

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



MARS 1909

SOMMAIRE

Travaux originaux

- 289— Automobilisme et péristaltisme intestinal, par Ph. N. Barbatis, de Paris.
- 298— Diverses formes de l'asystolie.
- 311— Observation. — Ulcère gastrique double avec perforation, par M. M.-A. Vallée et O. Leclerc.
- 315— Hygiène thérapeutique. O. Leclerc.
- 318— La vaccination variolique. Dr Bouillon.
- 320— Le code médical. Dr Bouillon.
- 322— Mode d'administration de l'iodure de potassium.
- 326— Association médico-chirurgicale du district de Joliette.
- 330— Bibliographie.



FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul oral produit de ce nom
dérivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 compr.
més par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN-
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anatomo-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

AUTOMOBILISME ET PERISTALTISME INTESTINAL

TRAVAIL LU AU QUATRIÈME CONGRÈS DE L'ASSOCIATION
DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE
L'AMÉRIQUE DU NORD

Par PH. N. BARBATHIS (de Paris)

Directeur-Fondateur des Archives Générales de Thérapeutique Physique. Secrétaire Général de la Société Internationale de Médecine Physique. Secrétaire de la Société Française d'Hygiène. Délégué Officiel de la Société Française d'Hygiène.

L'effet physiologique des secousses ou vibrations sur l'organisme humain n'est encore que peu approfondi.

Cependant sans remonter aux *cunae* d'Oribase, (lits mobiles en forme de berceau) ou bien aux *lectipensiles* (lits suspendus par les quatre angles) d'Hippocrate, de Pline, Celse, Galien, etc. ou encore au *macron Sporson* ou *instrumentum rapsorium* de Cœlius Aurelianus au IV^{ème} siècle, les secousses ou vibrations sont employées dans l'art de guérir dès le commencement du XVIII^{ème} siècle.

En effet Pierre Chirac, premier médecin de Louis XV, mort en 1732, recommande comme remède très efficace contre beau-

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro Enzymes)
Iodure sans Iodisme

Iodurase

de COUTURIÉUX,
57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-
dure et 10 ctg. de Levuline.

coup de maladies, le voyage en chaise de poste roulant rapidement sur le pavé, et l'abbé Saint-Pierre, inspiré par Chirac, invente et fait construire par le mécanicien Duguet, en 1734, un fauteuil trépidant, auquel il donna le nom de *trémousoir*.

L'invention de l'abbé Saint-Pierre fut accueillie avec empressement par le monde médical, et le nom de l'appareil fut adopté et introduit dans l'*Encyclopédie* de Diderot.

A l'article *trémousoir* de cet ouvrage, il est écrit : « Dans une foule de circonstances, où le mouvement paraît être le moyen le plus propre à guérir certaines affections on a imaginé d'imiter à l'aide d'une machine, celui que peut faire éprouver une voiture mne avec plus ou moins de rapidité. Cet appareil, nommé *trémousoir* ou fauteuil de poste peut. . . » etc.

De même dans un article paru en 1735, Astruc, célèbre professeur de Montpellier, fait les éloges de cette machine et donne les plus minutieux détails sur les sensations que l'on éprouve pendant ce traitement. « . . . Surtout, écrit-il, les viscères du bas ventre se trouveront successivement exposés à des trémoussements, des compressions et des secousses fréquemment répétés desquels on peut régler la vivacité à son gré, qui sont assez brusques et assez prompts pour procurer les mêmes effets que la chaise de poste, avec l'avantage de pouvoir les varier à l'infini, selon son désir, et qu'enfin on peut facilement se le procurer et à peu de frais ; cela, sans se déranger de ses affaires auxquelles on peut vaquer même en étant dans le fauteuil. »

Le *trémousoir* de l'abbé Saint-Pierre devint très vite un appareil hygiénique très à la mode, car, non seulement les gens riches l'achetaient mais encore les peu fortunés pouvaient se le procurer en location chez les chirurgiens. Voltaire, en 1744, soigna son hypochondrie et sa constipation par cet appareil dont du reste il loua fort les effets bienfaisants.

Mais, comme dans toutes choses, l'invention de Saint-Pierre trouva bientôt des imitateurs et des concurrents en Allemagne, en Belgique, en Hollande, en Angleterre, et à partir de cette époque, toute une série de médecins célèbres étudient et préconisent le traitement par les secousses ou vibrations : la *vibrothérapie*, terme que le docteur de Lacroix de Lavalette, en 1899, remplaça par le mot *sismothérapie*.

C'est ainsi que Joseph Tissot, les frères Weber, John Pugs, John Barklay, Ling, le fondateur de la gymnastique suédoise, Georgi avec ses *mouvements de tremble*, au commencement du XIX^eme siècle, Zander en 1864, avec son vibreur. Schiff (1877), Vigouroux (1878), Granville, d'Angleterre (1878), Thure Brandt, Kellgren, et à la suite de Cyriax, Charcot avec le fauteuil trépidant et le casque vibrant, Gilles de la Tourette, Blum, Bucheim, Hasebrock, Heitler, Noer, Brauu, Liedbeck, Stapfer, Bourcart de Genève, Garnault, Saquet, etc., etc., pour ne citer que les principaux auteurs, étudièrent l'influence des vibrations soit sur tout le corps, soit sur certaines de ses parties.

L'action analgésique des vibrations a été constatée par tous ceux qui se sont occupés de la vibrothérapie. De plus, il est généralement admis aujourd'hui que les secousses ou vibrations possèdent encore une action décontracturante, révolutive et anti-hémorragique.

De toutes ces propriétés, l'influence de la vibration sur les muscles est encore, à l'heure actuelle, très contestée. Avec Zander, Hasebrock, Bucheim, etc., la vibration produit la contraction des muscles lisses. Pour la plupart des massothérapeutes, la vibration agit sur les muscles comme *décontracturant*.

Je crois qu'on peut affirmer d'une façon irréfutable, à la suite de Zamaglini, et comme je l'ai dit dans un travail que j'ai présenté à la *Société internationale de Médecine Physique*,

séance du 28 avril 1905 (1) que les vibrations légères et de courte durée ont des effets *décontracturants* ; prolongées, au contraire, elles ont une *action contracturante*.

J'ai dit ailleurs (2) que la constipation qu'on observe chez les mécaniciens de chemins de fer, chez les employés de train, constipation faisant son apparition chez eux dès le lendemain de leur entrée en fonctions, ne reconnaissait d'autre facteur pathogène que la vibration longue, soutenue, continue du train en marche. Je pourrais également vous citer des cas où des personnes bien portantes s'exonérant régulièrement tous les jours, souffrirent d'une légère constipation de deux ou trois jours après un voyage un peu long en chemin de fer.

Cette influence de la vibration sur le péristaltisme intestinal peut être observée également chez les bicyclistes, après une longue excursion. Je ne sais si des observations de ce genre ont déjà été publiées.

Or, partant du fait que le péristaltisme intestinal est généralement très influencé par la trépidation du train, par les secousses de la bicyclette, j'ai cherché quel pouvait être le rôle de la vibration plus accélérée, de la trépidation beaucoup plus forte, de la secousse beaucoup plus accentuée de l'automobile sur les mouvements expulseurs du tube intestinal.

Ce sont ces observations que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui au IV^e Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, observations qui ont

(1) *La technique du massage dans la constipation habituelle*. Communication à la Société Internationale de Médecine Physique, séance du 28 avril 1905. Paris, chez Maloine.

(2) *La constipation chez la femme et son traitement par le massage*. Archives générales françaises de thérapeutique physique. Février, mars, avril, mai, juin, juillet et août, 1903.

fait déjà le sujet d'une courte et incomplète note présentée à la Société Internationale de Médecine Physique et à la Société Française d'Hygiène.

Mme von R..., âgée de trente-huit ans, n'ayant jamais souffert de constipation, est forcée d'employer une médication laxative chaque fois qu'en compagnie de son mari, elle fait une excursion en automobile de trois ou quatre heures.

Th. R..., âgé de cinquante-quatre ans, peintre — un des artistes contemporains les plus admirés — constipé, voit chaque fois augmenter sa constipation, après une ou deux heures de promenade en auto.

J'ai soigné par le massage — pour constipation spasmodique — Magdeleine L..., âgée de vingt-huit ans, rentière. La guérison a été obtenue après un traitement massothérapeutique quotidien de quatre mois. Les résultats se sont maintenus pendant toute une année, durant laquelle cette malade allait régulièrement à la selle tous les jours. L'été dernier, Magdeleine L..., entreprend le tour de France en automobile. Dès le deuxième jour du voyage, elle est reprise de sa constipation, avec cette fois-ci, spasme douloureux le long du côlon descendant, symptôme pour lequel elle se voit obligée d'abandonner cette excursion.

Le Dr Scrinì m'a adressé il y a un an et demi, Mme K..., âgée de quarante-cinq ans, rentière, à qui il avait conseillé le massage méthodique pour une constipation récente. L'interrogatoire de cette malade m'apprend que Mme K... est devenue constipée depuis le jour où elle a quitté sa voiture pour la remplacer dans ses promenades et ses visites par une automobile.

Je demandais, il y a quelques jours, au Dr B..., trente-huit ans, fervent chauffeur, si depuis qu'il s'était donné à ce sport, il

n'avait rien remarqué d'anormal du côté du tube digestif. Il m'a avoué être constipé depuis qu'il fait de l'auto.

Au mois de juin dernier, je soumettais au massage intestinal calmant, Mme Suzanne D, actrice, âgée de trente ans. Cette malade qui souffrait de constipation spasmodique—sans douleur—est depuis un mois très souvent prise de crises douloureuses du côté du côlon ascendant

L'examen m'apprend que l'apparition de ces crises coïncidait avec l'acquisition d'une voiture automobile dont elle faisait un usage quotidien.

Je vous citerai encore le cas de quatre mécaniciens conducteurs d'automobiles, devenus constipés depuis qu'ils occupent ces emplois.

Cependant — et le cas se présente assez fréquemment — il y a des constipés qui ont une selle spontanée après une promenade en voiture automobile.

Il semblerait donc que les dix observations que je viens de vous citer sont en absolue contradiction avec une pareille assertion.

Pourtant il n'en est rien, et nous allons voir que cette dernière circonstance confirme la conclusion qui se dégage de mes observations.

En effet, pour que la défécation s'opère d'une façon régulière, en dehors bien entendu de tout obstacle pathologique, il est besoin du concours de plusieurs conditions physiologiques dont la principale est : la contraction énergique et régulière de la unique musculaire de l'intestin, autrement dit, la péristalisme intestinal.

Or, la constipation habituelle — je parle bien entendu de la constipation imputable à la vicissitude de la motricité de l'élément musculaire de l'intestin — cette constipation, dis-je, est

due soit à la parésie, à l'inertie de la fibre lisse de l'intestin — constipation atonique — soit au contraire à une exagération de la motricité du tube intestinal, à une exagération de la contraction de cette même fibre, et c'est là la constipation spasmodique, anomalie mise à jour par les travaux de Feiner.

Eh bien, lorsqu'un individu fait de l'auto, les phénomènes qui se déclarent du côté de son tube intestinal varieront suivant qu'il s'agit d'une simple promenade en cette sorte de voiture, soit au contraire qu'il en fait un usage journalier : tels les fervents automobilistes : les « chauffeurs » ou qu'il fait métier de l'auto comme les mécaniciens conducteurs.

Dans la première catégorie, lorsqu'il s'agit d'une promenade peu longue, faite à des intervalles espacés de quelques jours, les phénomènes suivants peuvent avoir lieu. Par ses secousses, l'automobile imprime une excitation du côté du système nerveux, excitation qui se transmet à la fibre intestinale lisse. Sous l'influence de cette excitation, la fibre intestinale est invitée à se contracter, et elle se contracte d'autant plus que la secousse agit simultanément et sur le système nerveux et sur la fonction primordiale de la fibre musculaire. Nous savons en effet, depuis les expériences de Claude Bernard, que la contractilité musculaire est une propriété inhérente à la fibre musculaire et que le muscle peut se contracter sans que le système nerveux intervienne. De plus, par son action sur la circulation — la vibration accentue encore la contraction de la fibre musculaire. « La vibration, dit Lagrange, commence par une action purement mécanique, agitant le liquide contenu dans les capillaires, comme on agiterait une bouteille pour en mélanger le contenu. Le sang se déplaçant dans le sens des valvules, remonte, et déjà par ce mécanisme-là, les capillaires surdistendus reprennent une partie de leur élasticité et peuvent plus facilement se contracter. »

Mais alors entre en jeu l'action réflexe sur le cœur périphérique qui, en réveillant complètement la contractilité vasculaire, améliore forcément la circulation.

De sorte que les secousses ou vibrations de l'automobile excitent la contractilité de la fibre musculaire et directement, en agissant sur le tissu musculaire et indirectement par voie d'innervation et de circulation. Or, chez la personne qui fait une promenade en auto un peu longue, chez la personne absolument saine, quant à la motricité de son tube intestinal, ayant ses réflexes expulseurs intestinaux intacts, les vibrations de la voiture automobile, par leur action excitante, augmenteront ses contractions péristaltiques, exagèreront ses mouvements expulseurs.

De même, un constipé par atonie doit, après une courte excursion en auto, avoir une selle spontanée, normale, parce que son intestin invité à se contracter par les vibrations de cette voiture, recouvre pour un peu de temps ses réflexes expulseurs. Et voici pourquoi on rencontre des constipés qui vous disent : « Je suis constipé, mais lorsque je fais une promenade un peu longue en automobile, je vais plus facilement à la selle. »

Mais il n'en est pas de même, lorsque l'individu souffre d'une constipation spasmodique, lorsqu'il souffre d'une constipation par exagération de la contractilité de la fibre intestinale lisse. Ici, en effet, à la cause centrale ou périphérique qui force la fibre intestinale à se contracter, se spasmer, vient s'ajouter celle produite par les vibrations de l'auto. Résultat : La constipation augmente et peut même se compliquer par un spasme douloureux.

2° Dans le deuxième cas, c'est-à-dire chez le *chauffeur* et le mécanicien conducteur d'auto, les choses se passent différemment :

Le *chauffeur* subit journellement, pendant plusieurs heures, une trépidation, une vibration presque continue. Les excitations successives que ces mouvements impriment à la contractilité de la fibre lisse du muscle de son intestin, seront cause du spasme caractérisé par une alternative de resserrement et de relâchement. Ce spasme devient d'autant plus intense que l'influence de cette excitation est sans cesse renouvelée.

Or, un intestin contracté sur une certaine partie de son étendue crée en amont une zone rétro-active qui lutte contre un obstacle réel ; la somme d'énergie dépensée est supérieure à la normale. Dans cette lutte, le plus souvent stérile, l'intestin se fatigue vite, et à une période de compensation, pour emprunter des termes de comparaison, succède une période de défaut ; ce sera pour ainsi dire de l'asystolie intestinale, la dilatation passive succédant à la contracture. Mais un muscle ne peut rester contracté indéfiniment sans altération de ses éléments constitutifs ; aussi sur le terrain musculaire du tube intestinal altéré se grefferont les troubles de l'assimilation qui entretiendront cette dilatation passive, ce relâchement, et qui finiront par rendre la fibre lisse absolument atone.

Or, et ce sera la conclusion de ce travail, le chauffeur indemne de cette anomalie intestinale, deviendra constipé en traversant deux étapes successives. Il souffrira d'abord de constipation spasmodique puis, petit à petit, cette constipation se transformera en constipation atonique.

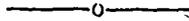
S'il est constipé par atonie, il aura bien, au commencement quelques selles spontanées ; mais son état finira par s'aggraver par suite de la fatigue de sa fibre intestinale lisse.

Enfin s'il s'agit d'un constipé par spasme, il pourra d'abord survenir des crises douloureuses sur le trajet du côlon, par suite de l'exagération de la contractilité de la fibre lisse ; puis sa

constipation — de spasmodique qu'elle était — se transformera en atonique par suite de la dégénérescence qui survient à chaque élément musculaire longuement contracturé.

Par la critique donc rationnelle des faits, l'action de l'automobilisme sur le péristaltisme intestinal est funeste, puisqu'elle vise l'abolition de la motricité de la fibre musculaire de l'intestin.

PH. N. BARBATUS.



DIVERSES FORMES DE L'ASYSTOLIE



L'ASYSTOLIE D'ORIGINE HÉPATIQUE

La malade qui fait l'objet de cette leçon est une jeune fille de dix-huit ans dont l'état d'asystolie date de près d'un an. Atteinte une première fois d'une polyarthrite rhumatismale, elle eut bientôt une attaque de chorée, puis une nouvelle crise de rhumatisme trois ans après. Cette dernière poussée fut suivie d'une endocardite qui laissa une insuffisance mitrale. A partir de ce moment, la malade eut de la dyspnée d'une façon permanente jusqu'au moment où se déclarèrent les symptômes de l'asystolie.

Une hémoptisie, des vomissements bilieux inaugurèrent la défaillance du cœur et durèrent quatre jours. Grâce à la digitale et au lait, l'amélioration se produisit ; mais les rechutes se suivirent avec rapidité, et la malade, après avoir suivi plusieurs traitements, entra dans le service de Merklen.

A ce moment elle était en pleine asystolie : orthopnée, œdème des membres inférieurs, urines rares et un peu albumineuses. Cependant à l'examen quelques particularités apparaissaient. L'œdème ressemblait à celui des brightiques, il était diffus et occupait les membres inférieurs, la face dorsale des mains. Le pouls battait entre 140 et 150 et de plus, phénomène important, il y avait de l'ascite.

Il ne s'agissait pas ici de néphrite, mais d'une asystolie compliquée de cirrhose hépatique ou de péri-hépatite. Le foie était dur et gros et de plus à surface irrégulière comme dans la péri-hépatite. Cette constatation conduisait à rechercher s'il n'existait pas en même temps que l'insuffisance mitrale des signes de péricardite ancienne se traduisant par une symphyse péricardique. De fait le cœur est fortement dilaté : il est irréductible par les excitations mécaniques de la région précordiale, enfin il existe une rétraction systolique de la paroi. De plus on constate une symphyse pleurale gauche :

Cadet de Gassicourt a établi la règle suivante : *l'asystolie des jeunes sujets est presque toujours la conséquence d'une symphyse du péricarde.*

Rien n'est plus vrai, dit Moussous (*Province Médicale*), que cette influence néfaste de la péricardite et de la symphyse du péricarde que Roger et Cadet de Gassicourt ont signalée. Pour nous, ce qui singularise le plus l'asystolie des enfants, c'est la localisation si spéciale sur le foie, c'est aussi sa marche rapide : chez eux pas de longues rémissions, pas de ces améliorations qui peuvent se maintenir chez certains adultes pendant plusieurs années alors que le cœur a déjà trahi d'une façon non douteuse sa défaillance momentanée. Pendant l'enfance, le premier signe qui révèle cette défaillance a une signification grave, et si l'asystolie commencée ne parcourt pas toujours en une seule

étape sa marche progressive et fatale, les temps d'arrêt sont difficiles à obtenir et de courte durée. Quand l'asystolie se fixe, c'est sous forme d'asystolie hépatique.

Si cette localisation, continue Moussous, est commune aux asystolies de différentes origines, c'est lorsqu'il y a symphyse qu'elle se produit d'une façon presque constante et acquiert au point de vue symptomatique une importance telle qu'elle devient le fait capital, dominant, susceptible même de détourner l'attention de la lésion cardiaque.

La malade dont nous avons rapporté l'histoire rentre dans la catégorie de ces cardio-hépatiques. Si, comme la chose s'est produite chez elle, la digitaline, la théobromine, le régime lacté soulagent la dyspnée et font disparaître l'œdème, ils sont le plus souvent sans effet sur les accidents hépatiques. Chez elle le foie est resté gros et l'ascite persiste. Il est survenu de la diarrhée qu'il faut savoir respecter car elle est une conséquence de la stase veineuse intestinale par gêne de la circulation porte. Les urines sont pauvres en urée et peu abondantes, par suite de la dénutrition générale et de l'insuffisance du foie.

Dans cette forme d'asystolie, les troubles digestif sont constants et d'habitude les premiers en date. L'appétit diminue chez l'enfant, dit Moussous ; il a de la répugnance pour certains aliments, pour la viande en particulier. La digestion est pénible : au moindre écart de régime des vomissements surviennent ; le météorisme s'établit avec recrudescence à la suite des repas ; la diarrhée alterne avec la constipation et puis finit par s'installer d'une manière définitive. L'ascite survient enfin, accompagnée de l'œdème des membres inférieurs ; elle est au début de médiocre importance, difficile à reconnaître en raison du ballonnement gazeux de l'abdomen, mais elle s'affirme bientôt par

des signes indiscutables et arrive à prendre des proportions telles que son évacuation devient nécessaire.

Ces symptômes abdominaux, dit Merklen, qui survivent à l'asystolie et qui restent au premier plan, même quand viennent la dyspnée et l'hydropisie généralisée, sont la caractéristique d'un type morbide dont nous trouvons la première description dans les cliniques d'Andral.

L'engorgement du foie, dit Andral (cité par Merklen), survit quelquefois à l'exaspération des symptômes de la maladie du cœur; bien que le trouble de la circulation ne soit plus que peu considérable, et que la respiration ne soit plus que médiocrement gênée, le foie conserve un volume inaccoutumé et son engorgement peut souvent alors, autant et plus que la maladie de cœur, entretenir la congestion intestinale et produire l'ascite.

Cette prédominance des phénomènes hépatiques chez certains cardiaques a conduit Hanot à les individualiser sous le nom d'*asystolie hépatique*. Il ne faudrait pas comprendre sous cette dénomination la simple congestion du foie si souvent observée chez les artério-scléreux, les hyposystoliques, les mitraux, les surmenés; dans ce dernier cas il s'agit d'une hépatomégalie latente et qu'il faut rechercher. L'asystolie hépatique, dit Merklen, commence quand *avec un gros foie* surviennent des *troubles digestifs*, du *météorisme* et de l'*ascite*.

L'ascite subit de nombreuses fluctuations: tantôt légère avec un météorisme considérable, tantôt abondante et nécessitant des ponctions répétées, elle peut rester latente ou réduite au minimum pendant des mois et se reproduire.

Les variations dans les ascites asystoliques ont amené fréquentes erreurs de diagnostic, quand le médecin n'a pas pris les accidents sur le fait. On a pu croire à une cirrhose de Laënnec en raison de la présence d'hémorrhoides, d'une circula-

tion sous-cutanée abominale exagérée, d'épistaxis, etc. Dans d'autres cas, la prédominance du développement du lobe gauche du foie a fait penser à un kyste hydatique ; or cette augmentation du lobe gauche est la règle dans l'asystolie hépatique. Il faut bien se rappeler que dans ces cas la pulsatilité peut être absente, soit parce qu'il n'existe pas d'insuffisance tricuspide, soit parce que les oscillations dans les veines sus-hépatiques ne sont plus transmises quand il y a un haut degré de stase (Merklen). De même la douleur si habituelle du foie cardiaque peut manquer lorsque la cirrhose s'est développée.

Au point de vue urologique, Brouardel, Rendu et Parmentier ont observé chez ces malades que l'urée diminuait avec l'asystolie et augmentait pendant la diurèse digitale. Parmentier a vu que l'alimentation influait aussi sur le taux de l'urée et que les phosphates étaient presque doublés dans l'asystolie hépatique. On a trouvé de même une forte élévation des chlorures. On note également de l'urobilinurie et assez souvent de la glycosurie alimentaire. Quant à la tension artérielle, elle est presque toujours au-dessous de la normale.

Quelles sont les conditions pathogéniques de cette asystolie ? Merklen les range sous trois chefs : la stase sus-hépatique et secondairement la stase porte ; la cirrhose cardiaque et la périhépatie ; la symphyse du péricarde et certaines formes de péritonite chronique diffuse.

Le foie cardiaque peut présenter diverses lésions : foie muscade mou, foie muscade dur. Dans le premier cas, il s'agit d'un foie gros et mou à teinte particulière rappelant celle de la noix muscade ; l'ongle s'y enfonce facilement ; il y a stase veineuse sans sclérose ; dans le foie muscade dur, la sclérose et la stase s'associent, et les lésions sont variables d'intensité et de degré ; elles prédominent souvent sur le lobe gauche. Les veines

sus-hépatiques et portales sont dilatées et distendues ; il en est de même des veines de l'estomac et de l'intestin, d'où l'origine et la cause des troubles digestifs observés.

La *péri-hépatite* vient compliquer plus ou moins la cirrhose. Tantôt elle existe, pour ainsi dire, à l'état isolé avec sclérose superficielle ; tantôt elle est diminuée, tantôt elle enveloppe tout le foie et crée des adhérences complexes avec des organes voisins : épiploon, rate, estomac, enserre les gros vaisseaux du hile, du foie et s'oppose ainsi de façons multiples à la guérison de l'ascite.

La *péri-hépatite* peut se traduire par la fièvre, de vives douleurs et même par un frottement hépatique dans ses premières manifestations. Plus tard, sa symptomatologie se confond avec celle de la cirrhose, seule la récurrence répétée de l'ascite peut permettre de penser à la *péri-hépatite*. Et encore faut-il tenir compte, dans ce diagnostic, des lésions fréquentes de péritonite chronique atteignant l'épiploon, le foie, la rate, l'estomac, etc.

La *péri-hépatite* peut coïncider avec la symphyse du péricarde et la pleurésie chronique. On a donné à ces inflammations lentes des séreuses le nom de *peri-viscérite*. Gilbert et Garnier ont insisté sur l'association de la symphyse péricarde avec la *péri-hépatite* et lui ont donné le nom de *symphyse péricardo-péri-hépatique*. Dans ce cas le malade est le plus souvent traité comme un *cirrhotique*. Pick, de Prague, a désigné ce syndrome sous le nom de *pseudo-cirrhose d'origine péri-cardiaque*, voulant ainsi préciser la pathogénie de la maladie et la possibilité de la confusion avec la cirrhose vraie.

Quelles sont les conditions qui déterminent la fixation de l'asystolie sur le foie ?

Tout d'abord la symphyse péricardique empêche la contraction efficace du ventricule droit et surtout de l'oreillette, d'où

stase sus-hépatique. Cette stase est encore favorisée par certaines particularités anatomiques : dilatabilité facile des veines sus-hépatiques, ouverture large dans la veine cave inférieure, absence des valvules. Ces raisons ne sont pas cependant déterminantes, il faut encore faire intervenir d'autres causes telles que le rhumatisme, la tuberculose chez l'enfant, l'intoxication alcoolique chez l'adulte.

« Étant donnée la multiplicité des lésions et des facteurs pathogéniques, dit Merklen, on comprend qu'il soit difficile de préciser le pronostic de l'asystolie hépatique. C'est toujours une affection grave et incurable, mais son évolution peut être souvent interrompue par des rémissions et la survie est parfois très longue, dix, douze et parfois seize ans. Des rémissions peuvent être espérées même dans les cas en apparence les moins favorables. Après des mois, une année, d'ascite à répétition, l'hydropisie abdominale cesse. Il se passe là ce qu'on observe dans la cirrhose commune. Les poussées ascitiques coïncident avec des poussées d'hépatite interstitielle ou de péritonite subaiguë, elles cessent quelques mois pour reparaitre à nouveau sous l'influence d'un réveil d'infection ou d'intoxication, favorisé par un accroissement de la faiblesse et de la dilatation du cœur. »

L'asystolie hépatique peut exister seule à l'état isolé et l'affection revêt alors les signes de la cirrhose vulgaire plutôt que ceux d'une cardiopathie. D'autres fois l'asystolie est d'emblée généralisée et ce n'est qu'ultérieurement qu'elle se fixe sur le foie. La jeune fille que nous observons rentre dans cette dernière catégorie de malades. Son état est peu rassurant en raison de la fréquence du pouls et des altérations hépatiques.

Le traitement comporte dans ce cas quelques indications particulières. La digitale est utile, mais son efficacité contre la dilatation du cœur est moins marquée que d'habitude, les parois

cardiaques étant fixées plus ou moins retenues en état de distension par les adhérences péricardiques, costales ou médiastines. Le régime lacté, la théobromine, les laxatifs seront prescrits pour activer la diurèse, exercer une action déplétive et favoriser les fonctions du foie. On devra éviter toutes les causes d'intoxication et proscrire sévèrement l'alcool. L'élément rhumatismal sera aussi combattu par une médication appropriée. Lorsqu'il surviendra des poussées congestives du côté du foie, il sera indiqué de les combattre par des émissions sanguines locales.

ASYTOLIE URÉMIQUE

Lorsque l'asystolie se produit chez un sujet antérieurement malade de ses reins, elle revêt une physionomie particulière due aux phénomènes concomitants de l'urémie. Ceux-ci n'ont pas seulement un caractère épisodique; ils prennent au contraire une place prépondérante dans le pronostic et le traitement.

Pour faire comprendre l'asystolie urémique, Merklen expose le cas d'une malade de quarante-trois ans, atteinte d'une néphrite chronique subaiguë à la suite d'une grossesse. Cette malade, mise au lait pendant une période trop courte, ne tarda pas à reprendre son régime habituel. Des malaises, de la céphalée, de l'œdème des jambes ne tardèrent pas à se montrer, puis les convulsions hystérisiformes jointes à une nervosité excessive. Au cours d'une discussion, elle fut prise d'une crise convulsive qui, à partir de ce moment, alla en se répétant tous les huit ou quinze jours. De la dyspnée survint, de la diplopie, de l'insomnie, lorsque quinze jours avant son entrée à l'hôpital elle fut prise de frissons répétés, d'un point de côté à gauche, de toux avec expectoration de crachats striés de sang. Il s'agissait d'une grippe avec congestion pulmonaire qui venait compliquer

la situation de la malade dont l'état était déjà des plus alarmants (Merklen).

Toute la nuit elle avait été agitée, délirante ; ses yeux étaient saillants, son corps thyroïde gonflé ; l'examen des pupilles révélait un myosis très accentué, un myosis urémique, ce que vint confirmer la présence de 3 gr. 50 d'albumine dans les urines. Il ne pouvait y avoir de doute sur l'existence d'une néphrite.

Le cœur était en hyposystolie, sa matité était augmentée ; et à l'auscultation on constatait une insuffisance mitrale fonctionnelle par dilatation du ventricule gauche. Le pouls battait régulièrement à 56 et la tension artérielle était de 24.

On pouvait ainsi, dit Merklen, formuler le diagnostic : *hyposystolie et urémies survenues au cours d'une néphrite diffuse subaiguë de six années de durée à l'occasion d'une congestion pulmonaire grippale.*

Le lait, la digitaline, la théobromine ne donnèrent pas de résultats. Un œdème provoqué par des injections de sérum artificiel dans le but de faire passer dans le tissu cellulaire sous-cutané les poisons du sang, ne donna pas de résultats, les chlorures injectés étant retenus. Une saignée de 150 gr. pratiquée avant les injections de sérum n'avait pas non plus produit d'effet. A ce moment survint une douleur rétro-sternale très vive, à laquelle fit suite la respiration de Cheyne-Stokes, qui fut rapidement guérie par la morphine à $\frac{1}{4}$ de centigr. par injection. La tension artérielle restait toujours fort élevée à 24°, la matité caréo-hépatique ne se modifiait pas, l'état restait stationnaire lorsqu'une pneumonie intercurrente emporta la malade.

L'autopsie confirma le diagnostic de néphrite chronique diffuse avec énorme hypertrophie du ventricule gauche. Congestion du foie et pneumonie terminale.

Cette malade n'avait pas été soignée pour sa néphrite, qui durait depuis six ans, n'étant pas surveillée. Elle avait très rapidement abandonné son régime et on ne peut s'expliquer l'extrême tolérance de son organisme que par une sorte d'accoutumance de longue date, par l'hyperfonctionnement des parties du rein restées saines, et surtout par l'énorme hypertrophie du ventricule gauche.

Le cœur, en effet, lutte contre un rein qui devient de moins en moins perméable et contre une pression artérielle qui tend à s'élever de plus en plus de 16 à 17° jusqu'à 20 à 24°. Dans ces conditions, dit Merklen, la moindre cause qui portera atteinte à l'intégrité fonctionnelle du cœur pourra être aussi le signal d'accidents graves. Ces causes peuvent être multiples, tant donné que la capacité du travail du cœur est utilisée jusqu'à ses dernières limites. Ce sera une fatigue causée par quelques heures de travail supplémentaire, ce sera une vive émotion, une intoxication, une infection même légère. A ce point de vue, les affections broncho-pulmonaires ont un rôle important en favorisant la dilatation du cœur droit et par conséquent la stase rénale. Le cœur gauche ne tarde pas à faiblir et l'équilibre circulatoire étant rompue, l'asystolie se manifeste tantôt par une hydropisie généralisée rapide, tantôt par des phénomènes urémiques, lorsque l'insuffisance rénale est très accentuée.

Est-il possible chez un asystolique rénal de déterminer la succession chronologique des phénomènes? En d'autres termes est-ce l'insuffisance du rein ou du cœur qui est prédominante? Pour résoudre ce problème, une étude complète de l'évolution de la maladie s'impose ainsi qu'une exploration méthodique des fonctions rénales et cardiaques. La symptomatologie fonctionnelle et générale donnera aussi des indications précises.

Le rein sera facilement incriminé si le malade est déjà

porteur d'une lésion rénale, s'il est artério-scléreux avec localisation rénale manifeste, s'il existe un bruit de galop avec hypertrophie ventriculaire gauche, s'il s'agit d'un ancien rhumatisant avec affection mitrale avec ou sans symphyse péricardique, si l'albumine au cours de l'asystolie atteint 3 gr. ou plus par litre. Mais la question devient plus délicate si les urines ne contiennent que peu ou pas d'albumine et si le malade ne présente aucun signe de néphrite antérieure. On ne saurait arguer de la polyurie et de l'abondance des urines, de leur peu de richesse en principes fixes, pour conclure à une lésion rénale primitive. Ces renseignements sont trop vagues pour une saine interprétation clinique et il faut s'en rapporter davantage aux réactions fonctionnelles de l'insuffisance rénale.

Celles-ci, en dehors des symptômes connus de l'urémie, résident dans deux accidents particuliers : l'*hypertension artérielle*, le *myosis*.

L'hypertension est caractérisée par un pouls dur, tendu, côtelé, difficilement dépressible et par une élévation de la pression à 22, 24 au sphygmo-manomètre alors, que la normale est de 16 à 17. Cette hypertension, malgré ses variations, constitue une forte présomption en faveur de l'origine rénale de l'asystolie. Quant à ses causes, elles nous échappent à l'heure actuelle ; il doit s'agir vraisemblablement d'un spasme artériel périphérique généralisé. Au stade ultime de la maladie, il peut y avoir hypotension.

Le myosis est fréquent dans les grands accidents urémiques.

Inutile de décrire ici les diverses formes de l'urémie, analysons simplement ce qui s'est passé chez notre malade.

Les vomissements du début et la diarrhée sont en rapport avec l'urémie gastro-intestinale. Celle-ci peut d'ailleurs se manifester simplement par une anorexie marquée, une langue rouge

et sèche, des ulcérations buccales, des hémorrhagies de l'estomac et de l'intestin.

L'*anxiété urémique* est encore un symptôme assez fréquent et que notre malade a présenté à son entrée dans le service. Elle avait de l'agitation, poussait des cris de telle façon que les autres malades étaient incommodés. A l'anxiété se joint une sorte d'angoisse avec resserrement épigastrique et difficulté de respirer. Le malade est inquiet, a peur, il a l'impression du danger, d'une mort immédiate.

« L'anxiété urémique, dit Merklen, peut être associée à des manifestations délirantes, à des troubles respiratoires, à des douleurs épigastriques. Le délire peut se traduire par des crises d'inquiétude, d'émotion, de peur de mort prochaine, avec scènes de larmes et d'adieux dont le malade sent l'exagération morbide mais dont il n'est pas le maître. D'autres fois ce sont des besoins impérieux de déplacement qui le poussent à marcher, à circuler fiévreusement dans sa chambre ou son appartement. C'est un délire anxieux ambulatoire. Dans d'autres cas, il est pris subitement d'hallucinations terrifiantes, ou d'idées de persécution ; il se croit l'objet de menaces, il est la proie d'ennemis imaginaires ; il s'assied brusquement dans son lit, et se répand en vociférations ou cherche à lutter contre les personnes qui veulent le maintenir. Chez beaucoup, ce qui domine, c'est l'anxiété hypochondriaque, la préoccupation constante de leur santé, le besoin d'en causer avec le médecin qu'ils réclament à tout moment, pour lui préciser en entretiens interminables des choses qu'ils lui ont déjà fait connaître à plusieurs reprises. Enfin viennent les préoccupations anxieuses de testaments, de devoirs religieux, de recommandations dernières ».

Le délire anxieux des urémiques est diurne ou nocturne, le plus souvent nocturne. Il peut être doux, tranquille, ou se tra-

duire par des plaintes, des gémissements, des cris parfois terribles nécessitant l'isolement. Des douleurs qui ont sans doute leur source dans des complications difficilement décelables coexistent souvent dans le délire urémique. On observe également des troubles respiratoires curieux consistant en des crises de *polypnée subite angoissante* ; le malade respire très vite et demande un soulagement. Très souvent, on constate la forme respiratoire dite de *Cheyne-Stokes* qui paraît en rapport avec de l'artério-sclérose cérébrale favorisée par l'urémie et l'asystolie. Ces crises de polypnée, alternant avec des pauses respiratoires, sont quelquefois accompagnées d'agitation, de délire hallucinatoire, de marottes incompréhensibles, puis le malade retombe inerte avec la pause respiratoire.

Il a semblé à Merklen que la respiration de *Cheyne-Stokes* est plus commune dans l'hyposystolie que dans l'asystolie, que l'apparition de l'œdème retardait cette complication, tandis que la résorption trop rapide de la sérosité infiltrée pourrait la faire apparaître.

Notre malade a succombé dans le coma. Avant cette phase ultime, on peut noter de l'aphasie, des paralysies transitoires, des convulsions épileptiformes, etc.

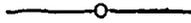
Le pronostic de l'asystolie urémique est grave ; on ne peut généralement espérer qu'une rémission. La plupart des malades sont emportés par des accidents cérébraux.

Le traitement est des plus difficiles. La médication anti-asystolique, digitale, théobromine, lait, peut réussir parfois à travers mille difficultés, parfois elle est tout à fait inefficace et dans ce cas, théobromine et digitaline deviennent des agents nuisibles, en ce sens qu'ils amènent des vomissements, de la céphalée et même des accidents cérébraux graves. Le lait lui-même peut empoisonner le malade, et dans des cas de pareille intolérance il

est indiqué d'avoir recours à l'eau pure. L'apparition de l'œdème peut calmer les accidents et il vaut mieux, dans ce cas, avoir recours aux mouchetures pour le faire disparaître qu'à la médication cardio-tonique et diurétique. Toutefois les injections sous-cutanées d'huile camphrée et de spartéine aideront à soutenir le myocarde.

Le chloral, quand il y a hypertension, la morphine ou l'héroïne, l'éther sont les médicaments de choix pour lutter contre la dyspnée et la respiration de Cheyne-Stokes. Le sérum de Trunecek exerce une action tonique, les injections de sérum physiologique sont plus nuisibles qu'utiles.

Se méfier des purgatifs violents qui pourraient parfois provoquer une hémorragie intestinale.



OBSERVATION



ULCERE GASTRIQUE DOUBLE AVEC PERFORATION



Par M. M.-A. VALLÉE et O. LECLERC.

Le 21 janvier dernier, se présentait dans le service du Dr Rousseau, venant des chirurgiens, F...66 ans fonctionnaire public à sa retraite, se plaignant de douleurs abdominales violentes avec vomissements de sang. Vieux dyspeptique à douleurs tardives, F...avait, au mois de juillet dernier, perdu connaissance sur la rue, indisposition causée, nous dit-il, par une indigestion

de framboises. Une injection de strychnine et 3 heures de repos l'ont remis sur pieds et il a pu continuer sa route vers Lévis. Le médecin qui l'a vu à ce moment nous a dit depuis qu'il n'a nullement songé à une cause gastrique, vu que F... n'en présentait aucun signe. Le régime lacté et un séjour de 4 mois à la campagne avait rétabli notre malade. Il a profité des réunions du jour de l'an pour reprendre l'alimentation ordinaire en débutant par un tout petit morceau de « pâté à la viande. » Il a été pris de douleurs violentes gastriques que rien ne pouvait calmer ; les vomissements n'ont pas tardé à entrer en scène, vomissements très acides, noirs et quelquefois verdâtres.

Malheureusement, jusqu'au 15 janvier, l'observation de notre malade a échappé à tout contrôle médical, il a fallu s'en tenir au témoignage du malade qui, à la vérité, raconte bien son histoire, mais qui ne peut fournir de renseignements précis, si on le presse un peu, il nous répond ; « Ah ! je souffrais tant, vous savez, je n'ai guère remarqué », ou quelque réponse analogue.

A son entrée en chirurgie le 15, notre malade se plaint des mêmes douleurs, il vomit de la suie délayée, et une potion prescrite par l'interne a été sans résultat. Le 16, nous voyons ce malade, à titre de curiosité : il est assis dans son lit, le faciès anxieux ; au paroxysme de sa douleur il se replie sur lui-même, fléchissant autant que possible ses cuisses sur le bassin. Le ventre est très ballonné, dur, sonore, impossible à palper, le thorax inférieur est immobile. Lorsqu'on demande au malade de désigner le siège de la douleur, il place sa main sur la région épigastrique et là seulement.

L'on a diagnostiqué une perforation de l'estomac, et prescrit la diète absolue, la glace à l'extérieur et des lavements au sérum-whikey. Ses douleurs ont cessé, mais les vomisse-

ments continuent ; la température rectale est à 100° et le pouls à 90°.

Dans la soirée il a passé des matières semi-liquides. Sommeil, 4 heures.

Le 17, la température est normale, le malade a bien eu quelques régurgitations, mais il ne souffre plus, il a deux selles noires semi-liquides.

Le 18, tempér. 96° avec hoquet et quelques régurgitations noires, il a passé une bonne nuit.

Le 19, on lui permet du lait et le 20 on supprime la glace. La douleur est revenue plus forte et avec elle les vomissements.

Le lendemain, il ne se produit aucune rémission, la nuit est mauvaise ; température normale.

Le Dr Rousseau, qui à ce jour, voit le malade, lui prescrit diète absolue et lavements nutritifs.

Le 23. F... ne souffre plus, mais il a eu quelques régurgitations très acides qu'on combat par le citrate de soude à petites doses.

Le ventre n'est plus ballonné ; mais il est toujours sensible. Comme tous les jours, la température est normale, les selles sont noires avec délaiée, le sommeil est bon.

Dans la soirée du 25, notre malade est déprimé, son pouls est faible, on lui fait une piqûre d'huile camphrée.

Le 26, le malade n'ayant pour ainsi dire pas souffert depuis 3 jours, et surtout à cause de son état de dénutrition, on lui permet lait et eau 60 grammes, toutes les heures, avec comme résultat, quelques petites douleurs.

Le 27, rien de particulier, si ce n'est une légère élévation de la température 99°

Dans la nuit de 27 au 28, surviennent subitement de très

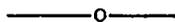
violentes douleurs abdominales, et le malade meurt vers 6 heures quelques heures après le début de la crise.

Pour une surprise, c'en était une que ce malade mourant, alors qu'on le croyait en voie de rétablissement une quinzaine de jours au moins après le moment présumé de la perforation. L'évolution avait pourtant bien démontré que la perforation était solidement enkystée. Avec le Dr Vallée, nous avons fait l'autopsie.

Dans 80 % des cas, on le sait, l'ulcère simple est unique. Sur l'estomac que nous avons aujourd'hui, au contraire, l'on trouve deux ulcères. L'un, le plus ancien, le plus grand siège à la partie postérieure dans la région supérieure et aux environs du pylore. C'est un ulcère chronique type à parois épaisses, ayant perforé l'estomac au niveau du pancréas, mais seulement après avoir formé autour de ce dernier organe des adhérences très fortes qui l'englobent totalement. Ces adhérences sont tellement fortes qu'à l'autopsie l'estomac a cédé, s'est déchiré et le pancréas est venu en entier avec la paroi. Des adhérences de même ordre s'étendent du côté du pylore et jusqu'au foie, mais ces dernières étaient plus fraîches et ont cédé plus facilement. A l'examen microscopique, on constate que le pancréas est très sclérosé, les tubes glandulaires étant complètement étranglés par du tissu fibreux. La partie du pancréas qui forme le fond de l'ulcère n'est nullement ulcérée et semble seulement sclérosée. Les tuniques de l'estomac sont considérablement épaissies dans toute la région avoisinante et totalement infiltrées de tissu fibreux. Cet ulcère a environ 4 centimètres de diamètre.

Un second ulcère siège dans la même région, mais à la partie antérieure ; il est de formation plus récente et on ne rencontre pas d'adhérences à son niveau, comme c'est le plus souvent la règle. Ce second ulcère a les dimensions d'une pièce de cin-

quante sous, il est taillé en biseau de dedans en dehors, et présente des bords épaissis sur une étendue beaucoup plus considérable que l'autre auquel il est, du reste, à peu près superposable.



HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

(Suite.)

Dans quelques articles précédents nous avons parlé des viandes, nous avons dit qu'elles exerçaient sur l'estomac un pouvoir excito-sécrétoire, qu'elles étaient d'une digestion assez facile. Mais après avoir franchi le pylore comment se comportent-elles ?

D'après Atwater, le coefficient de digestibilité des albuminoïdes est de 97% et celui des graisses de 95%; il s'ensuit que les viandes laissent un résidu intestinal très faible. Les albuminoïdes se putréfient facilement, elles augmentent les fermentations intestinales et par suite jouent un rôle primordial dans la genèse des infections gastro-intestinales.

Avant de donner les indications des viandes nous allons résumer dans un tableau le pourcentage en albuminoïdes et en graisses des principales viandes animaux de basse-cour, gibier, poissons :

	Albumin.	Graisses	Sels
Viandes de poules maigres	19	1	
" " grasses	18	9	
Dindon	24	8	

	Albumin.	Graisses	Sels
Oie.....	15	45	
Perdrix.....	25	1	
Canard.....	22	1	
<hr/>			
Lièvre.....	23	2	
Chevrenil.....	20	2	
Lapin.....	21	9	
<hr/>			
Œuf.....	12	12	
Blanc d'œuf.....	12	0.5	
Jaune ".....	16	31	
<hr/>			
Saumon.....	21	12	
Anguille de rivière.....	12	28	
Hareng.....	14	9	
Maquereau.....	19	8	
Alose.....	18	9	
Morue.....	16	0.3	
Esturgeon.....	18	2	
Carpe.....	15	4	
Truite.....	22	0.5	
Morue séchée et salée.....	81	0.7	1.5
" fumée " ".....	22	0.3	22
Hareng salé.....	18	16	16
" " et fumé.....	36	15	13
Homard.....	15	1	
Huitre.....	9	1	

Les aliments qui précèdent sont inférieurs à la viande des mammifères et des herbivores, et encore il faut les manger suivant l'expression sportive « *au bout du fusil ou de la ligne* » Leur putréfaction est facile et rapide (particulièrement pour le poisson), et d'autant plus nocive qu'elle ne se manifeste au début ni par l'odeur, ni par la saveur.

INDICATIONS DES VIANDES.—CONTRINDICATIONS

La viande et ses dérivés *excitent les sécrétions digestives*, c'est un aliment d'entraînement digestif qui trouvera ses indications dans toutes les hyposthémies gastriques de quelque nature qu'elles soient.

Son *rendement élevé en albuminoïdes* en font un aliment précieux chez les inanitiés et les cachectiques. Elle *relèvera la tension artérielle* des convalescents, des chlorotiques et le tuberculeux qui tolère bien la viande crue verra son état s'améliorer et sa nutrition se relever.

L'absence totale d'éléments hydrocarbonnés nous la fera prescrire aux *diabétiques et aux obèses* ; mais on devra l'interdire dans toutes les formes de manifestations intestinales à cause de sa putréfaction facile. Sa forte teneur en albuminoïdes nous la fera interdire aux gouteux, aux lithiasiques, aux rhumatisants, aux pléthoriques etc., tous malades chez qui l'on doit éviter la surabondance de déchets azotés. Son pouvoir hypertenseur la contrindique chez les cardiaques et les toxines qu'elle développe nous la fera rejeter de l'alimentation des maladies du foie et des reins.

C'est un aliment précieux qui a des indications et des contrindications les plus formelles.

VEGETAUX

On groupe les végétaux en 3 classes : les féculents, qui contiennent moins de 5% d'albumines ; les céréales qui en contiennent de 5 à 10 et les légumineuses qui ont une teneur en albumines de plus de 20%.

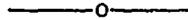
	Albumin.	Graisses	H.
Sagou	9.5		86
Arrow-root.....	I		86

	Albumin.	Graisses	H.
Riz.....	7		77
Blé canadien.....	11	3	67
Avoine.....	15	5	58
Seigle.....	13	2	68
Mais.....	14	4	68
Farine de Froment.....	10	1	74
Farine de seigle.....	11	2	68
Farine d'avoine.....	9	4	69
<hr/>			
Haricots.....	23	2	55
Pois.....	21	1	57
Fèves.....	24	1	56

Ce tableau montre les plus caractéristiques des végétaux réductibles en farines.

O. LECLERC.

(A suivre)



LA VACCINATION VARIOLIQUE FAIT-ELLE PREUVE ?

Il y a quelques jours, devant une cour de magistrat de cette province, un monsieur H. était poursuivi par sa municipalité, pour un compte médical etc., parce que l'on prétendait qu'il avait eu la variole.

Déjà deux médecins l'avaient condamné à la réclusion sous prétexte qu'il était variolé; un troisième est demandé par le supposé variolé, ce médecin fait son diagnostic, il trouve varicelle ou

picote marine telle que cela se rencontre assez souvent sur les bords de la Rivière Massachusett et même dans la province de Québec ; cette maladie n'est pas contagieuse. En passant qu'il soit dit que ce ne sont pas avec des exceptions que l'on bâtit des règles générales.

Depuis deux ans, qu'il arrive qu'une personne est affectée par-ci, par-là, de cette picote blanche, ou marine, aucune personne, ou enfant mis en contact direct avec ces varicellés n'a contracté la maladie

Donc elle n'est pas contagieuse.—Monsieur H. fort du diagnostic du troisième médecin a refusé de payer le compte qui lui était demandé parce qu'il n'avait pas eu la variole et qu'aucun de sa famille n'avait été affecté ; à part un de ses fils pensionnaire, qui avait contracté la maladie en même temps que lui dans des travaux identiques et soumis à une même action de chaleur et abreuvé de la même manière.

Pour soutenir son diagnostic, le troisième médecin eût l'idée de vacciner monsieur H. et son fils à la sortie de la maladie ; il est arrivé que le vaccin a pris de la meilleure manière du monde.

A part les dix jours de durée de la varicelle, pour laquelle les règlements d'H. P. ne prescrivent pas de quarantaine et une élévation de température, pendant les deux ou trois premiers jours d'incubation et les succès de vaccination, qui peut prétendre que M. H. a été affecté de la variole lorsqu'il n'y a eu que ces symptômes et quelques vésicules sur la figure et que ce monsieur travaillait et pouvait travailler comme d'habitude ?

Bien plus encore, un inspecteur du Conseil d'H. P. mandé sur les lieux pour faire exécuter la loi de quarantaine, c'est-à-dire environ huit jours après que M. H. eût été considéré comme variolé M. l'inspecteur a trouvé le fils occupé à travailler aux champs et il n'a pas été capable de dire lequel des deux fils, de ceux qui étaient en sa présence, avait été affecté de la maladie supposée variole.

M. l'Inspecteur a dit à M. H. « vous pouvez travailler »—Mais la quarantaine a été maintenue pendant environ vingt jours.

Si ces personnages eussent été affectés de variole, il est certain

qu'au bout de huit à dix jours, il eût été facile de voir les tubercules qui se trouvent à cette période de la maladie dans toute leur beauté ! Tandis qu'avec la varicelle tout était quasi resorbé.

Quelqu'un est-il intoxiqué par un poison quelconque, on mande deux médecins, ceux-ci prétendent que ce n'est pas un cas d'empoisonnement, un troisième déclare qu'il croit que c'est de l'empoisonnement ; après la mort on fait la preuve analytique et l'on trouve du poison dans les viscères.—Qui était dans le vrai ?

Quelqu'un meurt-il de phtisie, on examine les poumons après la mort, on trouve les tubercules — S'il était arrivé par hasard qu'un ou deux médecins eussent soutenu qu'il n'y avait pas tuberculose. L'analyse serait-elle une preuve ? J'ose le croire.

Eh bien, dans le cas de variole, nous avons principalement deux moyens pour porter la conviction ; l'examen bactériologique du pus et la vaccination ; il est bien entendu que ceci est à part tout le cortège de symptômes que traîne cette maladie.

Or, peut-on soutenir que quelqu'un qui serait supposé avoir eu la variole puisse recevoir le vaccin variolique avec succès immédiatement après—soit environ cinq mois ?

Voilà donc un point intéressant sur lequel un tribunal de magistrat est appelé à se prononcer.—Il ne fait doute pour personne que cet honorable magistrat consultera avant que de prononcer un jugement quelconque dans cette affaire.

Le médecin qui a soutenu qu'il n'y avait pas existé de variole a consulté d'autres confrères, non-intéressés, non en société ; quoi, des médecins isolés, indépendants les uns des autres, tous sont tombés d'accord à dire qu'il n'y avait pas eu de variole, le vaccin ayant pris avec succès à la période mentionnée. DR BOUILLON.

LE CODE MÉDICAL

Enfin, un exemplaire de la refonte de la loi médicale de cette province nous arrive.

Permettez, M. le Rédacteur, que je vous soumette sans plus

tarder, les défauts que l'on trouve à première lecture de cette loi projetée.

La clause 117 doit dire dans quel endroit la plainte portée, en vertu de ce chapitre, devra être entendue.

Il semble que cela devrait être mentionné. Le lieu ou district, où l'offense a été commise devrait être le lieu propice.

Le troisième paragraphe de la clause 140 doit dire : « Toute personne, ou toute compagnie, ou toute société », car si ce n'est pas dit, on pourra difficilement atteindre notre but proposé. Il doit aussi contenir un dispositif rendant passible d'amende chacune des personnes de la dite compagnie ou société.

Ce projet de loi arrive un peu tard pour le discuter, il faudrait donc travailler à le faire renvoyer, si l'on ne veut pas accorder aux médecins de campagne ce qui leur est dû.

Les paragraphes 5 et 7 de la clause 140 ainsi que la clause 142, doivent dire, qu'un membre du Collège de Médecins et Chirurgiens a aussi le droit de poursuivre et dans ce cas l'amende lui appartient.

Pourquoi le Collège veut-il priver ses membres du droit de se protéger? — Depuis des années, le Collège a eu le monopole des poursuites, et des médecins de campagne se sont trouvés dans l'impossibilité de se protéger.

Voici un charlatan ambulante, il va d'une paroisse à l'autre, il est inconnu; un médecin du lieu se met en relation avec le Bureau du Collège; ça prend 8 à 10 jours avant d'avoir une réponse et être prêt à procéder, puis, s, v, p, le Collège a un avocat spécial, on ne peut le trouver, pendant ce temps, le charlatan file, et le médecin de la campagne a perdu son temps et son argent.

Il doit y avoir une fin à cela.— Si un médecin soit de Gaspé, soit de la Beauce, a souffert du charlatanisme c'est lui qui doit bénéficier des pénalités lorsqu'il a pris une action.

Le Collège des médecins doit pourvoir au bien de ses membres, non pas soutirer en privant.

DR BOUILLON.

MODE DE CONTAGION DE LA TUBERCULOSE

MM. LeNoir et Camus ont fait vivre trois lots de cobayes pendant plusieurs semaines dans une salle de tuberculeux. Le premier lot a été placé sur le sol, dans une cage ouverte accessible aux malades ; le deuxième aussi sur le sol mais isolé de tout contact direct avec les malades par une toile métallique, et le troisième lot a été placé dans une cage près du plafond.

Or, 1 sur 4 cobayes du 1er lot, 1 sur 5 dans le deuxième et 2 sur 3 dans le troisième sont devenus tuberculeux. Les cobayes des 2e et 3e lots ont nécessairement pris l'infection par les poussières.

MODE D'ADMINISTRATION DE L'IODURE DE POTASSIUM

M. de Prado préconise l'emploi dans l'intervalle des repas d'une solution d'Iodure de potassium à 10 grammes pour 30 grammes d'eau par gouttes avec du bicarbonate de soude, de l'eau filtrée et du miel. Il est parvenu ainsi à faire prendre 1 gramme à 2 grammes d'iodure chez des sujets qui présentaient une intolérance marquée. Il préconise un mode d'administration analogue pour le salicylate de soude et le mercure.

L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME

Moslariello administre l'iodure de potassium de la façon suivante contre le rhumatisme articulaire aigu : Le 1er jour, il donne 6 grammes, le 2e, 5 ; le 3e, 4 ; le 4e, 3, etc., tout en donnant une alimentation très fortifiante. La fièvre et la douleur disparaissent entre 1 à 3 jours.

CONTRE LES ECZÉMAS REBELLES DES MEMBRES

Après un nettoyage prolongé de la peau, appliquer une bonne couche de *coaltar brut* (Brocq) qui sera laissée 4 heures en place.

Remplacer alors par :

Icthyol	2	
Oxyde de zinc	} ââ 12	.
Amidon		
Vaseline	25	

Renouveler ces applications successives à deux ou trois reprises.

Le Dr Mathieu, de Québec, prescrit dans la tuberculose au début :

Arséniat de soude	0.10	gramme
Eau de laurier-cerise.....	50	—
Eau filtrée..	200	—

Une cuillerée à thé dans un peu d'eau avant les repas.

CONTRE LA GALE

Après un bon lavage de tout le corps, le malade appliquera par toute la superficie de la peau la pommade suivante :

Soupe sublimé.....	10	grammes
Carbonate de potasse.....	5	—
Eau.....	5	—
Huile d'amandes douces.....	5	—
Axonge.....	35	—

On lui conseillera de changer sa literie, de remettre des sous-vêtements bien nets, de bien faire bouillir les vêtements qu'il aurait portés pendant sa maladie.

La « frotte », suivant l'expression consacrée à l'hôpital St-Louis, ne se fera qu'une seule fois ; on devra attendre une dizaine de jours avant de la recommencer.

Dans les diarrhées rebelles à tout traitement, l'on obtiendra de bons résultats de l'emploi de l'acide chlorhydrique dilué à la dose de 10 gouttes 3 fois par jour.

La digitale est le type des médicaments qui s'accumulent dans l'organisme, on devra donc l'administrer avec prudence surtout chez les cardiaques.

Un bon mode d'administration est le suivant :

Solution de digitaline cristallisée. 50 gouttes

A prendre en 1 à 5 jours. Renouveler tous les mois. L'on fera bien de préparer le malade par régime lacté absolu pendant 5 à 10 jours. On l'associera volontiers à la théobromine pendant l'intervalle.

Théobromine. 0 gramme 40 à 50

Pour un cachet : Un 3 fois par jour

CONTRE LES DOULEURS PREMENSTRUELLES

Codéine. 0.05 gramme

Hydrate de chloral. 1 —

Bromure d'ammonium. 1 —

Eau camphrée. 30 —

à prendre en une fois au moment du coucher

CONTRE LES DOULEURS D'ESTOMAC

Sirup de morphine	} 30 grammes
Eau chloroformée	
Sirup d'écorces d'oranges	

2 cuillérées à café toutes les demi-heures jusqu'à sédation de la douleur.

CONTRE L'URETHRITE AIGUE

Sulfate de zinc.....	1	gramme
Acétate de plomb.....	1	—
Teint. d'opium }	ââ 8	—
Teint. de catéchu }		
Acide carbolique.....	5	gouttes
Eau ad.....	500	grammes

En injection dans l'urèthre au moyen d'une seringue, comprimer les fosses naviculaires de façon à laisser le mélange se déposer puis après 5 à 10 minutes laisser échapper le trop-plein.

CONTRE LE PRURIT

Salicylate de méthyle.....	2	grammes
Oxyde de zinc }	ââ 20	—
Vaseline }		

En onctions.

CONTRE LES NEURALGIES SURTOUT LES NEURALGIES DU TRIJUMEAU (HIRSCHKRON)

Extrait de chanvre indien.....	0.50	grammes
Acide salicylique.....	5	—

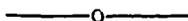
Divisez en 10 cachets et prendre 3 par jour.

TOPIQUE CONTRE LES CORS ET LES VERRUES

Acide salicylique.....	1	gramme
Cannabine.....	0.25	—
Alcool à 90.....	1	—
Ether à 60.....	2.50	—
Collodion élastique.....	2.50	—

OPIAT DENTIFRICE CONTRE LA GENGIVITE
CHRONIQUE

Charbon pulvérisé..... 2 grammes
Chlorate de potasse pulv..... 1 —
Hydrolat de menthe q. s.



ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT
DE JOLIETTE



Décembre 1908.

Présidence de M. le Dr Charles Bernard.

Membres présents : J.-A.-D. Magnan, J.-P. Laporte, J.-O. Pelletier ; Th. Gervais, Jos. Marion, J.-W. Gaudet, L.-A. Masse J.-A. Paquet, Jos. Lippé, J.-J. Sheppard, G. Desrosiers, Jos. Melançon, J.-A. Magnan, A. Laurendeau.

Monsieur le Dr Gaudet est admis membre de l'association.

Hôpital Saint-Eusèbe de Joliette. — Monsieur le Président fait l'historique de la fondation de cet hôpital dans la ville de Joliette. Il rappelle qu'il y a quelques années, l'association avait pris l'initiative au sujet de cette fondation, en nommant une commission dont M. le Dr Sheppard était président, laquelle s'est abouchée avec Monseigneur Archambault, le priant de vouloir bien prendre sous son patronage l'érection de cet établissement dont le besoin se faisait sentir dans la ville de Joliette. L'association offrait à Monseigneur le concours de tous les médecins du district de Joliette, pour travailler au succès de cette œuvre si humanitaire.

Nous constatons, ajoute M. le Dr Bernard, par une annonce parue dans « l'Etoile du Nord » que cet hôpital est maintenant en opération, et ouvert au public malade qu'on invite à encourager. Il est dit dans cette même annonce, que M. le Dr Marion a la charge de cet hôpital. M. le Président demande s'il est à la connaissance de quelqu'un des membres, que l'association ou la profession médicale ait été consultée, quant au plan, à la construction à l'aménagement, au choix de l'outillage et du médecin en charge du dit hôpital.

M. le Dr Sheppard regrette que la profession n'ait pas été consultée lors de la création de cette institution dont l'objet est médical et destinée à des fins publiques.

La plupart des membres présents font des remarques dans le même sens. M. le Dr Laurendeau veut bien croire que ce n'est pas par mauvaise volonté, mais bien plutôt par oubli que les autorités religieuses ont omis de prendre l'avis des médecins lors de la création et de l'installation de l'hôpital Saint-Euzèbe.

Re tarif des compagnies d'assurances.—Proposé par M. le Dr Sheppard, secondé par M. le Dr Laporte :

Que le tarif de \$5.00 pour chaque examen en faveur des compagnies d'assurances soit maintenu dans son intégrité.

Le Dr Laurendeau insiste encore une fois sur l'injustice qu'il y a vis-à-vis des compagnies qui nous accordent \$5.00, à ne charger que \$3.00 ou \$4.00 pour d'autres compagnies qui luttent contre les premières. Il est un fait^{tr} singulier qui est venu à ma connaissance et dont je tiens à faire part aux membres de l'Association : c'est que les compagnies d'assurances qui refusent d'accepter notre tarif, accordent à leurs agents une commission plus élevée que celles payant \$5.00 par examen à leurs médecins. Il semblerait que ces compagnies rognent l'honoraire du médecin pour ajouter à la commission de l'agent ; si

cette méthode est profitable au point de vue des affaires, ce dont je doute, elle est inacceptable au point de vue de l'équité, de la morale.

Finalement la proposition de M. le Dr Sheppard est emportée d'emblée à l'unanimité des votes.

L'association décide de payer un an d'abonnement au journal *Le médecin de campagne*, à chacun de ses membres.

Re Charlatans.—Le président du « Comité des charlatans » fait rapport que nos avocats ont négligé de prendre action dans les délais établis par la jurisprudence contre les charlatans Mireault et Destrempes.

Il est alors proposé par M. le Dr G. Desrosiers, secondé par M. le Dr. J. Marion : Qu'à l'avenir MM. Dugas et Hébert soient nommés avocats de l'association en remplacement de MM. Renaud et Guilbault.

Proposé en amendement par M. le Dr Sheppard, secondé par M. le Dr Laporte que MM. Renaud et Guilbault continuent à agir comme avocats de l'association. Ont voté pour l'amendement MM. les Drs Laporte, Sheppard et Gaudet.

Ont votés contre : MM. les Drs Desrosiers, Marion, Pelletier, Magnan et Laurendeau. La motion principale est adoptée sur la même division.

Re Projet de loi médicale.—Le Dr Laurendeau demande la parole.

Messieurs : Le Bureau des gouverneurs, à son assemblée de septembre, a étudié le projet d'acte médical qui vous a été soumis à notre dernière réunion et a définitivement adopté les grandes lignes de ce projet. Comme vous pourrez le constater nous avons fait quelques changements dans l'agencement des sections, la phraséologie des articles, mais ces modifications ne

servent qu'à rendre plus intelligibles les diverses parties de notre loi.

A la demande du Bureau, sur les conseils de M. le gouverneur Sirois, nous avons remanié presque entièrement la procédure du Conseil de discipline, et à cet effet nous nous sommes inspirés du projet de loi médicale inscrit dans le « Rapport de la Commission chargée de la revision et de la refonte des Statuts de la province de Québec, » et surtout du « Code du Notariat. » Nous avons simplifié la procédure des causes portées devant le Conseil, et ce qui importe davantage, nous avons conféré à ce Conseil et au Bureau le pouvoir de modifier cette procédure, suivant les besoins ultérieurs, par simple réglementation.

Messieurs, notre loi est au point, il ne lui manque que la sanction des Chambres, sanction que nous n'obtiendrons peut-être pas sans opposition. J'espère toutefois que la députation saura comprendre la légitimité de nos réclamations. Nous ne demandons rien de plus que les autres professions libérales ne possèdent déjà ; nous avons l'assentiment des universités et enfin chose heureuse, certains députés dont l'un de notre district, entr'autres ont été relegués aux soins de leurs pénates par le peuple qui sait parfois discerner le vil plomb du bon métal. Il ne faut, je crois, de notre part qu'un petit effort pour atteindre notre but,—mais cet effort nous est un devoir ; devoir envers nous-mêmes, et envers ceux qui nous succéderont. Nous avons l'obligation morale, étant tous professionnellement solidaires d'employer l'influence que chacun de nous peut avoir sur son député, pour le succès de notre bill.

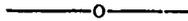
Si cette loi n'était pas adoptée, nous aurions fait une dépense importante, une somme de travail importante, en pure perte,—et de longtemps, nous ne pourrions retourner devant la Législature. Au nom de la Commission de Législation, du Bureau des

Gouverneurs, dont je suis en ce moment le porte-parole, je vous supplie donc, dans l'intérêt de la profession, de nous accorder votre entier concours et de faire tout en votre pouvoir auprès de la députation pour faire adopter cette mesure.

Le comité de régie fait rapport qu'à la prochaine séance le sujet suivant sera soumis à l'étude : *Fèvres puerpérales*.

Et la séance est ajournée au second lundi de mars à Joliette.

ALBERT LAURENDEAU, Sec.



BIBLIOGRAPHIE



RAYMOND MEUNIER. — **Le Hachich: Essai sur la Psychologie des Paradis éphémères.** 1 vol. 219 pages avec 3 planches hors texte. Prix : 3 fr. in *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*, BLOUD, éditeur, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VI), 1909.

Le hachich a semblé à M. RAYMOND MEUNIER, la substance par excellence permettant aux psychologues et aux physiologistes de suivre le mécanisme d'une intoxication. M. R. MEUNIER étudie donc cette intoxication en elle-même et pour elle-même ; mais il pense, ce faisant, apporter des données un peu précises sur *cette psychologie du bonheur* qui reste à faire tout entière et qu'il est si délicat de tenter.

CHAPITRE I. — *Le Hachich*. Un premier chapitre considère le hachich au point de vue historique, chimique, et géographique, les produits pharmaceutiques et les préparations orientales.

CHAPITRE II. — *Les Hachichins*. Intoxications excitantes ou déprimantes. Le hachich recherché pour son action excitante, exaltante ou euphorique. Les peuples hachichins. L'école romanti-

que. Textes d'HOMÈRE et de MARCO POLO. THÉOPHILE GAUTIER. BAUDELAIRE. Le Hachich révélateur de notre fonds mental subconscient. Art de faire varier les effets du hachich. La suggestibilité et l'auto-suggestibilité hachichique. Tout hachiché est un hystérique d'un moment.

CHAPITRE III. — *L'ivresse hachichique*. Caractéristiques de l'ivresse hachichique. Expériences, observations et descriptions de MOREAU DE TOURS, CHARLES RICHTER, GLEY, P. RONDEAU, N. LANGE, BINET-SANCLÉ. Cas divers. Dosage et accoutumance.

CHAPITRE IV. — *Les recherches et les théories neurobiologiques*. Expériences sur les animaux. Le hachich, poison bulbaire et de l'écorce cérébrale. Théorie amiboïste de BINET-SANCLÉ. Critique.

CHAPITRE V. — *La folie hachichique*. La pseudo-folie hachichique de BAUDELAIRE. Les formes de la folie hachichique en Orient. Statistiques. Les causes psychologiques d'une intoxication.

CHAPITRE VI. — *Le hachich, le rêve et la folie*. Critique de la théorie de MOREAU DE TOURS, selon lequel l'ivresse hachichique, le rêve et la folie seraient trois états psychologiques identiques.

CHAPITRE VII. — *L'action thérapeutique du hachich*. Les multiples essais pour utiliser le hachich en thérapeutique. Expériences de N. VASCHIDE et PAUL MEUNIER à l'asile de Villejuif. Pour l'auteur, dans l'état actuel de nos connaissances sur le chimisme du hachich, il doit surtout servir comme moyen thérapeutique médiateur, et non immédiat, permettant d'explorer le fond émotif subconscient du malade, et aidant considérablement au pronostic. Il faut cependant aussi être conseillé dans les états d'excitation pour tenter un emploi de la méthode substitutive

Conclusions générales. — Résumé des idées de l'auteur sur l'intoxication hachichique et point de vue psychosocial.

Index bibliographique contenant 107 titres de travaux français et étrangers.

DIGESTION ET NUTRITION. *Aperçus de médecine pratique*, par le Dr E. MONIN. — VIGOT Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. — Un volume in-18 cartonné. . 4 fr.

Sous ce titre, DIGESTION ET NUTRITION, le Dr E. Monin vient de publier un ouvrage extrêmement pratique, d'une précision et

d'une clarté parfaites, et tenu soigneusement au courant des conquêtes les plus récentes en clinique et en thérapeutique. L'ouvrage, d'ailleurs, porte ce sous-titre modeste : « *Aperçus de Médecine pratique* » et s'adresse au médecin-praticien ainsi qu'au public instruit et éclairé.

Le régime rationnel, les intoxications alimentaires, les principales affections du tube digestif et de ses annexes sont, d'abord, traités, avec un grand luxe de préceptes d'hygiène et de formules pratiques. L'auteur aborde, ensuite, les diverses modalités de l'arthritisme et fait aussi une fructueuse incursion dans le domaine des affections respiratoires, circulatoires et cutanées, considérées comme liées à un état constitutionnel. L'ouvrage se termine par des considérations intéressantes sur la défense de l'organisme et sur sa dépuración.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1909, par H.

BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr **HUCHARD**, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 de 352 pages. Cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Haufefeuille à Paris).

Est-ce moi qui ai porté bonheur au *Formulaire des médicaments nouveaux* ? Je ne le crois pas ; c'est l'auteur très compétent, M. **BOCQUILLON**, qui est le principal artisan du succès, sans parler de l'éditeur, un perpétuel récidiviste pour la publication d'œuvres utiles.

Je pense plutôt que c'est le livre qui m'a porté bonheur, puisqu'il m'a permis de vivre jusqu'à la 20e édition. Alors, je lui demande encore dix années pour avoir le double agrément, de vivre d'abord, et de redire ensuite en 1917 pour la 30e édition tout le bien qu'il faut penser de cette publication. Mais, sera-ce bien utile, et 20 comme 30 éditions ne sont-elles pas suffisamment éloquents par elles-mêmes, sans qu'il soit besoin d'une nouvelle introduction.

Après ces dix ans, je ne réponds plus de rien, sauf du succès constant de ce petit livre qui aura l'avantage inappréciable de nous survivre très longtemps. Il est de ceux qui ne doivent pas disparaître, puisqu'il renseigne tous les ans, d'une façon brève et précise, tous les praticiens du monde sur les nouvelles acquisitions de la thérapeutique, en laissant de côté celles qui n'ont pas de lendemain.

En faisant réimprimer pour la vingt et uatrième fois le *Formulaire des médicaments nouveaux*, M BOCQUILLON-LIMOUSIN ne s'est pas contenté d'une révision sommaire : il a fait de nombreuses et importantes additions à mesure que les nouveautés se produisaient-

Citons en particulier : *Acoïne, aëco-quinine, almatéine, alsol, ammonium (benzoate d'), anisothéobromine, arsénogène, artérénel (chlorhydrate d'), autane, asquirrol, bacillol, bromocolle, brométhylate de morphine, bromotal, calcium (bibrome-béhénate de), calcium (iodate de) camphosal, carosuccin, coryloforme, coryphine, dyspeptine, estlone, euphorbia peplus, fluorosforme, formestone, formicine, formidine, fulgural, glycérique (acide), galac-saponine, gallogène, griserin, hétraline, hémoméron (chlorhydrate d'), hydroxycastéine, iatrévine, ichtyolidine, idocol, iodoméline, lithine (salolo-phosphate de), lysane, lysosol, métal, néoforme, neu-sidonal, nizine, paralysol, pyroïdone, pyrologèneux, quictol, rotra, salocréol, sodium (cholinate de) sodonaphyl, sulfopépsine, sulfogénol, sullacétine, tannobromine, tannathymal, tannyl, thaolaxine, thiodines, thymotal, tuberculine C. L., urogosane, vasenol, viscosal.*

H. HUCHARD.

L'Art pratique de formuler, par le docteur LEMANSKI. *Troisième édition* complètement refondue et mise d'accord avec le nouveau Codex. Un vol. in 16 de 304 pages. Prix cartonné : 4 francs Paris, 1909. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Un des reproches les plus fréquents faits aux médecins, jeunes ou vieux, par les pharmaciens, c'est d'ignorer la thérapeutique et de ne pas savoir formuler. Sans chercher le bien fondé de cette accusation, l'on peut affirmer que la connaissance approfondie de la thérapeutique s'impose au médecin. L'étude de cette science indispensable est seule capable, de toute évidence, de lui donner toutes les qualités nécessaires pour bien formuler.

Mais, malheureusement, dans les traités didactiques où sont analysées l'action des médicaments et leurs indications, on est généralement peu prodigue de développements sur *l'Art de formuler* ; quelques esquisses incomplètes données sous forme de conseils trop concis ne suffisent pas pour les besoins de la médecine de

chaque jour au lit du malade, pour les exigences de la vraie thérapeutique du praticien.

Dans son livre, le docteur Lemanski s'est proposé de réunir quelques données générales sur l'art de composer une formule et de grouper des renseignements épars dans les livres et difficiles à assembler ; ainsi condensés, ils seront facilement assimilables et, avec un peu de persévérance, au sortir de cette lecture, on saura faire une ordonnance.

Un ouvrage sur l'art de formuler ne peut être analysé ; il nous suffira d'énumérer quelques titres de chapitres : Valeur morale de l'ordonnance ; De quoi se compose une formule ; Classification des médicaments ; Des incompatibilités ; De différentes voies d'absorption ; La révulsion ; Exercices formulaire ; Sérothérapie et opothérapie ; Antiseptiques ; L'art de formuler chez les enfants.

L'auteur a pris soin de mettre toutes les formules données comme type en concordance avec le nouveau *Codex medicamentarius*. Les nombreuses améliorations apportées à cette édition et sa présentation sous un cartonnage élégant lui assureront encore plus de succès qu'à ses devancières.

Dr Henri BOUQUET. — **L'Évolution psychique de l'Enfant.**
1 vol. in-16. Prix : 1 fr. 50. *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de métapsychic.* BLOUD, éditeur, 7, place Saint-Sulpice. Paris (VI^e). — En vente chez tous les libraires.

Le docteur Henri Bouquet, psychologue et spécialiste des maladies d'enfants, résume en cette étude les données de son expérience personnelle sur l'évolution de la mentalité humaine dans les premières années de la vie. Le moment même de la naissance et les premières sensations de la vie sont analysées. Puis c'est l'apparition des premières manifestations de l'activité sensorielle : vue, ouïe, goût, odorat, toucher. La marche, le langage surtout sont des manifestations mentales plus complexes et d'un caractère déjà plus spirituel. Enfin l'auteur aborde directement la psychologie des tout petits enfants : habitude, mémoire, vie affective, peur, imagination, fétichisme, sens esthétique, éthique, etc.

Ce volume, tout plein d'une savante expérience, est une très

utile mise au point d'une question capable d'intéresser non seulement les spécialistes, mais les pères et mères de famille et en général tous ceux que préoccupent les questions d'éducation et psychologie infantile.

Docteurs A. MARIE (de Villejuif) et RENÉ MARTIAL. — **Travail et Folie, Influences professionnelles sur l'étiologie psychopathique.** 1 vol. in-16 *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie.* Prix : 1 fr. 50 BLOUD, éditeur, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe). En vente chez tous les libraires.

Le problème des rapports entre le travail et la folie, remet en question beaucoup de notions considérées pratiquement comme définitivement acquises, mais toujours discutables au point de vue philosophique.

Les auteurs ne prétendent pas, en cet opuscule, déclarer que, dans tel ou tel cas, le travail est la cause de la folie. Toute maladie, mentale ou autre, relève de causes multiples et, dans chaque cas, chacune des causes occupe dans l'ensemble des causes étiologiques une place d'importance différente et variable.

Ce que les auteurs ont essayé de déterminer c'est donc la part que prend le travail, manuel ou intellectuel, dans l'ensemble étiologique, dont relèvent les psychoses, et d'un autre côté la proportion des travailleurs atteints de psychoses, comparée à la totalité des travailleurs de chaque profession.

Ce livre représente donc surtout un travail de documentation. Mais il sera aussi quelque chose de plus : un travail de discussion et de raisonnement scientifiques, car l'étiologie de certaines psychopathies provoque l'examen de quelques opinions reçues ou à recevoir au sujet de l'étiologie vésanique.

Ce travail comble une lacune, car il est, dans la littérature médico-psychologique française, le premier qui entre au vif de la question, en se basant sur un matériel d'observations considérable.

ARGUS DE LA PRESSE

FONDÉ EN 1879

Le plus ancien bureau de coupures de Journaux

« Pour être sûr de ne pas laisser échapper un journal qui l'aurait nommé, il était abonné à l'*Argus de la Presse*, « qui lit, découpe et traduit tous les journaux du monde, et en fournit des extraits sur n'importe quel sujet ».

HERCTOR MALOT (ZYTE p. 70 et 323)

« De ce flot montant d'articles de journaux que l'*Argus de la Presse* envoyait à Vallobra, matin et soir, un tiers environ était étranger ; il y en avait de toutes les nations et dans toutes les langues ; les anglais, les allemands dominaient ; ils étaient même les plus sérieusement faits ».

PAUL ALEXIS (VALLOBRA, p. 185-186).

« Continuez-moi ponctuellement l'envoi de vos *Argus*, qui m'ont toujours rendu de réels services ».

(Lettre du Marquis de Morès, 1893).

L'*Argus de la Presse* se charge de toutes les recherches rétrospectives et documentaires qu'on voudra bien lui confier.

L'*Argus* lit 3,000 journaux par jour.

Ecrire 12 rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

Adresse Télégraphique : ACHAMBURE-PARIS.

Les Hallucinations télépathiques, par N. VASCHIDE, directeur-adjoint du laboratoire de Psychologie pathologique de l'École des Hautes-Études.

Le Spiritisme dans ses rapports avec la Folie, par le Dr Marcel VIOLLET, médecin des Asiles.

L'Audition morbide, par le Dr A. MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif, directeur du laboratoire de Psychologie pathologique de l'École des Hautes-Études.

Les préjugés sur la Folie, par la Princesse LUBOMIRSKA.

La Pathologie de l'Attention, par N. VASCHIDE et Raymond MEUNIER.

Les Synesthésies, par Henri LAURES.

Prix de chaque volume : 1 fr. 50, franco : 1 fr. 75.