

PAGE

MANQUANTE

Hypothyroïdie et hyperthyroïdie symptomalogie, physiopathologie et traitement

Par le Docteur Eugène Latreille

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Membre correspondant de la société anatomique de Paris, Membre correspondant de la société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris. Professeur suppléant d'anatomie pathologique à l'Université Laval de Montréal.

Dans l'exposé succinct que je me propose de faire de la symptomatologie et du traitement de certaines affections du corps thyroïde, je ne comprendrai pas dans mon sujet les affections banales de cette glande, telles que les inflammations, la tuberculose, la syphilis et les tumeurs. Les goîtres même, quant à leur variété anatomique et aux symptômes qu'ils présentent, en temps que goître (volume, compression,) seront également écartés de cette étude; je traiterai seulement ce soir, de certains points de la physiologie pathologique de la glande thyroïde, et à cette occasion je passerai rapidement en revue le syndrome de l'insuffisance thyroïdienne, je toucherai seulement à l'histoire de l'hyperthyroïdie, beaucoup moins intéressante; et je terminerai par le traitement des affections thyroïdiennes par la médication opothérapique.

Permettez-moi d'abord, Messieurs, de rappeler en quelques mots, l'anatomie, l'histologie et la physiologie du corps thyroïde. Situé à la partie antérieure et inférieure du larynx, au devant des premiers anneaux de la trachée, la glande thyroïde est composée de deux lobes ovoïdes, réunis par une lame glandulaire intermédiaire appelée isthme. C'est une glande à sécrétion interne, c'est-à-dire, une glande qui déverse sa sécrétion dans le sang et qui n'a pas de conduit excréteur.

Histologiquement, le corps thyroïde est formé de vésicules closes remplies d'une substance colloïde et d'amas de cellules épithéliales embryonnaires, qui sont des vésicules rétractées pour certains auteurs, et des glandes interstitielles pour d'autres; enfin du tissu conjonctivo-élastique contenant les vaisseaux, les lymphatiques et les nerfs forme la trame de ce tissu. Chaque vésicule close est formée d'une paroi de nature conjonctive, tapissée d'un épithélium. Les cellules de cet épithélium sont de deux sortes: les unes dites cellules principales ont un protoplasma clair, les autres, cellules colloïdes, ont un protoplasma granuleux. La matière colloïde qui remplit les vésicules closes est le produit de la sécrétion des cellules de la paroi. La cellule principale devient cellule colloïde

puis celle-ci laisse échapper son contenu qui d'abord granuleux prend un aspect homogène, et c'est cette substance homogène colloïde qui remplit la vésicule. Cette substance colloïde quitte bientôt la vésicule, passe dans les lymphatiques, et de là, dans la circulation générale.

Le corps thyroïde est une glande vasculaire sanguine produisant par sécrétion interne une substance qui agit sur les centres nerveux et secondairement sur la nutrition générale, cette substance, ce produit de sécrétion ayant pour fonction de détruire une autre substance, une substance toxique qui s'accumulera dans le sang si le corps thyroïde est enlevé et qui amènera ainsi l'auto-intoxication myxoédémateuse, la cachexie strumiprive.

Donc deux substances à étudier: 1^o le produit de sécrétion du corps thyroïde: le contre-poison; 2^o le poison ou la substance toxique contre laquelle est dirigé ce contre-poison.

Le principe actif du produit de sécrétion du corps thyroïde a été isolé par Baumann et appelé par lui: iodothyryne. La iodothyryne injectée aux animaux produit les mêmes effets que l'extrait total de corps thyroïde. La iodothyryne résulte en somme de la fixation par le corps thyroïde de l'iode de l'économie. L'action physiologique de la iodothyryne sur le coeur est dépressive; d'autre part cette substance accélère les échanges organiques et augmente l'excrétion urinaire, celle de l'urée, des chlorures des phosphates, etc.....

Enfin certains auteurs prétendent que le corps thyroïde ne sécrète pas seulement de la iodothyryne, et voici les raisons qu'ils donnent: Si la sécrétion colloïde est entravée, la glande restant en place, l'infiltration myxoédémateuse des téguments n'a pas lieu; cette infiltration myxoédémateuse des téguments n'aura lieu que si la glande est enlevée; ce qui prouve bien que la soustraction de la substance colloïde seule ne suffit pas pour produire le myxoédème, mais qu'une autre substance, inconnue jusqu'à présent, et sécrétée par le corps thyroïde doit être soustraite de l'économie, comme il arrive dans la thyroïdectomie, pour que ce phénomène de myxoédème se produise.

Quoi qu'il en soit la substance colloïde, la iodothyryne, voilà le contre-poison, quel est donc maintenant le poison auquel il est destiné.

Est-ce un poison apporté dans l'organisme par l'alimentation? L'eau potable de certaines régions a été incriminée. Ou est-ce plutôt un poison élaboré dans l'organisme, la question est difficile à résoudre. Cependant, si ce sont des poisons élaborés dans l'organisme du fait du travail musculaire v. g., il est logique de penser que la fonction du corps thyroïde sera exagérée quand surviendra dans l'organisme une accumulation plus grande de ces poisons par le fait d'une élimination insuffisante à la suite de lésions profondes et anciennes du foie et des reins. Et de même que dans les maladies organiques du coeur on a des lésions de compensation nettement appréciables après la mort; de même que dans les néphrites chroniques on a de l'hypertrophie compensatrice de la surrénale, on a pu se demander si l'accumulation de poisons dans l'or-

(1) Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, le mardi 2 mars 1909.

ganisme du fait de l'insuffisance fonctionnelle du foie et des reins ne pouvait pas amener une hyperfonction compensatrice du corps thyroïde.

C'est à cette question, Messieurs, que je me suis appliqué à répondre dans les faits que j'ai consignés dans la thèse de doctorat en Médecine que j'ai soutenue à Paris l'année dernière, mes recherches qui ont porté sur quarante sujets avec autopsie et examen histologique du foie des reins, des surrénales, du corps thyroïde et de l'hypophyse et que j'ai classées en trois grandes catégories dans lesquelles j'ai étudié le corps thyroïde dans les néphrites chroniques avec ou sans lésions anciennes marquées du foie, le corps thyroïde dans les néphrites subaiguës avec ou sans lésions marquées du foie enfin le corps thyroïde dans les néphrites aiguës et dans les congestions du rein avec ou sans lésions du foie. Ces recherches dis-je ont abouti d'une part, et les lésions d'hypo-fonction ou d'hyalation de cause à effet entre les lésions du foie et des sont les suivantes : prédominance marquée de petites ve-per-fonction du corps thyroïde d'autre part.

Ces conclusions concordent d'ailleurs parfaitement avec l'observation des faits cliniques ; et je ne sache pas, en effet, que l'hyperthyroïdie ne soit habituelle dans les cas de néphrite chronique avec cirrhose du foie.

D'autres auteurs tels que Schiff, Gley ont recherché le poison en dehors de l'organisme, et étudiant la question au point de vue expérimental, ils ont remarqué que les animaux thyroïdectomisés succombaient quand on leur donnait de la viande, alors qu'ils survivaient quand ils en étaient privés. Et à la suite de ces résultats, les auteurs tendent maintenant à admettre que le produit de sécrétion du corps thyroïde sert à neutraliser certains poisons provenant de la digestion des aliments et de la viande en particulier.

Maintenant que nous avons passé en revue l'anatomie et la physiologie du corps thyroïde, quelques mots seulement de l'anatomie pathologique de ce que l'on est convenu d'appeler hyperfonction et hypofonction thyroïdiennes.

Schématiquement les lésions histologiques que l'on rencontrera sur les coupes de thyroïdes en hyperfonction sont les suivants : prédominance marquée de petites vésicules, plus petites qu'à l'état normal et remplies toutes de substance colloïde dense. Au contraire, les coupes provenant d'une thyroïde en hypofonction apparaîtront au microscope avec les caractères suivants : prédominance d'amas épithéliaux intra ou extra vésiculaires avec de grosses vésicules distendues et vides ou presque vides de substance colloïde. Les préparations histologiques de corps thyroïde que vous pourrez examiner tout-à-l'heure au microscope répondent à ces deux descriptions, qui, je le répète sont ces descriptions schématiques.

Voyons donc maintenant quels sont les signes cliniques correspondants à ces deux substratums anatomophysologiques.

Deux grands syndromes des mieux connus et correspondant l'un au dernier degré de l'hypofonction, et l'autre

au dernier degré de l'hyperfonction, le myxoedème d'une part, et le goître oxopthalmique d'autre part, seront les antipodes entre lesquels je désire maintenant étudier quelques types cliniques intermédiaires, autrement plus fréquents dans la pratique que ces deux dernières maladies.

Le stade ultime de l'hypofonctionnement du corps thyroïde c'est en somme la suppression fonctionnelle de cette glande ou athyroïdie, soit par absence congénitale, soit par destruction acquise, spontanée ou opératoire. Et cette abolition fonctionnelle aboutit comme on le sait, au myxoedème, au myxoedème complet.

Le myxoedème complet est trop bien connu pour que je m'attarde à le décrire dans les détails. Il me suffira d'en mentionner les principaux signes cliniques classiques.

Dans le myxoedème spontané des adultes le début en général est très insidieux, à moins qu'il ne succède brusquement à des hémorragies ou à une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Les trois signes cardinaux de la maladie sont : l'infiltration des téguments, les troubles psychiques et l'atrophie du corps thyroïde.

L'infiltration des téguments entraîne des déformations variables avec les régions. L'ensemble de la face est élargi et arrondi, en pleine lune, les paupières infiltrées rapetissent les yeux, le nez est élargi les lèvres bouffies sont renversées en dehors, les joues sont tuméfiées et tremblotantes, le front et les oreilles plissés. La peau du visage est en même temps d'un blanc jaunâtre cireux. L'ensemble de ces traits réalise un facies hébété et stupide, dit "facies myxoedémateux". Sur le reste du corps le tégument également pâle est infiltré d'un faux oedème mou et élastique, ne formant pas godet sous la pression. Un peu froides et cyanosées les extrémités sont plus déformées, les pieds élargis (pachydermique,) les mains, épaissies, en bêche, les doigts boudinés.

En même temps les ongles sont cassants, striés, atrophiés, ou épaissis, les cheveux clairsemés sont secs et lanugineux, les sourcils, les cils, les poils du pubis tombent en grande partie, la peau devient sèche et squameuse.

Parmi les troubles psychiques, la torpeur cérébrale domine Apathiques et assouis figés et taciturnes, les myxoedémateux ont les mouvements lents, maladroits, et se déplacent difficilement.

Enfin, l'examen de la région cervicale antérieure permet de constater l'absence ou l'atrophie du corps thyroïde.

À la triade symptomatique, infiltration des téguments, troubles psychiques, atrophie du thyroïde s'ajoutent quelques autres signes. Les battements du cœur sont souvent faibles et irréguliers, l'hypothermie est la règle. La voix est lente et monotone, mal timbrée. Les dents sont souvent cariées ou absentes, la constipation est habituelle. Les malades accusent souvent des maux de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, mais surtout une sensation pénible de froid continu.

L'évolution du myxoedème est lente. Le terme natu-

rel en est la cachexie. La mort est souvent causée par la tuberculose.

Entre le myxoedème complet dont nous venez d'entendre un résumé de la description classique, entre l'athyroidie et le fonctionnement normal du corps thyroïde ou orthothyroidie, se rangent un très grand nombre de cas intermédiaires d'hypothyroidie. Et, en effet, l'insuffisance thyroïdienne peut ne pas être complète. Ce sont précisément les syndromes correspondant aux divers degrés plus ou moins avancés de cette insuffisance qui ont fait l'objet d'une étude très détaillée et très approfondie de Lévy et Rostchild de Paris. Ces auteurs ont su relier le myxoedème à l'état de santé, suivant leur propre expression, par une série d'anneaux pathologiques successifs, et ont pu établir, de la sorte, une échelle ascendante qui, partant du myxoedème complet, aboutit, en passant par le myxoedème incomplet, fruste, partiel, l'arriération physique et mentale, à la neurasthénie hypothyroïdienne, cette dernière intermédiaire entre l'état pathologique et l'état physiologique normal, représente le tempérament hypothyroïdien.

Quelques observations mieux que toute description théorique ou classique serviront à nous faire connaître ce que l'on entend par ces diverses démonstrations nosologiques, en même temps qu'elles nous prouveront la fréquence certaine de ces types cliniques dans la pratique, et par conséquent nous mettrons à même de juger de l'intérêt qu'ils présentent pour nous au point de vue thérapeutique.....

Observation I

Myxoedème incomplet

Cette observation présentée à la Société Médicale des hôpitaux de Paris, en 1907, par Rostchild et Lévy, concerne une jeune fille de 19 ans, dont le diagnostic de myxoedème s'imposait à la seule inspection de la malade, tête développée en largeur, figure grosse, poupinie, en pleine lune, le nez épaté. Infiltration des téguments considérable, les lèvres sont volumineuses. Il y a un double menton, il existe deux gros paquets graisseux dans la région costale inférieure, la graisse forme des replis considérables. Les membres sont courts, les mains très courtes, pataudes, de coloration violette, les pieds sont larges et plats. Les cheveux courts, secs, peu abondants. Il n'y a pas de cils à leur tiers externe, pas de poils sur le corps. Elle n'a que quatre dents de deuxième dentition. Elle se plaint toujours de froid et de fatigue. En résumé, il s'agit bien dans ce cas d'un myxoedème, comme en témoignent l'infiltration tégumentaire, les pseudo lipomes sous-claviculaires, le retard de développement des membres, l'insuffisance de l'appareil pileux etc., mais ce myxoedème mérite bien le nom d'incomplet, de partiel, de fruste, car s'il est incomplet au point de vue tégumentaire, l'enfant n'est ni idiote, ni même arriéré. Elle est allée à l'école à 5 ans, et a passé à 12 ans

son certificat d'études. De plus, chez elle, on sent, à la palpation, la présence non douteuse de son corps thyroïde,

Donc, pas de troubles psychiques, pas d'atrophie thyroïdienne, par conséquent myxoedème incomplet. La malade, soumise au traitement par des cachets de 10 centigs de poudre d'extrait de corps thyroïde, à raison d'un cachet par jour pendant 20 jours, 10 jours de repos ; et reprise du traitement 12 mois consécutifs, a vu graduellement l'infiltration tégumentaire disparaître. Son foie se transforme, les lèvres s'amincissent, les paupières et les joues ne sont plus bouffies, les cheveux repoussent : bref il s'est opéré chez elle une transformation dont les photographies prises avant et après le traitement peuvent seules nous donner une idée.

Observation II

Arriération physique et mentale.

La deuxième observation du mémoire de Lévy et Rostchild concerne une enfant de 6 ans, dont les antécédents héréditaires sont chargés, du moins au point de vue qui nous occupe. Son père serait un hyperthyroïdien grand, maigre, nerveux, ayant souvent des palpitations, constipé et frileux ; et sa mère, une hypothyroïdienne et oedème des paupières, sans album ; inurie, douleurs rhumatoïdes également constipée et frileuse. Quoiqu'il en soit, l'enfant dont il s'agit est venue au monde les téguments bouffis et particulièrement les paupières tombantes et très gonflées. L'enfant se serait d'ailleurs fort mal développée : premières dents et premiers pas à 2 ans, chétive et souvent malade.

Actuellement à 6 ans le fond du teint est jaunâtre, les paupières sont boursoufflées, la peau est infiltrée d'une façon diffuse. Différence du thorax, poitrine étroite. L'enfant est constamment frileuse. Constipation chronique. Les dents sont en mauvais état, mais ce qui frappa surtout chez cette enfant ce sont les troubles psychiques. À 6 ans elle peut à peine dire quelques mots, sous l'influence d'un traitement par les cachets de 10 centigs, d'extrait de corps thyroïde continué pendant six mois à raison de 12 jours par mois, l'amélioration de la santé physique et intellectuelle a été surprenante.

Voilà donc un cas instructif à bien des égards. Il s'agit de myxoedème congénital, mais le myxoedème, ici, est aussi atténué que possible et l'on peut considérer l'enfant plutôt comme un arriéré. En effet, l'infiltration quoique diffuse est surtout manifeste aux paupières. L'amélioration rapidement progressive puis permanente de la santé physique et intellectuelle sous l'influence du traitement par l'opothérapie est vraiment très intéressante.

Observation III*Myxoedème fruste tardif à forme neurasthénique*

La troisième observation toujours provenant de l'important mémoire des auteurs déjà cités, a trait à une femme de 57 ans qui, à la suite de chagrins domestiques et de surmenage, eut l'impression qu'elle était atteinte moralement et physiquement. Elle s'est sentie devenir apathique. Elle a engraisé. Elle a été prise de frilosité surtout aux pieds et sans que rien ne put la réchauffer. En même temps elle se sentait envahir par le découragement et la tristesse. Les mains étaient devenues gonflées épaisses, des écailles épidermiques s'étaient formées à leur niveau. L'usage des mains était devenu difficile. La langue était devenue également volumineuse. Elle était toujours fatiguée. Chute des poils et des cheveux.

Le myxoedème fruste a affecté ici la forme neurasthénique : tristesse, lassitude, découragement, troubles stomacaux. Le traitement opothérapique, en venant confirmer le diagnostic étiologique de cette neurasthénie, a eu aussi une efficacité accoutumée.

Enfin, messieurs, après le myxoedème, le myxoedème incomplet, l'arriération physique et mentale, la neurasthénie hypothyroïdienne, l'insuffisance thyroïdienne peut se manifester cliniquement par certains petits signes permanents, certains stigmates ; en un mot, l'insuffisance thyroïdienne a ses petits accidents comme le brightisme et le diabète, petits accidents que je me contenterai d'énumérer.

Les oedèmes transitoires en dehors de toute albuminurie, oedèmes blancs, indolents, de consistance assez ferme, siégeant au niveau des paupières, dans la région frontale, dans la région molaire, sont attribuables à l'insuffisance thyroïdienne.

Les troubles de la colorification : refroidissement des extrémités, frilosités, troubles vaso-moteurs, frissons, hypothermie sont des stigmates de l'opothyroïdie.

Enfin l'obésité, la constipation habituelle, la fatigue, l'anorexie, certaines céphalées, la somnolence et surtout (et c'est ici que l'opothérapie s'est montrée souveraine alors que tous les autres médicaments avaient échoué) "la migraine et le rhumatisme chronique" sont aussi redevables de l'insuffisance thyroïdienne et de son traitement.

Il est évident que l'ensemble de ces signes ne se trouve pas nécessairement réuni chez le même individu. Inversement il faut bien se garder sur un seul de ces signes de porter un diagnostic. La réunion seulement d'un grand nombre de petits signes fera supposer ou admettre l'insuffisance thyroïdienne. L'épreuve du traitement qui confirme les prévisions rendra de plus en plus habile au diagnostic.

Après l'hypofonction, l'hyperfonction. L'hyperactivité fonctionnelle du corps thyroïde ne ne retiendra pas longtemps, attendu que les troubles inhérents à l'hyperfonction sont autrement plus variés et ont été beaucoup plus étudiés par les auteurs. Mais de même que je disais

au commencement de ce travail que le stade ultime de l'insuffisance thyroïdienne, qui aboutit au myxoedème, devait tout d'abord être étudié, le stade ultime de l'hyperactivité fonctionnelle du thyroïde qui aboutit au goître exophtalmique doit également, tout d'abord retenir un peu notre attention.

Le goître exophtalmique (maladie de Basedow) est un syndrome dont les éléments essentiels sont la tachycardie, le goître, l'exophtalmie et les tremblements. Il est du reste, comme dans le myxoedème, des formes incomplètes ou frustes.

Chez un sujet devenu nerveux et irritable, le pouls qui que régulier, s'accélère inopinément de façon à compter 120, 150 et même 200 pulsations, en même temps le choc du coeur peut devenir assez violent pour être visible à distance.

Après cette tachycardie souvent à forme paroxystique, le goître est le signe le plus constant, quelquefois l'hypertrophie du corps thyroïde est lente et gonflé peu à peu le cou. D'autres fois, le goître surgit en quelques jours, quelques heures, au milieu d'accidents respiratoires congestifs. La tumeur est généralement de taille moyenne, de consistance molle ou fibreuse, le plus souvent surtout développée dans le lobe droit.

Enfin si l'on regarde la face du malade on voit que les yeux saillants, largement ouverts, d'un éclat bizarre, donnent à la physionomie une expression égarée et dure (regard tragique.) L'exorbitisme suit les exacerbations du goître.

Si les troubles précédents sont épisodiques et transitoires, le tremblement est pour ainsi dire constant, soit continu, soit intermittent. Ce tremblement surtout accentué aux mains, persiste au repos et n'est pas influencé par les mouvements volontaires.

Avant de terminer, je voudrais, en résumé, dans un rapide et dernier schéma, mettre bien en évidence, comme je l'ai fait pour les lésions histologiques, les deux types cliniques différents qui relèvent de l'hypofonction et de l'hyperfonction du corps thyroïde, et que je me suis efforcé de décrire.

Alors que l'hyperthyroïdien, sera maigre, très nerveux très instable, plein de mouvement, très irritable, très agité en somme ; l'hyperthyroïdien lui sera plutôt court, obèse, infiltré, frileux, constipé chronique, rhumatisant, apathique, insouciant sans idée, sans mémoire sans initiative.

TRAITEMENTS

Quoique certains auteurs prétendent que la médication opothérapique a une action régulatrice sur la fonction physiologique du corps thyroïde et qu'elle convient aussi bien dans les cas d'hyper que dans les cas d'hypofonctionnement, je crois qu'il ne serait pas prudent d'essayer de combattre v.g. les accidents du goître exophtalmique par ce traitement ; car on a observé, à la suite d'une administration mal réglée de cette médication, des troubles attribuables précisément à l'hyperactivité thy-

roïdienne : battement du cœur, diarrhée, tremblements, chaleurs, vertiges.

Pour éviter ces troubles il convient :

1^e De ne recourir à l'opothérapie thyroïdienne d'abord que dans les accidents d'athyroïdie ou d'hypothyroïdie.

2^e D'employer une bonne préparation ; et la poudre dont on se sert surtout actuellement est un extrait total préparé par Carrion de Paris avec des glandes thyroïdes de mouton dont l'état normal est préalablement contrôlé. La quantité d'extrait de glandes fournie par un poids donné de glande est un peu variable, la moyenne est d'environ 1 gramme de poudre sèche pour 5 grammes de corps thyroïde frais. Cette poudre est délivrée dans le commerce par la maison Carrion, dans des cachets. Chaque cachet de 10 centigr. correspond à environ 50 centigr. de glande fraîche.

3^e D'utiliser des doses faibles ou moyennes. La dose de 1 gramme de glande fraîche par jour, i. e. 2 cachets de 10 centigr. par jour, représente la dose la plus communément prescrite chez l'adulte.

4^e D'interposer des périodes de repos et des périodes de traitement (après 10 jours de médication, suspendre 5 jours.)

5^e De surveiller le sujet surtout au début du traitement et quand on augmente les doses.

Le Syphilis et son traitement

Par le Dr E. Finger

PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE
à l'Université de Vienne.

TRAITEMENT GÉNÉRAL -- MÉTHODE.

Quand et comment les médicaments antispécifiques trouvent-ils leur emploi. Voilà qui fera le sujet des pages qui vont suivre.

Malheureusement, je suis obligé, dès le début, de constater ce fait résultant de l'expérience, c'est que si ces remèdes, notamment le mercure et l'iode, agissent promptement contre les symptômes actuels de la syphilis, ont une action symptomatique rapide, on ne peut toutefois pas compter sur leur action contre le processus pathologique lui-même.

"Le traitement mercuriel unique le plus énergique

n'est pas en général capable dans une syphilis bénigne, voire même légère, d'empêcher les récidives, par conséquent de débarrasser complètement le corps du virus syphilitique." Les frictions poussées jusqu'au mercurialisme aigu, grave, d'après la méthode de "Louvrier-Rust," n'ont pu elles-mêmes s'opposer aux récidives, c'est-à-dire guérir définitivement la syphilis.

Il faut distinguer deux méthodes de traitement. D'abord l'ancienne méthode de "traitement symptomatique." Dans une méthode, le malade est soumis à un traitement général, dès l'apparition des premiers symptômes généraux de la syphilis. Ce traitement fait disparaître les manifestations morbides, mais non la maladie. En effet, au bout de quelque temps, survient une récidive. On attend que cette récidive se produise (et l'on peut s'y attendre sûrement dans la plupart des cas) et on procède à un nouveau traitement. Et ainsi de suite, on attend toujours la récidive pour la traiter à son tour.

Le point faible de ce traitement symptomatique est facile à voir. La plus grande partie du virus est détruite, par le traitement. Mais tout le virus n'est pas détruit, sans cela il n'y aurait pas de récidive. Pendant l'interruption du traitement ce virus peut naturellement se développer sans obstacle et ramener ainsi une récidive grave.

La pathologie de la syphilis nous apprend que le virus persiste dans l'organisme pendant plusieurs années. "Tout individu une fois infecté de syphilis est donc syphilitique pendant plusieurs années, il l'est également quand sa syphilis est floride et quand elle est latente." D'autre part, il est clair qu'un traitement s'adressant à la cause de la syphilis devra être dirigé contre le virus et non contre les symptômes, car ceux-ci sont souvent par eux-mêmes si superficiels, si légers, qu'un traitement serait superflu, s'ils ne prouvaient que l'organisme contient encore du virus. "On traite donc la syphilis et non ses symptômes."

Si le malade est syphilitique pendant plusieurs années il serait rationnel de le traiter pendant tout ce temps, c'est-à-dire "d'une manière continue."

Mais ce traitement continu présente des difficultés. D'abord le mercure reste longtemps dans l'organisme après une période de traitement, avant d'être complètement éliminé. Un traitement continu amènerait donc l'accumulation dans l'organisme d'une trop grande quantité de mercure. Ensuite l'expérience montre que l'administration trop longtemps continuée du mercure engendre une certaine accoutumance, comme cela a lieu pour un grand nombre de médicaments (par exemple les narcotiques,) d'où résulte une diminution de l'action médicamenteuse. La chimie nous apprend que le mercure introduit dans l'organisme y disparaît rapidement. Une partie du mercure circulant abandonne le corps, s'élimine, plus ou moins vite, en général assez rapidement, par les reins, le foie, l'intestin, la salive. Une autre partie forme des combinaisons fixes, se dépose dans certains organes, principalement le foie, où il devient rémanent. Quelle est la quantité qui s'élimine

Quelle est celle qui devient rémanente ? Cela dépend de la quantité de mercure parvenue à l'incorporation, du mode et de la durée du traitement, de l'énergie des échanges nutritifs. D'une manière générale la quantité de mercure rémanent est directement en rapport avec la quantité introduite et la durée du traitement. Or, seul le mercure circulant libre peut exercer une action contre la syphilis ; le mercure combiné, fixe, rémanent ne peut pas exercer cette action. D'autre part le mercure rémanent expose à un certain nombre de phénomènes, l'accoutumance au médicament, la cachexie mercurielle. De plus, dans un organisme contenant beaucoup de mercure rémanent, de nouvelles doses mercurielles n'exercent aucune action antisiphilitique énergique.

On doit donc rechercher pendant le traitement le moyen de maintenir en circulation le mercure introduit, de provoquer l'élimination et d'éviter l'accumulation sous forme de mercure rémanent. Par conséquent les doses ne doivent pas être trop fortes, ni continuées trop longtemps sans interruption ; il faut en stimulant les échanges nutritifs ou autrement chercher à provoquer l'élimination aussi complète que possible du mercure introduit.

Il suit de là que l'administration du mercure doit être "discontinue, intermittente." Enfin il y a avantage dans le traitement à tenir compte du fait suivant :

On sait que l'usage des préparations iodées favorise l'élimination des métaux lourds tels que le plomb, le fer, le mercure. Or, comme nous devons, ainsi que nous venons de le dire, non seulement introduire du mercure, mais aussi favoriser l'élimination de ce métal, il paraît donc indiqué de compléter une cure mercurielle par des mesures capables de réaliser ce but. C'est le rôle des cures iodées, des cures thermales sulfureuses, de toutes les conditions qui excitent les échanges nutritifs, exercice, sport, traitement par la sudation, etc., etc.

C'est sur ces considérations qu'est fondée la nouvelle méthode proposée par Fournier, et introduite en Allemagne par Neisser, du "traitement chronique intermittent de la syphilis." La bactériologie, en démontrant la persistance pour ainsi dire indéfinie du virus syphilitique dans l'organisme, a donné un nouvel appui à cette méthode.

Après avoir exposé les bases de cette méthode, je m'occuperai du traitement systématique de la syphilis à diverses périodes, en suivant l'ordre chronologique, le meilleur.

I, PERIODE PRIMAIRE

Le symptôme initial, qui détermine le malade à consulter un médecin, est "l'érosion suspecte." A la suite d'un coït récent, pratiqué dans des conditions douteuses, le malade a sur le pénis une érosion qu'il vient nous montrer. On n'avait jusqu'ici absolument aucun point de repère pour reconnaître si cette érosion a été réellement infectée. Mais partant de ce fait, constaté notamment par Sigmund que la cautérisation hâtive d'une érosion sûrement contaminée par du virus syphilitique peut empêcher l'apparition de la syphilis, considérant d'autre part que

cette cautérisation, dans les cas où elle serait faite sur une érosion simple, non infectée, ne présente aucun inconvénient pour le malade, "l'indication stricte est de cautériser énergiquement, de détruire toute érosion de ce genre." Mais il ne faut pas pratiquer cette cautérisation avec le nitrate d'argent dont l'action n'est que superficielle, il faut avoir recours à des caustiques agissant profondément, par exemple au fer rouge, aux acides minéraux, à la potasse caustique. L'escarre qui se forme tombe au bout de quelques jours, laissant une petite plaie nette que l'on traite ensuite d'après les simples règles de l'antiseptic. (1).

Ces érosions suspectes ne se présentent que rarement à l'observation du médecin. Beaucoup plus souvent il est consulté pour la "lésion initiale déjà développée."

Je m'occuperai plus tard du traitement de cette lésion. Je n'ai à examiner ici que la question de savoir s'il est possible, par "l'excision ou un autre mode de destruction de la lésion initiale," du foyer local de multiplication du virus, d'empêcher son absorption dans la masse du sang et, par suite, l'apparition des symptômes secondaires.

"A priori, cette manière de procéder n'est ni absurde ni dépourvue de chances de réussite, mais la lumière n'est pas encore faite en ce qui concerne les résultats. A côté d'un grand nombre de cas négatifs, où l'excision de la lésion initiale n'a pu empêcher l'apparition de la syphilis générale, il y a quelques résultats positifs en apparence ; mais il ne faut pas oublier que, par suite de la difficulté du diagnostic clinique, précoce de la lésion initiale syphilitique, il se peut que l'excision d'ulcères indurés mais non syphilitiques ait fait croire au résultat positif. Mais il y a en outre des observations dans lesquelles après l'excision, les symptômes secondaires n'apparaissent pas mais où, par contre, après des années on voyait survenir, sans nouvelle infection, des accidents tertiaires. Ces derniers cas sont particulièrement propres à attirer notre attention, car si l'excision, dans la première hypothèse, ne fait que supprimer les symptômes secondaires, elle serait non seulement inutile pour le malade, mais directement nuisible, attendu que, avec la suppression des accidents secondaires, le traitement général ne serait pas institué et par suite la protection la plus effective contre les symptômes tertiaires n'existerait pas.

Enfin on a procédé à la fois à l'excision de la lésion initiale et des ganglions inguinaux engorgés, indolents, mais elle n'a eu jusqu'ici aucun effet sur le développement de la syphilis générale et c'est une opération héroïque qui n'est exécutable que dans la pratique hospitalière.

Si l'excision, dont le résultat est plus douteux, n'est pas possible, on doit se poser une autre question. Le malade est syphilitique, l'apparition de symptômes généraux est certaine, mais cette poussée n'a lieu que dix semaines après l'infection, c'est-à-dire six à sept semaines après la lésion initiale. N'est-il pas possible, par un traitement médicamenteux institué dans ce intervalle, d'empêcher la syphilis générale, c'est-à-dire de guérir la syphi-

lis avant son apparition ? C'est ce qu'on désigne sous le nom de "traitement préventif."

On ne peut malheureusement répondre à cette question que par la négative. Un traitement précoce, si énergique soit-il, est le plus souvent incapable de s'opposer à la manifestation de la syphilis générale et cependant, d'après beaucoup d'observations personnelles, il paraît exercer une influence favorable sur la marche de la syphilis ; par suite il n'est donc pas contre-indiqué.

"Dans la plupart des cas, je ne traite donc les manifestations de la phase primitive que d'une manière purement locale ; je m'abstiens le plus souvent d'instituer un traitement général pendant cette période.

Et pourtant il y a des cas où l'on est obligé de procéder à une "médication générale de la phase primitive.

1. Un traitement mercuriel est "indiqué," avant l'apparition de la syphilis, "en cas de développement considérable de la lésion initiale et de certaines complications telles que le plagédénisme, le phimosis, le paraphimosis." La lésion initiale, quand elle n'a pas de proportions exagérées, guérit par des applications simplement locales. Mais après avoir constaté que le traitement mercuriel hâte beaucoup sa régression, on tire parti de ce fait dans les conditions indiquées ci-dessus. Le traitement, en pareil cas, doit être énergique ; il consiste en frictions ou en injections intra-musculaires de sels insolubles, parmi lesquels je donne la préférence au salicylate de mercure.

2. Un traitement ioduré précoce, dès la période primitive, peut être indiqué dans deux circonstances :

a) D'abord en cas de "complications du côté du système ganglionnaire, d'engorgements ganglionnaires considérables, pâteux ; quand il y a confluence de toute une série de ganglions, surtout inguinaux qui abandonnés à eux-mêmes, donnent lieu à des suppurations multiples, à des ulcérations, au décallement de la peau et à des trajets fistuleux. Comme cette complication survient d'ordinaire chez des sujets scrofuleux, tuberculeux, je prescris en outre un traitement tonique, de l'iodure de fer, de l'huile de foie de morue iodée.

b) On peut avoir recours à l'administration précoce des préparations iodurées, particulièrement à l'iodure de potassium à fortes doses, contre les "symptômes concomitants de la période dite éruptive," névralgies, douleurs périostiques, insomnie, fièvre, rhumatismes.

Mais en dehors de ces cas exceptionnels, je traite les manifestations de la période primitive d'une manière purement locale, en suivant les règles que j'indiquerai plus loin.

Il y a encore à satisfaire dans cette période à une autre indication importante. Il faut se rappeler que la marche de la syphilis est toujours plus bénigne, plus légère dans un organisme robuste. Par suite, quand cela me paraît nécessaire, je profite de l'intervalle entre l'apparition de la lésion initiale et les symptômes secondaires pour fortifier le malade, relever l'état général.

On sait en outre, qu'il y a des rapports entre la syphilis et l'irritation, que la syphilis se porte de préférence

sur les points de moindre résistance. Il faut donc combattre les complications quand elles existent, par exemple l'intertrigo, l'eczéma, l'hyperhydrose des pieds, la stomatite, la séborrhée du cuir chevelu.

Ces notions fondamentales acquises sur le terrain purement clinique ont subi, il est vrai, ces dernières années par suite de nos connaissances concernant les spirochètes, des modifications partielles. La recherche du "spirochaete pallida" nous permet d'établir le diagnostic de la lésion syphilitique initiale bien plus rapidement et bien plus sûrement qu'autrefois. Alors que le diagnostic clinique exige la constatation de l'engorgement ganglionnaire multiple, la constitution positive du spirochète permet d'affirmer le diagnostic beaucoup plus tôt, à un moment où la lésion initiale est à peine reconnaissable cliniquement, et se manifeste sous la forme d'une petite érosion, d'aspect vernissé, brillante, circonscrite, dépourvue, d'induration. D'autre part, il est prouvé que le virus pénètre dans l'organisme surtout par les voies lymphatiques, quoiqu'il puisse cependant déjà dès le stade primaire être décelé en petite quantité dans le sang. Ce fait peut faire espérer la possibilité d'enrayer l'affection au début par l'incision pratiquée aussitôt que possible et semble constituer une indication à étendre l'extirpation de la lésion initiale une fois reconnue aussi loin que possible dans les parties saines. S'agit-il dans des cas de ce genre d'élucider la mesure dans laquelle de telles excisions agissent, et si même elles agissent il faudra naturellement recommander après l'opération une conduite expectative.

Si nous voulons par contre essayer de protéger le malade contre l'irruption de la syphilis générale par tous les moyens, il sera bon de joindre à l'extirpation de la lésion initiale une cure mercurielle générale énergique. De tels essais ont été faits à ma clinique par "Ladassohn, Scherber" et ont donné des résultats encourageants ; toutefois le problème est encore à l'étude. Il est même possible qu'en raison des variations individuelles de l'attribution de la syphilis il soit impossible d'arriver à des résultats comportant une signification générale.

II. PÉRIODE SECONDAIRE

D'après ce qui précède, j'ai pour principe, sauf les cas indiqués, de ne "commencer le traitement général que lors que les symptômes de la syphilis, les manifestations dites secondaires, sont en plein développement." Mais j'ai aussi pour principe de traiter les divers degrés de syphilis secondaire, d'après les règles du traitement chronique intermittent, aussi longtemps que dure d'ordinaire la période secondaire de la maladie, c'est-à-dire aussi longtemps qu'il y a de virus dans l'organisme.

Laissons de côté les cas de syphilis maligne. Le médicament le plus puissant est le mercure. En n'occupant des méthodes d'administration du mercure, je les ai désignées comme énergiques ou bénignes, plaçant parmi les premières les frictions et les injections intra-musculaires, parmi les dernières l'emploi interne et sous-cutané.

Les méthodes énergiques sont propres à la mercurialisation forte, les méthodes plus douces à la continuation

de la cure, pour prolonger la mercurialisation une fois obtenue.

Je procéderai donc d'abord à une cure mercurielle énergique. Après une interruption, une pause de quelques semaines je paaserai à la cure mercurielle plus douce et je la renouvellerai plusieurs fois. Des préparations iodées, prises dans l'intervalle, augmenteront encore l'effet de la cure, comme le l'ai exposé plus haut.

Je suis peu à peu les règles suivantes :

1. Un "traitement mercuriel énergique contre les premiers symptômes généraux de la syphilis secondaire, c'est-à-dire une cure de frictions ou des injections intramusculaires des sels mercuriels insolubles.

Cette première cure doit être aussi énergique que possible, ne pas s'arrêter immédiatement après la disparition des symptômes, mais continuer encore à peu près la moitié du temps en plus. C'est-à-dire que si le premier exanthème a disparu après vingt frictions ou quatre injections intramusculaires, on fera encore dix nouvelles frictions ou deux injections de plus.

Il n'y a d'exception à cette règle que pour les cas de syphilis grave, maligne, chez les individus cachectiques, qui tolèrent mal le mercure et dont les accidents ne réagissent que peu ou même pas du tout sous l'influence du mercure. En pareil cas, à côté de prescriptions hygiéniques diététiques et d'un régime reconstituant, je prescris ce que j'appellerai des fortifiants plus spécifiques, la tisane de "Zittmann," l'huile de foie de morue iodée, l'iodure de fer. Habituellement l'état général s'améliore sous l'influence de ce traitement ; le plus souvent les lésions locales elles-mêmes se modifient. Alors seulement je procède à une cure mercurielle plus énergique, conduite avec précaution, et dont l'action peut être augmentée par l'administration simultanée de préparations iodées.

2. "Tous les six mois," dans les cas graves, on fera à nouveau une "cure mercurielle semblable énergique" (cure principale) on la répètera "tous les ans" dans les cas légers, sans tenir compte des récidives, c'est-à-dire qu'il y ait ou non des symptômes syphilitiques.

3. "Dans l'intervalle," entre deux cures énergiques, on prescrira des cures mercurielles plus douces (cures accessoires,) c'est-à-dire l'usage interne du mercure ou des applications externes (cure de "Weland" au moyen de sacs contenant du mercuriol, de la poudre grise ; ceinture de "Blachko" formée d'une étoffe nappée d'une préparation mercurielle,) ou des injections sous-cutanées, d'une durée de plusieurs septénaires, avec interruption pendant quelques semaines.

4. Chaque cure mercurielle, énergique ou faible, sera suivie avec grand avantage de l'administration pendant quelques semaines de "doses modérées d'iode (1 à 2 grammes d'iodure de potassium par jour : iodol, saïodine, injections d'iodipine, frictions avec l'iothion.)

5. Les récidives légères se produisant pendant une période d'arrêt ne sont soumises qu'à un traitement local, les symptômes graves ou dangereux réclament une cure mercurielle énergique, combinée éventuellement avec des préparations iodurées.

6. Il est nécessaire de continuer le traitement durant la période secondaire, c'est-à-dire au moins deux ans, et je ne le fais cesser que si au bout de ce temps le malade n'a pas eu de récidives depuis un an au moins.

7. Il est bon de terminer le traitement par une nouvelle cure mercurielle énergique, suivie d'un traitement ioduré.

III. PÉRIODE TERTIAIRE.

Les symptômes de la phase tertiaire réagissent en général très promptement sous l'influence de l'iode, tandis que le mercure jouit de la propriété de mieux s'opposer aux récidives. Il convient donc aussi, dans la période tertiaire, d'employer les deux agents antisiphilitiques soit simultanément, soit successivement.

Mais ici encore il est d'une grande importance de prolonger la cure le plus possible, de la renouveler au bout de quelques semaines ou de quelques mois même alors qu'il n'apparaît pas de nouveaux symptômes.

Je recommande aussi au malade dont la syphilis est lente, guérie à notre avis, et qui veut se marier, ce qu'on ne doit permettre qu'au moins trois ans après l'infection — en admettant que le malade n'a présenté aucuns symptômes pendant la dernière année et qu'il a subi un traitement convenable, — de se soumettre encore une fois, peu de temps avant le mariage, à une cure mercurielle énergique suivie d'un traitement ioduré.

Comme il existe un certain nombre d'eaux minérales iodées (Hall, Iwonicz Luhaczowic, Roy-Darkau, Zaison, Bassen, Lippik, Heilbrunn, Krankenheil, Wilgeg, Saxxon), on peut très bien faire une cure principale dans une station de bains iodés, si la saison est favorable ; on peut également y suivre la cure iodurée consécutive à la cure mercurielle, ainsi que le traitement ioduré des symptômes tertiaires.

Les eaux minérales sulfureuses (Baden près Vienne, Aix-la-Chapelle, Busko) ne conviennent pas pour les cures principales. L'effet des frictions notamment est diminué et affaibli par des bains sulfureux simultanés (à cause de la formation dans la peau de sulfure de mercure insoluble.) Mais l'action connue des bains sulfureux, activant les échanges nutritifs et favorisant l'élimination du mercure peut trouver un emploi utile à la suite d'une cure mercurielle énergique et surtout après la terminaison du traitement systématique complet.

Enfin, les eaux contenant seulement du sel marin (Baden-Baden, Kissingen, Wiesbaden) paraissent favoriser l'absorption du mercure, en fournissant des chlorures à l'organisme ; elles sont, par conséquent, très bien à leur place comme auxiliaires d'un traitement mercuriel énergique.

Le traitement hydriatique n'a pas grand succès contre le processus syphilitique, il peut même, s'il est employé trop tôt, provoquer des récidives en irritant la peau. Mais il peut convenir dans les cas anciens, comme fortifiant et tonique.

IV. LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

D'une manière générale, ce que nous avons dit du traitement de la syphilis acquise est valable pour le traitement de la syphilis héréditaire. Toutefois, l'âge délicat de l'enfant, le genre de vie commandent quelques modifications.

On ne fait pas de cure de frictions chez les nourrissons à cause de leur tendance à l'eczéma. Si un traitement extrême doit être entrepris, on pratique une médication générale énergique par le moyen de bains de sublimé (1.0—2.0 par bain) ou de cures d'emplâtres, le revêtement de grandes surfaces de la poitrine, du ventre, du dos avec l'emplâtre mercuriel gris. Le traitement de la syphilis héréditaire est souvent réalisé par voie interne; dans ce cas le calomel est indiqué avant tout. J'ordonne une poudre contenant 0.005—0.01—0.02 de calomel, 0.3 de sucre de lait et je fais étendre avec le doigt humecté chaque jour deux ou trois doses sur la langue de l'enfant. On recommande aussi le sous-tannate de mercure, chaque jour, trois doses de poudre de 0.01—0.02. En général les nourrissons supportent bien ce traitement. Si des troubles irritatifs de l'intestin apparaissent, on fera bien de passer de la médication interne à la médication externe. La cure sera poursuivie comme dans la syphilis acquise, pendant plusieurs semaines, jusqu'à la disparition de toutes les manifestations. Toutefois dans la syphilis héréditaire, la gravité du processus est plus grande, des lésions internes sont fréquentes; il convient par suite de suivre attentivement l'enfant, de l'examiner avec soin, et de répéter les cures à certains intervalles, même dans le cas de syphilis en apparence latente. Pour les cures d'iode qui doivent être jointes aux cures mercurielles, le sirop d'iode de fer convient parfaitement.

Sirop d'iode de fer.....	} à à 10 gr
Sirop simple.....	
Eau distillée.....	80 gr.

Deux à trois cuillerées à café par jour.

Le traitement local repose sur le même principe que pour la syphilis acquise. Il consiste en application d'onguent gris ou de pommade à précipité blanc et dans la stricte observance des mesures prophylactiques locales, bains, application de poudre, tenue au sec, capables de s'opposer à l'irritation et à ses effets locaux.

Nous avons déjà dit qu'un enfant atteint de syphilis héréditaire doit être nourri soit par sa mère, soit par une nourrice syphilitique, soit artificiellement.

Nécrologie

Argyll Robertson, né en 1837.

L'année 1909 venait à peine de commencer que déjà l'ophtalmologie — et je pourrais même dire la médecine toute entière — était plongée dans le deuil par la mort d'un de ses membres les plus illustres : Argyll Robertson. C'est au cours d'un voyage aux Indes Orientales, pays de soleil, d'enchantement et de rêve, distrait par les charmes toujours nouveaux qu'une nature exceptionnelle lui offrait tous les jours, que la mort vint le surprendre, le 2 janvier dernier, pour le ravir à l'affection de sa famille et à la science.

En 1863, il publia dans "l'Edinburgh Medical Journal" sur "La fève de Calabar comme nouvel agent thérapeutique, influencé probablement par les goûts de son père, médecin lui-même, qui, sans être oculiste, prit un intérêt tout particulier aux maladies des yeux.

En 1863, il publia dans "l'Edinburgh Medical Journal" sur "La fève de Calabar comme nouvel agent thérapeutique en Ophtalmologie" un article qui eut alors beaucoup de retentissement au point de vue du traitement du glaucome.

En décembre 1869, dans le même journal, il fait paraître un travail intitulé : "Quatre cas de myosis pupillaire avec remarques sur l'action de la lumière sur la pupille." Je ne crois pas devoir insister sur l'importance de cette communication; car, Argyll Robertson n'eut-il à son actif que cette découverte, qu'elle serait à elle seule suffisante pour l'immortaliser. En effet lequel de nous ne se hâte-t-il pas dans certaines maladies de la moelle épinière, de rechercher ce précieux symptôme pupillaire, qui a valu à l'auteur de cette description le très grand honneur d'y voir attacher son nom.

Parmi ses autres articles les plus importants je me contenterai de mentionner : "Un cas de conjonctivité diphthéritique" (1870); "Rétinite albuminurique" (1871); "La ténotomie du droit supérieur" (1873); "Une nouvelle opération pour l'ectropion" (1883); et enfin "Un cas de Filaria Loa" (1896).

En 1867 Argyll Robertson fut nommé assistant de William Walker au département d'ophtalmologie du "Royal Infirmary" d'Edinburgh et lorsque son chef se retira en 1882, il en prit la direction.

L'Université qui appréciait depuis longtemps ses vastes connaissances en ophtalmologie, le chargea la même année de donner l'enseignement sur cette matière; et ses cours devinrent à partir de ce moment un régal scientifique pour tous ceux qui s'intéressent à cette partie de la médecine.

C'est en 1897 que j'eus l'heureuse fortune de pouvoir suivre ses cours à sa clinique d'Edinburgh, toujours remplie de médecins oculistes venus d'un peu partout,



avidés d'entendre les brillantes dissertations du grand maître.

Très courtois avec ses élèves et très dévoué pour ses malades, il était hautement apprécié des uns, et sincèrement estimé des autres.

Très habile et heureux opérateur, Argyll Robertson se fit une vaste clientèle européenne.

Son affabilité, sa grande éloquence, et cette rare faculté d'être en plus polyglotte, le rendirent très populaire parmi ses confrères, et lui, valurent l'honneur d'être président de plusieurs congrès d'ophtalmologie tant en Angleterre qu'à l'étranger. Aussi sa mort a-t-elle laissé parmi tous ceux qui ont eu l'avantage de le connaître un sincère et profond regret.

J. N. ROY.

2me congrès de physiothérapie

Plusieurs médecins canadiens assisteront au deuxième Congrès de Physiothérapie qui s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 avril prochain, sous la présidence d'honneur du professeur Landouzy, doyen de la Faculté.

Parmi les célébrités médicales qui prendront part à ce Congrès nous notons les professeurs d'Arsonyal, Bouchard, Gariel, Raymond, Gilbert, Hayem, Robin, etc.

Le Congrès a mis à l'ordre du jour l'étude comparée des diverses applications médicales et hygiéniques des agents physiques et naturels, c'est-à-dire : l'électricité, les rayons X, le radium, l'air, la lumière, l'eau, le massage, la gymnastique, la mécano-thérapie, etc., etc.

C'est assez dire que ce Congrès sera d'un grand intérêt scientifique, et il donnera un nouvel essor à l'emploi des agents physiques qui comptent au nombre des meilleurs moyens curatifs dont dispose la médecine moderne.

Ce congrès de physiothérapie durera du 13 jusqu'au 15 avril.

La cotisation est fixée à \$2.00 et donne droit au volume des compte-rendus et à certains avantages matériels obtenus en faveur des congressistes. (1)

Des comités de propagande ont été organisés dans plusieurs pays, particulièrement en Belgique, en Suisse, aux États-Unis, et au Canada.

Voici les noms des officiers qui composent le comité canadien :

Président d'honneur, Dr M. D. Brochu, Québec, Président : Dr Chs de Blois, Trois-Rivières, Vice-Présidents : Dr. H. Hervieux, Montréal, Dr Chs Verge, Québec.

Secrétaire-général : Dr H. Lasnier, Montréal. Membres : Dr A. Rousseau, Québec ; Dr A. Lesage, Montréal ; Dr L. G. Normand, Trois-Rivières ; Dr A. Mercier, Montréal ; Dr A. Tourigny, Trois-Rivières ; Dr E. Asselin, Montréal.

Les adhésions et les cotisations doivent être adressées au Dr Henri Lasnier, 308 rue Sherbrooke, Montréal, ou au Docteur Laquerrière, secrétaire général du Congrès, 2 rue de la Bienfaisance, Paris.

200 cas de fièvre typhoïde traités par le pyramidon

Par le Dr GEREST

Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

Il y a onze ans, dans le service de clinique du professeur Lépine, tous les typhiques étaient systématiquement soumis au traitement par les bains d'après la méthode de Brand. Or, il arriva que l'un des infirmiers chargés de donner les bains aux typhiques contracta lui-même la dothiéntérie et refusa formellement de se laisser traiter par les bains. Le professeur Lépine qui venait de recevoir un nouveau médicament antithermique, arrivé d'Allemagne —le pyramidon— l'employa chez ce malade, et le baigneur balnéopholbe guérit sans incident.

Ce fut à ma connaissance le premier cas de dothiéntérie traité en France par le pyramidon. L'observation en est rapportée dans la thèse d'un élève de la clinique, le Dr Burg (Thèse de Lyon 1897.)

Pour ma part, dès mon arrivée à Saint-Etienne, il y a neuf ans, je me mis à soigner d'abord quelques typhiques, tant à l'hôpital qu'en clientèle, par la méthode de Brand, jusqu'au jour où, me heurtant aux difficultés pratiques ou aux impossibilités formelles qu'elle comporte souvent, je me rappelai le cas de l'infirmier de la clinique, et soumis au traitement par le pyramidon ceux de mes malades qui refusaient les bains.

Je publiai dans la "Loire médicale" les résultats de mes premières observations au nombre de sept (novembre 1900.) Enthousiasmé par les résultats favorables que j'obtenais avec ce médicament, j'en arrivai à traiter tous mes typhiques de ville et d'hôpital par le pyramidon. Actuellement le nombre de ceux-ci s'élève exactement à 200, et c'est à l'occasion du deux centième que je me propose d'indiquer sommairement les résultats de ma pratique.

Avant de donner le pourcentage de la mortalité et des complications, je tiens à faire observer que ma statistique n'est pas passible des reproches que l'on adresse à juste titre à bon nombre de ses pareilles. Elle englobe une période de neuf ans, comportant des années d'épidémie grave et d'autres où la fièvre fut relativement rare et bénigne. En 1904, par exemple, lorsque les barrages de la ville étaient presque à sec, j'eus à soigner 46 typhiques et j'en perdis 6 ; ce fut ma plus mauvaise année.

Par contre en 1908, je viens d'en soigner 21 et n'en ai perdu qu'un seul.

De plus ma statistique comporte des cas soignés en ville d'autres à l'hôpital. Les cas observés l'ont été dans les deux sexes et à tout âge. Les malades ont commencé leur traitement à toutes les périodes de la ma-

ladie ; la plupart des cas de clientèle étant soignés dès le début, la plupart des cas de l'hôpital à une période assez tardive. Il va sans dire que je ne compte dans la statistique que les cas où le diagnostic a paru indiscutable et que j'ai éliminé toutes les formes fébriles du type des typhoïdettes et tous les malades, qui entrés à l'hôpital au déclin d'une fièvre nettement caractérisée ont commencé leur défervescence quelques jours seulement après leur entrée dans le service.

Par contre j'ai fait entrer dans cette statistique plusieurs cas inverses de malades arrivés à l'hôpital dans un état désespéré ayant déjà eu des hémorragies tardives et même ayant des signes de myocardite à l'entrée et succombant dans la première semaine de leur séjour à l'hôpital sans avoir pu réellement bénéficier du traitement par le pyramidon. Ces cas défavorables alourdisent la statistique mais on ne pourra du moins pas me reprocher de présenter une statistique "truquée."

En voici le détail :

Les 200 cas se divisent en deux groupes : 132 pour l'hôpital et 68 pour la clientèle.

1^{er} "A l'hôpital".—J'ai soigné 78 hommes et 54 femmes. J'ai perdu 13 hommes et 7 femmes : 15 p. 100.

Les causes de la mort ont été :

Hémorragie intestinale	10
Perforation intestinales	4
Myocardite	2
Bronchopneumonie	1
Mort subite de convalescence	1
Infection sans complications	2

Les complications non mortelles ont été les suivantes :

Hémorragie	14
Rechutes	12
Aucun cas de pleurésie.	(

2^e "En clientèle".—J'ai soigné en neuf ans 68 typhiques et n'en ai perdu qu'un seul mort de perforation intestinale.

Le pourcentage de la mortalité de clientèle est donc de 1,5 p. 100 soit exactement dix fois moins élevé que celle de l'hôpital, et cela pour des raisons faciles à comprendre, sur lesquelles je ne reviendrai pas, ayant déjà publié à ce sujet un travail dans la "Loire Médicale" il y a deux ans, à l'occasion de la thèse d'un de mes anciens internes M. Hauger.

Les complications que j'ai observées en clientèle sont les suivantes :

Hémorragies	7
-----------------------	---

soit 10 p. 100, c'est-à-dire moitié moins qu'à l'hôpital et tous ces malades de clientèle ont guéri malgré leur hémorragie alors que sur 24 cas d'hémorragie observés à l'hôpital 10 sont morts.

Les autres complications toutes bénignes ont été :

Abcès rétrosternal	1
Angiocholite	1
Pyélite puis phlébite	1
Névrite	2
Rechute	2

soit pour les rechutes 3 p. 100 au lieu de 9 p. 100 à l'hôpital, où la reprise de l'alimentation, malgré tous les soins qu'apportent à sa surveillance les soeurs très dévouées du service expose plus qu'en clientèle à des infractions préjudiciables au malade.

Si nous réunissons maintenant les 200 cas pour une statistique globale comprenant les cas de la ville et de l'hôpital, nous avons :

Morts	21 cas	10,5 p. 100
Hémorragies	31 "	15,5 p. 100
Perforation	5 "	2,5 p. 100
Rechute	14 "	7 p. 100

Ces sont les résultats obtenus ; ils montrent que, en clientèle tout au moins, le traitement par le pyramidon donne autant de garantie que tout autre méthode ; et une confirmation de cette opinion favorable a été donnée par une série d'autres auteurs, entre autres par Dabarthé en 1905 et par Leduc en 1907 pour ne parler que des auteurs français, car au pays de Brand, cette méthode s'est généralisée un peu partout et le nombre de publications sur le pyramidon dans la fièvre typhoïde est déjà considérable.

En France et surtout dans la région lyonnaise, le respect du dogme de l'infailibilité des bains est tel qu'on ne s'est jusque-là que timidement aventuré à avouer qu'on ne baignait pas tous les typhiques. Cependant, il y a un mois à peine, paraissait dans le "Lyon médical" un article posthume de Vinay, absolument favorable à la méthode du pyramidon, Néanmoins, et d'une manière très inattendue, Vinay conclut à la supériorité de la méthode de Brand après avoir montré tous les avantages du pyramidon.

Il reste donc à mettre en parallèle les deux méthodes au point de vue de la mortalité, mais auparavant, je tiens à protester contre une affirmation de Vinay en ce qui concerne l'action du pyramidon sur la diurèse. Après avoir cité les chiffres de Sabarthez qui donne 3 ou 4 litres d'urine quotidienne chez les typhiques traités par le pyramidon, il ajoute "cependant, il faut bien admettre que l'urine diminue dans la plupart des cas,"

Pour ma part, après avoir fait pendant neuf ans noter chaque jour la quantité d'urine chez tous mes typhiques j'affirme que la polyurie est la règle et l'oligurie l'exception.

Presque toujours les malades urinent moins d'un litre par jour pendant les premiers jours de traitement puis la courbe d'urine s'élève graduellement, atteint et dépasse 3 litres et s'y maintient pendant toute la durée de la période fébrile, même lorsque le malade prend 5 ou 6 cachets de 0.25 de pyramidon en vingt-quatre heures, même lorsque les transpirations sont notables, et lors de la défervescence il n'est pas rare de voir la courbe d'urine dépasser 5 ou 7 litres.

Par contre, certains malades urinent peu et lorsque ce signe s'observe, le pronostic est généralement grave. Ce n'est pas le fait du médicament puisque cela ne s'observe qu'exceptionnellement et tient à une infection anormalement grave ou à quelque lésion rénale concomi-

tante. En somme, on ne peut pas dire que tous les malades qui prennent du pyramidon pendant la fièvre soient polyuriques mais on peut affirmer que le pyramidon n'a jamais empêché d'uriner.

Pour en revenir au parallèle de la mortalité des typhiques baignés ou traités par le pyramidon, notre travail est facilité par la grande enquête qui a été faite à Lyon il y a deux ans en 1906, par Barjon et qui donne pour l'ensemble des hôpitaux de Lyon 14,5 p. 100 de mortalité.

L'année suivante au Congrès de Berlin, Chantemesse donne d'autre part celui des hôpitaux de Paris portant 5,62 cas, en six ans avec 960 décès soit : 17 p. 100.

En réunissant les deux statistiques, on arrive à près de 16 p. 100 qui est un peu supérieur à celui de 15 p. 100 que nous avons donné pour nos malades d'hôpital.

D'où cette conclusion qui nous paraît légitime c'est qu'à mortalité égale, il est préférable de traiter les typhiques par le pyramidon ce qui simplifie singulièrement le traitement et diminue dans une mesure considérable la fatigue que l'on impose aux malades et à leur entourage pendant le cours de la maladie.

En terminant je tiens à remercier mon dernier interne, le Dr Savolle qui vient de faire, sur mon conseil, sa thèse sur les éléments du pronostic chez les typhiques traités par le pyramidon (thèse de Lyon, 1908) ; et qui a bien voulu se charger de la lourde tâche de compiler mes observations et de mettre au net tous les éléments de la statistique que je viens de publier.

Sociétés Médicales

Société Médicale de Montréal

SÉANCE DU 2 MARS 1909

Présidence de M. Parizeau

Présidence de M. Parizeau.—

Présents : Messieurs Asselin, Benoit, Bourgoïn, Bourgeois, Brisset, Boulet, Boucher, Dufresne, de Martigny, Décarie, Ethier, Fournier, Falardeau, Foucher, Hackett, Hingston, Latreille, Lebel, Ricard, Rhéaume, Ravicot, St-Pierre, Verner.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

PRESENTATIONS DE MALADES.—Le Dr Fournier rapporte cinq cas de fractures ouvertes du crâne, qu'il a traités par l'intervention hâtive, avec un seul insuccès un alcoolique infecté. La fracture doit toujours être soupçonnée au cours des traumatismes violents du crâne, aucun signe extérieur ne permet de la constater, il est bon d'aller à sa recherche à l'aide d'un scalpel, et d'y remé-

dier sur le cramp, s'il y a lieu. C'est le moyen de prévenir les pires catastrophes.

En terminant le Dr Fournier présente à l'assemblée trois de ses opérés : de larges brèches dans la voûte osseuse du crâne sont les seuls vestiges des anciens traumatismes, ce qui amène de la part de l'auteur quelques considérations sur la possibilité de combler ces pertes de substance par la greffe osseuse.

Le président, M. Parizeau et le Dr Foucher félicitent le conférencier et ajoutent quelques remarques.

Mr. F. de Martigny se dit très heureux de joindre ses félicitations à celles du président. Il a écouté avec attention la communication de Mr Fournier. Il regrette que chose, c'est que les jeunes ne suivent pas plus souvent l'exemple qui leur est donné ce soir, alors que l'avenir de la Société dépend de leur concours.

Il y a trois points qu'il désire relever dans les observations de Mr Fournier :

1 D'abord l'état du pouls des différents malades.

1 D'abord l'état du pouls des différents malades, n'a pas été indiqué, malgré ses caractères particuliers, au cours des traumatismes cérébraux, caractérisés qui impliquent souvent interprétations différentes.

2 Il regrette aussi l'absence de radiographie, qu'il considère aujourd'hui indispensable dans ces cas. Seule elle permet de constater mathématiquement toute l'étendue des lésions osseuses. Avec les appareils perfectionnés maintenant en usage, l'on peut obtenir dans les cas de fractures, des radiographies d'une précision étonnante. Si Mr Fournier y avait eu recours, il pourrait produire ce soir des épreuves instructives.

3 En réponse à la demande de Mr Fournier sur la possibilité de combler la perte de substance osseuse, Mr de Martigny est d'opinion que la greffe osseuse peut être tentée avec succès. Mais il faudrait la faire dans un milieu complètement aseptique et avoir des os frais et sains; c'est en plus une opération des plus délicates et qui demande un grand entraînement.

MOTION.—La motion suivante, présentée par Mr. Décarie est adoptée :

Il est proposé par MM. J. P. Décarie, A. Marien, F. de Martigny, Eug. Dufresne, A. Ethier, G.E. Beauchamp, Hackett, que l'article (32) trente-deux soit remplacé par le suivant :

Les élections du bureau ont lieu dans la première semaine de décembre.

Le nom ou les noms du ou des candidats aux différentes charges du bureau devra ou devront avoir été présentés avec le consentement des candidats, par deux membres, sous forme de motion écrite, à la séance de la Société qui précèdera celle pendant laquelle auront lieu les élections.

Si un seul candidat est mis en nomination pour une des charges du bureau, il sera proclamé élu à cette charge, par le président, à la première séance de décembre immédiatement avant l'élection des autres officiers.

MANIFESTATIONS CLINIQUES DES ALTERATIONS DU CORPS THYRÉOÏDIEN, Par le Dr D. Latreille. L'auteur passe en revue la pathologie thyroïdienne.

Le corps thyroïde, dit-il, déverse dans le sang une substance, appelée iodothyryne, dont le rôle antitoxique, est de neutraliser un poison qui serait introduit dans l'économie avec les aliments.

L'auteur, dans sa thèse de doctorat de Paris a fait des recherches pour savoir si le produit de sécrétion du corps thyroïde était dirigé contre les poisons élaborés par l'organisme, et si la glande thyroïde entraînait en hyperfonction quand il y avait dans l'organisme accumulation plus grande de ces poisons du fait, v. g. d'un défaut d'élimination par mauvais fonctionnement du foie et des reins. Question intéressante à élucider, car certains auteurs ne tendaient ni plus ni moins actuellement, qu'à attribuer à l'insuffisance fonctionnelle de certaines glandes à sécrétion interne, surrénales, thyroïde, certains phénomènes d'ordre toxique observés couramment dans les maladies organiques du foie et des reins (brightisme), tels que hypertension artérielle, oedèmes, céphalées, crystallurie, et ces auteurs, logiques avec eux-mêmes proposaient de traiter ces symptômes par l'opothérapie.

Cependant malgré la logique de ce raisonnement, les faits de M. Latreille appuyés sur quarante observations cliniques avec autopsie, et examen histologique des pièces sont venus démontrer qu'il n'existe aucune relation entre l'accumulation, plus ou moins considérable, des poisons dans l'organisme, par insuffisance fonctionnelle du foie et des reins, et les lésions d'hypo ou d'hyperfonction du corps thyroïde. Ce qui calcre bien d'ailleurs, comme le remarque l'auteur, avec l'observation des faits cliniques, puisqu'on a pas l'habitude de voir les brightiques et les cirrhotiques présenter des signes fondamentaux d'hypo ou d'hyperthyroïdie.

On admettrait maintenant que le poison contre lequel est dirigé l'iodothyryne serait introduit dans l'organisme avec les aliments.

Ces deux substances se neutralisent, mais l'équilibre vient-il à être brisé, on a les manifestations cliniques des états thyroïdiens, avec aux antipodes, le myxoedème pour les hypothyroïdiens, et le goître exophtalmique chez les hypothyroïdiens. Entre ces deux extrêmes, toute une série d'états intermédiaires dont Mr. Latreille décrit les manifestations sous le nom de "Petits signes de l'hypo ou de l'hyperthyroïdie.

En discussion le Dr Brisset montre la fréquence relative du syndrome thyroïdien chez les femmes enceintes, et pense que les troubles de la grossesse, peuvent être la conséquence du fonctionnement anormal de la glande thyroïde,

En réponse aux Drs Asselin, Bourgein, et Benoit, le Dr Latreille ajoute qu'il n'est pas encore certain que l'iodothyryne soit la seule substance active dans le corps thyroïde, d'où vient que l'extrait de glande totale jouisse de plus de faveurs dans le traitement du myxoedème. Pour ce qui est du goître exophtalmique, l'intervention chirurgicale, n'a donné que des résultats peu encourageants, il vaut mieux s'en tenir à la méthode de Lancereaux, qui donne l'antipyrine, à haute doses.

Avant de lever la séance, le Dr Décarie propose qu'à une séance prochaine, le traitement du goître exophtalmique fasse l'objet de deux rapports, l'un par un médecin, l'autre par un chirurgien.

La proposition est acceptée.

Ludovic VERNER, M. D.

NOTES THERAPEUTIQUES

Le sérum antidiphthérique dans les paralysies post-diphthériques

L'expérience a conduit à employer de fortes doses de sérum antidiphthérique même dans les cas de gravité moyenne. On n'est pas encore satisfait lorsque les fausses membranes ont disparu, il faut surveiller la toxémie puis continuer longtemps après qu'il n'y a plus de fausses membranes. Au moindre danger on doit administrer le sérum et son usage répété diminue beaucoup la fréquence de la paralysie subséquente.

La guérison de la paralysie post-diphthérique est habituellement très lente, surtout lorsqu'elle affecte le voile du palais.

L'auteur pense que la toxémie persiste longtemps après que la maladie primitive a disparu et la dégénérescence du tissu nerveux ne survient pas toujours ou ne survient que tardivement.

Aussi l'auteur a donné l'antitoxine plusieurs mois après une première atteinte de diphthérie pour combattre la paralysie et y a eu recours avec succès, ce que Comby avait déjà remarqué. Dans un cas, l'auteur a obtenu une amélioration très nette le cinquième jour après la première injection d'antitoxine dans un cas de paralysie diphthérique datant de quatre mois. Après plusieurs injections, au septième jour la voix était complètement rétablie et les fonctions locomotrices presque complètement normales.

Par Homer Dupuy (New-Orléans med. and s. J. février 1909;)

* * *

Le chlorure de calcium contre les accidents sériques

On connaît bien aujourd'hui; les divers accidents qu'entraînent les injections de sérum antidiphthérique, mais les

auteurs qui ont décrit la maladie de sérum ne parlent ni de la prophylaxie ni du traitement et tiennent peu de compte de ces accidents.

Cependant ayant eu connaissance d'un travail de Netter sur l'influence favorable du calcium sur les exanthèmes sériques, l'auteur a essayé ce médicament à l'hôpital d'Amsterdam sur cent malades ayant reçu des injections de sérum antidiphthérique, tandis qu'on s'abstint sur cent autres.

Des chiffres rapportés, il résulte clairement que la maladie de sérum survient moins souvent après l'administration du chlorure de calcium par la bouche et qu'elle évolue avec plus de bénignité. Aussi l'auteur donne-t-il aux diphthériques 1 gramme de ce médicament après une injection de 20cc. et 0,50 après une injection de 10cc. de sérum.

Il est à remarquer que dans la maladie de sérum on observe, après une augmentation passagère du chiffre des leucocytes dans la période prodromique, une leucopénie qui ne s'observe pas après l'administration du calcium. (1)

Par J. Gervin (Muench, med. Woch., 22 déc. 1908)

* * *

Le Traitement de la Pneumonie

Le Prof. Robin termine ainsi une étude très détaillée sur le traitement de la pneumonie dans la Revue de Thérapeutique.

1e Après les insuccès de la sérothérapie et des traitements étiologiques et pathogéniques, la thérapeutique de la pneumonie en est réduite à l'expectation dite armée qui n'est que la médication du symptôme dominant. Mais l'étude des échanges généraux et respiratoires permettant de saisir au moins quelques-uns des modes de défense de l'organisme et, en tout cas, l'un des mécanismes intimes de la crise curative, fournit les éléments d'un traitement naturiste, suivant la conception hippocratique.

2e Au moment de la défervescence de la pneumonie, il se produit des décharges d'urée et d'acide urique qui précèdent souvent (décharges précritiques) la chute de la température, en même temps qu'augmente le coefficient d'utilisation de l'azote.

Ces phénomènes, loin de coïncider avec une augmentation parallèle des échanges respiratoires, marchent de pair avec une diminution de ceux-ci. Ils n'exigent donc pas la consommation d'une plus grande quantité d'oxygène.

3e La crise pneumonique spontanée a donc, pour l'une de ses conditions immédiates, sinon pour cause, non des actes d'oxydation directe, mais bien des actes d'hydratation oxydo-réductrice qui expriment le mode rationnel de défense de l'organisme à l'encontre de l'agression pneumococcique.

(1) Le Lactate de Calcium est très effectif contre ces accidents sériques. On le donne à la dose de 3 comprimés de 0.25 centigrammes (Maison Park Davis), par jour.

5e Les ferments métalliques qui augmentent l'azote total, l'urée, l'acide urique, le coefficient d'utilisation azotée, tout en diminuant la consommation de l'oxygène, et qui, par conséquent, accroissent non les oxydations directes, mais les actes d'hydratation oxydo-réductrice, agissent donc dans le même sens que l'effort curateur spontané de la nature dans la pneumonie et peuvent servir à le provoquer, à l'accroître ou peut-être à le suppléer.

6e L'observation a démontré qu'ils n'avaient pas d'action sur la lésion pneumonique elle-même. Ils n'ont d'effet que sur l'élément toxico-infectieux et superposent aux réactions vitales et personnelles de l'organisme, une activité parallèle qui se traduit par une disparition plus rapide des symptômes généraux corrélatifs de cette toxico-infection.

7e Ils ne sont donc plus que l'un des éléments de traitement de la maladie, mais ils en représentent, en quelques sorte, le point central autour duquel viendront se grouper, le cas échéant, les diverses médications qui peuvent être nécessitées par la survenance d'une complication, par une prédominance symptomatique exagérée, ou par les incidents de la lésion elle-même.

8e En dehors de ces médications dans les cas où elles sont légitimées, le traitement de la pneumonie par "les ferments métalliques, réclame des adjuvants qui sont : la saignée suivant le cas, puis le calomel à dose fractionnée, administré une seule fois l'alcool à dose modérée, le bichlorhydrate de quinine à petites doses qu'on associe au pyramidon à partir du quatrième jour de la maladie ; enfin, le vésicatoire à partir du cinquième jour.

9e Les ferments métalliques déterminent assez régulièrement des abaissements de la température, une réaction urinaire spéciale et une légère élévation de la tension artérielle.

10e Sur 95 cas traités par la méthode précédente, dont 47 cas très graves, la mortalité n'a été que de 13 cas, soit 13,68 p. 100. Dans 70 p. 100 des cas, la défervescence se produit avant le huitième jour.

11e Le traitement semble moins actif dans les cas de broncho-pneumonie secondaire grave ; 14 cas, tous graves, ont donné 6 décès, soit 42,8 p. 100 de mortalité.

12e Les ferments métalliques s'emploient en injections hypodermiques profondes, à la dose de 10 centimètres cubes, ou en injections intraveineuses de 5 centimètres cubes dans les cas très graves. La nature du métal "paraît" indifférente. Les injections doivent être commencées dès le quatrième jour et continuées tous les jours ou tous les deux jours, environ, suivant les cas.

13e On peut facilement systématiser, dans la pratique courante, l'ensemble des actes thérapeutiques qui constituent le traitement complet de la pneumonie.

14e Il existe une grande similitude entre l'action des ferments métalliques dans la pneumonie et les effets de quelques sérums thérapeutiques, tels que le sérum de cheval, le sérum antidiphthérique, et le lacto-sérum de Blondel.

PROGRES DES SCIENCES

Quelques particularités de la colique saturnine

Bien que la colique de plomb soit un accident banal en raison de sa fréquence, il y a cependant dans son histoire certaines particularités souvent difficiles à expliquer et qui lui donnent de l'intérêt. Un malade du service, peintre en bâtiments depuis 13 ans, a d'abord bien supporté sa profession ; mais depuis dix ans il a fait presque annuellement un ou plusieurs séjours dans les hôpitaux, pour des coliques saturnines. C'est la marche habituelle de la maladie, car à partir d'un certain moment, chez ces sujets qui restent exposés à l'intoxication les récidives sont constantes. Il ne faut cependant pas en ce cas diagnostiquer la colique de plomb trop légèrement. Un autre malade, dans les mêmes conditions, était entré dans le service pour un accident de cette nature. Cependant comme il avait de la fièvre, on l'examina attentivement et on découvrit qu'il s'agissait non d'une colique saturnine mais d'une appendicite. Le fait est intéressant à noter d'autant plus qu'il faut savoir que l'appendicite est plus fréquente chez les saturnins, peut-être en raison de la constipation à laquelle ils sont sujets. C'est là une cause d'erreur qu'il faut connaître.

Ces deux malades, d'ailleurs, comme cela arrive presque toujours, ont été intoxiqués par les voies digestives ; ils prenaient il est vrai quelques précautions hygiéniques, mais insuffisantes, et en particulier, ainsi qu'ils le reconnaissaient eux-mêmes se lavaient les mains incomplètement avant les repas, ce qui est une des causes les plus habituelles de l'absorption du plomb.

Il y a à la vérité de grandes différences individuelles dont on ne saisit pas toujours très bien la cause. On sait que dans cette intoxication l'acidité du suc gastrique joue un rôle important. On a remarqué que les herbivores dont le suc gastrique est faiblement acide, y sont peu sujets, alors que le chien, dont le suc gastrique est fortement acide, est facilement intoxiqué expérimentalement. Mais si on le soumet à un régime végétarien qui diminue cette acidité, la sensibilité au poison diminue également. Aussi y aurait-il lieu pour les ouvriers exposés aux causes d'intoxication saturnine de s'habituer au régime végétarien, mais c'est là un fait impossible à réaliser et on a cherché la prophylaxie dans des moyens radicaux comme la suppression complète de la céruse. Mais il ne semble pas, d'après les ouvriers eux-mêmes, que cette suppression totale soit possible. D'autre part, s'il est incontestable que l'alcoolisme favorise beaucoup les dangers du plomb, il n'est pas exact de dire que sans lui l'intoxication ne serait pas à craindre, ainsi que l'ont admis certains médecins. De telle sorte que la question

a été jugée de part et d'autre avec beaucoup d'exagération. Il est certain qu'une amélioration dans l'hygiène des ateliers et dans les habitudes des ouvriers modifieraient singulièrement les conditions de l'intoxication ; mais ce sont là des questions difficiles à résoudre.

Un fait qui se produit souvent et qui a été observé chez ces malades et toujours difficile à expliquer, c'est la longue durée de la période d'innocuité pendant laquelle ils ont pu travailler sans présenter d'accidents. On invoque en général pour expliquer l'invasion des accidents, les excès, surtout alcooliques, la fatigue, le surmenage, une autre intoxication. En tous cas, la pathogénie de ces accidents, douleur, constipation, sécheresse de la muqueuse, contracture des muscles avec rétraction du ventre, semble être due à une excitation par le plomb, lequel se trouve surtout dans les cellules nerveuses du plexus solaire.

A cette excitation se rattache un symptôme observé habituellement dans le saturnisme c'est l'hypertension du système artériel qui peut atteindre le chiffre de 20 ou même davantage, chiffre qui, à l'état normal, ne dépasse pas 15 à 16 ; pour expliquer cette action il faut se rappeler, ainsi qu'il a été dit plus haut, que le système veineux abdominal constitue en quelque sorte un réservoir, régulateur de la pression. Cette circulation se trouve sous la dépendance des nerfs splanchniques ; lorsque ces nerfs sont paralysés il y a dilatation des vaso-moteurs, et abaissement de la pression ; lorsqu'ils sont excités, il y a au contraire vaso-constriction et la pression s'élève. C'est ce dernier fait qui se produit dans le saturnisme où le système nerveux splanchnique est plus ou moins touché, et c'est ce qui explique l'élévation de la pression ainsi que le ralentissement du pouls qui en est la conséquence, ralentissement qui paraît paradoxal, car la douleur amène en règle générale l'accélération du pouls.

La rétraction du foie qui accompagne la colique saturnine s'explique aussi par cette constriction vaso-motrice ; mais de plus on conçoit qu'à la longue cette hypertension retentisse sur les autres organes et c'est ainsi que le rein, le cœur, les artères, se prennent successivement chez les vieux saturnins, l'élévation de la pression d'ailleurs jouant un rôle important mais associé à bien d'autres conditions pathogéniques plus ou moins complexes, ces divers organes réagissant les uns les autres et ne souffrant jamais isolément.

Clinique du Prof. Debove.



Bibliographie

TRAITE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, DE M. SIEURS DESNOS ET NINET, (Doim et fils, F.iteurs,) fort volume de 1,100 pages avec 89 figures dans le texte et huit planches en couleurs, hors texte.

Traité de premier ordre presque indispensable au praticien, dont il sera le guide toujours utile et où il trouvera la description précise des différentes affections des voies urinaires, du traitement le plus rationnel de ces affections.

Les auteurs ont pour but de composer un ouvrage qui permette à l'élève d'y trouver les éléments nécessaires à son instruction, au médecin un guide sûr, au spécialiste un moyen de préciser ses souvenirs. Pour arriver à ce but il leur était nécessaire de consacrer aux différents chapitres une étendue assez considérable, et de mettre en lumière les découvertes les plus récentes. Je crois que les auteurs ont donné à chaque chapitre l'importance qu'il a actuellement dans le domaine de la pathologie; les nouveaux moyens d'investigations: l'urétroscopie, la cystoscopie, la bactériologie, la chimie biologique, l'anatomie pathologique y sont l'objet de longues études, mais je suis heureux de constater que c'est au traitement, si prodigieusement transformé depuis quelques années, que les auteurs se sont surtout attachés.

Je voudrais voir ce traité des maladies des voies urinaires entre les mains de tous nos étudiants, de tous nos praticiens.

François de MARTIGNY.

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, en ce faisant, apporter des données un peu précises sur "cette psychologie du bonheur" qui reste à faire tout entière et qu'il est si 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 romantique. Textes d'Homère et de Margo Polo. Théophile Gautier, Baudelaire. Le Hachich révélateur de notre fond mental subconscient. Art de varier les effets du hachich. La suggestibilité et l'auto-

suggestibilité hachichique. Tout hachiché est un hystérique d'un moment.

Les chapitres qui suivent portent sur "L'ivresse hachichiques, Les recherches et les théories neurobiologiques, La folie hachichique. Le hachich, le rêve et la folie. L'action thérapeutique du hachich."

DR HENRI BOUQUET.—"L'évolution psychique de l'enfant." 1 vol. in-16. Prix : 1 fr. 50. Bibliothèque de Psychologie expérimentale et métapsychie. Bloud éditeur, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VI). 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 de psychologie infantile.

DOCTEURS A. MARIE (de Villejuif) et RENE MARTIAL.—"Travail et Folie, influences professionnelles sur l'étiologie psychopatique." 1 vol. in-16, "Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie. Prix : 1 fr. 50 Bloud, éditeur, 7, place Saint-Sulpice, Paris, (Vz) 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 acquies 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 l'un autre côté la proportion des travailleurs atteints de psychose comparée à la totalité des travailleurs et à la totalité 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 considérables.