

MONTREAL-MEDICAL

VOL. V

15 MAI 1905

No 3

CONSIDERATIONS CLINIQUES SUR TROIS HÉMIPLÉGIQUES. (1)

PAR M. LE PROFESSEUR GUÉRIN.

Voici trois malades qui présentent le même symptôme d'hémiplégie du côté gauche et qui sont cependant affectés de trois lésions différentes. Les processus anatomo-pathologiques que l'on rencontre dans ces cas sont causés soit par une méningite, une encéphalite, une tumeur, un abcès, un kyste hydatique, un état urémique ou hystérique, mais le plus souvent c'est le résultat d'une hémorragie cérébrale ou d'un foyer de ramollissement embolique. Chez ce malade âgé de 53 ans, vous ne trouverez aucune de ces causes; hémiplégique depuis dix jours, ce n'est que graduellement et après beaucoup de douleurs accompagnées de fièvres que les jambes furent atteintes de parésie et plus particulièrement la jambe gauche, la droite, atteinte la première, est maintenant en convalescence, mais le bras et la face du même côté sont pris à leur tour. Ce patient, télégraphiste de profession et alcoolique d'habitude, écrivait de la main droite et envoyait des dépêches de la main gauche, il s'est ainsi surmené depuis plusieurs années; pour stimuler son activité, il prenait en moyenne douze verres de gin par jour, quelquefois plus et fumait beaucoup. C'est aussi un ancien tuberculeux, qui a réussi à scléroser de nombreux foyers de son poumon gauche.

Il a souffert à l'âge de sept ans d'une pleurésie tuberculeuse qui a laissé sa signature. Père de quatre enfants en bonne santé, il n'a jamais eu la syphilis et l'on ne trouve aucune lésion cardiaque ou vasculaire; l'on peut facilement éliminer toutes les

(1) Observations recueillies par MM. de Bellefeuille et

causes de paralysie, excepté celle de polynévrite. Ces douleurs répétées dites rhumatismales, le long des troncs nerveux, ces engourdissements progressifs dans les doigts, ces affaiblissements graduels de la motilité le conduisant à la paralysie, indiquent bien la marche d'une névrite multiple à forme ascendante et à double origine: alcoolique et tuberculeuse.

L'amélioration de la marche et la disposition des douleurs rendent le pronostic de la névrite favorable, mais celui de la tuberculose est plus grave. Après l'abandon de l'alcool et sous un régime tonique reconstituant, et l'usage des bains tièdes, du massage, de l'électricité, la motilité se rétablira; mais quant au réveil des bacilles de Koch longtemps endormis dans le berceau pulmonaire, le pronostic doit être réservé, car les résultats thérapeutiques sont en rapport avec le pouvoir d'assimilation de l'organisme. En thèse générale, l'on peut dire que quand la tuberculose apparaît après 50 ans, c'est pour liquider le passif d'un métabolisme profondément altéré. Ici la grande étendue de la lésion pulmonaire et l'affaiblissement de l'état général et du système nerveux en particulier, rendent le pronostic très sombre.

Cet autre malade, âgé de 40 ans, est arrivé à l'hémiplégie en passant par la spécificité; il a souffert des premières manifestations syphilitiques il y a dix ans, aujourd'hui il présente les accidents tertiaires de la syphilis cérébrale à forme néoplasique circonscrite.

La paralysie est apparue d'abord aux nerfs de la base du crâne et a graduellement envahi le bras et la jambe gauche comme dans l'évolution des tumeurs crâniennes, mais avec beaucoup plus de douleurs de tête rebelles à exacerbation nocturne, de l'insomnie, etc.

Les injections sous-cutanées de sels mercuriels et l'administration de l'iodure de potassium à fortes doses ont déjà réussi à donner une amélioration notable.

Ce troisième hémiplégique présente pour vous beaucoup plus d'intérêt, car c'est surtout cette forme de paralysie que vous serez le plus souvent appelés à traiter. D'ailleurs, c'est une maladie d'urgence que vous devez bien connaître, car dès les premiers jours de l'exercice de votre profession, vous pouvez être appelés auprès d'un de ces malades.

(A suivre.)

PARALYSIE GÉNÉRALE ET SYPHILIS

Nous savons que pour conjurer une des plus graves complications de la syphilis, la *paralysie générale*, le professeur Fournier recommande les cures mercurielles à termes éloignés. Il prescrit un premier traitement mercuriel d'une durée de deux ans environ avec des repos fréquents. Suspension du traitement pendant la troisième et la quatrième année et reprise pendant la cinquième année; nouvelle suspension d'un an ou deux et dernier traitement mercuriel vers la septième ou huitième année.

A la suite de cette communication, une discussion a été ouverte entre différents membres de l'Académie de Médecine. Les uns avec le professeur Fournier font une très large part à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. Les seconds avec M. le professeur Raymond font jouer un grand rôle à l'hérédité nerveuse et au terrain.

M. Raymond a confirmé par son expérience personnelle les conclusions qui ont été formulées par M. Fournier, relativement à la date de l'échéance de la paralysie générale après la contamination syphilitique, relativement à ce fait que la paralysie générale succède, très ordinairement, à une syphilis bénigne, en apparence, dans ses premières manifestations, surtout si cette syphilis n'a pas été convenablement traitée, relativement aussi à l'impuissance radicale du traitement spécifique pour enrayer la maladie, dans tous les cas dont le diagnostic est certain, voire même aux dangers que l'on fait courir aux malades par la médication intensive mercurielle ou iodurée.

Mais l'auteur insiste en outre sur l'importance considérable de l'hérédité. Celle-ci domine la cause des maladies nerveuses et se manifeste souvent par suite d'un défaut de résistance, d'un vice de structure de certains éléments. C'est sur ces foyers de moindre résistance que se localise généralement l'affection syphilitique.

Les derniers avec M. le professeur Joffroy n'accordent à la syphilis qu'une action prédisposante au même titre qu'à l'alcoolisme, aux surmenages, aux excès. M. Joffroy termine sa communication par les conclusions suivantes:

1° La syphilis n'est pas la cause efficiente de la paralysie générale;

2° La paralysie générale n'est pas une affection de nature syphilitique;

3° Le traitement mercuriel n'est pas prophylactique de la paralysie générale;

4° Le traitement mercuriel ne guérit pas la paralysie générale;

5° Le traitement mercuriel n'est pas sans danger chez les paralytiques généraux.

M. Motet de son côté est venu exposer le résultat de ses observations sur de nombreux paralytiques généraux.

Pour M. Motet, la paralysie générale peut très bien évoluer chez un syphilitique. Mais c'est une affection surajoutée, la paralysie générale ne serait donc pas syphilitique. Il admet des affections cérébrales syphilitiques, des affections cérébrales convulsives, des affections cérébrales hémiplegiques, syphilitiques. Il y a des affections cérébrales à forme de paralysie générale vraie. Ces accidents syphilitiques sont modifiables, curables même par le traitement; la paralysie générale vraie, certaine, ne l'est plus.

M. Fournier a pris de nouveau la parole. Il ne veut pas discuter les opinions de MM. Joffroy et Lancereaux qui nient carrément la paralysie syphilitique.

Il se contente de rappeler d'abord l'extrême fréquence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux (30 jusqu'à 95 pour %). Rareté extrême de la paralysie générale chez la femme, celle-ci ne se rencontrant que chez les femmes galantes. Rareté extrême de la paralysie générale à la campagne.

En résumé, les nombreuses statistiques dues aux différents auteurs ont établi que, dans les antécédents de 100 paralytiques généraux, on trouve 60 à 80 ou 90 fois la syphilis. On est donc en droit de penser que la syphilis est la cause presque exclusive de la paralysie générale.

En terminant, l'auteur critique énergiquement l'opinion de M. Joffroy prétendant que le mercure ne peut empêcher l'écllosion de la paralysie générale, car dans les cas où le traitement mercuriel a été dérisoire, il y a eu 80 pour % de cas de paralysie; dans les cas où le traitement a été très sérieux, il n'y a que 5 cas pour % de paralysie générale.

TRAITEMENT DE L'HYSTERIE

DÉJÉRINE.

Prescrire le traitement bromuré aux malades robustes; ne pas le prescrire aux déprimés, anémiques (opium).

Bromure de potassium.....	} aa	10 gr
Bromure de sodium.....		
Bromure d'ammonium.....		
Eau distillée.....		

Une cuillerée à bouche matin et soir.

Extrait d'opium.....	} aa	1 gr.
Extrait de belladone.....		
Extrait de datura.....		
Eau distillée de laurier-cerise.....		

Faire dissoudre V à XX gouttes dans une potion.

CHARCOT.

A) *Traitement psychique ou moral.* — 1° Eloignement du lieu où s'est développée l'hystérie; 2° Séparation respective des personnes; 3° Suppression de toutes visites de la part des parents ou amis.

B) *Traitement médical.* — 1° Modifier la diathèse s'il en existe une, le *rhumatisme*, par exemple; 2° Electrification statique; 3° Hydrothérapie méthodique. Douche en jet brisé sur le tronc et les membres, et pas sur la tête (15 secondes; température: 12° à 15°).

Administrer des reconstituants, amers, ferrugineux:

Teinture de noix vomique.....	4 grammes.
Teinture de Mars tartar.ée.....	5 —

VIII à X gouttes avant le repas.

L'anorexie hystérique guérit par ces moyens. Si tuberculose: remplacer l'hydrothérapie par des bains quotidiens de 10 minutes, contenant une bouteille d'eaux mères de Salies-de-Béarn.

Avant chaque repas, 1 cuillerée à dessert de:

Arséniate de soude.....	10 centigr.
Lactophosphate de chaux.....	6 gr.
Eau.....	400 —

Royat, Nérès, Lamalou.

BALLET.

Isoler le malade dans un établissement spécial et le laisser sans famille, sous la direction exclusive du médecin-directeur.

Pendant l'attaque : Desserrer les vêtements, flagellations avec une serviette mouillée, comprimer les ovaires, inhalations d'éther, de chloroforme.

Si l'attaque se prolonge, comprimer les zones hystérogènes, appliquer les doigts sur les paupières fermées du malade et tâcher d'obtenir ainsi le sommeil hypnotique; ordonner le repos et le réveil sans crise.

Si *attaques épileptiformes* : Bromure de potassium, 2 à 8 grammes.

GRASSET.

Hydrate de chloral.....	}	aa	4 gr.
Bromure de sodium			
Extrait de jusquiame	}	aa	0,04 cgr.
Extrait de chanvre indien.....			
Julep gommeux.....			64 gr.

F. s. a. une potion, dont on fait prendre, à titre d'hypnotique, de 2 à 4 cuillerées.

L'*antipyrine* est également un bon médicament de la douleur dans l'hystérie, migraine, névralgies.

Quant aux *bromures*, on leur associe généralement l'*arsenic*.

TRAITEMENT DE L'OBESITE

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOVE.

Laissez-moi seulement résumer une observation qu'a faite sur lui-même un médecin de trente-neuf ans, obèse et goutteux par hérédité. Sous l'influence d'une alimentation insuffisante, il a maigri en quatorze mois de plus de 60 livres; pesant au début 238 livres, il pèse aujourd'hui 161 livres. Voici le régime alimentaire qu'il s'est imposé.

1er déjeuner.—Une tasse de thé au lait.

Repas de midi.—Une ou deux tranches de viande, un peu de légumes ou de salade, 100 à 150 grammes de pain, un peu de fromage, fruits à discrétion, une tasse de café noir sans sucre.

Repas du soir.—Un demi-litre de lait chaud sucré, 30 à 50 grammes de pain, fruits à discrétion.

L'amaigrissement a été supporté sans fatigue. Le seul inconvénient a consisté en cinq ou six crises violentes d'hyperchlorhydrie, que la craie préparée et le bicarbonate de soude ont calmées. Jamais de constipation; au contraire, après le lait du soir, il y a eu assez fréquemment des selles molles, presque de la diarrhée.

Ce régime n'a pas été difficile à suivre. Le malade déclare même qu'il l'a suivi *avec plaisir*; l'amélioration notable constatée au bout d'une dizaine de jours l'a vivement encouragé, et il affirme qu'à aucun moment il n'a ressenti ni dégoût ni lassitude.

La plupart des sujets ne sont pas aussi faciles à traiter et on n'obtient des résultats satisfaisants qu'à certaines conditions. Une des premières est d'obliger le malade à manger seul; car il est cruel de se priver lorsqu'on est au milieu de gens qui mangent à leur appétit des mets paraissant d'autant plus succulents qu'ils ont l'attrait du fruit défendu; c'est le supplice de Tantale. Aussi est-il préférable, chaque fois qu'on le peut, de placer le patient dans une maison de santé; il ne sera pas exposé à la tentation de plats qu'on passe devant son nez, aux quolibets des autres convives, à entendre des objections de ce genre: "Vous allez vous ruiner la santé... A votre place j'enverrais promener mon médecin...", et autres paroles plus désobligeantes encore pour nous. Dans une maison de santé, le malade nous obéit mieux, et ce système a de grands avantages ici comme partout où il faut l'obéissance du patient.

Maintenant, les résultats de la cure se maintiendront-ils? Je vous répondrai que cela dépend du sujet.

J'ai dit, en effet, que le traitement devait se diviser en deux périodes: période d'alimentation insuffisante et période de régulation volontaire.

Une fois l'amaigrissement obtenu, le malade devra suivre un régime atténué et se peser fréquemment, de façon à restreindre son alimentation ou à la faire plus abondante, suivant le résultat des pesées. Son appareil nerveux de régulation ne fonctionnant plus normalement, il substituera ainsi à la régulation automatique une régulation volontaire.

Mais le régime que je préconise n'a-t-il pas des inconvénients?—Je n'en ai vu aucun. Certains sujets parlent bien de sensations désagréables, se plaignent d'autant plus qu'ils sont plus nerveux et plus incapables d'un effort de volonté. Cette volonté qui leur échappe, tâchez de l'avoir pour eux.

Je crois pouvoir passer sous silence les divers régimes que les médecins préconisent pour faire maigrir. On peut multiplier ces régimes à l'infini, mais ils ont tous pour base le principe de l'alimentation insuffisante qu'on réalise de différentes manières;

aussi me contenterai-je en terminant d'examiner avec vous l'action de l'hydrothérapie, celle des bains turcs, des eaux minérales, de l'exercice, de certains médicaments.

De l'hydrothérapie, je n'ai qu'une chose à dire, c'est que jamais je n'ai constaté qu'elle eût fait maigrir un obèse.

Quant aux bains turcs, il est des malades qui les fréquentent dans l'espoir de maigrir : ils se pèsent chaque jour à l'entrée et à la sortie du bain et s'en vont très satisfaits d'avoir perdu 2 livres ; il est vrai que c'est 2 livres de sueur et qu'ils récupéreront bientôt ce poids dès qu'ils auront bu à leur soif. Lorsqu'ils auront ainsi, pendant des semaines, laissé le matin 2 livres qu'ils auront reprises le soir, ils seront aussi avancés qu'au début de leur cure.

Les eaux minérales peuvent-elles faire maigrir ? Oui, indirectement, si elles ont purgatives, parce qu'elles provoquent alors une série d'indigestions ; mais elles n'ont pas par elles-mêmes d'action sur l'obésité. On voit cependant des malades qui reviennent plus maigres après une cure dans certaines stations d'eaux minérales. Cela tient souvent à la mauvaise qualité des tables d'hôte (je parle surtout des stations étrangères). On pourrait fermer, par exemple, telle station que je connais ; pourvu qu'on laissât subsister les hôtels, les cures d'amaigrissement continueraient.

Les médecins de villes d'eaux se fient, d'ailleurs, si peu à l'action de leurs eaux, qu'ils prescrivent en même temps des régimes qu'on peut varier à volonté, mais qui produisent leur effet pourvu qu'ils alimentent insuffisamment le sujet soumis à la cure.

Je ne veux pas dire pour cela qu'il faille renoncer aux eaux thermales, car elles ont le grand avantage de séparer le malade de son milieu et de lui imposer un genre de vie qu'il n'observerait pas chez lui. Je ne crois donc pas, je le répète, à l'action des eaux dans le traitement de l'obésité, mais je crois très bien aux effets obtenus dans certaines stations d'eaux minérales, et ces effets seront d'autant meilleurs que le médecin aura eu plus d'empire sur son malade. C'est ce qui se passe dans les maisons de santé où on exerce une surveillance régulière sur des sujets naturellement indociles.

Passons maintenant à l'exercice physique. Vous serez peut-

être étonnés qu'il donne dans la pratique des résultats tout différents de ceux auxquels on pouvait s'attendre. Théoriquement, l'exercice augmente la dépense et l'individu brûle tous ses aliments, et même une partie de sa graisse. Dans la réalité, il n'est pas rare de voir, à la suite d'exercices prescrits, l'appétit augmenter chez les obèses; de là, une alimentation plus abondante qui est suivie d'engraissement. Pour faire maigrir, il faudrait que l'exercice allât jusqu'au surmenage, et le surmenage ne doit jamais être conseillé.

Parmi les médicaments préconisés pour faire maigrir, laissant de côté les purgatifs sur lesquels je vous ai déjà dit mon opinion, je ne parlerai ici que de la médication thyroïdienne, et pour la déconseiller. Sans doute, la thyroïdine fait maigrir certains sujets, mais les résultats merveilleux qu'elle a donnés dans quelques cas ont tous été obtenus chez des individus dont l'obésité était en relation avec une insuffisance des fonctions thyroïdiennes et représentait une variété de myxœdème fruste.

Le plus souvent, l'obésité ne pouvant être rattachée à l'insuffisance thyroïdienne, le traitement par la thyroïdine n'est pas indiqué; il est même dangereux, car il donne lieu parfois à des troubles cardiaques graves; il a même pu, étant imprudemment employé, occasionner la mort.

Je citerai ici les remarques que M. Javal a faites sur lui-même en essayant la médication thyroïdienne, et l'accident mortel survenu à un de ses maîtres qui fut mon intime ami.

C'est en 1896 que M. Javal expérimenta cette médication. Avec un de ses maîtres, il prit tous les jours, pendant deux semaines, un lobe de glande thyroïde de mouton qu'un boucher apportait frais tous les matins et qu'ils mangeaient cru. Pendant les quatre premiers jours, leur poids tomba de 1,800 grammes, puis il resta stationnaire. M. Javal n'avait éprouvé aucun malaise, son pouls ne s'était pas accéléré et il aurait continué l'expérience, si son collaborateur n'avait été pris de tachycardie, de vertiges, et presque de syncopes; il vit subitement son pouls, qui ne battait d'habitude qu'à 45, s'élever à 70; puis il eut des crampes, des fourmillements et une oppression considérable. Il cessa la médication mais mourut subitement très peu de jours après. "Je n'ai su que plus tard, ajoute M. Javal, que mon maître avait depuis longtemps une lésion cardiaque, et qu'il avait eu déjà une crise d'angine de poitrine."

Le malade dont je vous ai tout au long rapporté l'histoire, avait essayé aussi de la thyroïdine il y a deux ans. Il continua ce médicament pendant huit jours, mais il fut pris de palpitations, son pouls s'éleva à 100 et 110 pulsations par minute. Sur le conseil de son médecin, il cessa son traitement; l'accélération du pouls persista une huitaine de jours encore. L'amaigrissement amené par ce médicament aurait été de 2 ou 3 livres en une semaine.

Si, d'ailleurs, la thyroïdine ou tout autre médicament faisait maigrir, dès qu'on en cesserait l'usage l'embonpoint reviendrait, et il faudrait recommencer indéfiniment, ce qui est impossible; tandis qu'on peut fort bien continuer sans inconvénient un régime alimentaire atténué, comme celui que je conseille.

En vous conformant aux règles que je viens de vous tracer, vous réussirez certainement à guérir l'obésité; mais, ne l'oubliez pas, ce succès dépendra beaucoup moins de vous que de l'énergie du malade. Il en est, vous le savez, qu'il faut renoncer à guérir, parce qu'ils ne le veulent pas. C'est ce qui vient de m'arriver avec une cliente qui m'a déclaré qu'elle ne pouvait suivre mon régime parce qu'il l'engraissait, et qu'elle avait, d'ailleurs, remarqué qu'elle engraisseait d'autant plus qu'elle mangeait moins. Que faire après une telle remarque. Les malades se sont souvent moqués des médecins et ont souvent raconté sur eux mille histoires amusantes; combien le seraient davantage celles que nous pourrions, à notre tour, raconter sur les malades, si nous n'étions enchaînés par le secret professionnel!

Les vraies causes de la détérioration des races sont les suivantes:

Nécessité pour la femme de travailler, ce qui l'empêche d'allaiter ses enfants;

Travail des enfants dans l'industrie, ce qui prépare un déchet énorme par la mort ou les infirmités;

Alimentation irrationnelle par l'ignorance des ménagères;

Malpropreté des maisons.

Les tanières des fauves sont souvent mieux tenues que la plupart des cités ouvrières. Qu'y a-t-il de plus propre qu'un nid d'oiseau?

ADENITES GENIENNES

COMMUNICATION FAITE À LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NICE
PAR LE DOCTEUR SCHMID.

Au début de l'année dernière, j'ai eu l'occasion d'observer simultanément deux cas de lésions de ganglions situés à la partie inférieure de la joue, à la hauteur du bord alvéolaire du maxillaire inférieur. Le diagnostic ne présentait aucune difficulté, mais le siège même de ces ganglions ne laissa pas que de me surprendre, car je ne me souvenais pas avoir vu mentionner des ganglions lymphatiques dans cette région de la face. Je fis à ce sujet quelques recherches qui menaçaient de rester peu concluantes, lorsque parut, en avril 1900, un travail de M. Thévenot (de Lyon) sur les adénites génienues, qui, en me montrant le bien fondé de mes observations, me permit de compléter mes recherches bibliographiques. Si je n'ai pu relever aucun travail qui ne fût déjà mentionné par cet auteur, j'ai pu contrôler presque toutes ses citations, et c'est cette étude que j'ai l'honneur de vous apporter aujourd'hui.

Voici tout d'abord les faits qu'il m'a été donné d'observer :

Observation I. — Mlle B., 30 ans, institutrice, me consulte pour une grosseur qu'elle porte à la partie inférieure de la joue droite.

La malade a remarqué, il y a 18 mois, par hasard, qu'elle avait à cette région une petite tuméfaction de la grosseur d'un pois. Cette tuméfaction ne s'accompagna jamais de douleur, ni de rougeur ou d'inflammation de la peau; mais elle augmenta progressivement de volume, si bien, qu'elle est actuellement très visible, ce qui décide la malade à consulter.

A l'examen, on constate à la partie inférieure de la joue droite, une grosseur du volume d'une forte amande, allongée horizontalement. Ses limites supérieures dépassent le bord alvéolaire du maxillaire inférieur; son extrémité postérieure n'atteint pas le bord antérieur du masséter; son bord inférieur se tient à plus d'un centimètre au-dessus du bord inférieur du maxillaire. Sa surface est lisse, présentant deux bosselures inégales; elle est rénitente. Aucune adhérence à la peau qui est normale, ni au périoste et au muscle sous-jacents.

La malade ne se souvient pas avoir eu d'écorchure ou de plaie

au pourtour des narines ou des lèvres. L'examen de la bouche montre une carie avancée de la dent de sagesse inférieure et de la deuxième molaire supérieure du même côté que la lésion. Dans la région sous-maxillaire existent plusieurs glandes, beaucoup plus petites, dures, mobiles, non douloureuses.

Le diagnostic porté fut celui d'adénite génienne chronique.

Des soins antiseptiques dentaires et buccaux amenèrent la diminution de volume des glandes sous-maxillaires, mais ne modifièrent en rien l'extirpation. Afin d'éviter une cicatrice apparente, je fis une incision de 4 cm. sous le bord inférieur du maxillaire et relevant fortement les téguments au-devant de l'adénite, je pus facilement l'extirper. La peau fut réunie par une suture intra-dermique; la réunion se fit par première intention; 15 jours plus tard, la ligne d'incision était à peine visible.

Le ganglion examiné montrait des lésions d'adénite inflammatoire chronique sans périadénite.

Observation II. — C. . . , fillette de 9 ans, m'est amenée par ses parents pour une tuméfaction située à la face externe du corps du maxillaire inférieur à gauche.

On note comme antécédents, une rougeole bénigne dans l'enfance. Plus tard, il y a trois ans, elle aurait eu, en Corse, des fièvres paludéennes qui durèrent plusieurs semaines. L'enfant fut longue à se remettre. Depuis ce moment se développèrent des glandes sous-maxillaires d'abord, sterno-mastoïdiennes ensuite. Ces glandes grossirent, suppurèrent, s'ouvrirent à la peau, et, après une suppuration de plusieurs mois, se cicatrisèrent.

Il y a deux mois, en même temps que les glandes sous-maxillaires subissaient une poussée nouvelle, apparut une grosseur sur la face externe du maxillaire. Elle augmenta peu à peu de volume.

A l'examen, on constate au niveau de la région sterno-mastoïdienne gauche, deux cicatrices superposées, l'une derrière l'angle de la mâchoire, l'autre en dessous, toutes deux violacées, adhérentes à la profondeur. La région sous-maxillaire présente une cicatrice rosée, chéloïdienne, dont le tissu dur se perd en arrière vers les gros vaisseaux, dont l'extrémité antérieure adnère à un ganglion du volume d'une petite amande, légèrement douloureux à la pression.

Sur la face externe du corps du maxillaire inférieur, à la hauteur du rebord alvéolaire, au-devant du bord antérieur du masséter, la peau amincie, violacée, est soulevée par une tuméfaction allongée dans le sens horizontal, longue de 2 cm. 1/2, haute de 2 cm., adhérente à la profondeur, fluctuante.

Les dents ne présentent pas de carie, mais l'enfant en a changé plusieurs ces temps derniers. Elle est, du reste, sujette à des amygdalites.

L'aspect général est lymphatique, malgré un certain degré d'embonpoint.

Le diagnostic ne faisait pas de doute: adénites tuberculeuses anciennes, sterno-mastoïdiennes et sous-maxillaires; adénite récente de même nature.

Le traitement général consista en huile de foie de morue, phosphate de chaux, sirop d'iode de fer, frictions alcooliques, grand air.

Comme traitement local des ponctions évacuatrices, suivies d'injections de naphthol camphré, répétées à plusieurs reprises, n'empêchèrent pas l'envahissement cutané de progresser et une fistule de se déclarer.

J'incisai alors largement, je détruisis à la curette tous les tissus fongueux de la coque ganglionnaire. La cicatrisation se fit complète au bout de cinq semaines.

La glande sous-maxillaire s'améliora sous l'influence du traitement général qui fut continué depuis lors, et six mois plus tard, elle avait diminué de près de moitié. Actuellement, l'état général est bon; il n'y a eu aucune récurrence.

Les traités contemporains de pathologie sont muets sur les adénites géniennes, aussi bien du reste que ceux d'anatomie sur la présence des ganglions qui peuvent leur donner naissance. Et cependant, ceux-ci n'avaient point échappé à la perspicacité d'observateurs antérieurs.

Mascagni, dans son ouvrage: "*Vasorum lymphaticorum corporis humani*" (1787), avait parfaitement figuré et décrit les "glandes contre le maxillaire inférieur situées entre le muscle masséter et le déprimeur de l'angle de la bouche (triangulaire), qui reçoivent les lymphatiques provenant des joues, du front,

des paupières, du nez, du menton, de la gorge, des gencives" et plus loin: "On trouve quelquefois d'autres petites glandes situées contre la veine faciale, enfouies dans la graisse qui couvre le muscle buccinateur."

Elles sont mentionnées ensuite par Boyer dans son traité d'anatomie, par Cloquet dans sa description du système lymphatique de l'homme, par Bourgeret et Jacob, par Cruveilhier, plus ou moins sommairement.

C'est en vain qu'on cherche leur description dans les traités d'anatomie de Richet, d'Arger, de Paulet, de Beaunis et Bouchard, de Bérard, de Sappey lui même, de Debierre, dans le Dictionnaire Dechambre.

Tillaux mentionne en passant un ganglion sur la face externe du maxillaire inférieur. Testut dit qu'on peut en rencontrer le long de la veine faciale.

A peu près oubliés des anatomistes, ces ganglions l'étaient complètement des cliniciens.

C'est à Poncet que revient l'honneur d'avoir attiré l'attention sur leurs altérations pathologiques. Debierre, puis Jaboulay confirmaient ses recherches. Vigier en faisait l'objet de sa thèse inaugurale, inspirée par Poncet (1892).

De tous les travaux que nous venons de citer, on peut conclure qu'il existe au niveau de la joue trois groupes ganglionnaires:

L'un *supérieur*, sous la saillie du malaire dont l'existence n'a été démontrée que cliniquement.

Le second *moyen, groupe buccinateur*, situé sur l'aponévrose du buccinateur, sur le trajet d'une ligne reliant la commissure des lèvres au lobule de l'oreille, composé de quatre ganglions, dont deux sont situés entre l'artère et la veine faciales, et les deux autres au-dessus du point où le canal de Sténon perfore le buccinateur. Ces ganglions reçoivent des vaisseaux venant des ailes du nez, de la lèvre supérieure et des téguments de la joue.

Pour Debierre, ils recevaient ou émettraient aussi des troncles qui s'engagent dans l'épaisseur du buccinateur.

Un troisième groupe, *inférieur ou sous-maxillaire*, comprend en général deux ganglions situés sur la face externe du maxillaire inférieur, au-devant du masséter, entre l'artère faciale en avant et la veine en arrière. Ils reçoivent des lymphatiques

venant de la région voisine des téguments et peut-être de la commissure, et les troncs descendants, parallèles aux vaisseaux sanguins et qui viennent des ganglions buccinateurs. Les troncs qui en partent se jettent dans les ganglions sous-maxillaires, souvent après avoir traversé un ganglion à cheval sur le bord inférieur, le ganglion infra-maxillaire de Princeteau.

Signalons enfin, pour être complets, que le réseau lymphatique s'anastomose largement au niveau des orifices avec celui des muqueuses.

Ces études anatomiques avaient été inspirées par les lésions observées en clinique; qu'il nous suffise de citer les noms de Pollosson et de Poncet qui publièrent les premières observations.

Sans doute, les lésions des ganglions avaient été observées avant eux; Tillaux, par exemple, signale l'adénite maxillaire dans l'ostéopériostite de cet os; mais ces lésions étaient passées sous silence et c'est consécutivement aux publications de ces auteurs que parut tout une suite de travaux fixant actuellement d'une façon nette la pathologie de ces ganglions.

On a observé ici toute la série des altérations dont sont susceptibles les ganglions en général, c'est-à-dire:

1° Des *Adénites infectieuses*. Elles sont dues à l'introduction d'un élément microbien dans le territoire lymphatique qui se rattache à ces ganglions, soit à la faveur d'une plaie, soit à la faveur d'une inflammation. Les érosions péri-buccales ou péri-nasales sont une des causes les plus fréquentes.

Les lésions dentaires de la mâchoire supérieure sont souvent invoquées; elles agiraient non par la carie dentaire elle-même, mais par l'altération des gencives à leur niveau. Remarquons en passant qu'il est difficile d'admettre que le transport infectieux se fasse par l'anastomose du réseau lymphatique sous-muqueux avec le réseau sous-cutané au niveau de l'orifice buccal et qu'il est plus logique d'invoquer les anastomoses par les troncs lymphatiques que Debierre a vu perforer le buccinateur. La fluxion dentaire serait pour Thévenot un adéno-phlegmon aigu de ces glandes. Peut-être faut-il plutôt le rattacher aux ganglions situés sous l'aponévrose du buccinateur et décrits par Debierre et Vigier, et par conséquent en rapport plus direct avec les lymphatiques des gencives et de la muqueuse.

On a signalé encore l'engorgement des ganglions géniens dans

l'érysipèle, la diphtérie, les oreillons, l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur.

L'*Adénite chronique simple* a été observée à la suite d'irritations répétées de la peau (tatouage), mais surtout à la suite des lésions dentaires. Notre observation No I en est un nouvel exemple.

L'*Adénite tuberculeuse* est assez fréquente. Non opérée, elle donne lieu à une fistule ayant bien peu de tendance à la cicatrisation. Elle est surtout consécutive aux lésions ganglionnaires cervicales et sous-maxillaires. Dans ce cas, c'est une lésion ascendante, ce qui est rare dans les lymphatiques, où le cours de la lymphe est réglé par les valvules, mais ce qui peut se concevoir par le ralentissement de ce courant du fait des lésions sous-jacentes. Notre observation II se rattache à cette catégorie.

L'*Adénite syphilitique* a été observée par Capette-Laplène à la suite d'un chancre du côté droit de la lèvre inférieure.

L'*Adénite cancéreuse* a été décrite assez souvent, soit à la suite d'un cancroïde de la peau, soit à la suite d'un néoplasme de la lèvre inférieure.

Enfin, on a signalé deux cas de tumeur primitive de ces ganglions: lymphadénie (Capette-Laplène), lymphangiome (Poncet).

Donc, lésions infectieuses aiguës et chroniques, lésions tuberculeuses, lésions syphilitiques, lésions néoplasiques primitives ou secondaires, toute la pathologie ganglionnaire a été observée dans les ganglions géniens.

Le *diagnostic* est en général facile; les *kystes sébacés* ont une évolution différente, très lente. Ils adhèrent dès le début à la face profonde de la peau. Les *kystes dermoïdes* sont congénitaux et sont exceptionnels. Les *lipomes de la boue graisseuse de Bichat* sont situés en avant de la branche montante du maxillaire inférieur; ils sont mous, mais lobulés et irréguliers et font saillie dans la bouche. Les seuls diagnostics qui présentent quelque difficulté sont celui des *kystes salivaires* dans les glandes accessoires au niveau du canal de Sténon, et celui de l'*actinomycose*, mais la consistance spéciale de celle-ci, les crises douloureuses qu'elle présente, le trismus, la rapidité de l'ulcération et la multiplicité des fistules, l'examen du pus feront

pencher en sa faveur. Il faut enfin songer à la possibilité de *gommés syphilitiques* ou *tuberculeuses*, pour le diagnostic desquelles les antécédents, la co-existence d'autres lésions et le traitement seront d'un précieux secours.

Le *traitement* ne présente pas ici de particularités;

Incision des adéno-phlegmons aigus dès qu'il y a du pus.

Extirpation des dents malades, antiseptie buccale, traitement général, applications résolutives tant qu'on a affaire à une petite adénite chronique bien mobile.

Si l'adénite chronique est suppurée, les ponctions sont insuffisantes, il faut inciser et cureter ou pratiquer l'ablation totale.

Celle-ci aura aussi sa raison d'être pour les grosses adénites chroniques non suppurées.

Le trait d'incision cutanée devra être horizontal pour les adénites du groupe buccinateur afin d'éviter le canal de sténon. Exceptionnellement on pourra les inciser par la bouche.

Pour les adénites inférieures, on pourra, comme nous l'avons pratiqué, dissimuler la cicatrice sous le bord du maxillaire.

PASSAGE DES MÉDICAMENTS DANS LE LAIT

Van Itallie administre pendant un certain temps à des vaches laitières, de l'ésérine, de la pilocarpine, de la morphine. Dans ces différents cas, par l'analyse, il a été impossible de constater la présence de ces alcaloïdes dans le caséum ou dans le petit-lait. Le lait de ces vaches a, du reste, été administré à des rats et à des souris qui n'ont éprouvé aucun des symptômes d'intoxication causés par ces substances. Il a fait également prendre à des vaches jusqu'à 5 grammes d'iodure de potassium pendant quatre jours consécutifs; le lait de ces vaches ne contenait que des traces d'iode correspondant à quelques millièmes de milligramme.

Ces mêmes vaches ont également absorbé du salicylate de soude (80 grammes en cinq jours), puis du salol (80 grammes en six jours). Dans aucun cas, le lait ne contenait de composés salicylés.

Avec l'essence de térébenthine il obtient les mêmes résultats négatifs.

QUELLE EST LA THÉRAPEUTIQUE DOSIMÉTRIQUE DE LA GRIPPE?

NOTA.—Les granules seront suivent les cas donnés takydosiquement ou bradydosiquement.

<p>Sels de strychnine par 1 granule. Sulfate de quinine ou hydroferrocyanate. 3e jour. — 0 gr. 50 par 10 granules. Sulphydral par dose de 5 granules, 20 et +</p>	<p>1er jour — 1 gramme par 20 granules, 2e jour — 0 gr. 80 par 10 granules, 3e jour. — 0 gr. 50 par 10 granules. 5 jours suiv. — 0 gr. 25 par 5 granules.</p>
<p>Antiseptie buccale.—Brossage et lavages appropriés. Sedlitz. Benzo-naphtol. Hélinine par 5 granules, 20 et + Tannin par 5 granules, 20 et + Sulphydral par 5 granules, 20 et +</p>	<p>Antiseptie intestinale. Antiseptie cutanée. Frictions sèches. Frictions alcooliques. Pas de vésicatoires.</p>
<p>Toux.—Codéine au milligr. ou au centigr. par 1 ou 2 granules. Céphalalgie.—Aconitine ou Gelsemine par 1 ou 2 granules jusqu'à effet.</p>	<p>Forme pseudo-rhumatismale. Menthol, 2 gr. Acide salicylique. Lanoline. Essence de térebenthine. Axonge, 40.</p>
<p>Bronchite. Adynamie.—Caféine au milligr. ou centigramme, par 5 granules jusqu'à effet. Fièvre.—Triade dosimétrique, par 3 granules jusqu'à abaissement thermique suffisant. Congestions. Hémorrhagies.—Triade. + Ergotine 5 + Hydroferrocyanate par 5.</p>	<p>Traitement général + Triade + Aconitine par 1 granule. Vératrine, par 1 granule. Salicylate de soude, par 5 granules.</p>
<p>Algues diverses.</p>	<p>Forme pseudo-rhumatismale.</p>

Gripes atténuées aphyrétiques. Traitement général + Traitement symptomatique approprié.

Gripes atténuées fébriles. Traitement général + Triade + Traitement symptomatique approprié.

<p>Traitement général + Triade Injections sous-cutanées.</p>	<p>Injection strychnine. { Sulfate de strychnine, 0,01. Eau stérilisée, 1c. Caféine. { Caféine, 4 gr. Salicylate de soude, 3, 10. Eau stérilisée, 6 gr. Ether rectifié anesthésique. Ergotine. { Ergotine Bonjean, 2 gr. Eau distillée. { a a 10 g. Glycérine. Camphre, 10. Huile camphrée 40.</p>
<p>Forme cardiaque.</p>	<p>Forme nerveuse. Traitement général + Triade + Aconitine par 1 granule. + Cicutine par 3 granules.</p>
<p>Forme pseudo-rhumatismale.</p>	<p>Traitement général. Aconitine, par 1 granule. Vératrine, par 1 granule. Salicylate de soude, par 5 granules.</p>

CONVALESCENCE. { Strychnine, par 2, en 3 doses.
Caféine, par 5, en 3 doses.
Phosphure de zinc, par 3, en 3 doses. tomamente.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Domaines curatifs

Variantes



V. O.
V. O. S.
V. S. O. P.



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

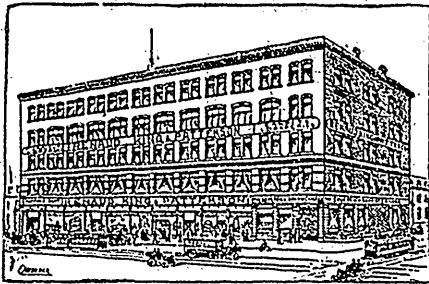
COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal

DÉPOSITAIRES

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ
La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montréal.



Meuble, Literie, Tapis, Draperies, Glacières, Bibliothèques en sections, etc.

Installation moderne et de premier ordre

Renaud, King & Patterson
COIN STE-CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infailible contre l'impuissance et la stérilité.

Guérit pour toujours perte de vitalité, abus, erreur de jeunesse, varicocèle, insomnie, maladies de rognons, faiblesse des nerfs, débilité générale, etc., etc.

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

à Messieurs les Médecins

Visitez l'établissement de la

Compagnie Electrique Crescent

AU No 2502 STE-CATHERINE

Tel. Up 971

N.B. — Vous y trouverez tous les appareils dont vous aurez besoin.

LA DIGESTIVE

A base de Coptis Trifolia Co., capte l'attention de la faculté médicale par les succès remportés dans le traitement de différents cas de Dyspepsie opiniâtre.

Ce n'est pas un remède à tous les maux, mais ses propriétés incontestables dans les dérangements d'estomac, en font un puissant auxiliaire du médecin consciencieux.

ECHANTILLONS GRATUITS. ENVOYÉS SUR DEMANDE.

“ Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Laliberté ”
136 RUE SAINT-DENIS, - - - MONTREAL., Qué.

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTÉREZ

La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montréal.

TRAITEMENT DES NOURRISSONS EN ÉTAT DE CROISSANCE RETARDÉE (ATROPHIE, ATHREPSIE)

L'ATROPHIE INFANTILE.

On dit d'un enfant qu'il est en état de croissance retardée lorsque son poids est sensiblement inférieur à celui qui correspondrait normalement à son âge; la différence entre le poids actuel et celui qu'il devrait avoir indique ainsi le degré de ce retard.

L'état de croissance retardée se présente en clinique sous deux aspects sensiblement différents: l'*athrepsie* et l'*atrophie simple*; toutes deux sont synonymes de dénutrition progressive.

Pendant longtemps, en France tout au moins, l'atrophie et l'athrepsie furent confondues dans une même description: tout nourrisson amaigri d'une façon persistante et accentuée était qualifié d'athrepsique.

On négligeait ainsi certaines particularités liées à l'âge et à la résistance des enfants. C'est à Variot que revient en grande partie le mérite d'avoir insisté sur cette distinction, en opposant comme l'avaient déjà fait les Allemands, l'atrophie simple, pondérale, à l'athrepsie.

L'athrepsie, c'est la cachexie grave de l'enfant qui n'a pas dépassé trois mois; l'atrophie, c'est la forme légère de l'enfant plus âgé.

Lorsque le nourrisson a plus de trois mois, en effet, et que, par suite, sa résistance s'est accrue, il est rare que la dénutrition arrive chez lui à ce degré extrême. Elle n'est le plus souvent qu'ébauchée; fût-elle même accentuée, elle ne retentit pas d'une façon aussi appréciable sur l'organisme; les enfants sont surtout pâles, anémiés, présentent souvent des stigmates de rachitisme; à part cela on peut dire que la perte de poids est à peu près le seul symptôme pathologique.

Celle-ci, il est vrai, peut être considérable, et l'on peut voir des nourrissons de neuf et dix mois pesant 4,000 et 5,000 grammes.

Rien n'est donc plus facile que de reconnaître l'atrophie infantile; il suffit de peser l'enfant et de comparer le poids actuel à celui qu'il devrait avoir si la croissance s'était faite normalement.

CROISSANCE NORMALE DU NOURRISSON.—La seule difficulté

consiste à avoir toujours présentes à l'esprit les variations de poids de l'enfant normal aux différents âges. Or, toutes les données concernant le poids du nourrisson peuvent être résumées de façon schématique, quoique suffisamment exacte, sous forme de formules faciles à retenir.

Les chiffres indiqués par les auteurs ne concordent pas eux-mêmes d'une manière absolue, et ceux que nous indiquerons s'en rapprochent très sensiblement.

Voici, par exemple, le tableau donné par Marfan (garçons) :

Naissance	3 k. 250
Un mois	3 700
Deux mois	4 500
Trois mois	5 260
Quatre mois	6 "
Cinq mois	6 700
Six mois	7 150
Sept mois	7 600
Huit mois	7 900
Neuf mois	8 200
Dix mois	8 500
Onze mois	8 800
Douze mois	8 950

On voit que l'augmentation de poids est de 500 grammes le premier mois (à cause de la perte de poids des quatre à cinq premiers jours), de 750 les quatre suivants, de 450 à 300 pour les autres.

On trouve, dans le tableau ci-dessous, les chiffres donnés par Bouchaud et rapportés par le professeur Budin dans son *Traité*.

La progression est régulièrement descendante (de 50 grammes chaque mois); mais le chiffre indiqué pour les premiers mois est trop élevé, et les suivants un peu faibles.

La lecture de ces chiffres permet une première constatation: à *cinq mois*, l'enfant a *doublé* son poids de naissance; à *un an*, il l'a *triplé*.

On peut, de même, établir ainsi, d'une façon schématique, l'augmentation moyenne de chaque mois. Dans les *cinq premiers mois*, l'augmentation est environ de 700 grammes par mois (25 grammes par jour). Les *cinq mois suivants*, elle est *moitié moins forte*, soit environ 350 grammes chaque mois.

De cette manière, il deviendra très facile d'apprécier rapidement le poids que doit avoir un enfant et, du même coup, de reconnaître si sa croissance est normale ou retardée. *Dans les cinq premiers mois*, l'augmentation mensuelle est de 700 grammes. Il suffira donc de multiplier ce chiffre par le nombre de mois et d'ajouter le poids de naissance au résultat obtenu.

Frenons un exemple: soit un enfant de quatre mois. On multiplie 700 par 4. Le résultat est 2,800.

Ajoutons le poids de naissance (3,250 gr.); le résultat devient $3,250 + 2,800 = 6,050$ gr. C'est à peu de chose près le résultat indiqué par les tableaux.

Dans les cinq mois suivants, le calcul sera le même, mais la progression n'est plus que de 350 grammes par mois environ. De plus, on connaît déjà le poids au cinquième mois (le double de celui de naissance). Il suffit donc de faire porter ce calcul sur les poids supplémentaires.

	Naissance	Un mois	Deux mois	Trois mois	Quatre mois	Cinq mois	Six mois	Sept mois	Huit mois	Neuf mois	Dix mois	Onze mois	Douze mois
Poids	3.250	4.000	4.700	5.350	5.950	6.500	7.000	7.450	7.850	8.200	8.500	8.750	8.950
Augmentation...	"	750	700	650	600	550	500	450	400	350	300	250	200

Prenons un nouvel exemple: soit un enfant de neuf mois. On multiplie 350 (progression mensuelle ici) par 4 (nombre de mois supplémentaires après le 5e): $350 \times 4 = 1,400$.

A ce résultat il faut ajouter le poids connu du cinquième mois (le double de celui de naissance): $1,400 + 6,500 = 7,900$. Ce chiffre s'écarte très peu, comme on le voit, de ceux indiqués plus haut.

Il est ainsi possible d'évaluer très rapidement le poids que doit peser un nourrisson d'âge connu et, par suite, d'apprécier dans quelle mesure sa croissance se trouve retardée.

RÉGIME À SUIVRE.—Quel régime convient-il d'instituer? Nous avons pris pour type l'enfant atropé que, c'est-à-dire légèrement atteint; chez lui, il est rarement utile de recourir aux moyens qu'on met en œuvre chez l'athrôpique. On peut

dire que le régime alimentaire résume à peu près toute la thérapeutique.

Deux cas peuvent se présenter: l'atrophie est *compliquée* de troubles digestifs aigus ou chroniques, ou elle est *pure* (les troubles digestifs dont elle est la conséquence ayant disparu).

Dans le premier cas, il convient tout d'abord de traiter les troubles digestifs par les moyens ordinaires, sur lesquels nous ne pouvons insister ici. Lorsque l'atrophie est pure, il faudra avant tout régler l'alimentation suivant le développement de l'enfant.

Dans l'atrophie infantile, forme relativement atténuée, le lait est généralement bien toléré. Il suffit de savoir le donner. Quel lait faut-il choisir? Quelle quantité doit-on en faire prendre?

S'il est possible de mettre l'enfant au sein, c'est évidemment à ce mode d'allaitement qu'on donnera la préférence. Cependant les enfants déjà un peu âgés refusent souvent le sein; et il peut arriver, dit Keller, que, chez les atrophiques âgés de plus de quatre à cinq mois, l'allaitement au sein, substitué brusquement à l'allaitement au biberon, se montre inférieur à ce dernier; et l'on voit même parfois des enfants, qui ne progressent pas avec le lait de femme, reprendre du poids dès qu'on leur donne le biberon.

M. Variot a du reste montré quels heureux résultats peut donner l'allaitement par le lait stérilisé chez les atrophiques. Il semble cependant qu'il soit préférable, quand cela est possible, d'employer tout d'abord certains laits plus faciles à digérer; tel le lait d'ânesse cru, et surtout le *lait Bäckhaus no 1*, qui parfois donne des résultats vraiment remarquables. Ce lait doit être donné en quantité un peu supérieure à celle qu'on ferait prendre à l'enfant s'il s'agissait de lait stérilisé (près de 1-5 en plus).

Quand la courbe du poids est redevenue satisfaisante on peut recourir peu à peu à l'emploi du lait stérilisé ordinaire.

Dans la majorité des cas, on ne donne pas le lait stérilisé pur aux nourrissons retardés; et voici de quelle façon on pratiquera le coupage. Dans le biberon on met d'abord 20 à 25 grammes d'eau, et on ajoute autant de lait pur qu'il est nécessaire pour obtenir la quantité qui convient à chaque repas. C'est

donc la *quantité d'eau qui est fixe, et la quantité de lait qui est variable*. Cette méthode a l'avantage de faire diminuer le titre du coupage d'une façon progressive à mesure que l'enfant devient capable de digérer une plus grande quantité de lait.

Quelle quantité de lait faut-il donner? Il n'est pas possible de prendre ici comme point de repère l'âge de l'enfant; il y a, en effet, trop de discordance entre son âge et son poids; avec une pareille base d'appréciation, on lui ferait ingérer une quantité de lait beaucoup trop considérable. La quantité de lait absorbée devra être *proportionnée à son poids*.

Comment établir cette proportion? Il y a deux manières. On peut y arriver indirectement: en se reportant à la courbe régulière d'un enfant en croissance normale et en cherchant à quel âge correspond le poids actuel.

Prenons un exemple. Soit un enfant de huit à neuf mois du poids de 5,250 grammes; la courbe régulière de croissance indique que ce poids est celui d'un enfant de trois mois révolus. On donnera donc à ce nourrisson atrophique une quantité de lait correspondante à cet âge.

Maïs l'expérience a appris que l'enfant en état de croissance retardée a besoin pour se développer d'une quantité de lait un peu supérieure à celle que prendrait un enfant normal, de même poids, maïs plus jeune. On devra donc augmenter un peu la quantité de lait indiquée de cette manière.

On peut, croyons-nous, arriver au même résultat bien plus rapidement encore pour évaluer immédiatement la quantité de lait que doit prendre un enfant à chaque repas: il suffit de *multiplier par deux les deux premiers chiffres de son poids et d'ajouter à ce résultat un cinquième de la quantité obtenue si l'enfant pèse moins de 6,000 grammes (poids d'un enfant de quatre mois), et un dixième s'il pèse davantage*.

Reprenons pour mieux fixer les idées le même exemple que ci-dessus: soit un enfant de 5,250 grammes (quel que soit son âge). Le calcul que nous venons d'indiquer donne: $52 \times 2 = 104$. Ajoutons à ce chiffre le cinquième, on a: $104 \times 20 = 124$. Le chiffre de 124 représente précisément la quantité généralement indiquée comme devant être donnée à chaque repas (7 fois en vingt-quatre heures). Il est du reste bien évident que ces formules n'ont rien d'absolu; elles ne doivent être considé-

rées que comme des points de repère permettant d'évaluer approximativement la quantité de lait à donner à un enfant qu'on voit pour la première fois.

Pour le nourrisson atrophique plus encore que pour le nourrisson sain, il faut dresser une courbe de poids; c'est elle qui sera le guide le plus sûr, et permettra d'apprécier avec certitude s'il faut confirmer ou rectifier les indications primitives.

Il peut arriver enfin que le nourrisson atrophique ne supporte pas le lait, et l'on se trouvera dans la nécessité de modifier complètement son alimentation. C'est alors qu'on devra appliquer à l'enfant atrophique le même régime alimentaire qu'aux athrepsiques si souvent intolérants pour le lait. Ce régime des athrepsiques fera l'objet d'un prochain article.

E. TERRIEN,

Chef de clinique de l'hôpital des Enfants-Malades.

DETERMINATION QUANTITATIVE DE LA RATION DES TUBERCULEUX; LES LIMITES DE LA SURALIMENTATION; LE SUCRE CHEZ LES TUBERCULEUX

PAR RENÉ LAUFER.

Dans ce mémoire, l'auteur a déterminé les limites de la ration complète des tuberculeux.

Si, en effet, l'alimentation constitue un des moyens les plus puissants, dans la cure de la tuberculose, on ignore jusqu'à quelles limites on peut pousser cette alimentation pour obtenir le bénéfice thérapeutique maximum sans dommage pour le tube digestif et on en est réduit à l'impuissance et aux tâtonnements.

Théoriquement, il n'y a pas de limites à la suralimentation, mais en pratique on constate, en ce qui concerne les graisses, que si l'on oblige les malades à en ingérer une grande quantité avec l'alimentation ordinaire, trois éventualités se produisent au bout d'un temps variable: ou bien les malades présentent de troubles digestifs, ou bien ils n'utilisent pas les matières grasses qui passent, en particulier, au moins dans les fèces, ou enfin ils perdent l'appétit pour d'autres aliments.

Après avoir passé en revue les résultats obtenus par l'ingestion de fortes quantités d'albuminoïdes et d'hydrates de carbone, l'auteur résume ainsi l'action du sucre sur l'organisme de

ces malades: action d'épargne sur les matières azotées plus considérable que celle qu'exercent les graisses, action d'épargne sur les graisses elles-mêmes. Il faut ajouter que le sucre, étant un hydrate de carbone pur ou à peu près, représente, sous un faible volume et sous une forme facile à prendre, à tolérer et très assimilable, une valeur calorifique intense. L'auteur s'est demandé si, en vertu de cette action d'épargne, on ne pourrait pas à la rigueur, en ajoutant du sucre à la ration alimentaire, diminuer, dans une certaine mesure, les albuminoïdes qu'elle renferme sans faire baisser le poids du malade. Dans deux cas, où les malades prenaient avec leur alimentation 300 grammes de viande crue et 2 grammes au total d'albumine par kilogramme, il a supprimé 150 grammes de viande, et les malades ne recevaient plus que 1 gr. 20 d'albumine par kilogramme; l'engraissement cessa dans le premier cas et il y eut 300 grammes d'amaigrissement dans le second, au bout de 12 jours de ce nouveau régime. L'engraissement réapparut lorsqu'il fit prendre 70 grammes de sucre en plus à chacun des deux malades à la place des 150 grammes de viande qui avaient été enlevés. Le sucre permettra donc, dans les cas où l'indication s'en présentera, de diminuer, dans une certaine mesure, la quantité d'albuminoïdes.

D'une façon générale, les tuberculeux supportent parfaitement et pendant longtemps, de 50 à 90 grammes de sucre par jour, suivant les individus, avec la ration ordinaire. L'auteur a pu obtenir, — à l'exemple de M. Toulouse, qui a relaté devant la Société de Thérapeutique (séance du 22 juin 1904) les magnifiques résultats obtenus par lui chez les aliénés de son service — des engraissements allant de 20 à 90 grammes par jour, en ajoutant simplement à la ration ordinaire d'entretien ou de repos (36 à 38 calories par kilogramme) 6 à 10 morceaux de sucre par jour, et en le donnant par parties *après* chaque repas, dans une tasse de tisane ou une tasse supplémentaire de lait. Mais le sucre a surtout été un aliment des plus précieux avec le régime lacté absolu. On peut, en effet, dans les cas de tuberculose, où l'ingestion du lait seul s'accompagnait d'amaigrissement, obtenir, par l'addition de sucre, des engraissements très sensibles.

Entre autres observations, l'auteur signale le cas typique

suisant: Un tuberculeux, qui, en raison d'une anoxerie complète, n'arrivait à prendre que deux litres à deux litres et demi de lait par jour et avait maigri beaucoup, récupéra son poids en 45 jours, avec 200 grammes de sucre en plus. C'est précisément avec le lait que le sucre est particulièrement bien toléré en grandes quantités soit qu'on administre celui-ci en dilution dans le lait lui-même, ou en dilution dans l'eau, en sirop, comme le recommande M. Toulouse, si les malades le préfèrent. On donne alors la dose fractionnée de sucre après chaque prise de lait.

Outre le cas mentionné ci-dessus, l'auteur a eu 6 autres cas de malades soumis au régime lacté (3 litres par jour) qui ont pris de 50 à 200 grammes de sucre par jour sans présenter la moindre intolérance et dont l'engraissement s'est manifesté entre 15 et 75 grammes par jour.

Le sucre ne doit donc plus être considéré comme un condiment, chez les tuberculeux, mais il s'impose comme un aliment d'épargne des plus précieux. Il rendra les plus grands services, notamment dans les cas de tuberculose où le régime lacté est indiqué.

L'INJECTION TRACHEALE SIMPLIFIEE

PAR M. LE DOCTEUR H. MENDEL.

Mes chers collègues, je désire vous présenter aujourd'hui une méthode thérapeutique sinon entièrement nouvelle, du moins totalement renouvelée. Il s'agit de l'introduction de substances médicamenteuses liquides dans les voies aériennes, autrement dit l'injection intra-trachéale.

L'injection trachéale, au moyen du dispositif laryngologique, a été créée en 1887 par des laryngologistes opérant isolément: l'un en Angleterre, Beehag, l'autre en Allemagne, Rosenberg. Ces spécialistes eurent l'idée d'injecter, sous le contrôle du miroir laryngien, quelques gouttes d'huile mentholée, dans le but de combattre la dysphagie de la laryngite tuberculeuse. Ils constatèrent bientôt que ce mode thérapeutique donnait d'excellents résultats dans les cas de tuberculose pulmonaire sans laryngite et le préconisèrent: d'autres spécialistes imitèrent cette pratique et s'en louèrent.

Cependant, ce mode thérapeutique ne se généralisa pas, et, 17 ans après sa création, on est sûr d'étonner les médecins en leur révélant non pas même la valeur, mais la possibilité de ces injections.

D'où vient cet insuccès? De deux causes bien importantes. La première, c'est que l'injection trachéale a toujours constitué une manœuvre de spécialiste, et les spécialistes forment une toute petite minorité, dont la pratique est à peu près ignorée de la généralité des praticiens. Enfin, seconde raison, la soi-disant intangibilité des voies aériennes, qui passent depuis des siècles pour ne pouvoir supporter, sans réaction violente, l'irruption d'un corps étranger quelconque. Chose curieuse, la pratique laryngologique contribua à perpétuer ce préjugé physiologique: car les spécialistes n'employaient en injection trachéale que des solutions mentholées ou créosotées qui sont irritantes et qui produisaient des quintes de toux et du spasme: on mettait alors sur le compte de la susceptibilité laryngo-trachéale ce qui n'était dû qu'à la causticité des solutions.

Pour mettre l'injection trachéale en valeur, pour la diffuser et la mettre aux mains de tous, il fallait donc: d'abord, en simplifier suffisamment la technique et, ensuite, la rendre toujours inoffensive. C'est à quoi je suis arrivé, comme je vais vous l'exposer.

La technique a pu être simplifiée à l'extrême, grâce au fait d'observation suivant:

Après avoir recommandé au patient de ne pas avaler, si l'on projette une petite quantité de liquide sur la paroi postérieure du pharynx, ce liquide descend par son propre poids dans les voies aériennes.

Autrement dit, le pharynx peut être comparé à un entonnoir dont l'unique orifice est la glotte. Je dis l'unique orifice, parce que l'orifice digestif est fermé en dehors de la déglutition.

De ce fait d'observation, j'ai déduit une technique de l'injection trachéale, technique si aisée qu'un étudiant ou un infirmier peuvent la réussir dès la première séance.

Restait à rendre l'injection inoffensive, alors qu'aux mains des spécialistes, elle occasionne presque toujours des réflexes violents. L'observation m'a également prouvé que l'irruption d'un liquide non irritant, comme par exemple l'huile pure ou l'huile eucalyptolée de 1 à 10 0/0, ne produit aucun réflexe désagréa-

ble, mais simplement une sensation de fraîcheur vague. L'injection trachéale ainsi pratiquée constitue la base d'un traitement rationnel et puissant des affections broncho-pulmonaires chroniques, et en particulier de la tuberculose. Il consiste en l'injection quotidienne de trois seringues de 3 centimètres cubes d'huile eucalyptolée pendant un mois; à la fin de cette période, le patient est livré à lui-même et les injections sont reprises au bout de quelques semaines, suivant les besoins et les circonstances.

Les résultats de cette thérapeutique sont exposés en deux mots.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX. — 1° *Suppression de tout traitement gastrique.* Avantage tout négatif, mais dont je n'ai pas à faire ressortir l'importance devant les médecins qui connaissent la fréquence et la gravité de la dyspepsie médicamenteuse.

2° *Amplification rapide de la respiration* (constatée au moyen de nombreux tracés pneumographiques) et amélioration correspondante de l'hématose, de l'appétit et de la vitalité, d'où augmentation du poids.

RÉSULTATS LOCAUX. — 1° *Pansement quotidien du larynx.* Véritable prophylaxie de la laryngite tuberculeuse et traitement de la laryngite confirmée.

2° *Amélioration fonctionnelle.* Diminution ou même cessation de la toux et de l'expectoration. Amélioration observée dans les quatre cinquièmes des cas.

3° *Amélioration de l'état stéthoscopique* dans la moitié des cas environ. Cette amélioration consiste dans l'amplification des régions qui respiraient peu ou pas du tout, et dans l'assèchement du tissu ramolli ou ulcéré.

Après cet exposé, permettez-moi de vous présenter quelques expériences confirmatives de ce que j'ai avancé, au sujet de la technique simplifiée de l'injection trachéale.

Voici d'abord un malade trachéotomisé, auquel je vais pratiquer l'injection: vous pourrez voir le liquide injecté (huile rougie à l'orcanette) ressortir en grande partie par la plaie trachéale.

Voici enfin un malade normal: je pratique l'injection et vous voyez qu'il n'en manifeste aucune espèce de gêne. Si vous l'interrogez, il vous dirait, au contraire, qu'il sent un liquide frais descendre dans sa poitrine et que cette irruption amplifie instantanément sa respiration.

SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LA GANGRENE PULMONAIRE

PAR M. LE PROFESSEUR TUFFIER.

Dans les cas de gangrènes pulmonaires, il faut toujours insister sur la nécessité pour les chirurgiens de porter avant tout leur attention sur le diagnostic de siège, de nombre des foyers pulmonaires, parce que seul ce diagnostic peut diriger l'intervention de façon utile et assurer le succès opératoire.

Mais la guérison opératoire n'est pas la seule désirable: ce que les malades demandent et ce que nous devons nous efforcer de leur donner, c'est la guérison définitive. Or, il faut avouer, celle-ci n'est qu'exceptionnellement atteinte après les interventions pour gangrène pulmonaire. Cela provient, d'après M. Tuffier, de ce que l'on ne tient pas suffisamment compte des différences considérables qui existent entre les diverses formes de gangrène pulmonaire, différences qui tiennent avant tout à leur étiologie. A ce point de vue, M. Tuffier distingue les gangrènes pulmonaires en:

1° Gangrènes parenchymateuses diffuses consécutives à une broncho-pneumonie; ici l'intervention chirurgicale est non seulement inutile, mais très dangereuse;

2° Gangrènes superficielles métapneumoniques dont le foyer communique généralement avec un foyer pleurétique interlobaire: ce sont les gangrènes les plus facilement curables;

3° Gangrènes évoluant consécutivement à des ectasies bronchiques multiples;

4° Gangrènes par corps étrangers, solides ou liquides, du poumon. Pour ces deux dernières catégories, la guérison définitive s'obtient difficilement, les malades recommençant, au bout d'un temps plus ou moins long, à tousser et à expectorer, en même temps que les signes stéthoscopiques reparaissent au niveau des anciens foyers.

Les bénéfices de l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire sont donc des plus problématiques dans la majorité des cas. Au surplus, les indications de cette intervention doivent se limiter à la substitution d'un drainage artificiel bien conditionné à un drainage naturel insuffisant: toutes les gangrènes dont le foyer se vide bien par les bronches peuvent guérir par le seul traitement médical, et, par conséquent, ne sont pas justiciables de l'opération.

TRAITEMENT DE LA SEBORRHEE DU CUIR CHEVELU

M. le Dr Brocq indique la meilleure méthode de traitement à opposer à la séborrhée du cuir chevelu. Il insiste, d'abord, sur ce fait que les cheveux présentent une véritable mue physiologique et qu'ils tombent régulièrement en plus grande abondance vers les mois de mai et septembre, pour repousser dans les intervalles. Aussi une médication qui paraît réussir à certains moments, quand elle coïncide avec la repoussé, pourra paraître sans effet, quand on la donne au moment de la chute périodique.

D'une façon générale, il est nécessaire de graisser les cheveux comme on le faisait autrefois, d'autant plus qu'avec l'habitude des lavages répétés qui s'est introduite, ils sont presque toujours secs et cassent avec la plus grande facilité. Lorsqu'on les lave pour combattre la séborrhée du cuir chevelu, on les sèche toujours trop, et, après avoir dégraissé la peau, il serait nécessaire de restituer aux cheveux une partie de la graisse qu'on a enlevée; mais les malades apprécient peu le graissage des cheveux qui ne favorise pas les coiffures actuelles.

Pour le traitement de la séborrhée, on peut, tous les soirs, et dès qu'il n'y a plus de pellicules, deux fois par semaine seulement, étendre sur le cuir chevelu un peu de pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre, au moyen d'une allumette recouverte d'ouate hydrophile; après quoi, on enlève l'excès de pommade avec un peu d'ouate sèche.

Oxyde jaune d'hydrargyre.	0.75 centig.
Vaseline pure.	20 grammes.

Tous les matins, une friction avec de l'ouate hydrophile imbibée de coaltar saponiné du Codex étendu de six fois son volume d'eau.

On peut encore utiliser dans le même but la solution :

Polysulfure de potassium liquide.	20 à 100 gouttes.
Eau chaude.	1/4 de verre.

Cette substance a l'inconvénient de foncer la couleur des cheveux. On peut y remédier en passant de temps en temps sur les cheveux un mélange d'eau sédative coupée de 5 à 10 fois son volume d'eau, ce qui leur donne un reflet blond.

Enfin, pour remédier à la sécheresse des cheveux, il faut les humecter souvent avec la préparation suivante :

Huile de ricin	38 grammes.
Teinture de jaborandi.....	à
— de quinine.....	à
— de romarin.....	à
	8 —

**LES TICS NE SONT PAS TOUJOURS D'ORIGINE
HYSTÉRIQUE**

Trop souvent la qualification d'hystérique est faussement appliquée à certaines manifestations nerveuses dynamiques, les tics, principalement. Il y a des tics émotifs, même anciens, sans hystérie et qui peuvent être traités comme de véritables *syndromes émotionnels*, car l'état anxieux du malade et les réactions diverses de son émotivité paraissent avoir la part prépondérante. Les efforts thérapeutiques faits pour modifier ces réactions diverses, joints aux essais de corrections des troubles moteurs, donne raison à cette manière de voir.

Entre plusieurs observations de tics, ainsi considérés, M. Aimé a choisi deux cas : l'un de véritable myoclonie, précédemment et successivement traitée comme chorée hystérique et paramyoclonus multiplex, l'autre de bégaiement de cause émotionnelle, développée lentement et s'accompagnant d'anxiété, de peur inhibitrices.

Le traitement institué, basé sur les principes de rééducation et d'entraînement, est divisé en :

- 1° traitement physique ou cinesthésique,
- 2° traitement psychique ou dynamogénique,
- 3° traitement d'épreuve et de contrôle,

qui ne sont mis en vigueur qu'après consultation du tableau héréditaire du malade et certitude du diagnostic précis et exclusif de son émotivité morbide. La partie physique consiste dans l'emploi d'agents thérapeutiques physiques (au cas particulier, de simples bains tièdes prolongés pour produire par vaso-dilatation périphérique une meilleure cénesthèse) ; la partie psychique comprend des exercices musculaires de rééducation,

rythmés au *métronome*, (mouvements des membres, mouvements inspiratoires, récitation et lectures de lettres, syllabes, mots, chiffres avec allitération, etc., etc.), suivis d'entraînement graduel. Enfin, le rôle du médecin est, troisièmement, de mener le malade dans les milieux où son émotivité est en jeu et de le mettre aux prises avec elle et aussi en garde contre elle par répétition des exercices précédents si cela est nécessaire. La guérison le récompense de sa longanimité.

MORT DU FŒTUS CONSECUTIVE A L'INJECTION DE SÉRUM ANTIDIPTÉRIQUE CHEZ LA MÈRE

PAR M. LE DOCTEUR HOUGHTON.

Le cas rapporté par l'auteur est intéressant en ce qu'il soulève un problème qu'on n'a guère discuté jusqu'ici: l'influence sur le fœtus des injections de sérum antidiphtérique chez la mère. Le sujet de cette observation est une secondipare, arrivée au huitième mois de sa grossesse. A ce moment, tout est normal; les bruits du cœur fœtal sont bons. Peu après, cette femme va voir une amie atteinte de diphtérie; le médecin qui se trouvait là insiste pour lui faire une injection préventive de sérum, malgré les résistances de la parturiente. Aussitôt après l'injection, elle eut une défaillance, mais bientôt elle se ranima et put rentrer chez elle. Mais elle avait remarqué que les mouvements du fœtus avaient cessé, et l'auteur, appelé aussitôt, constata que les bruits du cœur fœtal ne s'entendaient plus; en outre, la présentation du sommet s'était changée en présentation par le siège.

Deux semaines plus tard, la femme accouchait à terme d'un fœtus mort; la mort n'était pas absolument récente, car la peau était macérée et le placenta très friable.

Il ne s'était rien passé qui pût expliquer la mort du fœtus, en dehors de l'injection de sérum. La femme était en bonne santé; elle avait déjà eu un enfant bien constitué et à terme; enfin il n'y avait eu aucun traumatisme. Le problème à résoudre est donc le suivant: l'injection de sérum a-t-elle déterminé une hémorragie rétro-placentaire avec mort consécutive du fœtus?

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHRONIQUE PAR L'ACIDE CHLORHYDRIQUE

(M. SOUPAULT.)

Il s'agit de ces diarrhées idiopathiques, indépendantes de toute altération anatomique importante de l'intestin et de toutes infections et intoxications locales ou générales.

Chez quelques malades, la diarrhée n'apparaît que par périodes de plusieurs mois, séparées par des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels les selles sont normales ou bien où il existe une constipation plus ou moins opiniâtre. Chez tous on observe une très grande susceptibilité de l'intestin et une tendance déplorable à avoir des poussées de diarrhée aiguë très abondantes sous l'influence de causes en apparence peu importantes.

L'aspect des selles, leur nombre, le moment où elles se produisent, sont sujets à de nombreuses variations, et se combinent différemment, de sorte qu'on observe un grand nombre de types de la maladie. Cependant, il semble que, pour un même sujet, le syndrome se présente avec une assez grande uniformité.

Contre ces diarrhées, tous les traitements sont essayés et ne donnent que des résultats médiocres, la plupart du temps de peu de durée ou nuis. Au contraire, l'acide chlorhydrique produit des effets à la fois constants, rapides, durables.

Il faut prescrire l'acide chlorhydrique à forte dose: c'est là une condition essentielle du succès. Les petites doses donnent des résultats toujours incomplets, souvent nuis.

Les doses qui ont paru utiles varient entre un à deux grammes *pro die* quelquefois, mais rarement plus. L'acide employé est l'acide chlorhydrique pur officinal. Cette préparation renferme 38 0/0 d'acide anhydre.

On peut l'ordonner sous forme de gouttes. On prescrit alors X, XV ou XX gouttes, au commencement du repas dans un verre d'eau sucrée, pure ou mélangée d'un peu de suc de citron.

On peut aussi formuler la limonade suivante:

Acide chlorhydrique pur officinal.	6 à 8 grammes
Sirop de limons.	200 grammes
Eau.	800 grammes

Ces deux modes d'administration sont également bien supportés par les malades. On a rarement eu à noter de l'intolé-

rance. Cependant, pour les personnes qui se plaignent de l'âcreté de la solution, on pourra ajouter à la solution indiquée un demi ou un blanc d'œuf battu selon la formule donnée par Linossier.

Les doses suffisantes varient suivant les cas. On peut tirer les indications de l'abondance de la diarrhée, de la fréquence des selles, de leur état de fluidité, de l'existence ou non de la lienterie, de la durée de la maladie, surtout du degré d'acidité du suc gastrique. Ces indications n'ont rien d'absolue et il faut souvent procéder par tâtonnements, commencer par des doses moyennes pour diminuer ou augmenter selon les cas.

Lorsqu'on est arrivé à la dose suffisante, les effets du médicament se font sentir très rapidement, en deux ou trois jours dans beaucoup de cas, en huit jours au maximum. Les coliques disparaissent, les selles diminuent considérablement de nombre, se réduisent à une ou deux : leur consistance augmente et les matières se moulent. Bref, l'amélioration se fait très vite sentir et la guérison complète survient.

Ces effets remarquables sont dus à l'action propre de l'acide chlorhydrique. Souvent il est arrivé pour expérimenter le médicament de n'ordonner aucun régime alimentaire spécial ni aucun traitement adjuvant. Les effets ont été aussi brillants.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

(Séance du 25 avril 1905.)

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR BOULET.

M. Roy, (jr.), présente une malade qu'il a opérée pour une nécrose du maxillaire supérieur par intoxication phosphorée. Il donne ensuite la lecture d'un travail intéressant sur ce sujet, et avant de rapporter son observation, il fait l'histoire de cette maladie. Ce fut en Allemagne, en 1839, que l'on observa la première fois la nécrose des maxillaires par le phosphore blanc qui était alors employé.

Les vapeurs phosphorées sont absorbées par les voies respiratoires et provoquent un état pathologique des maxillaires.

Les dents cariées servent de porte d'entrée au phosphore dissous dans la salive. Après avoir passé en revue la symptomatologie, *M. Roy* donne les statistiques de Trélat qui sont une mortalité sur deux malades lorsque les deux maxillaires sont

nécrosés, une sur trois pour le maxillaire supérieur et une sur quatre pour l'inférieur. Le traitement est toujours chirurgical. La malade a travaillé pendant douze ans dans une manufacture d'allumettes. Un an après sa sortie de l'atelier, elle eut une nécrose du maxillaire supérieur du côté droit. Un chirurgien lui fit alors une première opération, et sa mâchoire continua à suppurer.

M. Roy lui donna un traitement médical en août dernier, et, cinq semaines après, lui fit l'opération. Elle retourna chez elle au bout de quinze jours, tout à fait rétablie. Six mois après l'opération, un dentiste lui fit une pièce de prothèse pour compléter son maxillaire supérieur.

M. Marien demande à M. Roy, s'il a éliminé l'hypothèse d'une périoste alvéolo-dentaire, ou une ostéomyélite, à la suite de carie dentaire.

Il a opéré un malade à qui il a enlevé un énorme séquestre dans le sinus (ostéomyélite) avec séquestre du maxillaire supérieur.

M. St-Jacques cite un cas, où, 12 ans après avoir laissé son travail, une malade fut atteinte de nécrose phosphorée du maxillaire inférieur.

La tuberculose des maxillaires, quoique rare, se développe quelquefois. D'après certains auteurs allemands, la lésion des gencives serait la cause provocatrice de la nécrose.

M. Ethier rapporte un cas opéré autrefois par M. le professeur Brosseau. Il s'agissait d'une nécrose du maxillaire inférieur par carie dentaire.

M. Roy, (jr.), en réponse à M. Marien, se croit très justifiable du diagnostic de nécrose par intoxication phosphorée. Sa malade avait une suppuration du maxillaire supérieur du côté droit, se continuant à un centimètre et demi à gauche. Il y avait plusieurs trajets fistuleux, et au commencement de la maladie, la respiration avait une odeur alliacée. S'il y avait eu périostite ou ostéomyélite, les ravages du maxillaire n'auraient pas été aussi considérables et la première opération aurait probablement guéri la patiente. Les symptômes généraux le portent à croire, que la maladie n'était pas locale et le résultat opératoire semble confirmer son diagnostic.

M. St-Jacques présente des pièces anatomiques, deux cas d'hypertrophie de la glande thyroïde.

M. Roy a fait l'examen laryngoscopique du malade de *M. St-Jacques*. À son premier examen, il a constaté une déviation du larynx de droite à gauche. En plus de cette rotation latérale, il y avait encore une déviation de haut en bas. La fausse corde vocale droite cachait entièrement la glotte. Les deux aryténoïdes étaient parfaitement mobiles, ce qui lui permit d'assurer qu'il n'y avait pas de paralysie des cordes vocales, bien qu'il lui fut impossible de les voir. Aussi, le léger trouble de phonation dont se plaignait le malade était dû à la tension du larynx. L'épiglotte était un peu déviée et l'ensemble de l'organe vocal était congestionné.

À son second examen, c'est-à-dire un mois après l'opération, le larynx avait repris sa position normale; cependant, il constata une paralysie du dilateur de la corde vocale gauche.

M. Dubé donne quelques notes sur une malade présentée auparavant. Polyarthrite tuberculeuse chez l'enfant. *MM. Marrien, St-Jacques* et *LeCavelier* portent la parole.

M. Cléroux lit un mémoire sur l'hémophylie.

M. Dubé a observé un malade qui avait eu des hémophagies considérables des muqueuses.

M. LeCavelier rappelle que *M. Robin*, (de Paris), signale la minéralisation de l'économie comme traitement de l'hémophylie. Ce traitement aurait donné d'excellents résultats.

Plus de 40,000 calculs dans un même rein!—Le fait a été relaté par le docteur *Blaud-Sutton* (*British medic. Journal*, 1905, p. 299). Il concerne un malade, sujet à des attaques de coliques néphrétiques, auquel on dû pratiquer une néphrectomie. Le rein extirpé était considérablement augmenté de volume; les calices étaient distendus et l'un d'eux logeait plus de 40,000 calculs de dimensions très inégales. Quelques-uns avaient le volume d'une noix. Ils étaient constitués par du phosphate et de l'oxalate de chaux.

En 1904, on voit figurer sur le tableau des suicidés de Berlin, 17 vieillards qui avaient dépassé 90 ans. Nous savons, par parenthèse, que c'est Berlin qui détient, en Europe, le record de cet emballement fâcheux vers le suicide.

LES INCUBES

Charcot et ses élèves ont magistralement décrit la période d'attitudes passionnelles qui survient à la fin des attaques hystériques. Si, alors, l'hallucination suggère à la malade des idées d'amour, tout son être exprime le ravissement; elle envoie des baisers, dit de tendres paroles, serre dans ses bras l'aimant imaginaire; son visage, son corps entier tressaillent comme sous une étreinte voluptueuse. Elle s'abandonne... et à cette scène lascive fait suite un mol anéantissement.

Au réveil, elles avouent souvent l'acte, prétendent avoir été possédées, précisent la personne.

D'autres fois, c'est la folie. Les aliénistes ont décrit les illusions des maniaques. Ils sont convaincus qu'on les touche, plusieurs se croient magnétisés et ressentent des commotions.

Les femmes voient et sentent la personne aimée, ou un être détesté qui abuse d'elles et les viole, folie amoureuse ou mélancolie.

Ces faits ont tourmenté l'imagination dans l'antiquité et le moyen âge, et donné lieu à la légende de cohabitation démoniaque; les incubes attentent aux femmes, les succubes aux hommes.

Coelius Turelianus rapporte, d'après Salamique, que l'incube s'était montré d'une manière contagieuse à Rome: beaucoup de personnes en moururent.

Au moyen âge, ce contact démoniaque était désiré ou abhorré.

Désiré par les sorciers ou sorcières qui se rendaient au sabbat pour y commettre mille crimes dont le moindre était le péché charnel.

Désiré par certaines religieuses hystériques et nymphomanes, comme cette Marie de Sains, faite religieuse contre son gré: "Je suis sorcière, magicienne, la plus misérable des créatures, disait-elle, j'ai commis des sacrilèges sans nombre, j'ai eu commerce avec les démons, j'ai fait tout le mal qui se peut commettre ici-bas."

Elle fut condamnée à la prison perpétuelle. Le châtement

était souvent plus grave, on brûlait les coupables. Malgré cela, même sur le bûcher, ils avouaient leur crime imaginaire.

En 1459, dans l'Artois, plusieurs avouent qu'ils ont commerce intime avec les sorciers.

En 1484, dans la Prusse rhénane, on brûla 45 femmes accusées d'avoir eu commerce intime avec les démons et égorgé des enfants dans des assemblées de sorcières.

Saint Bernard fut plus clément; ses historiographes nous le représentent anathématisant un esprit fornicateur qui possédait, à Nantes, une malheureuse femme. Il exposa publiquement au jubé les attentats inouis de ce démon, puis lui défendit, par autorité du Christ, d'approcher cette femme ou toute autre. Tous les cierges sacrés furent alors éteints et la puissance de ce diable s'éteignit de même; la malheureuse depuis ne fut plus inquiétée.

La possession charnelle n'était pas toujours désirée. Les incubes se faisaient un malin plaisir de commercer avec les femmes jusque dans le lit conjugal et de venir tourmenter les nonnes. Celles-ci pouvaient voir en leurs rêves un autre que le diable, un homme auquel elles avaient pensé. Et elles le désignaient comme coupable. On le brûlait comme sorcier.

Sur des accusations semblables fut condamné Urbain Grandier; les religieuses l'avaient senti dans leurs songes extatiques.

Avec cet ensemble de faits, on s'explique aisément les légendes anciennes: les dieux descendaient sur terre et possédaient de simples mortelles. De cet accouplement sortaient des demi-dieux, des héros qui remplissaient la terre de leurs exploits. La mère avait vu le dieu en rêve, elle avait senti son approche; à une époque de crédulité il en fallait bien moins pour se tromper sur la paternité.

Cette idée se retrouve dans la religion indoue: Krickna naquit de l'union d'un dieu avec une mortelle, Devan-aguy. De nos jours, dans nos pays même, de pareilles croyances peuvent prendre naissance. Ainsi, les béguins de Saint-Etienne affirment que l'enfant issu du mariage d'une servante avec leur propnète, Claude Bonjour, était en réalité le Saint-Esprit incarné. Cette servante s'était prétendue enceinte quatre mois avant son mariage, par opération divine.

INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

Le ralentissement de la nutrition est la cause de l'eczéma. De nombreuses analyses urinaires prouvent cette théorie. Toutes témoignent de l'abaissement du rapport azoturique, de l'augmentation des matières extractives azotées, de la diminution de l'urée. L'eczéma est une intoxication produite par l'oxydation incomplète des matériaux de la nutrition. L'augmentation des chlorures urinaires, véritable phénomène de suppléance, en est une nouvelle preuve, puisque les chlorures aident à l'élimination des autres substances.

Dans certains journaux, il a été question d'une maladie nouvelle qui sévirait à Moukden, sur l'armée russe. Il s'agirait d'un état plus particulièrement caractérisé par une transpiration abondante, bientôt suivie de l'apparition sur tout le corps de nombreuses taches vertes. Ce mal, désigné sous le nom de *Zelonava tchuma* ou peste verte, observé sur des soldats russes cantonnés dans des maisons chinoises, ne paraît pas avoir été constaté antérieurement chez les indigènes. Pour ce motif, la thérapeutique de cette affection n'est pas fixée.

Le doping, dont on parle tant dans le monde du sport depuis quelque temps, est une drogue qu'on fait prendre au cheval de course de différentes façons pour suractiver ses facultés locomotrices. Le doping le plus réputé serait constitué par :

Arséniate de strychnine.	0 gr. 25
Caféine.	0 " 50
Sulfate de cocaïne.	1 "

Le tout introduit dans une carotte dont le milieu a été élevé et administré au cheval à peu près quarante minutes avant la course. On se demande comment de pareilles doses toxiques (la dose toxique des sels de strychnine étant, d'après Kauf-

manu, pour le cheval, de 20 à 30 centigrammes) peuvent se trouver à la disposition d'un entraîneur.

Les dopeurs sont évidemment des falsificateurs de denrées sportives, et à ce titre, encourent la disqualification. On pourra désormais présumer que si tel cheval sur lequel on ne comptait pas arrive bon premier, c'est qu'il aura pris le doping!

Le département de l'Agriculture de Washington est en train de prendre des informations au sujet des affirmations du consul général, Richard Guenter, d'après lequel on aurait découvert, dans l'Amérique du Sud, une plante destinée à supplanter la canne à sucre et la betterave.

Son nom scientifique est *Eupatorium rebandum*, et elle contient une grande quantité de matière saccharine et de sucre naturel, faciles à extraire.

D'après M. Guenter, un morceau gros comme un pois du produit de cette plante suffit pour édulcorer une tasse de café; son pouvoir édulcorant est de 20 ou 30 fois plus fort que celui du sucre de canne ou de betterave.

Pour favoriser les recherches concernant la tuberculose et la lutte contre cette maladie.—Le gouvernement allemand vient de renouveler l'allocation de 30,000 piastres attribuée déjà l'année dernière au ministère de l'Intérieur de Berlin. L'office sanitaire impérial de Berlin est spécialement chargé de poursuivre l'enquête dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs et qui vise à élucider la question de l'identité ou de la non-identité de la tuberculose humaine et de tuberculose bovine. Le crédit en question devra favoriser aussi la centralisation et l'utilisation des documents statistiques recueillis dans les stations créées en vue du traitement des tuberculeux, afin qu'on puisse se former un jugement précis sur l'efficacité des médications mises en œuvre.