecin de classer toutes les albuminuries digestives dans une des catégories indiquées, et ce sera le seul moyen d'arriver à un diagnostic et à un pronostic exacts.

Est-ce un type digestif?

Y a-t-il des troubles des fonctions rénales, de la perméabilité, etc.?

L'estomac, l'intestin, le foie, présentent-ils quelques symptômes?

S'il n'y en a aucun, on arrive fatalement au 3e type qui est bénin.

A côté de ces faits cliniques, il y a énormément de questions de physiologie pathologique très intéressantes, quoique de l'avis de M. Castaigne, il faille être très réservé sur ces recherches de laboratoire.

En effet, chaque fois qu'on introduit dans un organisme, par la voie sanguine, une albumine hétérogène, le sang s'en débarrasse immédiatement; surtout par le rein. Ce qui nous permet de comprendre les albuminuries des dyspeptiques, car alors que dans un estomac normal, les albumines hétérogènes sont transformées en endogènes pour être assimilées par l'organisme, dans un organe malade, au contraire, elles ne sont ni digérées, ni transformées, et absorbées tout de même: les reins les évacuent en tant qu'albumines hétérogènes. D'autre part, si les reins sont intacts, il faut beaucoup d'albumine hétérogène pour qu'elle puisse les traverser; au contraire s'il y a des lésions, il suffira d'une très petite quantité pour quelle passe, comme c'est le cas pour l'albuminurie provoquée par un lavement de blanc d'oeuf.

Quant à l'albumine des gens bien portants, elle est plus difficile à expliquer sûrement. Quoi qu'il en soit, elle survient toujours chez des sujets en période de croissance, qui ont des troubles de sécrétion interne, thyroïdienne, ovarienne, etc., et il semble que, dans ces conditions, les albumines soient mal assimilées. Elles restent, semble-t-il, à l'état d'albumines hétérogènes et sont éliminées. Il semble bien que cela soit vrai, puisque chez ces malades il suffit souvent de faire un peu d'opothérapie pour voir l'albumine disparaître complètement et la croissance se faire mieux.

Quant à la cause des albuminuries que l'on peut appeler idiosyncrasiques, il est impossible jusqu'à présent d'en donner une raison plausible.

D'après tout ce qui précède, on voit qu'au point de vue traitement, il faudra se baser sur des considérations cliniques et pathogéniques pour l'instituer: c'est-à-dire réduire l'apport de substances albuminoïdes et les faire mieux assimiler en traitant surtout la dyspepsie. Il faudra avant tout, faire attention à ne pas abuser du régime lacté qui peut augmenter l'albumine et amener des désordres. Il faudra avoir plutôt recours au régime lacto-végétarien. Il faudra beaucoup se méfier, comme l'ont bien montré les travaux de Linossier et Lemoine, Castaigne et Chiray des albumines crues, comme la viande peu cuite et les œufs crus qui non seulement restent volontiers hétérogènes mais encore sont toxiques.

Enfin, chez les bien portants, il faudra surveiller le tube digestif, empêcher autant que possible l'apport d'albumine hétérogène, et essayer des diverses opothérapies qui très souvent donnent d'excellents résultats. M. Castaigne croit, pour terminer, qu'il y a beaucoup plus d'albuminuries bénignes qu'on ne croit en général, et que si on les soigne comme des albuminuries graves, on peut produire par manque d'observation les pires conséquences.

### Albuminurie et cyanose orthostatiques

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'albuminurie orthostatique ont remarqué que les malades, plus spécialement les enfants, atteints de cette affection, présentaient des troubles de la circulation périphérique et même une légère tendance à la cyanose.

En général, cette cyanose n'est pas très marquée et demande à être recherchée; presque toujours il s'agit d'enfants chez lesquels on a découvert de l'albuminurie et chez lesquels en les examinant complètement on constate un certain degré de cyanose des extrémités.

Ce sont les cas de ce genre que M. le Dr Guédénéy vient d'étudier dans sa thèse en cherchant à en montrer le pronostic et le traitement.

Lorsque l'on étudie les faits relatifs à cette question, on peut constater que quelle que soit la théorie admise, la plupart des auteurs signalent très nettement dans des observations très précises la coïncidence fréquente de la cyanose dans certaines albuminuries orthostatiques, et que plus cette affection est connue, plus les troubles de la circulation périphérique tiennent une place importante.

Ces troubles de la circulation portent sur:

10. *Le Pouls.* Il s'agit essentiellement d'une augmentation du nombre des pulsations dans la station debout. C'est la "tachycardie orthostatique" décrite par Thomayer et qui, tout en n'étant pas spéciale à l'albuminurie orthostatique, est cependant très fréquente dans cette affection. Elle est parfois tellement marquée qu'elle peut faire varier le chiffre du simple au double. C'est ainsi qu'Aubertin a vu chez une jeune fille de 18 ans, atteinte d'albuminurie orthostatique, le pouls monter de 60 à 110 quand le malade passait de la position horizontale à la station verticale.

20. *La tension artérielle.* Généralement basse chez ces malades, et c'est un fait sur lequel Teissier (de Lyon) a attiré l'attention. Les chiffres que donnent la plupart des auteurs ne sont pas d'ailleurs très convaincants et il arrive bien souvent que la tension artérielle soit normale chez de tels sujets ou même un peu au-dessus de la normale (Aubertin).

Néanmoins, il est incontestable que si l'on élimine les cas d'albuminurie orthostatique symptomatique d'une néphrite (scarlatine, etc.), et si l'on envisage spécialement les enfants atteints d'albuminurie orthostatique dite fonctionnelle, on retrouve dans ces cas la tension artérielle abaissée.

De plus, il est à remarquer que souvent la tension artérielle baisse lorsque le malade passe de la position couchée à la position debout. Il y aurait là un phénomène parallèle à l'albuminurie.

Quant à la cyanose des extrémités, elle est signalée par nombre d'auteurs. Généralement, cette cyanose est peu marquée et demande à être recherchée; mais dans un certain nombre de cas, la cyanose est considérable, c'est elle qui attire l'attention des parents et du médecin, et ce n'est qu'en faisant un examen approfondi que l'on découvre l'albuminurie orthostatique.

Cette cyanose présente le caractère d'être orthostatique comme l'albuminurie elle-même, c'est-à-dire qu'elle apparaît dans la position verticale pour disparaître dans la position horizontale. Elle subit la même influence que l'albuminurie orthostatique, la position debout, et varie dans le même sens. En même temps cette cyanose est accompagnée d'un refroidissement local très prononcé qui apparaît et disparaît avec elle.

Cette coexistence de cyanose et d'albuminurie orthostatique est d'autant plus intéressante qu'elle peut se rencontrer dans des cas où la cyanose n'est plus un simple trouble fonctionnel de la circulation périphérique, mais un trouble grave dû à une affection congénitale du cœur.

Quelle que soit la pathogénie qu'on admette pour expliquer cette coexistence, il est presque certain que les deux symptômes: cyanose (troubles vaso-moteurs de la circulation périphérique) et albumine (troubles de la circulation rénale), sont sous la dépendance des mêmes causes.

Le pronostic en est d'ailleurs favorable comme celui de l'albuminurie orthostatique elle-même qui guérit dans la grande majorité des cas vers l'âge de 25 ans. Toutefois il faut faire quelques réserves et tenir compte de quelques faits qui se sont prolongés indéfiniment. Au point de vue thérapeutique, M. Guédénéy estime que l'on peut agir sur la cyanose elle-même par les massages, les frictions alcooliques, la gymnastique suédoise, et, au point de vue médicaments, par l'iode, soit sous forme d'iodure de potassium, soit sous forme de préparation iodée organique, ou même le simple iodo-tannique.

## Tuberculose

*Quelques remarques sur le traitement spécifique de la tuberculose.* Beitr. z. Klin. d. Tub., 1909.

Dans un important travail, Dluski fait à la fois une revue critique de la question des tuberculines et une contribution personnelle à l'emploi de l'une d'elles: la TBK de Beranek. Dans la première partie, il passe en revue les bases du traitement de la tuberculinothérapie et montre quelle incertitude règne encore à ce point de vue. Aucune des théories émises pour expliquer l'action de la tuberculine n'a réussi encore à s'imposer, ni le chimiotaxisme de Hertwig, ni l'anaphylaxie de von Pirquet, ni les lysines de Wolff-Eisner, ni les anticorps de Wasermann n'ont résisté aux objections que ces différentes théories ont soulevées. Les bases expérimentales ne sont pas beaucoup plus solides et on n'a pu encore démontrer la possibilité d'une immunisation durable chez les animaux.

Quant aux bases cliniques, elles sont représentées par les statistiques fournies par les différents auteurs; et l'on sait qu'en comparant celles-ci à celles fournies par les

auteurs qui n'emploient que le traitement hygiéno-diététique, on ne constate aucune supériorité éclatante à l'avantage des premières.

La valeur de la tuberculinothérapie n'est donc pas scientifiquement démontrée; mais, comme le dit sagement Dluski, l'empirisme a sa place en médecine, et il apporte les résultats que lui a donnés la TBK de Béranek. Il l'a employée suivant la méthode de Sahli. Sur 61 malades qui commencèrent le traitement, 17 ne purent le supporter. Les autres reçurent un total de 1661 injections qui n'amènèrent ni une réaction locale, ni la moindre complication du côté du foyer pulmonaire. Il y eut quelques réactions thermiques, jamais au-dessus de 38 degrés. Quant aux résultats, on put noter une amélioration notable chez 16 malades, soit 36 p. 100; parmi lesquels 11 au deuxième ou troisième degré, une amélioration relative chez 11, soit 25 p. 100; au total, 61 p. 100. A noter qu'il y eut plusieurs fois une action antithermique nette, et plusieurs améliorations de tuberculose laryngée.

Comme indications, l'auteur admet les formes arrêtées dans leur évolution, mais où la guérison tarde à se produire: l'intensité des lésions, une petite fièvre n'empêchant pas le traitement. Mais il laisse de côté les formes nettement en évolution, et les formes légères qui guérissent toutes seules. Il adopte comme conclusion de cette intéressante étude la sage formule de Sahli: avec la tuberculine on peut aider les malades, jamais leur nuire.

\* \* \*

*De quelques congestions-oedèmes pulmonaires localisées aux sommets des poumons et simulant la tuberculose.*

Il n'est pas rare d'observer dit Tripier (Th. Paris) des congestions-oedèmes du poumon localisées au sommet et simulant la tuberculose. Hutinel les a décrites chez les enfants adénoïdiens, chez des tuberculeux guéris ou latents; Hirtz et Prosper Merklen, Caussare et Queste les ont étudiées chez les brightiques et chez les cardiaques. L'auteur rapporte des observations de cette dernière catégorie. On trouve tous les degrés, depuis la simple bronchite jusqu'à des lésions simulant un certain degré de ramollissement.

Un examen attentif des signes physiques et des symptômes fonctionnels, l'existence du mal de Bright ou d'une cardiopathie éclaireront le diagnostic. Chez les cardiaques la localisation du sommet s'accompagne parfois d'hémoptysies de sang abondant et rouge, qui peuvent ne pas être dues à la tuberculose. Point n'est besoin d'insister sur l'importance de ces faits au point de vue du pronostic.

\* \* \*

*Traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale.*  
Thèse de Paris, 1910.

La thèse de Henri Hamel sur ce sujet mérite une sérieuse analyse.

La tuberculose ganglionnaire cervicale n'est pas une affection purement locale. Ou bien elle est la localisation d'une bacillémie primitive, ou bien, cas le plus fréquent, elle s'accompagne d'une imprégnation de l'organisme par les bacilles, ayant dépassé le ganglion, ou par les toxines. Il faut traiter minutieusement les lésions de la peau, des muqueuses buccales et pharyngées, des dents, qui peuvent laisser des modifications des ganglions favorables à l'évolution bacillaire. Il faut de plus instituer un traitement général de la tuberculose et un traitement local des adénites.

*Traitement général.*—Il comprend tout d'abord le *traitement climatérique*, qui doit être fait au bord de la mer, la cure d'altitude (Rollier) n'ayant pas encore fait ses preuves. Aux porteurs d'adénites cervicales, atteints en même temps de tuberculose pulmonaire, conviennent les plages du sud de la Bretagne et de l'Angleterre, et le littoral méditerranéen, à température douce, à vents du large rares, à climat sédatif. Aux autres, il faut des climats rudes et stimulants, tels que celui de Berck, où dominent les vents du large, où règnent une grande luminosité et un climat tempéré (Calvé). A Berck, la poly-microadénopathie guérit en cinq à six mois; la mono-adénite pure, non suppurée, à contenu caséux, diminue notablement en huit ou dix mois, mais persiste longtemps; la polyadénite avec périadénite rétrocede en quelques mois, mais ne guérit qu'en deux ou trois ans; le ganglion ramolli évolue vers l'ulcération; les ganglions suppurés, fistuleux, guérissent assez rapidement (Ménard). Dans presque tous les cas la guérison définitive n'est assurée que par des séjours prolongés et répétées au bord de la mer.

En dehors de la cure marine, des cures d'eau chlorurées sodiques (Biarritz-Biscous, Bourbonne), d'eaux sulfureuses (Cauterets, Uriage, Barèges), d'eaux arsenicales (la Bourboule) ont leur efficacité. Elles peuvent être intercalées entre les cures marines.

*L'alimentation* est celle de tous les tuberculeux. Les *médicaments* sont l'huile de foie de morue, le sirop iodotannique, la teinture d'iode, les phosphates, l'arsenic (cacodylate de soude, arséniate de soude, etc.).

Les *injections intra-fessières de calomel* (cinq centigrammes tous les huit ou dix jours à des enfants de 13 à 14 ans) ont semblé à l'auteur favoriser la résolution des périadénites, mais n'ont pas eu d'action sur le ganglion lui-même.

Les *sérums de Marmorek et d'Arloing*, dont l'auteur n'a pas d'expérience personnelle, n'ont donné, dans les mains de divers médecins que des résultats très incertains.

La *tuberculine* (première tuberculine de Koch préparée par l'Institut Pasteur), injectée à doses croissantes de 1 à 4 décimilligrammes, n'a pas donné de résultats appréciables chez deux enfants de 12 à 13 ans.

*Traitement local.*—Inutile dans la micropolyadénopathie, la médication locale est indispensable dans les autres variétés d'adénites cervicales.

Les applications de compresses imbibées d'eau alcoolisée dans les adénites à progression rapide et accom-

pagnées d'une périadénite considérable (Andrieu et Calvé), imbibées d'eau mère de Salies-de-Béarn ou de Kreutznach ou de la solution saline de Barbier dans les adénites à évolution subaiguë, ont leur utilité.

L'héliothérapie, c'est-à-dire l'exposition au soleil, a une action favorable connue depuis longtemps.

La photothérapie, c'est-à-dire l'action des rayons actiniques violets et ultra-violet, ne semble pas avoir une influence bien manifeste.

La radiothérapie est efficace dans les adénopathies jeunes, où le tissu lymphoïde abonde, et quand il existe une périadénite accentuée, dans les adénites suppurées à cicatrisation lente et à marche torpide. Elle facilite la transformation fibreuse. Dans les adénites caséuses ou scléreuses elle est inutile.

La ponction et les injections de substances modificatrices sont employées depuis longtemps. La liste de ces substances est très longue. Il faut retenir l'iodoforme et le thymol camphré, trois fois moins toxique que le naphthol camphré; ce dernier a à son actif plusieurs cas de mort. On les emploie pour les gros ganglions ramollis et pour les ganglions suppurés menaçant d'ulcérer la peau; c'est la méthode de choix.

L'extirpation chirurgicale doit être faite quand il y a de nombreux ganglions caséux, des ganglions fistuleux, de grosses masses ganglionnaires; elle est plus indiquée chez l'adulte que chez l'enfant à cause de la durée du traitement par la ponction et les injections modificatrices.

Le traitement local doit donc varier suivant les formes cliniques des adénites. Mais il ne faut pas oublier que la médication locale n'est qu'un adjuvant, que seul le traitement général peut donner une guérison.

## Faits Cliniques

### A travers les Sociétés Médicales

*Bradycardie d'origine nerveuse.*—MM. Ménétrier et Brodin. — Une femme de 44 ans se plaint d'une névralgie orbitaire intense avec bradycardie à 30 pulsations à la minute. Une injection de 1 milligramme d'atropine a suffi pour faire disparaître cette bradycardie et les troubles extrasystoliques du rythme cardiaque. Il s'agissait d'une bradycardie d'origine nerveuse.

*Colique hépatique avec septicémie coli-bacillaire.* — MM. Ménétrier et Brodin. — Une femme, depuis plusieurs années sujette à des coliques hépatiques, fait une nouvelle colique avec fièvre à 40.09. A la suite de cette colique, apparaît un état comateux passager. Une prise

de sang permet d'isoler, en pleine poussée fébrile, le coli-bacille de la circulation sanguine. Cette colique, malgré son allure grave, guérit complètement. Il est intéressant de signaler cette septicémie qui éclaire la cause de fièvre dite "hépatalgique" et qui confirme l'opinion du Pr Chauffard, qui a classé ces accès fébriles dans les fièvres "bilioseptiques".

*Chorée aiguë mortelle de l'adulte.* — MM. Chavigny et G.-E. Schneider. — Un adulte de 22 ans succombe en deux semaines d'une chorée aiguë d'une intensité extrême.

Cet chorée fut grave par elle-même, le malade étant mort, non des complications, mais d'inanition et d'épuisement nerveux; la conscience persista jusque quelques heures avant le décès; la tempérance demeura normale.

L'autopsie, en dehors des eschâres et lésions de gangrène sèche localisées aux régions où s'exerçaient les frottements contre les draps, ne révéla aucune altération macroscopique des centres nerveux; il existait une légère péricardite sans épanchement et de fines végétations d'endocardite récente.

L'examen histologique décela: au niveau de la moelle, une épendymite aiguë avec un certain degré de gliose péri-épendymaire; dans le cervelet, de l'hyperplasie névroglique. Les méninges étaient intactes.

*Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodémie.* — MM. G. Thibierge et R.-J. Weissenbach. — Une malade, âgée de 54 ans, a vu apparaître successivement sur la face palmaire de 9 doigts et de 2 orteils, puis sur la face d'extension des membres, région prérotulienne, région postéro-interne des avant-bras, coude, des concrétions calcaires (carbonate et phosphate de chaux, sans urate), dont la plupart se sont éliminées peu à peu après leur début, avec issue de sérosité claire ou de liquide crémeux. En même temps qu'apparaissaient les premières concrétions, elle commençait à ressentir des attaques de syncope locale des extrémités, prélude d'une sclérodactylie actuellement en voie de progression et d'extension aux segments supérieurs des membres et à la face; cette sclérodémie s'accompagne de téléangiectasies cutanées très remarquables.

D'autres auteurs ont publié des observations analogues, où les concrétions calcaires sous-cutanées coïncidaient avec la sclérodactylie.

Il y a donc lieu de dégager du groupe confus des concrétions cutanées, un type bien individualisé qui, cliniquement, se caractérise de la façon suivante: siège habituel des concrétions au niveau de la pulpe des doigts, parfois des orteils, aux membres avec prédominance du côté de l'extension, plus rarement au tronc; coexistence avec des lésions de sclérodémie débutant en même temps que les concrétions sous la forme d'asphyxie des extrémités et de sclérodactylie, spécialement certaines formes d'atrophie musculaire, toutes ces lésions affec-

LA MEDICATION IODOTANNEE

# Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane de l'Huile de Foie de Morue  
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence

**Le plus puissant des Iode-Tanniques**

Pas de contre-indications  
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

Engorgements ganglionnaires, lymphatisme, rachitisme, suppurations prolongées, MALADIES DE POITRINE, cachexies, anémie et faiblesse générale.

AGENTS POUR LE CANADA

**"LE MEDECIN" LIMITÉE**

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



# BOVRIL

POUR MALADES

Notre préparation "Invalid Bovril" répond parfaitement aux desiderata des medecins dans l'alimentation des malades.

Notre préparation possède toutes les excellentes qualités du Bovril ordinaire moins l'assaisonnement.

Un échantillon vous sera expédié gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitée,

27 rue St-Pierre,

MONTREAL,

*Un échantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande*

# SAL LITHOFOS

**Laxatif Salin Effervescent**

SAL LITHOFOS est une préparation à base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indiqué dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabète, des affections gastriques et rénales.

Il trouve surtout son indication dans le RHUMATISME, l'ARTHRITE RHUMATISMALE, la GOUTTE, le LUMBAGO, la SCIATIQUE, les NEURALGIES, en un mot dans tous les désordres de la DIATHÈSE URIQUE.

SAL LITHOFOS contient en solution, sans précipité, la lithine et le phosphate de soude.

Cette combinaison possède des propriétés toniques, altérantes et laxatives que nulle eau minérale naturelle ne peut surpasser.

**LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE**

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL



PHARMACIE  
du **DOCTEUR MIALHE**  
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine  
8, rue Favart, Paris.

## SOLUTION DE DIGITALINE

Cristallisée de Petit-Mialhe Titrée au millième  
Soul traitement rationnel et scientifique des cardiopathies

## LEVURE de BIÈRE MÉDICINALE

Furonolose, Eczéma, Diabète, Dermatitis

## LAB-LACTO-FERMENT

Digestion et assimilation du lait à tout âge

## BANANINE MIALHE

Farine de bananes phosphatées. Nourriture légère et rafraîchissante.

Employée également avec succès dans le traitement de la Dyspepsie, de la Gastro-Entérite et de la Constipation habituelle.

## ELIXIR ET PASTILLES DIGESTIVES MIALHE

Digestion - Suralimentation

Dépôt Général : **AGENCE ROUJER**  
MONTREAL

## MALADIES DE LA PEAU

Les cas les plus rebelles d'ECZEMA, PSORIASIS, DARTRES, RIFLE, DEMANGEAISONS, ULCERES, MAJ, DE BARBE, ETC., sont guéris rapidement par

### — LA POMMADE — ANTISEPTIQUE RAMEAU

Ce remède essence a pour base une association de produits antiseptiques puissants et inoffensifs. Les travaux d'une légion de savants ont proclamé et prouvé les succès éclatants de l'antiseptique, et les succès obtenus dans les hôpitaux démontrent tous les jours l'efficacité incontestable de cette merveilleuse méthode.

En vente dans toutes les pharmacies

Dépositaires pour le Canada:  
**LECOURS & DECARY, — Montréal.**

Pour les Etats-Unis:  
**GEO. MORTIMER & CO.,**  
247, Atlantic Avenue, — Boston, Mass.

### TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN OXYGÈNE PUR NAISSANT

Affections de la Gorge et Voies Respiratoires  
Maladies et hygiène de la bouche et des dents

Les TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN sont à base d'Oxygène à l'état naissant de Menthol, faible de Coscastovaine, de Benzoate de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

Toux, Gripes, Larvngites, Pharyngites,  
Asthme, Amphyseme, etc - - - -

Echantillons gratuits sur demande, adresser

Pharmacie PERRAUDIN, 70 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Montréal.

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

### TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN OXYGÈNE PUR NAISSANT

Dans les CONGESTIONS et les Troubles fonctionnels du FOIE,  
la DYSPEPSIE ATONIQUE; les FIÈVRES INTERMITTENTES,  
les CACHEXIES d'origine paludéenne

ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS. On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

## BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ELIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (France),  
ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.  
Dépôt Général pour le CANADA : Pharmacie ARTHUR DECARY, à Montréal.

tant ordinairement les mêmes segments des membres que les concrétions.

*Hypodermo-tuberculoses aiguës séro-fibrineuses.* — M. Millan. — Deux cas d'œdème infectieux du tissu cellulaire sous-cutané de nature tuberculeuse. Dans le premier, à la suite d'un coup de couteau ayant intéressé le dos de la main, apparaît un œdème considérable, mou, que la ponction montra constitué par un liquide séro-fibrineux qui tuberculisa le cobaye. Il s'agit là d'une hypodermo-tuberculose aiguë sérofibrineuse primitive, pour employer une dénomination qui montre ses analogies avec la p. euro-tuberculose aiguë sérofibrineuse primitive.

L'autre cas d'œdème tuberculeux se montra à la suite d'un anthrax à staphylocoques; cet œdème était constitué par un liquide, d'abord sérofibrineux et lymphocytaire, puis hémorragique, qui tuberculisa le cobaye. En même temps que cette poussée d'hypodermo-tuberculose aiguë sérofibrineuse secondaire, apparut une poussée de tuberculose ganglionnaire cervicale aiguë. Ces lésions sous-cutanées guérirent.

M. Barbier a signalé dans la méningite tuberculeuse, en même temps que la granulie, une méningite séro-fibrineuse. Cette méningite séro-fibrineuse peut prédominer même sur les manifestations granuleuses et même peut s'améliorer passagèrement en laissant comme séquelle des méningites chroniques avec plaques laiteuses. A ce titre, les réactions méningées se rapprochent des réactions sous-cutanées.

*Décalcification digestive.* — M. Loeper. — Dans l'entérite muco-membraneuse et dans l'hyperchlorhydrie, il se produit une déperdition calcaire considérable par la voie intestinale. Il est indiqué, comme le recommande le Pr Albert Robin, d'instituer un traitement recalifiant par l'hygiène et la médication, car cette déperdition calcaire peut, à plus ou moins grande échéance, favoriser le développement de la bacillose.

*Rareté des séquelles chez les sujets guéris de méningite cérébro-spinale après un traitement sérothérapique suffisamment prolongé.* — M. Netter insiste sur la rareté des séquelles motrices et psychiques à la suite de la méningite cérébro-spinale, lorsque le traitement sérothérapique est suffisamment prolongé. Cet auteur a revu 65 malades sur 74 sujets traités. Dans 70 p.c. des cas, il ne persiste aucun trouble; dans 6 cas, on trouve des séquelles somatiques; trois surdités complètes, une incomplète, une diminution de la vue et une paralysie spasmodique.

Les nourrissons qui ont présenté des méningites se sont bien développés dans la suite.

Les séquelles affectives sont souvent passagères et sans importance quand elles apparaissent; elles se bor-

nent, dans les 28 p.c. des cas, à des modifications du caractère.

*Scléroses polyviscérales.* — MM. Le Play et Sézary. — Un malade angio-scléreux présente successivement les syndromes d'insuffisance cardio-rénale, puis d'insuffisance hépatique (cirrhose de Laennec) et enfin d'insuffisance surrénale (maladie d'Addison). Ce cas est intéressant par le diagnostic différentiel posé avec la cirrhose pigmentaire, par le diagnostic de la nature scléreuse et non caséuse de la lésion surrénale (grâce à l'apparition simultanée et non successive de la mélanodermie et de l'amyotrophie diffuse) par l'expression clinique enfin, nettement addisonienne, de cette surrénalité scléreuse. Les scléroses polyviscérales constatées à l'autopsie paraissent relever de l'alcoolisme, qui aurait frappé en même temps les vaisseaux, les reins, le foie et les surrénales.

*Appendicite traumatique.* — M. Picqué considère qu'il faut envisager le problème à l'aide d'éléments scientifiques. Y a-t-il une appendicite traumatique? Elle est admise d'une façon courante en Allemagne. Seuls, en France, MM. Guinard et Moty l'admettent: le premier de ces auteurs limite les cas, il ne retient que les observations où l'appendice est sain lors du traumatisme: mais alors, sur quels signes peut-on se baser pour établir l'intégrité de l'organe? les preuves cliniques manquent. On ne connaît guère, après la discussion qui a fait l'objet des séances précédentes, qu'un seul cas d'hématome appendiculaire et le cas de M. Delorme avec rupture de l'appendice; ce sont les seuls faits anatomopathologiques qui, pour M. Picqué, ne sont pas suffisants. Pour ce chirurgien, il faut surtout considérer qu'il y a un nombre de sujets présentant des lésions d'"appendicite silencieuse", n'ayant jamais donné de crises: les symptômes sont particuliers à chaque sujet: chez les uns, ils simulent plus ou moins une affection gastrique, des troubles nerveux mal définis; chez les autres, une affection rénale, et ces malades guérissent à la suite de l'appendicectomie. M. Picqué a même observé un malade présentant des troubles hypocondriaques soigné dans un asile; il existait une lésion appendiculaire. L'intervention fut pratiquée et le malade fut très amélioré: c'est ainsi qu'autrefois, alors que l'appendicite était méconnue, on croyait à l'ovarite: aujourd'hui, la gynécologie est dépossédée d'une série d'affections. De même, chez un malade, on fait le diagnostic de lithiase rénale typique; on opère: on trouve une appendicite: celle-ci avait évolué avec peu de symptômes.

En résumé, si on admet l'appendicite silencieuse, que devient l'appendicite traumatique? Il est difficile de démontrer l'existence de cette dernière, puisque les lésions spéciales au traumatisme appendiculaire sont à peu près inconnues: on doit, semble-t-il, substituer au traumatisme unique les petits traumatismes qui arrivent à créer des lésions. *Appendicite et traumatisme ont*

deux processus différents qui peuvent arriver à un même résultat: abcès, collections, péritonites généralisées.

J. Michaux vient de voir un cas particulièrement intéressant. Un homme, jusqu'alors bien portant, fut roué de coups dans une bagarre. Il n'avait jamais présenté de symptômes appendiculaires. Huit jours après, symptômes appendiculaires sérieux: on fait refroidir la lésion pendant six à sept semaines. Ablation de l'appendice. Guérison: pas de désordres notables, le traumatisme datait de plus d'un mois. Il semble à M. Michaux qu'on ne doit pas écarter ces faits de la discussion en leur accordant une valeur légère; bien que les lésions traumatiques ne soient pas nettes, il est presque impossible de rejeter ces cas.

M. Quénu pense que l'on devrait étudier histologiquement les lésions d'appendicite dite silencieuse. Les points douloureux peuvent répondre à des lésions nerveuses de troncs appartenant à des organes lointains.

MM. Kirmisson et Tuffier disent que l'étude histologique est indispensable: il faut rechercher s'il existe des lésions anciennes.

M. Mauclair a observé un employé de tramway ayant reçu un coup de tampon dans la fosse iliaque droite, l'appendice n'est pas toujours lésé, il faut tenir compte des lésions vasculaires entraînant des troubles appendiculaires.

M. Guinard croit qu'un appendice enflammé chroniquement a pu passer inaperçu, être méconnu.

## NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

### TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE ESSENTIELLE

Par le Dr Napoléon Marini

Le régime déchloruré imaginé par Richet et Toulouse, adopté par Déjerine ne répond guère qu'à une seule indication: réduire à son minimum la production du chlorure de sodium dans l'organisme. Cependant Féré, Babinski et Brissaud en contestent les bons effets. Pour guérir rapidement un épileptique on doit remplir à tout prix les quatre indications fondamentales suivantes:

10. Rétablir l'équilibre potassique et calcique en déficit par l'ingurgitation journalière du bromure de potassium (3 gr. *pro die*) et du lactate de calcium (1 gr. *pro die*) à petite dose, et jamais à forte dose. Formulez ainsi:

Bromure de potassium, 3 grammes,  
Lactate de calcium, 1 gramme,  
Glycérine pure, 20 grammes,  
Eau chloroformée saturée, 50 grammes.

A prendre en quatre fois dans la journée au moment des repas.

La glycérine et l'eau chloroformée saturée alcalinisent l'acidité du tube digestif et favorisent le fonctionnement du foie. Répéter la prescription jusqu'à guérison complète

20. Saturer, neutraliser et éliminer au dehors l'hypersecretion de l'HCl et du chlorure de sodium par l'administration du bicarbonate de soude et de la magnésie calcinée lourde comme il suit:

Magnésie calcinée lourde, 6 grammes,  
Bicarbonate de soude, 3 grammes.

Diviser en quatre paquets. A prendre dans une seule journée au moment des repas.

A cette dose la magnésie est laxative. L'épileptique doit nécessairement aller à la selle au moins trois fois par jour. Répéter la prescription jusqu'à purgation complète.

30. Condamner l'épileptique au régime lacto-végétarien relatif. Ne lui permettre la viande que trois fois la semaine au repas du midi. Lui proscrire l'usage de boissons alcooliques (même la bière à forte dose est interdite). Point de tabac. Point d'aliments vinaigrés, salés et trop épicés.

40. Prescrire l'hydrothérapie froide. Lotion journalière de tout le corps avec l'eau froide pendant la belle saison. En hiver, l'eau est versée en filet sur la tête.

### LES TICS. — LEUR TRAITEMENT

Le traitement de ces affections, à l'étude desquelles est consacrée la première partie du travail de l'auteur, est dominé par leur pathogénie. L'éducation forme la base du traitement chez l'enfant népropathique qui doit apprendre à ne plus tiquer comme on apprend n'importe quel exercice difficile et délicat. La difficulté qu'éprouve le tiqueur à se débarrasser de son trouble d'innervation musculaire réside peut-être en ce fait que le tonus des muscles, constant à l'état de veille, rend nos sensations de contraction musculaire plus nettes que nos sensations de décontraction, de détente. L'obstacle aux progrès sportifs, par exemple, est constitué davantage par les muscles qu'il faut apprendre à ne pas contracter, que par l'adjonction de contractions nouvelles.

Il semble que deux causes principales se sont oppo-

sées à ce qu'on n'obtienne pas plus tôt de meilleurs résultats dans le traitement des tics; d'une part la durée du traitement et les efforts de patience nécessaires de la part du malade et du médecin, de l'autre, la persistance jusqu'à nos jours des idées et du langage philosophique anciens dans toutes les questions relatives à la physiologie et à la pathologie de l'esprit.

Le tic, mouvement involontaire, qui survient en général par un défaut d'attention, se guérit par la fixation de l'attention sur des mouvements nouveaux, difficiles. La répétition de ces mouvements nouveaux et des sensations qui les accompagnent reproduit l'habitude musculaire ancienne normale, non accompagnée de conscience.

La discipline psycho-motrice précisée dans ses moindres détails par Meige et Feindel (*Les tics et leur traitement*, Paris, 1902) consiste à faire exécuter devant un miroir des mouvements d'immobilisation et des exercices destinés à faire des mouvements sans secousse, uniformes, d'une seule venue. Ces séances à heure fixe sont répétées trois ou quatre fois par jour, le sujet s'installant aussi confortablement que possible. Les mouvements s'exécutent lentement, rythmiquement, au commandement à voix haute ou au métronome.

Après la guérison, qui s'obtient parfois au bout d'un temps très long, les mouvements doivent être continués plusieurs mois.

Il faut aussi savoir résister, quand il s'agit de guérir un tiqueur, aux suggestions de l'entourage qui réclame des hypnotiques ou des traitements externes; ces derniers moyens ne sont utiles que si le malade présente un tel degré de débilité mentale, qu'il est incapable de comprendre et d'appliquer la méthode physiologique qui doit le guérir.

Par Roerich (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1910).

#### CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE

L'auteur est d'avis, d'après les résultats de sa pratique, que l'on doit d'abord essayer le traitement local de la sciatique par des moyens physiques et éviter les injections précoces qui ne sont pas sans danger et provoquent parfois une aggravation. L'hydrothérapie donne souvent des guérisons extrêmement rapides et stables quant à leur durée, de sorte que ce n'est qu'en cas d'insuccès que l'on doit recourir aux injections. On peut en excepter les sciaticques hystériques où l'injection a souvent une action suggestive merveilleuse, de même les ischialgies aggravées de la névrose traumatique, qui résistent d'ailleurs pendant des mois aux traitements hydriatiques les plus intenses, et qui sont bientôt améliorées devant la crainte des injections profondes.

Un certain nombre de sciaticques graves ont été guéries par l'emploi systématique des douches de vapeur suivies de bains avec exercices. La douche produit par une hyperémie vive de la peau un soulagement remar-

quable des douleurs; pour augmenter l'excitation on peut donner dans l'intervalle une douche froide très courte. Pour obtenir la réaction et éviter les refroidissements on termine la séance en donnant des douches à température alternative. En huit à quatorze jours, on obtient une amélioration considérable. C'est seulement alors qu'on peut pratiquer le massage pour empêcher les adhérences, et qu'on exerce surtout sous le jet de vapeur. On peut en même temps permettre au malade de quitter par instant le lit et de faire de courts exercices de marche. Les exercices peuvent se faire avec des appareils qui règlent la force à employer. Si des atrophies se sont produites à la longue, on a recours en même temps au traitement électrique avec le rouleau de massage, qu'on doit passer aussi sur les muscles du dos en cas de raideur de la colonne vertébrale. Chez certaines malades très sensibles on peut employer la douche d'air chaud à la place du jet de vapeur. Les enveloppements se font suivant les individus tantôt chauds, tantôt froids, secs ou mouillés. Ils exercent une action calmante et bienfaisante. Le régime doit être léger et surtout végétal.

Par Glug (*Deutsche med. Woch.*, 7 avril 1910).



#### LES INJECTIONS MEDICAMENTEUSES INTRA-TRACHEALES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LARYNGO-PULMONAIRE

La méthode des injections intra-trachéales dans le traitement de la tuberculose laryngo-pulmonaire, exposée par le Dr. Quinson, dans le *Journal des Médecins-Praticiens de Lyon* (juillet 1910), a donné à cet auteur des résultats très satisfaisants.

L'usage des injections en pareil cas remonte à 1853, époque à laquelle Green, de New-York, employait des solutions de nitrate d'argent à 6 p. 100. Depuis, on a utilisé différents procédés que nous allons rapidement exposer: le procédé laryngologique dans lequel on fait pénétrer l'injection sur la paroi postérieure du pharynx.

On commence d'abord par pratiquer des injections de 3 centimètres cubes d'une solution huileuse eucaryptolée-gomiénolée à 5 p. 100. On augmente le nombre des injections jusqu'à trois par jour et on renforce le titre de la solution. Le résultat obtenu se manifeste d'abord du côté de la respiration qui devient facile, les mouvements respiratoires augmentent d'amplitude, l'expectoration diminue, ainsi que les signes stéthoscopiques.

Localement, le médicament exerce son pouvoir sur la flore microbienne, il provoque un apport leucocytaire intense au niveau des lésions. Puis les protéases et les lipases sécrétées par les phagocytes détruisent l'enveloppe cireuse du bacille de Koch détruit ensuite par le protéase. Enfin, l'huile qui sert de véhicule pénètre dans les espaces interalvéolaires et mobilise les antitoxines au bénéfice de la graisse de l'organisme, favorisant la formation des lipoides.

## Progrès des Sciences Médicales

### DU DIABÈTE INFANTILE.

Les symptômes sont ceux du diabète de l'adulte, mais l'évolution et l'allure sont spéciales et caractéristiques.

La polyurie est un des premiers signes et le plus fréquent. La polydipsie est aussi très marquée. Avec la polyurie, c'est un signe révélateur des plus importants. Moins constante et moins marquée est la polyphagie. Pour que la glycosurie soit caractéristique du diabète vrai, elle doit être permanente. L'albuminurie est plus rare que chez l'adulte; la présence de l'acétone est variable.

Le début est insidieux; les signes sont plus ou moins nets; mais ce qui frappe bientôt, c'est l'amaigrissement rapide, puis la polydipsie et la polyurie. L'amaigrissement sans arrêt aboutit à un état d'asthénie générale. Chez les tout jeunes enfants, c'est une maladie aiguë qui évolue en quelques jours. Chez les enfants plus grands, elle peut durer quelques mois et chez les adolescents deux à trois ans.

La guérison est exceptionnelle; en général il y a évolution sans arrêt vers la mort par coma ou par complications pulmonaires.

Le diagnostic peut être difficile si le début est insidieux ou si l'on a affaire à de tout petits enfants. Avant de porter le diagnostic de diabète, il faudra s'assurer que le sucre est en assez grande quantité et persistant, que ce n'est pas une glycosurie passagère assez fréquente, chez le nourrisson athrepsique, par exemple. L'ensemble des symptômes, la quantité de sucre, ainsi que sa persistance, malgré le régime, peuvent seules résoudre le problème.

Le diagnostic de l'âge du diabète est important, car il commande le pronostic, mais il est parfois difficile. On tranche surtout la question d'après les commémoratifs au point de vue de l'amaigrissement et d'après la dose du sucre.

Pour le pronostic, on doit se rappeler que la terminaison fatale est presque la règle, la guérison est exceptionnelle et il faut alors se méfier des rechutes ou récidives.

Le traitement doit être surtout diététique et hygiénique. Il consiste à détruire au minimum les aliments pouvant fournir du glycose et à activer la combustion du glycose formé dans l'économie. Comme pour l'adulte, on proscrie donc de l'alimentation, les hydrates de carbone, à condition que l'état général se maintienne bon.

Les urines seront dosées chaque jour et le malade pesé tous les trois ou quatre jours pour voir l'efficacité du régime.

Il ne faut user des médicaments qu'avec réserve et modération. On donne du quinquina, du fer, de l'huile de foie de morue, puis des alcalins, l'arsenic, l'opium, l'antipyrine, le bromure de potassium.

Si la syphilis est en cause, il faut faire le traitement mercuriel et ioduré.

L'importance du traitement hydrominéral est inévaluable. Chez l'enfant dont le diabète est rapidement grave et prend une allure cachectique suraiguë, les cures thermales surtout indiquées sont les chlorurées et les arsenicales. Si l'enfant est encore vigoureux, il faut conseiller Uriage, Kreuznach. S'il commence à être fatigué, à se débilitier, à s'anémier, à dépérir, il faut plutôt conseiller la Bourboule, de même lorsqu'il y a des menaces de bacillose.

(P. Maurel, de la Bourboule. *Gazette des hôpitaux*, 28 avril 1910.)

\* \* \*

### LES HÉMORRAGIES MORTELLES DU TUBE DIGESTIF CHEZ LES CIRRHOTIQUES.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade, alcoolique avéré, qu'il eut l'occasion d'observer à maintes reprises dans son service et dont la mort survint au cours d'une hématomérose quasi foudroyante.

A ce propos, l'auteur étudie d'une façon très complète la question des gastrorragies dans les cirrhoses, et en particulier des gastrorragies susceptibles d'amener par leur abondance la mort du sujet.

Les notions thérapeutiques à retenir de cette étude sont intéressantes. Chez les malades, il faut d'abord, en vue de prévenir les hémorragies, éviter la survenue, dans la circulation porte, de brusques changements de pression; on doit pour cela maintenir les malades au régime lacté et ne permettre l'ingestion du lait qu'à petites doses, fréquemment répétées; écarter toutes impressions nerveuses susceptibles de retentir sur la pression abdominale; bannir les efforts; pratiquer périodiquement de petites saignées blanches à l'aide de purgatifs salins; enfin recourir de temps en temps aux émissions sanguines (sangues) pour diminuer la tension.

Contre les hémorragies une fois réalisées, les grandes médications hémostatiques vaso-constrictive et coagulante, ont l'une et l'autre leurs indications suivant les cas; l'ergotine, le chlorure de calcium; les injections de gélatine et surtout les injections de sérum frais, ou, à leur défaut, les injections de sérum antidiphthérique, de sérum antitétanique ou d'un sérum antitoxique quelconque, pourront être logiquement utilisées.