

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DURÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVIII

1er NOVEMBRE 1909

No 11

CLINIQUE OBSTETRICALE

AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE (1)

Par E. A. RENÉ DE COTRET,

Professeur de Clinique obstétricale, accoucheur de la Maternité.

Je vous ai fait voir à nos deux dernières cliniques une malade qui présentait des symptômes très intéressants.

X., d'un *tempérament* très nerveux, est une secundipare qui dépassait d'une semaine son huitième mois quand elle est descendue ici avec les signes d'une forte indigestion. Elle avait des douleurs à l'estomac, du mal de tête, des vertiges et des vomissements. A ma visite le lendemain, j'interroge cette malade qui me répond difficilement. Elle a un mal de tête frontal ; éprouve des nausées souvent et même vomit assez fréquemment ; ses pieds et ses jambes sont œdématisés. Je demande si l'urine de cette malade contient de l'albumine ; on me répond qu'il n'y en avait pas la veille au soir. Il n'y a pas de troubles de la vue, ni de l'ouïe, au moins à ce que je puis tirer de la malade qui n'a pas en ce moment toute son intelligence. Le pouls est petit et vite, le facies très mauvais.

Je porte immédiatement le diagnostic d'auto-intoxication et je

(1) *Clinique de la Maternité.*

prescriis un bon purgatif salin, du chloral associé au bromure de potassium, et la limonade de crème de tartre.

Deux jours plus tard, c'est-à-dire à la clinique du samedi, 2 octobre, je vous montre cette malade qui ne s'est pas améliorée. Le 5 octobre, vous la revoyez un peu mieux. Quelques heures plus tard, les vomissements recommencent, et le soir elle est très faible avec un pouls de 140. Son faciès est loin d'être bon.

Dans la matinée du 6 octobre, il y a de l'albumine. On l'avait constaté aussi trois ou quatre jours antérieurement. Je me décide d'intervenir et de faire un accouchement prématuré provoqué. Le pouls à ce moment est très petit, très faible et très rapide. Il y a hypothermie. La malade a de temps à autre des contractions utérines qui n'ont pas d'effet sur le col. A midi je fais facilement la dilatation du col et la version. Après la délivrance, il y a une légère hémorragie, et le pouls devient presque imperceptible pendant trois ou quatre heures ; ce n'est qu'à force de strychnine, de caféine, d'éther et de serum artificiel que nous pouvons enfin remonter le pouls et rendre un peu de vie à notre malade. Aujourd'hui elle est parfaitement bien.

Comme je l'ai dit cette malade a souffert d'auto-intoxication gravidique.

L'école française de Pinard et de ses élèves veut que les maladies propres à la femme enceinte soient considérées comme des manifestations de l'auto-intoxication gravidique ; et, disent-ils, le fait paraît certain pour le ptyalisme, les vomissements incoercibles, certains œdèmes sans albuminurie, l'albuminurie, les accès éclamptiques, le prurit généralisé, les névrites, la manie puerpérale, l'herpes gestationis, etc.

Attribuer à l'auto-intoxication la cause de toutes les maladies propres à la femme enceinte, c'est pousser l'hypothèse un peu loin, surtout quand il s'agit du début de la grossesse. " Cette interprétation, comme disent Chambrelent et Cathala, est peu vraisemblable quand on voit un ptyalisme, qui a résisté à tous les traitements, cesser brusquement sous l'influence d'une simple émotion, de suggestion. "

D'un autre côté, quand on voit les vomissements incoercibles guérir à la suite d'un redressement d'une rétroversion utérine, à la suite d'une émotion vive, ou même sans cause appréciable, peut-on toujours attribuer à l'auto-intoxication ces vomissements. Il y

a certainement une autre cause et celle-ci, pour beaucoup d'accoucheurs, est la cause primordiale de tous les troubles de la grossesse et l'on peut dire d'un grand nombre d'affections de la grossesse ; ce que Budin dit des vomissements graves : " Il faut un terrain spécial : c'est le tempérament nerveux, neurasthénique ou hystérique. Jointe à la grossesse cette cause peut être suffisante ; elle s'accompagne souvent d'autres états anormaux qui sont incriminés comme origine de réflexe aboutissant aux vomissements graves. " " Mais de toute façon, insiste Budin, le tempérament nerveux est la condition première. "

" On incrimine aujourd'hui volontiers, dit le même auteur, l'auto-intoxication gravidique et il est possible, probable même, que dans beaucoup de cas, cette cause soit réellement efficace. La constipation opiniâtre, qui accompagne si souvent les vomissements graves, et leur guérison après une débâcle intestinale sont des arguments puissants en faveur de cette théorie. Mais d'autre part, nous ne devons pas nous payer de mots, et croire que nous sommes beaucoup plus avancés dans l'étude pathogénique de la question en invoquant l'auto-intoxication gravidique, à laquelle on attribue aisément un grand nombre des accidents de la grossesse : albuminurie, éclampsie, pyalisme, diarrhée incoercible, vomissements graves, etc.

" En restant dans le domaine des faits, retenons le tempérament nerveux uni très souvent à la constipation rebelle, quelquefois à des anomalies utérines, etc., et nous comprenons les résultats obtenus par la thérapeutique. "

Même sur ce point des vomissements graves on n'accepte pas volontiers la théorie de Pinard de l'auto-intoxication. " La cause, nous disent encore Chambrelent et Cathala, est encore mal connue. Bien des théories pathogéniques ont été invoquées, mais aucune jusqu'à présent ne nous paraît absolument satisfaisante. Un point paraît acquis ; c'est que la grossesse joue le rôle de cause déterminante... Mais comment agit la grossesse pour amener ces vomissements, et pourquoi surviennent-ils dans quelques cas particuliers ?

" Quelques auteurs ont émis l'idée d'une action réflexe exercée par l'utérus gravide sur l'estomac, mais reste à savoir pourquoi cette action réflexe se produit dans certains cas seulement... II

est certain que souvent les vomissements incoercibles apparaissent chez certaines femmes qui ont des déviations utérines. Mais ces faits sont loin d'être constants. . . Le système nerveux peut jouer un rôle pathogénique important, mais le système nerveux ne nous paraît pas toujours devoir être mis en cause et les vomissements surviennent chez des femmes dont le système nerveux paraît absolument intact.

“ On a cru trouver la cause déterminant dans les modifications apportées par la grossesse dans le fonctionnement des organes et par le fait d'une sorte d'empoisonnement de l'organisme. . . Pignard accuso plus spécialement l'hépto-toxémie.

“ Il est vraisemblable, concluent Chambrelent et Cathala, que les deux théories de l'excitabilité nerveuse et de l'auto-intoxication contiennent chacune une part de vérité et que ces deux états se combinent souvent. ”

Pour ma part je crois plus facilement et plus volontiers que l'auto-intoxication est une des causes ou la cause première des troubles de la dernière partie de la grossesse et quelquefois de la première partie. Mon expérience des malades de la Maternité qui sont presque toutes filles-mères fait pencher mon opinion vers l'élément nerveux comme cause des malaises du début de la grossesse. Pourquoi, en effet, rencontre-t-on très rarement chez les filles-mères les troubles et surtout les vomissements qu'on voit si souvent chez la femme-mère ? La réponse va de soi : les filles-mères ont tout intérêt à cacher leur grossesse.

Les auteurs américains ne sont pas très empressés d'accepter cette théorie de l'auto-intoxication. En effet, Edgar nous dit en parlant de l'insuffisance rénale, de l'insuffisance hépatique, de l'auto-intoxication gravidique, de l'état pré-éclamptique, de la maladie de Rayer, qui, pour lui, veulent dire la même chose, que ces termes sont quelquefois employés pour désigner la condition *hypothétique* qui est supposée être occasionnée par la grossesse. ”

Aussi n'est-ce pas là une preuve que Edgar croit à cette théorie de l'auto-intoxication ; cependant pour se mettre à la hauteur de la science moderne, ou des idées neuves, il nous explique longuement cette théorie. Il nous fait comprendre, et il appuie sur ce point que c'est surtout en France que cette théorie est exploitée, peut-être pour la raison qu'en donne Williams, qui décrit lui

aussi, explique la même théorie et va plus loin encore en disant que l'on rencontre plus fréquemment les vomissements pernicieux chez les femmes nerveuses de la France et des Etats-Unis, que chez les Anglaises ou les Allemandes.

Pinard et son école prétendent que l'éclampsie a pour cause l'auto-intoxication, mais comment admettre d'emblée cette théorie, quand on voit l'hérédité jouer un si grand rôle dans l'étiologie de l'éclampsie.

Guéniot, tout en admettant cette théorie, de l'auto-intoxication, fait jouer en outre un rôle important à l'hyperexcitabilité des réflexes et il distingue plusieurs formes d'éclampsies : 1° la forme *hypertoxique*, dans laquelle la toxémie est le fait prépondérant ; 2° la forme *névrossthénique* ou *bénigne*, caractérisée par la prédominance de l'élément réflexe ; 3° la forme *commune*, dans laquelle les deux facteurs de l'éclampsie, toxémie et hyperexcitabilité, sont associés d'une façon à peu près égale.

Et que dire de Bouffe de Saint-Blaise qui est presque à son insu le père de cette théorie de l'auto-intoxication, car c'est à la suite de ses travaux sur l'éclampsie qu'elle a pris naissance. Autant il est affirmatif sur la question d'anatomie pathologique, autant il est réservé sur la cause qui produit ces lésions : il se contente d'affirmer que chez toute éclampsique : 1° il existe une grave altération du sang ; 2° il arrive dans le foie, par la veine porte, un produit quelconque, chimique ou septique, venant probablement de l'intestin. En outre le foie malade n'exerce plus son action préservatrice vis-à-vis des poisons normaux de l'économie ; ces poisons, mélangé au sang, en altèrent notablement la composition.

Comme on le voit ce n'est qu'une reprise de la théorie de Bouchard, sur qui l'éclampsie résulterait d'une intoxication complexe, provenant non-seulement du rein, mais aussi du foie qui fonctionne mal, dont les diverses fonctions (glycogénique, biliaire, hémotopoiétique, uropoiétique, antitoxique, etc.), se font imparfaitement ; de telle sorte qu'il y a de nouvelles causes d'empoisonnement par les substances de la bile qui restent dans le sang, par les ptomaïnes qui sont insuffisamment détruites et sont en partie résorbées. Ainsi pour Bouchard la lésion initiale serait dans le rein et secondairement dans le foie. Pinard, au contraire, s'appuyant sur les autopsies de Bouffe de Saint-Blaise, place la lésion première dans le foie. D'après Pinard, la cause principale

de l'apparition de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes serait l'hépto-toxémie, qui se produirait pendant la grossesse, par suite du mauvais fonctionnement de l'intestin et du ralentissement de la nutrition, fréquemment observés chez les femmes enceintes. Le foie serait incapable de détruire l'excès de ces poisons accumulés dans le sang ; il en résulterait que ces toxines, arrivant en abondance au niveau du rein, l'irriteraient et ne tarderaient pas à en amener le mauvais fonctionnement, d'où apparition de l'albumine dans l'urine.

“ D'après cette théorie nouvelle, nous dit Hérouin dans sa thèse pour le doctorat, les auto-toxines de l'organisme, augmentées ou modifiées par le fait même de la grossesse, ne peuvent donner naissance à des accidents qu'autant que le foie est insuffisant à les détruire. ” L'expérience de tous les accoucheurs est là pour prouver que plus le foie est malade ou moins capable de fonctionner plus le cas d'éclampsie est grave.

“ Tel est le rôle primordiale du foie, ajoute Hérouin. Quant à celui du rein, quoiqu'à coup sûr très important, il n'est que secondaire.

“ Sans doute, en créant un obstacle à l'élimination naturelle des déchets organiques, en permettant une accumulation anormale de toxines, une lésion rénale augmente considérablement le surmenage de la cellule hépatique, mais que celle-ci reste malgré cela suffisante à accomplir sa tâche, et l'albuminurique gravis exposée il est vrai aux accidents urémiques, pourra défier ceux de l'éclampsie.

“ Cette théorie qui met l'insuffisance hépatique à la base de ces accidents : céphalalgie, pyalisme, vomissements incoercibles, accès éclamptiques, etc., aussi divers que les toxines qui les produisent, permet mieux que toute autre d'expliquer entre autres faits, l'inconstance de l'albumine, la perméabilité du rein, la similitude des accès éclamptiques et de certains accidents de lictère grave. ”

Ainsi à la suite de l'énoncé de la théorie de Bouchard que toutes les femmes enceintes souffrent plus ou moins d'auto-intoxication, certains auteurs français, surtout Pinard et Bouffe de Saint-Blaise, ont émis l'hypothèse que pratiquement toutes les manifestations anormales de la grossesse reposent sur cette base, et que, d'un côté les malaises légers tels que la céphalalgie, la salivation, ou certaines éruptions cutanées, d'autre part, les maladies plus

graves, telles que l'éclampsie, représentent, respectivement, les premières et dernières étapes d'un et même processus qu'on désigne sous le nom d'hépto-toxémie. En Allemagne, Veit, qui a à peu près la même opinion, croit que tous les désordres de la grossesse, depuis la simple pigmentation anormale jusqu'à l'éclampsie, résultent du processus cytolitique qui suit l'entrée dans la circulation maternelle des débris syncytiaux et des cellules ectodermiques fœtales. Plus encore, Stone, Strauss, Ewing et autres auteurs américains enseignent que l'albuminurie, les vomissements, l'atrophie jaune du foie, et l'éclampsie sont tous des manifestations d'un désordre dans le métabolisme, et doivent être groupés sous le même entête de toxémie de la grossesse.

Vous le voyez cette théorie de l'auto-intoxication de la grossesse est très répandue et si elle n'est pas universelle, elle capte du moins les suffrages de la très grande majorité des accoucheurs.

Enfin, il est temps que j'explique ce qu'on entend par auto-intoxication de la grossesse.

Bouchard l'a dit : l'organisme normal est un laboratoire de poisons. Parmi ceux-ci, les uns viennent du dehors (aliments, etc.) ; les autres sont formés, soit par l'organisme lui-même (déchets organiques de désassimilation, sécrétions glandulaires, etc.), soit par les microbes (saprophytes de l'intestin, parasites d'occasion, etc.). L'individu sain lutte victorieusement contre cette intoxication constante, d'une part en éliminant une partie des toxines par les émonctoires (reins, intestin, etc.), d'autre part en détruisant une autre partie (dans le foie, la rate, les ganglions, le corps thyroïde, etc.).

Heureusement, que, dans la grande majorité des cas, la grossesse suit son cours d'une manière parfaitement physiologique et n'est pas dérangée par aucuns mauvais symptômes. Mais en même temps, il n'y a pas une seule condition où la ligne de démarcation entre la santé et la maladie est si peu marquée, puisque, en effet, une simple irrégularité suffit souvent pour convertir un état physiologique et normal en un état pathologique et anormale. C'est un équilibre *essentiellement instable* et il arrive souvent qu'il se produit une toxémie, une *auto-intoxication gravidique*, d'une part par *surproduction* des poisons, d'autre part par *défaut de leur destruction et de leur élimination*.

La surproduction des poisons, chez la femme enceinte, tient à

des causes multiples : les actes nutritifs sont exagérés, la mère devant suffire en même temps à la vie du fœtus, d'où résulte la formation de déchets plus abondants et souvent incomplètement oxydés ; l'intestin fonctionne mal, des fermentations anormales se produisent ; l'organisme fœtal déverse dans le sang maternel ses déchets de désassimilation ; des débris syncytiaux et même des villosités entières, se détacheraient du placenta pendant la grossesse, et pénétreraient dans le torrent circulatoire maternel, en y provoquant une certaine hémolyse, grâce aux cytolysines sécrétées. Il est curieux de voir l'explication que donne Veit de ce dernier processus qui a lieu dans la grossesse normale ou anormale. Ce processus de l'entrée de débris syncytiaux ou de villosités dans la circulation maternelle est désigné sous le nom de *déportation*. C'est par lui qu'on explique l'éclampsie et les maladies de la grossesse. Les éléments provenant du fœtus donneraient naissance à un poison que Veit désigne sous le nom de syncytiotoxine, qui est normalement neutralisée par la syncytiolysine formée dans le serum du sang maternel. Si, pour une raison quelconque la quantité de syncytiotoxine est trop considérable pour être neutralisée, ou si, pour une autre raison la syncytiolysine n'est pas formée en assez grande quantité, il en résulte des symptômes d'empoisonnement qui éventuellement produisent l'éclampsie.

Ainsi, on peut classer les poisons qui se rencontrent dans l'organisme des femmes enceintes en *endo-gènes* ou maternels et *exogènes* ou fœtaux.

Aux prises avec la surcharge toxique due à ces sources multiples, l'organisme de la femme enceinte a besoin de mettre en action la totalité des ressources défensives dont il se trouve doué. Or, nombre de ces défenses sont plus ou moins compromises par suite des conditions physico-chimiques ou mécaniques liées directement à la présence du fœtus dans l'utérus. En effet ce n'est pas seulement l'appareil génital qui subit des transformations sous l'influence de la grossesse. L'organisme maternel tout entier est modifié. Chez la femme enceinte, il semble qu'il n'y ait pas une seule fibre ou une seule goutte de liquide qui n'éprouve quelque modification.

L'utérus gravide se met par une plus grande surface en contact avec le rectum qu'il comprime. En se développant dans la cavité

abdominale, il refoule en haut et en arrière les anses de l'intestin grêle. A la fin de la gestation, l'estomac et le foie subissent des déplacements : l'estomac devient plus vertical, le foie bascule en arrière et se redresse. Par suite de développement de l'utérus, la vessie est peu à peu entraînée au-dessus du détroit supérieur ; les reins sont généralement augmentés de volume et congestionnés ; les uretères et particulièrement l'uretère droit, en raison de l'inclinaison fréquente de l'utérus à droite, sont comprimés.

L'utérus gravide, en s'élevant dans la cavité abdominale, amène des changements dans la forme et la capacité du thorax. Inutile de pousser plus loin l'énumération des modifications survenues pendant la grossesse.

A l'état normal, les émonctoires, même modifiés par la gravidité, suffisent à leur tâche ; et peut-être l'accroissement de certaines sécrétions internes (hypertrophie thyroïdienne, corps jaune de grossesse, etc.), ont-elles pour effet heureux de favoriser la combustion et l'élimination des déchets ; mais pour peu que ces moyens de protection fléchissent, sous l'influence de causes banales quelconques, multiples le plus souvent et agissant simultanément, l'équilibre est rompu, les combustions deviennent moins complètes, les déchets s'accumulent et l'intoxication se déclare.

On comprend aisément ainsi que la stase intestinale, la gêne de la circulation abdominale et de celle des membres inférieurs, la compression des visères, la diminution du champ respiratoire, etc., représentent autant d'obstacles à l'activité normale des défenses de l'organisme.

La valeur fonctionnelle des cellules, la nature des tissus, l'état général en un mot, joue certainement un grand rôle pour expliquer les différences de réaction que présentent les sujets ; pour le plus grand nombre, la grossesse reste une manière d'être physiologique, incapable de déterminer le moindre état morbide, tandis que d'autres subissent les conséquences de leur nutrition imparfaite. Les fonctions digestives, pour élaborer les aliments de composition éminemment complexe, sans cesse importés et si facilement capables d'amener des fermentations nuisibles, prennent dans l'es-pèce, une importance considérable.

Le foie, transformateur des poisons, fixateur des réserves nutritives, modifié par la grossesse joue mal son rôle antitoxique dès que son parenchyme perd tant soit peu de son activité ; il n'arrête

et ne transforme plus aussi bien les poisons venant de l'intestin d'où hépato-toxémie. Le foie étant incapable de détruire l'excès des poisons accumulés dans le sang, il en résulte que ces toxines, arrivant en abondance au niveau du rein qui est congestionné et dont les cellules sont chargées de graisse, l'irritent et ne tardent pas à en amener le mauvais fonctionnement, d'où apparition de l'albumine dans l'urine.

La durée de l'intervalle qui sépare le début de l'albuminurie de celui de l'insuffisance hépatique est éminemment variable suivant le degré de résistance du rein et cette résistance peut être telle que le système nerveux soit touché avant lui.

L'albuminurie est donc un peu comme les symptômes fonctionnels bien plutôt la manifestation d'une auto-intoxication déjà établie qu'un symptôme précurseur de cette affection.

Seulement, ce qui l'en distingue c'est que, grâce au rôle et à la sensibilité particulière des cellules rénales, elle apparaît ordinairement la première. Mais il ne faut pas perdre de vue que l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale peuvent exister sans albuminurie (Hélocin).

M. Pinho estime que l'auto-intoxication de la grossesse est en quelque sorte la résultante de deux courants opposés, à savoir : augmentation des poisons issus de toutes les sources toxiques, d'une part, et diminution soit par le surmenage, soit par faiblesse congénitale du pouvoir défensif de l'organisme, d'autre part. Il croit qu'il y a lieu d'élargir considérablement le cadre classique de cette auto-intoxication (vomissements, albuminurie, éclampsie, etc., etc. : il y a des accidents cardiaques, des maladies du fœtus, etc., qui ne sont que des manifestations de la même auto-intoxication). Aussi convient-il, à l'examen de toute femme enceinte, de chercher soigneusement les divers signes susceptibles de dévoiler l'insuffisance de la désintoxication de l'organisme, et notamment l'exagération des réflexes tendineux, l'albuminurie, les troubles intestinaux et les désordres dans l'activité du cœur. Budin et Demelin sont de la même opinion que Pinho.

Voici ce qu'ils disent : " Mais l'auto-intoxication gravidique n'a pas ces allures exclusives : elle est variable dans ses manifestations et met souvent en cause l'organe faible, le *locus minoris resistentiæ* : nous avons vu par exemple, les primipares cardiopathes exposées à une asystolie particulière, évidemment d'origine toxique,

puisque, à une seconde grossesse, la même femme va accoucher sans aucun incident, après une gestation indemne de toute faiblesse cardio-pulmonaire, preuve que la fibre cardiaque n'était pas dégénérée au moment de l'asystolie. ”

D'après M. Récasens, il y a lieu de distinguer deux catégories d'auto-intoxications gravidiques : l'une comprend les intoxications se produisant au cours des trois ou quatre premiers mois de la grossesse, et qui se traduisent par des vomissements, de la salivation, etc., tandis que la seconde catégorie, celle des cas plus tardifs, se caractérise surtout par des convulsions. Dans les premiers mois de la grossesse, l'élément toxique provient de l'ovule, et il se peut que la suppression de la menstruation joue un certain rôle, en favorisant la rétention de produits toxiques qui, habituellement, s'éliminent avec le flux cataménial. Le second groupe d'auto-intoxication paraît lié aux perturbations fonctionnelles survenant du côté du placenta.

Au contraire, pour Pinho, la différence entre les auto-intoxications des premiers et des derniers mois de la grossesse ne paraît nullement essentielle : l'origine des toxines est la même dans les deux cas, mais au cours de la seconde moitié de la grossesse les poisons deviennent beaucoup plus abondants et leur action est plus frappante. Pinho, de même que la majorité des accoucheurs, croit que l'origine des toxines est intestinale plutôt qu'ovulaire.

L'auto-intoxication gravidique est en règle générale peu prononcée et ne donne lieu qu'à des manifestations cliniques légères, telles que nausées, vomissements, phénomènes nerveux, etc.

Mais, parfois, s'effectue une surproduction brusque et considérable de toxines (fatigue, infection aiguë, etc.), ou bien un ou plusieurs émonctoires sont altérés et fléchissent : l'auto-intoxication devient alors véritablement *pathologique* et l'on observe alors des états morbides, tels que le ptialisme, certains œdèmes, l'albuminurie gravidique, l'éclampsie, les vomissements graves.

Certains auteurs allemands croient que, dans ces formes d'intoxication sérieuse, le placenta ne remplit plus ses fonctions antitoxiques normales ; d'autres prétendent qu'il y a *insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde*. Chez la femme enceinte saine la glande thyroïde s'hypertrophie pour lutter, par sa sécrétion interne, contre l'intoxication gravidique. De là viendrait le traitement rationnel de l'auto-intoxication par l'extrait de glande thyroïde, préconisé tout dernièrement.

ACTUALITES

LIGUES ET DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX COMME MOYEN DE LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE, DANS LA PROVINCE DE QUEBEC

Par le Docteur Georges BOURGEOIS, de Trois-Rivières,
Officier d'Académie (France); Membre du Conseil Provincial d'Hygiène.

Monsieur le Président, Messieurs,

En choisissant un tel sujet, je n'ai pas la prétention de venir vous dire des choses nouvelles ; mais j'ai pensé qu'il serait intéressant, pour vous, d'entendre les principales raisons pour lesquelles, comme moyen de lutte contre le terrible fléau de la Tuberculose dans notre pays, nous devrions placer en première ligne les ligues anti-tuberculeuses et les dispensaires anti-tuberculeux.

Considérons donc ce que nous pouvons faire au moyen de la ligue anti-tuberculeuse, car le Dispensaire découle nécessairement de la ligue, à un tel point, que l'un et l'autre peuvent être réunis et se compléter, comme d'ailleurs la chose s'est faite à Montréal par un projet de loi passée en mars, 1909.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire, dans un rapport que nous avons publié sur le dernier Congrès International de la Tuberculose, qu'à Washington, si on avait ajouté aucune ou à peu près aucune nouveauté aux connaissances que nous avons déjà sur la tuberculose, on avait du moins su réunir et choisir ce qu'il y avait de bon sur le sujet. Le comité des résolutions, au dernier jour de la convention faisait son rapport, dont nous extrayons ce qu'il y a de plus important, pour démontrer que c'est encore au moyen des ligues qu'on peut le mieux réaliser les vœux du Congrès.

La première résolution dit, que " Les plus grands efforts doivent être continués, afin d'empêcher la communication de l'infection d'homme à homme, laquelle a été reconnue comme la source la plus importante de la propagation de la maladie. "

Nous ne croyons pas que l'on puisse facilement arriver à ce but en dehors des ligues anti-tuberculeuses. En effet par les ligues anti-tuberculeuses, on enseigne au peuple les moyens de communication de la maladie, on fait observer les lois sur le " DON'T SPIT ; " avec le dispensaire qui est attaché à la ligue on suit le tuberculeux jusque dans son propre foyer, et à force d'instruire et le malade et son entourage, on arrive à arrêter et même à prévenir la dissémination de la maladie. J'ajouterai, qu'en certains milieux, c'est par là qu'on espère se rendre maître de la tuberculose et il y a quelques mois, un spécialiste me disait, en causant

d'organisation de dispensaires, qu'à New-York, où se trouve une des plus complètes organisations anti-tuberculeuses du monde entier, on croyait, qu'en empêchant la communication de l'infection on parviendrait à se rendre maître de la maladie.

Le Congrès déclare encore " Que des mesures préventives devront être continuées contre la tuberculose bovine et que la possibilité de propagation de la maladie à l'homme doit être reconnue."

Comment arriver à faire comprendre et à faire admettre au public, et surtout au public habitant nos campagnes, de tels avancés, si l'on ne se groupe à cet effet, c'est-à-dire, si l'on ne forme, ce qu'on est convenu d'appeler "*Ligue anti-tuberculeuse*".

On laissera les troupeaux s'infecter de peur de perdre une tête de bête à corne, et bientôt ces vaches tuberculeuses auront transporté la maladie aux personnes qui se nourrissent de leur lait.

Il n'y a que la ligue anti-tuberculeuse pour convaincre nos cultivateurs, qu'il faut épurer les troupeaux, et que sauver une tête malade aujourd'hui, veut dire communication de l'infection, non seulement aux autres animaux, mais encore à l'homme par le lait infecté, livré à la consommation.

Le Congrès déclare que " L'Etat et les gouvernements fédéraux devront considérer l'importance qu'il y a de décréter les lois nécessaires, pour obliger les médecins traitants à déclarer aux autorités compétentes tous les cas de tuberculose. Ces lois devront aussi exiger que tous les cas soient rigoureusement enregistrés. "

On connaît la répugnance toute naturelle du public à la déclaration de la tuberculose : un cas de tuberculose dans une famille, c'est une tache qui fait fuir le reste de la société.

Quand, au moyen de ligues anti-tuberculeuses, on aura convaincu les malades de la possibilité d'une guérison aussi bien que de la possibilité d'empêcher la contagion, pourvu que les précautions voulues soient bien observées, on aura diminué de moitié cette répugnance et la déclaration de la tuberculose sera faite à la seule fin d'assurer la guérison et d'empêcher la contagion.

Le Congrès est aussi d'avis que " L'hygiène personnelle et collective soit enseignée dans les écoles, par des instructeurs médicaux dûment qualifiés. Il préconise l'établissement de cours en hygiène sanitaire dans les écoles et collèges ; la connaissance de ces cours sera requise pour l'admission des étudiants dans ces institutions, afin de stimuler l'enseignement dans les écoles primaires.

Le Congrès recommande aussi l'établissement de lieux de récréations pour les enfants, comme un important facteur dans la prévention de la tuberculose."

Par les ligues anti-tuberculeuses, on intéresse une foule de médecins dûment qualifiés pour enseigner l'hygiène personnelle et collective dans les écoles, et pour donner des cours d'hygiène sanitaire dans les universités.

Par les ligues, on convaincra les municipalités de l'importance d'avoir des parcs et des lieux de récréation pour nos enfants.

Le Congrès préconise encore auprès du public et des gouvernements " l'établissement d'hôpitaux, pour le traitement des cas avancés de tuberculose, l'établissement de sanatoriums pour les cas guérissables, celui de dispensaires et de camps diurnes et nocturnes pour les cas ambulants qui ne peuvent être hospitalisés dans les hôpitaux et les sanatoriums ".

L'hospitalisation des tuberculeux avancés est une question de première importance qui ne peut se résoudre autrement qu'en agrandissant les hôpitaux que nous possédons déjà, de façon à fournir une ou plusieurs salles isolées à ces condamnés de la tuberculose.

Quant au Sanatorium nous croyons sa nécessité bien limitée : il n'a plus l'importance que nous lui attachions il y a quelques années. En effet le Sanatorium n'est pas pratique pour le malade pauvre qui ne veut pas y rester ; il est très dispendieux et ses résultats pratiques ne sont pas supérieurs à ceux qu'on obtient par le traitement à la maison.

Quant au dispensaire, nous avons déjà dit, qu'il se confond avec la ligue, à un tel point, que la ligue ne peut exister sans son dispensaire, de même que le dispensaire ne peut bien fonctionner en dehors de la ligue.

Par dispensaire anti-tuberculeux, nous entendons le dispensaire " Genre Calmette " où l'on fait un diagnostic sérieux, aussi précocement que possible, en examinant soigneusement son malade et en faisant au laboratoire attaché au dispensaire, les analyses nécessaires, où l'on donne au patient les notions voulues pour empêcher la contamination, où l'on suit son malade jusqu'à domicile, pour voir à ce que les avis donnés soient suivis à la lettre, où enfin l'on fournit au malade la nourriture, les médicaments et même les vêtements nécessaires.

Je n'ai jamais eu l'avantage de me rendre jusqu'à Lille pour voir le dispensaire "Calmette", mais j'ai visité et observé un dispensaire identique et fondé sur le plan de celui de Lille : C'est la "Clinic for pulmonary disease of health Department of the City of New-York" situé au coin de la cinquante-cinquième rue et sixième avenue. (1)

On verra, par le plan ci-joint, que ce dispensaire occupe un seul étage et se compose d'une salle d'enregistrement, une pharmacie, salle d'attente pour hommes, salle d'attente pour femmes, des chambres de toilette pour les patients et les employés, deux "Dressing Rooms" pour les patients, une salle à rayons X et une chambre de laryngologie.

Tous les planchers sont en tuile, les coins sont arrondis et toutes les chambres sont bien éclairées et bien ventilées. Tous les meubles, pupitres, tables, chaises, bancs, etc., sont en fer émaillé blanc, les pupitres et les tables sont couverts de verre.

Les gardes-malades portent le costume blanc ordinaire, et le Health Department fournit à chaque médecin en service trois habits blancs d'un matériel facilement blanchi.

On fait tout ce que l'on peut pour empêcher l'infection et la ré-infection.

Quand, pendant l'auscultation, il est nécessaire de faire tousser le patient, on lui applique le masque "Frankel", afin d'éviter la "drop infection".

Afin de bien démontrer le but de la clinique, il est intéressant de citer la circulaire que publiait le "Board of Health" avant son ouverture.

CIRCULAIRE DISTRIBUÉE PAR LE BUREAU DE SANTÉ AVANT L'OUVERTURE DE L'INSTITUTION

1. *La reconnaissance précoce et le diagnostic soigné de la tuberculose pulmonaire.* Il est généralement admis que la tuberculose est une maladie curable, et que la tuberculose commençante, mise dans des conditions favorables, a une tendance à guérir. Seule-

(1) Outre nos observations personnelles, une grande partie des détails sur les dispensaires anti-tuberculeux de New-York sont empruntés au Professeur Knopf, du New-York Post Graduate Medical School and Hospital.

ment, pour assurer une telle guérison, le diagnostic doit être fait le plus tôt possible. Non seulement un examen physique soigné du patient doit être fait, mais encore les crachats doivent être examinés aussi souvent qu'il est nécessaire. L'examen aux rayons X dans certains cas aidera considérablement au diagnostic précoce et certain.

2. *Le soin des patients qui réclament le traitement.* Ceci comprend non seulement le traitement médical, mais aussi la distribution des circulaires et des informations dans différentes langues (anglais, allemand, hébreu, italien, chinois, ruthénien, polonais, hongrois et russe), les instructions suivant la nature de la maladie et les précautions hygiéniques qu'il faut prendre pour prévenir l'infection de l'entourage. Des crachoirs en papier seront fournis aux pauvres, ainsi que la nourriture nécessaire (lait et œufs).

3. *L'observation à la maison des malades nécessiteux et ambulatoires comprenant tous ceux sortis des institutions publiques de la cité.* Des gardes-malades spéciales visiteront les patients à leur maison pour voir à ce que les instructions données soient bien observées, que les entourages sanitaires soient satisfaisants et que l'assistance requise soit bien donnée. On dirigera, pour la nourriture, pour le combustible, la glace, etc., les différents malades, vers les organisations charitables variées. On attachera une attention spéciale aux enfants et tous les efforts possibles seront faits pour empêcher qu'ils s'infectent.

4. *L'hospitalisation des tuberculeux.* Ceux-ci tombent sous trois chefs. (A) Les cas avancés avec expectoration profuse qui ne peuvent prendre les précautions nécessaires pour empêcher la maladie de se propager, et dont la présence à la maison est une menace continuelle pour les autres membres de la famille. (B) Les cas qui sont capables de marcher mais incapables de travailler et qui ont absolument besoin de gagner pour vivre. (C) Les cas commençants qui ont une grande chance de guérir si on les envoie dans les sanatoriums en dehors de la ville.

5. L'organisation d'un comité municipal auquel tous les cas de tuberculose seront référés, (A) par les médecins (patients pauvres, etc.), (B) à leur sortie des hôpitaux et des sanatoriums, (C) par les différentes organisations charitables de la ville, (D) par les personnes faisant un travail charitable individuel qui viennent en contact avec de tels cas.

6. L'extension et l'amélioration du contrôle sanitaire de la tuberculose chez le pauvre par le département de santé.

7. *Le soin des cas de tuberculose laryngée.* L'enrouement du larynx est une des plus tristes complications de la tuberculose pulmonaire : la douleur, la misère et l'affliction des patients qui en sont atteints sont considérables. Quoique le pronostic de ces cas soit extrêmement grave, cependant, avec un traitement approprié, on peut quelquefois obtenir une guérison et toujours du soulagement. Une clinique spéciale pour la gorge a été aménagée et une attention toute particulière est attachée à ces cas.

Voici encore les lois et les règlements auxquels sont soumis les médecins, les gardes-malades et les employés de la clinique.

RÈGLEMENTS POUR LES MÉDECINS, LES GARDES-MALADES ET LES EMPLOYÉS DE LA CLINIQUE

(Clinic for pulmonary communicable disease of the Health Department of the City of New-York).

La clinique est ouverte tous les jours, excepté les dimanches et fêtes légales, depuis 9 hrs A. M. jusqu'à 4 hrs P. M.

Le matin de 10 hrs à 12 hrs, l'après-midi de 2 à 4.

Les lundis, mercredis et vendredis soir, la clinique est ouverte de 8 à 9.

Les médecins en service sont priés de se rendre à l'heure indiquée et d'inscrire leurs noms dans un livre tenu à cet effet au bureau.

Au cas où un médecin est empêché de se rendre à la clinique, il devra notifier l'un des directeurs pour se faire remplacer pendant son absence par un autre médecin.

L'histoire générale des nouveaux patients qui se présentent au dispensaire ayant été prise par la garde-malade en service, au bureau d'enregistrement, la carte d'histoire devra être apportée au médecin.

Une bouteille, pour recueillir un échantillon des expectorations, en vue d'une examen bactériologique, est alors donnée au patient à qui on fournit un siège dans la salle d'attente.

Le médecin qui examine le malade peut dicter à la garde-malade en service le résultat de son examen physique. Il est cependant désirable que les signes indiquant les déformations de la poitrine, la matité, les dépressions, les râles, etc., soient écrits par le médecin lui-même sur le diagramme imprimé à cet effet sur la carte d'examen (ceci doit être écrit à l'encre rouge).

Une feuille d'inspection spécialement faite pour la clinique, sera alors donnée à chaque patient ; le médecin pourra y faire les additions qu'il jugera nécessaires à chaque cas.

Les prescriptions seront faites en double, sur papier carbone, datées et signées par le médecin, et la nature de la prescription sera rentrée sur le blanc de l'histoire.

S'il est désirable que le patient soit tenu sous la surveillance d'une garde-malade, à la maison, qu'il entre à l'hôpital, ou qu'il reçoive quelques secours charitables, ce fait devra être noté sur la carte de l'histoire.

A la seconde ou à toutes autres visites subséquentes des patients à la clinique, toutes les notes seront insérées sur le blanc de l'histoire du patient.

Les gardes-malades arriveront à la clinique à 9 hrs et resteront jusqu'à 4 hrs P. M. ou plus tard si c'est nécessaire. Une heure est accordée pour le lunch, mais on s'arrangera de façon, à ce que, pendant ce temps, il reste au moins à la clinique une garde-malade.

Au cas d'absence pour maladie ou autre raison, les gardes-malades suivront les règlements ordinaires, c'est-à-dire la notification écrite pour absence, la requête pour congé et le certificat de médecin.

Le service des gardes-malades est divisé en "registration and attending nurses".

Toute plainte ou requête sera faite à la garde-malade en service.

Le devoir des gardes-malades "registration nurses" est de recevoir les malades dans la chambre d'enregistrement, et là, même avant de prendre leur nom, elles doivent démontrer aux patients les premières règles à suivre pour la prévention de la tuberculose et des autres maladies respiratoires infectieuses.

On donne alors au malade un crachoir et un morceau de gauze dont il doit se servir quand il toussera et crachera.

Si le malade tousse sans cracher, il doit tenir la gauze qu'on lui a fournie au devant de sa bouche pour empêcher la " Drop infective ". Il faut encore empêcher le patient de sortir de sa poche un mouchoir qui est très souvent infecté.

Après lui avoir fait comprendre l'importance de ces règlements et avoir insisté pour qu'ils soient bien observés, si le patient n'a pas carte d'admission, on lui fait dire son nom et sa résidence. Le nom est alors recherché dans les livres ; s'il est trouvé, le numéro est entré dans le journal sous le titre de " Old cases ". Une carte d'admission et une enveloppe sont alors données au patient et l'histoire du cas est envoyé au médecin. Si c'est un nouveau cas, le nom est entré dans le journal, une carte d'admission, une carte pour adresse et le blanc de l'histoire sont remplis par la garde-malade, cartes et blancs portant le même numéro.

La garde-malade d'enregistrement recevra de la garde-malade en service auprès du médecin la prescription et la copie données par le médecin. La copie sera mise en file et la prescription recevra un numéro en rouge, puis elle est remise au malade à qui on indique où il peut la faire remplir. A la fin du mois les duplicata sont envoyés au bureau de bactériologie comme vouchés.

Tous les nouveaux cas doivent être rapportés chaque jour à la section de bactériologie, même s'ils ne sont pas examinés ou si seulement on leur a donné une bouteille à expectoration en leur disant de revenir : Dans ce rapport on donne le nom, l'âge, la nationalité, l'occupation et l'adresse des patients.

Un rapport doit être envoyé par le commis d'Enregistrement au médecin-directeur : dans ce rapport on indique le nombre de patients vus la semaine précédente, (cas nouveaux, cas anciens, hommes, femmes).

Si un avis est reçu qu'un patient a été envoyé à la clinique, cet avis sera gardé une semaine pour attendre l'arrivée du patient. Si le patient ne vient pas, les avis de ces cas délinquants seront envoyés à la division de bactériologie avec prière de faire rechercher ces cas.

Toute mort causée par la tuberculose, telle que rapportée chaque jour par le régistrateur, devra être recherchée dans les rapports de la clinique ; si elle est trouvée, l'histoire du cas sera mise en file séparément.

Le commis d'enregistrement fournira des cartes de référence à toutes les institutions.

La garde-malade en service prépare le patient pour l'examen, le pèse et aide le médecin.

Le devoir du portier est d'ouvrir la clinique à 8 hrs du matin et de bien aérer toutes les chambres. Pendant l'heure du midi, toutes les fenêtres et les portes devront être ouvertes pour aérer et ventiller. Il devra assister les gardes-malades à maintenir l'ordre dans la clinique et voir à ce qu'il n'y ait aucune violation des règlements pour ce qui touche à la toux et à l'expectoration.

Les aides ont pour devoir, de nettoyer les chambres, essuyer les planchers et les meubles avec un linge mouillé : l'usage des balais et des époussetoires est absolument prohibé.

Pour permettre au médecin de travailler plus rapidement et aussi pour le grand bien du patient, les instructions principales sont fournies sur des cartes sur lesquelles on lit.

AVIS AUX PATIENTS

Prenez courage, car votre maladie peut être guérie.

Suivez à la lettre les instructions de votre médecin.

Vous pouvez vous améliorer pendant des mois, et par manque de soin, perdre en quelques jours, tout ce que vous avez gagné. Amélioration ne signifie pas guérison : cependant, continuez de venir à la clinique aussi longtemps qu'on vous demande de le faire.

Ne parlez de votre maladie à personne autre que votre médecin ou votre garde-malade.

N'écoutez pas les histoires des autres patients, ne suivez pas leurs suggestions ou toute autre qu'on peut vous faire sur le traitement de votre maladie.

Vos expectorations contiennent des germes et sont dangereuses pour vous-même, pour votre famille, vos voisins quand elles ne sont pas manipulées comme elles doivent l'être.

Quand vous êtes à la maison, crachez toujours dans un crachoir à moitié rempli d'eau ; videz-le dans les cabinets au moins une fois par jour et passez-le ensuite à l'eau chaude.

Quand vous êtes au dehors, crachez dans des crachoirs de poche en verre ou en métal que vous nettoyez de la même manière. Si vous vous servez de crachoirs de papier, brûlez-les après vous en être servi. Si vous ne voulez pas vous servir de crachoirs de poche, crachez dans des morceaux de mousseline que vous brûlez à votre retour à la maison.

Si, étant au dehors, vous n'avez pas de crachoir de poche ou de morceaux de mousseline, crachez dans la gouttière.

Ne crachez jamais sur le trottoir. N'avalez jamais vos crachats. Ne placez jamais ce que vous avez souillé qui vous appartienne, spécialement le linge de lit et les mouchoirs dans un endroit sec. Lorsqu'ils sont souillés ces articles seront placés dans l'eau jusqu'à ce qu'on soit prêt à les laver.

N'embrassez jamais personne sur la bouche. Lavez toujours vos mains et nettoyez toujours vos ongles avant de manger. Rasez-vous ou portez votre barbe clippée courte. Dans le traitement de votre maladie l'air frais, la bonne nourriture sont plus importants que les remèdes. Ne prenez aucun remède qui ne soit ordonné par votre médecin.

Restez au grand air autant que vous le pouvez et si c'est possible dans des parcs, des bois ou des champs. N'ayez pas peur du temps froid.

Évitez les courants d'air, l'humidité, la poussière et la fumée. La poussière et la fumée vous sont plus dommageables que la pluie et la neige.

Ne dormez pas ou ne restez pas dans une chambre chaude et renfermée.

Tenez au moins une fenêtre ouverte dans votre chambre à coucher.

Si possible ayez une chambre seule, sinon soyez certain d'avoir votre lit seul.

Quand vous restez à la maison, mettez-vous dans la chambre la mieux ventilée, celle où il y a plus de soleil. Cette chambre devra être sans tapis, on pourra y mettre cependant de petits rugs. Pas de nettoyage ou d'époussetage quand le patient est dans la chambre, le nettoyage se fera au moyen d'un linge humide. Les draperies, fournitures de lits et tous les matériaux ou fournitures qui sont de nature à prendre la poussière ne seront pas permis

dans la chambre du patient. Portez les vêtements de dessous ou sous-vêtements en rapport avec la saison. Ne portez pas de chest-protector. Habillez-vous confortablement et raisonnablement, évitez les vêtements qui serrent le cou et la poitrine, tenez vos pieds secs et chauds.

Évitez tout exercice qui n'est pas nécessaire. Ne courez jamais, ne levez jamais de poids lourd.

Ne prenez jamais aucune marche, respiration forcée ou autre exercice quand vous êtes fatigué ou ne les prenez pas jusqu'à vous fatiguer. La sorte et la quantité d'exercices que vous devez prendre vous seront indiqués par votre médecin. Couchez-vous à bonne heure et dormez au moins huit heures. Si vous êtes obligé de travailler, reposez-vous autant que vous le pourrez.

Prenez un bain chaud une fois par semaine. Prenez des douches froides et des bains froids suivant la direction de votre médecin.

Prenez un demi heure de repos sur un lit ou sur une chaise longue avant et après les principaux repas.

Évitez de manger lorsque vous êtes physiquement ou moralement fatigué ou lorsque vous êtes énervé.

Nourrissez-vous d'aliments simples et de bonne qualité. En dehors de vos repas réguliers, prenez une pinte de lait par jour, deux à trois œufs, beaucoup de beurre et de sucre en autant que cela ne vous est pas contraire.

Mangez lentement, mastiquez bien, évitez tout ce qui peut vous causer de l'indigestion.

Tenez vos dents en condition parfaite. Servez-vous de brosse à dent et de cure-dent après chaque repas.

Voyez à ce que les ustensiles dont vous vous êtes servis pour manger, soient bien lavés après que vous vous en serez servis.

Ne fumez pas, ne buvez aucune liqueur, vins ou bière, excepté avec permission spéciale de votre médecin. Buvez abondamment entre vos repas de la bonne eau pure.

Voyez à ce que vos intestins fonctionnent régulièrement.

Venez à la clinique aussi souvent qu'on vous le demandera. Venez immédiatement si vous avez de la fièvre, de l'indigestion, de la diarrhée, de la constipation, des douleurs, augmentation de la toux, expectorations rougeâtres. Si vous êtes trop malade pour venir à la clinique, envoyez un mot. Si vous aviez une hémorrhage

gie, ne vous alarmez pas, restez bien tranquille et appelez un médecin ou bien notifiez la clinique. Essayez de contrôler votre toux autant que possible. Vous ne devez tousser que lorsque vous avez à expectorer.

Couvrez-vous la bouche avec votre main ou votre mouchoir lorsque vous tousssez.

Évitez toute mauvaise habitude.

Si vous êtes en doute sur quoi que ce soit, par rapport à votre traitement ou votre façon de vivre, interrogez votre médecin.

Lors que le médecin prescrit une cure de repos, soit au lit, ou dans une chaise inclinée, le lit ou la chaise sera placé, soit sur une véranda ou en face d'une fenêtre ouverte.

Votre guérison dépend de votre fidélité à observer à la lettre les instructions qu'on vous donne.

POUR L'INFORMATION DES CONSOMPTIFS ET DE TOUS CEUX QUI VIVENT AVEC EUX

Si les expectorations sont détruites comme elles doivent l'être, les personnes souffrant de consommation peuvent fréquemment faire leur ouvrage ordinaire, non seulement sans donner la maladie aux autres, mais encore en améliorant leur propre condition et en augmentant leurs chances de guérison.

Si toutes les précautions citées plus haut sont observées, le danger disparaît dans le cours ordinaire des choses pour la famille ou la société.

Pour mieux se comprendre et pour arriver à faire plus rapidement l'examen des patients, les médecins de la clinique ont adopté des signes spéciaux qui se lisent comme suit :

SIGNES HIÉROGLYPHES ET ABRÉVIATIONS

▲	Région supravculaire déprimée	+	augmentée
▼	Région infraclaviculaire	—	déprimée
[]	Dépression sternale supérieure	m	normale
✕	Dépression sternale inférieure	petits râles
U	Omoplates proéminentes	° ° °	râle moyens
[Plat	O O	gros râles
#	Submatité	∅	cavité
	Légèrement mat	I	bruit de friction

Tp.	Température	Bl.	Soufflant
W. n	Bien nourris	Br.	Bronchique
Bd. n	Mal nourris	Br. ph.	Bronchophonique
Em.	Emacié	Br. V.	Bronchovésiculaire
An.	Anémique	C.	Clair
A. p. d.	Diamètre antéropostérieur	Ck.	
i. d.	Diamètre latéral	Cp.	Crépitant
Sp.	Spiromètre	Cr.	Craquant
Exp.	Expansion	Cs.	Rude
V. v.	Vibration vocale	Cv.	Caverneux
Lft.	Gauche	Dr.	Sèche
Rt.	Droit	Dt.	Distant
Fr.	Frémissement	F.	Friction
Ant.	Antérieurement	It.	Interrompu
Post.	Postérieurement	L.	Fort.
Lat.	Latéralement	Mk.	Marqué
Ing.	Infra	Mst.	Humide
Sup.	Supra	P.	Puérile
Pl. ret.	Rétraction pleurale	Pr.	Prolongé
St.	Sternum	Retr.	Retracté
Sep.	Scapulaire	Ri.	
Brg.	Respirant	Sb.	Sibilant
I.	Inspiration	Sl.	Léger.
E.	Expectoration	Stg.	Fort
R.	Respiration	Tp.	Timpanique
A.	Amphorique	W.	Siffant
Ab.	Absent		

Le nombre considérable de patients qui augmentent chaque jour au dispensaire de New-York, démontre que le public comprend l'importance du travail qu'on y fait.

Ceci est tellement vrai, qu'un journal d'Albany prétendait en janvier dernier, qu'à New-York, la mortalité par tuberculose augmentait malgré les efforts qu'on faisait pour l'entraver.

La chose est facile à expliquer, et voici : On voyait, il y a quelques années, à la clinique, beaucoup moins de cas de tuberculose qu'on en voit aujourd'hui, parce qu'on ne déclarait pas tous les cas. On cherchait plutôt à les cacher et à les soustraire au bon soin que leur offre la municipalité.

Comme conclusion pratique de tout ceci, nous mettons de côté les sanatoriums que nous croyons dispendieux, difficiles à conduire et si peu populaires ; d'un autre côté nous croyons qu'au moyen des ligues nous trouverons dans nos hôpitaux agrandis à cet effet, un endroit isolé pour y loger nos tuberculeux incurables et les empêcher de propager la maladie. Mais la lutte que nous ne faisons que commencer doit surtout se faire par les ligues anti-tuberculeuses, qui aurait, chacune, son dispensaire sur le même plan que celui de New-York.

Nous attirons spécialement l'attention de la commission royale que vient de nommer le Gouvernement de la Province de Québec pour rechercher les moyens d'empêcher la propagation de la tuberculose, sur l'opportunité de faire diriger la lutte anti-tuberculeuse par les ligues anti-tuberculeuses comme étant le seul moyen d'arriver à des résultats pratiques.

Encourageons donc la formation de ces ligues dans chaque centre de quelque peu d'importance. Que ces organisations centrales aient des ramifications dans tous nos villages.

Pourtant, quand je dis, formons des ligues anti-tuberculeuses, je tiendrais à ce que ces ligues soient fondées de façon à intéresser chaque classe de la société et non pas que ce mouvement philanthropique soit exploité au profit d'un caste politique ou autre comme cela s'est déjà fait dans certains centres lorsqu'il s'est agi de fonder des ligues anti-alcooliques.

Comme la tuberculose est naturellement mieux connue de la profession médicale, faisons comme on a fait à Québec : Que les sociétés médicales établissent les premières bases, puis, qu'elles appellent une assemblée de tous les citoyens de quelque couleur politique ou religieuse qu'ils appartiennent, de façon à les intéresser tous à la grande lutte entreprise.

Organisons, au moyen de ces luttes, des conférences publiques qui seront données surtout dans les maisons d'éducation, pour enseigner comment se fait la contagion et comment on peut l'éviter.

Organisons toujours sous la direction de la ligue un dispensaire où l'on fera le diagnostic précoce de la tuberculose, et où on fournira les médicaments nécessaires aux malades.

Qu'un comité de dames, membres de la ligue, se charge de nourrir le tuberculeux et sa famille et de leur donner les vêtements nécessaires : c'est ainsi qu'on arrivera à quelque chose de pratique et que l'on diminuera, nous n'en doutons pas, le chiffre si considérable de tuberculose dans la Province de Québec.

REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT DES NEPHRITES EPITHELIALES PAR LA TEINTURE DE CANTHARIDES (1)

Dans une discussion sur les néphrites, j'annonçais à l'Académie, en 1892, les bons effets que m'avait procurés l'emploi de la teinture de cantharides dans le traitement des néphrites épithéliales, rebelles à l'administration des diurétiques. A ma grande surprise, plusieurs de nos collègues m'objectèrent que c'était là une médication incendiaire, que la cantharide qui produisait des néphrites ne pouvait les guérir ; je répondis à mes contradicteurs qu'ils me donnaient raison, puisqu'ils admettaient l'action de la cantharide sur les reins, et qu'un médicament qui n'agirait pas sur ces organes demeurerait absolument inefficace.

Depuis lors, j'ai employé avec succès la teinture de cantharides un assez grand nombre de fois, non pas indistinctement dans toutes les néphrites, mais dans quelques-unes seulement, celles qui, ayant pour localisation spéciale les épithéliums des canalicules urinaires, se traduisent par une anurie presque complète. Or, cette anurie résultant de l'obstruction de ces canalicules par les épithéliums altérés et tuméfiés, il me paraissait rationnel de la combattre en recourant à une substance qui pût s'adresser à ces éléments, et, en effet, la cantharides, qui, à une certaine dose, a la propriété de détruire les épithéliums rénaux, peut, à une dose moins élevée, modifier ces éléments d'une façon avantageuse. Quelle que soit l'explication, du reste, les faits cliniques sont indiscutables dans le traitement de la néphrite épithéliale. Les faits que nous avons rapportés antérieurement et ceux qui suivent nous en donnent la preuve la plus convaincante.

Une petite fille âgée de huit ans, bien développée, nous est amenée, le 7 juillet 1908, convalescente d'une scarlatine ; elle est pâle et présente une desquamation manifeste sur les jambes et l'abdomen, elle ne se plaint pas, elle est apathique, a le dégoût des aliments et vomit le lait et les tisanes peu après leur ingestion. La température axillaire est de 36°,6 et les organes n'offrent aucune altération, à part les reins. Les urines acides, d'une densité de 1.025, rares (150 grammes, dans les vingt-quatre heures), offrent un précipité albumineux, floconneux, des plus abondants.

(1) Par M. E. LANCEREAUX, Membre de l'Académie de Médecine, professeur agrégé, Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Nous reproduisons en entier cet excellent article emprunté à "La Clinique" où les idées du maître s'appuient sur des faits du plus haut intérêt.

N. D. L. R.

Le microscope y découvre des hématies en grand nombre, des leucocytes, des épithéliums canaliculaires altérés et des cylindres hyalins et granuleux. Il s'agit manifestement d'une néphrite scarlatineuse ; car les urines, examinées quelques jours avant l'apparition de la scarlatine, avaient été trouvées normales.

Cette malade, soumise dès son entrée au régime absolu du lait et à l'usage de diurétiques : théobromine, lactose, digitale, demeure dans le même état, avec des urines qui continuent à osciller entre 50 et 250 centimètres cubes au maximum par vingt-quatre heures ; elle a de la constipation et il survient de temps à autre des vomissements. La pâleur du visage s'accroît, les paupières s'œdéma-tient, il existe un léger œdème des membres inférieurs, de l'agitation et de l'insomnie.

Le 31 juillet, les urines, de couleur rouge, sanguinolente, d'une densité de 1.034, contiennent 5 grammes d'albumine pour 200 centimètres cubes et présentent un dépôt abondant formé de globules rouges et blancs et de cylindres épithéliaux.

La persistance de ces phénomènes et surtout l'anurie, la menace, d'un instant à l'autre, d'une crise d'urémie pouvant emporter rapidement notre jeune malade, telle était la situation ; c'est alors que je me décidai à recourir à l'emploi de la teinture de cantharides.

Le 2 août, je prescrivis un julep gommeux avec une seule goutte de cette teinture, et le lendemain la quantité des urines atteint 600 grammes ; les jours suivants, on prend II gouttes urine 1,400 grammes, et enfin 2.000 grammes ; l'emploi du médicament est cessé après cinq jours.

A partir du jour où les urines augmentèrent de quantité, l'état général s'améliora d'une façon progressive, en ce sens que l'anorexie, les vomissements, cessèrent, et que reparurent le calme et le sommeil. Au bout de douze jours, la malade commença à se lever, et huit jours plus tard, elle réclamait des aliments. Les urines, en même temps, changèrent de couleur, les cylindres disparaissaient, l'albumine diminuait peu à peu de quantité et, n'en retrouvant plus dans l'urine, la malade reprit le régime ordinaire, mangea avec appétit et, le 17, se trouvant bien, elle quittait l'hôpital.

Elle vint nous revoir en novembre, pour nous faire constater sa complète guérison.

En somme, une jeune enfant atteinte d'une néphrite épithéliale, qui menaçait son existence à brève échéance, revient à la santé après avoir absorbé moins de dix gouttes de teinture de cantharides.

Ce fait, des plus suggestifs, ne prouve pas seulement l'efficacité de la teinture de cantharides dans le traitement de la néphrite épithéliale ; il montre encore qu'il suffit de peu de chose pour sauver une existence, car il ne peut y avoir l'ombre d'une doute sur le danger couru par notre jeune malade.

C'est là un point sur lequel le praticien ne peut trop méditer ; il ne doit jamais oublier qu'un médicament administré à propos et à une dose suffisante peut lui donner les plus merveilleux résultats. C'était pour la première fois que je faisais usage de la teinture de cantharides dans une néphrite infectieuse, contre laquelle aucun diurétique n'avait réussi ; je comptais bien sur une augmentation de la quantité des urines ; mais je ne m'attendais pas, vu la faible dose employée, à un effet aussi manifeste. Celui-ci fut des plus prompts, et cela ne peut surprendre qui sait user des médicaments. C'est une règle en thérapeutique qu'un agent médicamenteux, administré à propos et à une dose suffisante, possède une action toujours rapide, de telle sorte que, si au bout de quelques jours, il demeure sans effet, il y a tout lieu de l'abandonner.

De ce fait intéressant et lumineux je rapprocherai trois autres faits récemment observés dans mon service hospitalier. Ils mettent en évidence la rapidité d'action et les bons effets de la teinture de cantharides dans le traitement des néphrites épithéliales.

Il s'agit de trois jeunes garçons, tous trois atteints de la forme de néphrite épithéliale désignée sous le nom de *néphrite a frigore*.

Le plus jeune, âgé de dix-neuf ans, présenta, après une longue course à bicyclette, à la suite de laquelle il s'était refroidi, des douleurs de reins, de la courbature, de la céphalée, de l'anorexie, des vomissements et un léger mouvement fébrile avec dyspnée. Peu de temps après, il survint de l'anasarque et de l'ascite. Les urines sédimenteuses, de couleur foncée, d'une densité de 1.024, étaient de 400 centimètres cubes ; elles renfermaient 16 grammes d'albumine par vingt-quatre heures ; l'urée et les chlorures étaient

diminués. Le microscope découvrait dans le sédiment de nombreux cylindres hyalins et granuleux et des cellules épithéliales desquamées des reins.

Soigné chez lui pendant deux mois à l'aide du régime lacté, du régime déchloruré, de la médication opothérapique (rein de porc) et cela sans aucun résultat, il demanda son admission dans nos salles. Il était alors fort pâle, profondément anémié et dans un état des plus graves. Il fut tout d'abord soumis au régime lacté absolu, auquel furent ajoutés des diurétiques, qui restèrent sans effet. C'est alors qu'il lui fut prescrit un julep gommeux avec V gouttes de teinture de cantharides, et dès le lendemain, la quantité des urines s'élevait de 400 à 750 grammes ; puis, à partir de ce moment, la dose étant portée à VII, X et XII gouttes, par vingt-quatre heures, la diurèse augmenta et atteignit 3.000 centimètres cubes.

Pendant ce temps, l'ascite et l'œdème diminuèrent, l'albumine tomba à 4 grammes, la densité descendit à 1.018, l'état général s'améliora sensiblement lorsque le malade, se trouvant bien, demanda à nous quitter pour se rendre à la campagne.

Nos deux autres malades, âgés l'un de vingt ans, l'autre de vingt et un ans, présentaient des symptômes assez semblables à la suite de baignades prolongées, l'un dans la Marne, l'autre dans la Seine ; l'un et l'autre présentaient de la décoloration des téguments, de la bouffissure du visage, un léger œdème des paupières et de l'abdomen, accusaient de la courbature et des douleurs lombaires, de la céphalée, de l'anorexie, des vomissements, de l'oppression, et, enfin, un léger mouvement fébrile. Chez l'un, la quantité des urines de vingt-quatre heures était de 500 grammes lors de son admission, la densité de 1.035 et la proportion d'albumine de 19 grammes ; chez l'autre, la totalité des urines dépassait à peine 200 grammes, la densité était de 1.026, la teneur en albumine très élevée. Les urines, fortement colorées dans les deux cas, contenaient des cylindres hyalins et granuleux, des leucocytes, des hématies et des cellules épithéliales desquamées et granuleuses.

Le premier de ces malades prend VI gouttes de teinture de cantharides dans un julep gommeux, et, dès le lendemain, la quantité des urines passe de 500 à 2.000 centimètres cubes ; le troisième jour, après VIII gouttes de la même teinture, elle atteint 4.600,

puis avec X gouttes, ne renferme plus que 0 gr. 50 d'albumine et la diurèse persiste. Revu par nous trois mois plus tard, ce malade jouissait d'une bonne santé.

Au second de ces malades, il est administré tout d'abord V gouttes de teinture de cantharides et les urines s'élèvent de 200 à 1.200 grammes ; le lendemain et les jours suivants, la dose est augmentée d'une goutte par vingt-quatre heures jusqu'à XII gouttes. La quantité des urines s'accroît proportionnellement à 2, 3 et 4 litres et demi par jour.

Les couleurs et les forces du malade reparaissent, les urines reviennent à leur état normal, tant comme quantité que comme densité, la proportion d'albumine tombe à 30 centigrammes.

Au bout de quelques semaines de convalescence, ce dernier malade, complètement guéri, quitte l'hôpital pour reprendre ses occupations.

Il y a lieu de faire remarquer ici que nous avons toujours eu soin de faire usage d'une teinture fraîchement préparée pour ce fait qu'une teinture ancienne perd beaucoup de son pouvoir.

Ces différents faits concordent de la façon la plus nette avec ceux que nous avons publiés antérieurement (1) et comme tels, ils mettent en évidence l'efficacité remarquable de la cantharide dans le traitement des affections des reins, plus spécialement localisées aux épithéliums canaliculaires.

Par conséquent, en présence d'une affection de ces organes, il ne suffit pas de connaître la proportion d'albumine éliminée dans les vingt-quatre heures et de chercher à la diminuer ; ce serait s'adresser à un symptôme de second ordre. Il importe de pousser plus loin l'analyse, de tenir compte de la densité, de la coloration, de la quantité des urines, de la présence ou de l'absence de cylindres hyalins, de cellules épithéliales, de façon à arriver à un déterminisme exact de l'élément histologique particulièrement affecté, puisque c'est à lui surtout que doit s'adresser l'agent thérapeutique.

Or, c'est en agissant de la sorte que nous avons été amené à faire usage, dans les affections primitivement épithéliales des reins, de la teinture de cantharides, dont nous connaissons l'ac-

(1) E. LANCEREAUX: *Traitement par la Teinture de Cantharides des néphrites épithéliales*, etc. (*Bulletin de l'Académie de Médecine, Paris, 1892, t. XXII, pp. 547 et 561*).

tion sur les épithéliums en général, sur ceux des reins en particulier ; et c'est ainsi, croyons-nous, qu'il convient de procéder dans tous les cas.

Qu'on ne vienne donc pas nous répéter ce que nous avons entendu dire trop souvent, à savoir : "l'anatomie pathologique ne fournit aucune donnée à la thérapeutique". C'est là une erreur facile à réfuter, car si, au lieu d'une néphrite localisée aux épithéliums, nous nous trouvions en présence d'une néphrite affectant, d'une façon plus spéciale, les artères et le tissu conjonctif, la cantharide demeurerait sans effet, comme nous avons pu nous en assurer à plusieurs reprises ; par contre, les diurétiques donneraient les meilleurs résultats. Mais que faire alors pour combattre le désordre anatomique ? Recourir à un agent capable d'exercer son action sur le tissu conjonctivo-vasculaire, l'iodure de potassium par exemple, dans certains cas tout au moins.

ASYSTOLIE — HYPOSYSTOLIE (1)

(*d'origine cardiaque*)

Lorsque, dans les diverses cardiopathies, il se produit une cessation momentanée de la compensation, le myocarde en partie dégénéré ne suffisant pas à sa tâche, il y a hyposystolie qui disparaît le plus souvent sous l'influence d'un traitement bien dirigé.

PRINCIPAUX SYMPTÔMES. — Les mouvements du cœur se ralentissent (bradycardie), ou se précipitent (tachycardie) ; le pouls est arythmique, hypotendu. De la stase et de la congestion des principaux organes surviennent, des transsudats se forment dans les séreuses et le tissu cellulaire sous-cutané. La diurèse diminue, les chlorures sont éliminés d'une façon intermittente. Le malade dyspnéique ne dort plus, il ne peut plus rester au lit. Les troubles dyspeptiques sont prononcés.

Des pesées quotidiennes du malade, l'évaluation de la quantité des urines émises en vingt-quatre heures donnent des indications précieuses sur la marche de l'hyposystolie.

(1) Ces deux chapitres sont empruntés au " Guide clinique et thérapeutique " du Dr Palasné de Chainpeaux, chez Baillière & Fils, Paris 1909.

Tous les symptômes s'aggravent dans l'asystolie. Le cœur, irrégulier, arythmique, bat très faiblement. L'orthopnée est très prononcée. Les urines, le plus souvent albumineuses, sont émises en très petite quantité et chargées de sédiments ; il y a rétention chlorurée. Les hydropisies sont abondantes. Le malade asphyxie ; il y a collapsus cardiaque, avec hypotension cardiaque.

TRAITEMENT. — Le malade doit être mis au repos complet. Le régime lacté absolu doit être institué ; puis le régime lacto-végétarien est permis, lorsque les phénomènes hyposystoliques se sont amendés, et en ayant soin de choisir les substances végétales les moins riches en chlorures. La quantité des aliments doit être faible ; il vaut mieux qu'un cardiaque maigrisse, le cœur est d'autant plus soulagé.

Un léger purgatif (15 grammes de sulfate de soude ; 10 grammes d'eau-de-vie allemande) est administré le deuxième ou troisième jour depuis le début des accidents. Sur les organes les plus congestionnés on applique des ventouses scarifiées.

La médication héroïque des états hyposystoliques, magistralement exposée par le professeur Huchard, consiste dans l'administration simultanée de théobromine et de digitaline. Ce traitement ne doit être commencé qu'après que le régime et le purgatif ont amené une certaine déplétion du système veineux.

Comme dans la pratique, il est généralement impossible d'apprécier exactement l'état de la musculature cardiaque, il faut être prudent et ne donner la digitaline qu'à petites doses. On commence par V gouttes de la solution alcoolique de digitaline à 1/1000 pendant dix jours, puis III gouttes pendant les dix jours suivants, et V gouttes pendant dix jours.

La théobromine est ordonnée à la dose de 0 gr. 50 c. à 1 gr. 50 (en cachets) à prendre le soir, et continuée tant que la diurèse est insuffisante. On cesse momentanément l'administration de ce médicament, qui peut irriter le rein, pour reprendre en cas d'insuffisance rénale.

Cette double médication doit être continuée pendant deux mois. A ce moment, la courbe des poids du malade, les quantités d'urine émises en vingt-quatre heures, la dyspnée servent de pierre de touche pour la reprise ou la cessation du traitement.

L'insomnie est un des symptômes les plus pénibles de l'hyposys-

tolie. La digitaline la fait en général disparaître ; la théobromine, qui a une certaine action hypnotique, agit dans le même sens. Si l'insomnie persiste, elle peut être combattue par des petites doses de morphine ou d'héroïne (injections de 2 à 3 milligrammes).

Ces injections ne présentent aucun danger, étant donnée l'action cardio-tonique de l'opium administré en faible quantité.

En tout cas, il ne faut donner qu'avec la plus grande prudence le chloral, le sulfonal, le véronal, etc., qui ont une action hyposthénisante bien connue.

Les troubles dyspeptiques des cardiaques sont surtout causés par la stase sanguine et sont améliorés par la thérapeutique alimentaire et médicamenteuse décrite précédemment. On peut y joindre du bicarbonate de soude à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Les douleurs peuvent encore être calmées par l'eau chloroformée ou l'absorption de IV gouttes (avant le repas) de la solution suivante :

Teinture de jusquiame.....	} aa 4 grammes.
— de balladone.....	
— thébaïque.....	

Si les troubles gastriques augmentent, ce qui est rare avec les petites quantités de digitaline, on doit cesser momentanément ce médicament. Un régime lacté exclusif est institué, et l'on pratique des injections de sulfate de spartéine à la dose de 0 gr. 10 par jour.

Les injections de sérum artificiel sont toujours dangereuses, parce qu'un fort apport de liquide nuit à la diurèse et que les chlorures en rétention sont déjà éliminés avec peine par l'organisme.

Dans l'asystolie, il faut agir vite et pratiquer immédiatement une saignée de 200 grammes, appliquer des ventouses sèches sur le thorax. Le collapsus cardiaque étant imminent, la digitaline et la théobromine n'ont pas le temps d'agir. Les injections de caféine sont faites, pendant deux jours, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour :

Caféine.....	2 gr. 50
Benzoate de soude.....	3 gr.
Eau distillée bouillie.....	Q. S. p. 10 cc.

Chaque centimètre cube contient 0 gr. 25 de caféine.

Ces injections ne peuvent être longtemps continuées, car la caféine, après avoir excité le système nerveux, le déprime ; c'est une arme à double tranchant.

Les injections d'huile camphrée n'ont pas ces inconvénients : leur action est plus persistante. On injecte de 3 à 4 centimètres cubes par jour de la solution :

Camphres	1 gramme.
Huile d'olive stérilisée	10 grammes.

L'adjonction d'éther rend l'huile plus fluide :

Camphre.....	1 gramme.
Huile d'olive.....	} à 5 grammes.
Éther sulfurique.....	

On peut encore pratiquer une injection intraveineuse de X gouttes de la solution d'adrénaline à 1 p. 1000. En quelques secondes les symptômes de collapsus peuvent disparaître.

Le collapsus cardiaque évité, le malade est mis au repos complet, au régime lacté exclusif (1 litre de lait additionné d'un demi-litre d'eau). La réduction de l'apport liquide, dans les cas de dilatation cardiaque, est un diurétique puissant et "une augmentation en apparence minime des boissons provoque immédiatement une diminution de la sécrétion urinaire" (Ertel). Cette réduction favorise en effet la déshydratation des tissus ; c'est en même temps une méthode de déchloruration (1 litre de lait contient environ 1 gr. 50 de chlorure de sodium).

Si les œdèmes des membres inférieurs sont très prononcés on pratique des mouchetures faites aseptiquement.

COQUELUCHE

Maladie très contagieuse, épidémique, la coqueluche est une névrose infectieuse compliquée d'un état inflammatoire, catarrhal des bronches.

Le catarrhe bronchique ouvre généralement la scène ; à ce moment, en dehors de la notion de contagion ou d'épidémicité, le diagnostic est à peu près impossible. La maladie est surtout transmissible à cette période, et par conséquent l'on évite difficilement la contagion.

A la période d'état, la coqueluche a un tableau symptomatique connu de tous les praticiens.

Les complications broncho-pulmonaires sont fréquentes dans les milieux hospitaliers. L'adénopathie bronchique peut se développer après une coqueluche prolongée.

PROGNOSTIC. — Maladie assez bénigne chez les enfants vivant au grand air, la coqueluche est surtout grave dans les milieux hospitaliers.

TRAITEMENT. — Le malade doit respirer de l'air pur, éviter les changements brusques de température. A la fin de la maladie, le changement d'air est très utile.

L'alimentation doit être légère, surtout liquide, faite par petits repas espacés et donnés après les quintes.

Les quintes nécessitent des petits soins bien connus de tous : desserrer les vêtements, soutenir le front, débarrasser la bouche des mucosités, etc.

La thérapeutique essayée dans la coqueluche comprend un nombre considérable de remèdes. Parmi les plus efficaces il faut citer les suivants.

L'*antipyrine* peut être associée à la *belladone* :

Antipyrine.....	2 grammes.
Sirop de belladone.....	30 —
Eau.....	Q. S. p. 250 cc.

Pour un adulte, à prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerées soupe toutes les heures.

Pour les enfants, prescrire une dose variable de 0 gr. 05 à 0 gr. 50, suivant l'âge et jusqu'à l'âge d'un an. L'antipyrine peut aussi être administrée en lavement (0 gr. 50 par année d'âge). L'usage de ce médicament ne doit pas être trop longtemps prolongé, et les fonctions rénales sont à surveiller.

Le *bromoforme* est employé suivant la formule de Marfan :

Bromoforme.....	7 grammes.
Huile d'amaudes douces.....	} aa 30 —
Gomme arabique.....	
Sirop de fleurs d'oranger.....	40 —
Eau de laurier-cerise.....	10 —
Eau distillée.....	Q. S. p. 500 cc.

Mélanger d'abord le Bromoforme et l'huile; agiter et ajouter le reste. Une cuillerée à café contient IV gouttes de bromoforme.

Il faut commencer par des doses faibles, variables avec l'âge et qu'on augmente progressivement jusqu'à tripler la dose initiale et obtenir la sédation des quintes.

Jusqu'à 6 mois.....	1/2 cuillerée à café par jour.
De 6 mois à 1 an.....	1 cuillerée —
A partir de 1 an.....	1 cuillerée par année d'âge.

Le bromoforme est un remède qui peut provoquer de la somnolence, des irrégularités du pouls, de l'affaiblissement cardiaque. Il faut en surveiller les effets.

L'*alcoolature d'aconit* est prescrite à la dose de II gouttes par année d'âge. Chez l'adulte, il ne faut pas dépasser XXX gouttes par vingt-quatre heures.

Le *chlorhydrate d'héroïne* peut être employé chez les adultes à la dose de 0 gr. 5 à 1 centigramme.

Wall et Weill (de Lyon) recommandent les inhalations de *quinoléine* : X à XX gouttes dans 100 grammes d'eau bouillante.

INTERETS PROFESSIONNELS

A "FANTASIO" du *Bulletin de Québec*.

Puisque votre seule réponse à notre article sur la question du registraire se résume à des "personnalités" de mauvais goût, nous allons clore le débat.

Dans une discussion comme celle-ci, les faits seuls intéressent le public ; les personnes passent au second plan. — Nous passons.

Quant à cette façade qui vous intrigue tant, vous faites encore, là, un geste plat. Vous savez bien ce qu'il y a derrière : vous avez déjà soutenu que l'ameublement était de bonne qualité et vous en avez largement bénéficié dans des circonstances où il vous fallait faire autre chose que de l'étalage pour les badauds.

— Toujours la blague !...

LA RÉDACTION.

NOUVELLES

Inauguration du monument Brouardel.

Le 20 juillet a été inauguré le monument élevé à la mémoire du professeur Brouardel, dans la cour de l'École de Médecine. Le buste du maître, placé sur une stèle dont la base est masquée par deux statues allégoriques, est l'œuvre du grand sculpteur Puech : il a su perpétuer dans le marbre, avec son expression habituelle de finesse et de bonté, celui qu'il avait connu dans l'intimité.

Les discours du professeur Thoinot, du doyen Landouzy, de MM. Liard, Roux, Lereboullet, Guyon et Doumergue ont rappelé les qualités brillantes du regretté maître, qui fut un admirable professeur, un grand initiateur en hygiène, en médecine légale, un bon serviteur de la France dans les réunions internationales, un travailleur infatigable, sans cesser jamais d'être un homme affable, dévoué à toutes les misères de l'humanité et tout particulièrement à celles, si nombreuses, de la profession médicale. Les nombreux auditeurs, collègues, élèves, amis du grand doyen, ont salué de leurs applaudissements les éloquents discours qui consacraient la gloire du maître disparu.

* * *

L'Université de Paris.

L'Université de Paris, seule, compte actuellement 17,000 étudiants régulièrement inscrits, la population d'une ville entière.

* * *

Universités allemandes. — Le nombre total des étudiants a été, ce dernier semestre de 51,700, contre 47,799 en été 1908. En voici le dénombrement :

Berlin..	7,194	étudiants
Munich..	6,547	—
Leipzig..	4,581	—
Bonn..	3,801	—
Fribourg..	2,760	—
Breslau..	2,347	—

Halle..	2,310	étudiants
Göttingen..	2,239	—
Heidelberg..	2,171	—
Marburg..	2,134	—
Strasbourg..	1,935	—
Tübingen..	1,921	—
Münster..	1,760	—
Iéna..	1,606	—
Kiel..	1,593	—
Würzburg..	1,369	—
Konigsberg..	1,293	—
Giessen..	1,271	—
Erlangen..	1,158	—
Greifswald..	967	--
Rostock..	743	—

* * *

Un orchestre de médecins.

Il y a à Vienne un orchestre peu ordinaire. Tous les exécutants sont docteurs en médecine.

Cet orchestre " médical " aura prochainement l'occasion de se faire entendre publiquement, au moment de l'ouverture du Congrès de neurologie. Il se produira également à l'inauguration d'un monument qui va être érigé à la mémoire du célèbre anatomiste Hermann Nothnagel.

L'article 9 des statuts de la nouvelle société médicale prévoit que l'orchestre devra assister au complet aux funérailles des clients des médecins qui la constituent et exécuter une marche funèbre au cimetière.

* * *

Le contingent de 1909 en France.

Sur les 318,449 jeunes gens inscrits sur les tableaux de recensements et incorporés en 1909, 29,607 avait été exemptés comme reconnus impropres à tout service militaire, soit armé, soit auxiliaire.

Les causes principales de ces exemptions ont été les suivantes : faiblesse de constitution, 4,499 ; tuberculose, 4,793 ; maladies du système nerveux, 2,989 ; maladies des yeux, 2,605 ; maladies de l'appareil circulatoire, 2,563 ; maladies du squelette et des organes de locomotion, 5,793.

Le nombre des exemptés pour faiblesse de constitution, qui était de 1,600 environ sur un chiffre de 25,500 à peu près il y a à peine cinq ans, se trouve avoir progressé d'une façon constante, il a presque triplé aujourd'hui. Il en est de même de la tuberculose.

Nous sommes étonnés de ces chiffres dans un pays où la lutte sociale est si vive contre la tuberculose, l'alcoolisme et les maladies vénériennes.

Pourquoi donc cette montée constante des tarés ?

* * *

Généreux Médecin.

Le médecin Bouvart, qui vivait au siècle dernier et conquit une grande réputation, fut un jour appelé près d'un malade dont aucun docteur n'avait encore pu expliquer la maladie ni améliorer la santé. Ce malade était un banquier, et Bouvart, après avoir assez longuement causé avec lui, comprit que la crainte d'une ruine prochaine était la seule cause de ce mystérieux mal.

Pour sauver ce client, Bouvart, dont la générosité était proverbiale, n'hésita pas à lui laisser, en guise d'ordonnance, un billet à ordre de \$6,000, qu'il signa de son nom : Bouvart, et qu'il s'engageait à payer dans un délai prochain. Ce remède produisit un résultat si rapide et si prodigieux que le lendemain même, assuré-t-on, le malade était sur pied et complètement rétabli.

Dans les dernières années de sa vie, le docteur Bouvart, s'apercevant que la mémoire lui manquait, cessa de pratiquer. Ses facultés, usées par le travail, continuèrent à baisser. Oubliant qu'il avait de lui-même renoncé à donner ses soins aux malades, il s'étonnait souvent qu'on n'eût plus recours à lui, que personne ne vînt plus le consulter. Son valet de chambre, un fidèle et dévoué domestique qui le servait depuis plus de trente ans, avait imaginé, pour le rassurer, un curieux expédient.

“ Si personne ne vient plus, monsieur, répondait-il à son bon vieux maître, c'est qu'il n'y a plus de malades.

— Plus de malades ?

— Vous avez guéri tout le monde, monsieur ! ”

ANALYSE

MÉDECINE

Syphilis à la troisième génération (hérédo-syphilis virulente de seconde génération), par MM. Lucien JACQUET et BARRÉ, dans *Gazette des hôp.*

Les travaux d'A. Fournier, la belle monographie d'E. Fournier, ont établi l'existence de ces syphilis de troisième ou mieux, de ces hérédo-syphilis de seconde génération.

Pourtant les cas incontestables, d'accidents virulents et mortels, sont extrêmement rares.

Dans le cas observé par les auteurs, un père et une mère jeunes exempts, de toute contamination personnelle, et porteurs tous les deux d'indéniables stigmates d'hérédo-syphilis, ont donné naissance successivement : 1° à un fœtus mort à six mois et demi ; 2° à un enfant né à terme, et atteint, à un mois, de coryza sanieux et de syphilides confluentes de la face.

Le traitement mercuriel fit disparaître les accidents, mais l'enfant mourut à quatre mois et demi, cachectique.

Le traitement mixte nous a paru avoir amélioré nettement le signe d'Argyll-Robertson qui existait, à droite, chez le père.

Ainsi, la syphilis peut tuer, avec accompagnement d'accidents de forme secondaire, à travers une génération.

CHIRURGIE

L'Anesthésie par voie rectale. (LEGUEU-MOREL et VERLIAC. Archives Gén. de chirurgie, juin et juillet).

Les auteurs refont l'histoire de cette méthode aussi vieille que la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther sulfurique.

Après avoir passé en revue les techniques de Piropoff, de Cunningham, celle de l'école de Lyon ; après avoir bien analysé les indications et les contre-indications de la méthode, il nous font part des modifications personnelles qu'ils ont apportées à la méthode d'anesthésie rectale. Puis ils en arrivent à la conclusion que le principe de l'éthérisation rectale ne semble pas passible de critiques irréfutables.

La technique actuellement employée est loin d'être parfaite. L'observance des prescriptions de l'École de Boston, leurs remarques personnelles, semblent devoir contribuer à l'améliorer.

L'emploi du bromure d'éthyle en inhalation préalable, de l'éther non chauffé, de l'oxygène comme véhicule de l'éther leur a permis d'éviter la plupart des accidents imputables à l'ancienne technique (sensation douloureuses au cours de l'anesthésie, météorisme, accidents cardio-pulmonaires, accidents intestinaux). Prudemment conduite, la narcose rectale n'est pas plus dangereuse que la narcose par inhalation. Elle a des contre-indications formelles (état mauvais ou douteux de l'intestin, affections aiguës ou chroniques de l'abdomen, interventions sur le périnée et les organes génitaux).

Elle n'offre aucun avantage sur les autres méthodes dans les interventions sur les membres.

Elle offre des avantages indiscutables dans les interventions sur la face, la cavité buccale, le cou (champ libre laissé à l'opérateur qui n'est ni gêné ni contaminé par l'anesthésiste) et sur le thorax (suppression de vapeurs condensées d'éther nocives pour le poumon).

Elle constitue une méthode d'exception.

Persistance du gonocoque dans la prostate. (G. A. DE SANTOS SAXE, *New-York Med. Jr.*, Oct. 2, 1909).

Dans un travail très documenté, l'auteur étudie la méthode d'obtenir et d'examiner la sécrétion prostatique. Les cultures, quoique désirables, ne donnent pas toujours plein succès, à cause du caractère capricieux du gonocoque. Les cultures négatives ne sont pas toujours concluantes.

Le tableau suivant donne une idée de la fréquence de la prostatite par rapport à la chronicité de l'infection gonorrhéale.

Sur 150 cas d'infection gonorrhéale chronique, datant de six mois à dix-huit ans, 60 % des cas faisaient de la prostatite. Plus l'infection date de loin, plus la prostatite est fréquente.

Sur 108 cas de prostatite, 28% ont révélé la présence du gonocoque dans la sécrétion prostatique. Plus l'infection était vieille, plus il était difficile ou impossible de trouver le gonocoque. Après trois ans, le gonocoque a rarement été trouvé, même après des efforts de recherches persistants.

Cependant un certain nombre de cas ont été rapportés où le gonocoque a été trouvé cinq ans ou plus après la dernière infection blennorrhagique. Dans un des cas rapporté par De Santos Saxe, le gonocoque a été retracé *quatorze ans* après l'infection. Ce malade, qui souffrait de neurasthénie génitale et de

gonorrhéophobie", avait toujours pratiqué le coit avec un condom depuis la guérison apparente de son infection de quatorze ans auparavant, de sorte que l'on est justifiable de croire qu'il ne peut y avoir eu réinfection.

Il faut des examens sérieux et répétés avant d'affirmer qu'il n'y a plus de gonocoques dans le liquide prostatique.

L'infection mixte a été retracée dans 86% des cas étudiés plus haut. Le gonocoque seul a été trouvé dans cinq seulement des 108 cas, et ces cinq cas dataient de pas plus qu'un an. Plus l'infection est de vieille date, plus l'infection mixte est fréquente.

La prostatite à gonocoques est curable par un traitement approprié dans la majorité des cas.

RHÉAUME.

L'Opération précoce dans l'appendicite, par Mlle Debora IDELSOHN.
Th. de Montpellier, janv. 1908, dans *Gazette des hôpitaux*,
juillet 1909, par BRELET.

Les documents publiés à propos du traitement chirurgical de l'appendicite sont si nombreux que nous nous excuserions presque d'analyser une thèse sur ce sujet. Nous le faisons cependant et pour deux raisons : la responsabilité médico-chirurgicale en présence d'un cas d'appendicite est une des plus lourdes qui se puissent présenter ; d'autre part, le débat n'est pas clos, les problèmes appendiculaires de diagnostic et de traitement ne sont pas tous résolus ; il arrive même, qu'après avoir été solutionnés dans un sens, ils reparassent sous une forme et avec des données nouvelles ; l'appendicite rappelle ainsi l'hydre aux cent têtes de la mythologie.

Mlle Idelsohn se prononce avec conviction pour l'intervention précoce, c'est-à-dire pour celle qui est faite dans les douze, vingt-quatre, trente-six, ou tout au plus quarante-huit premières heures. Les avantages de cette opération précoce sont nombreux ; voici les principaux : l'intervention est bénigne, car, le plus souvent, l'infection ne s'est pas propagée dans les tissus péri-appendiculaires, le péritoine est encore sain et les adhérences ne sont pas encore constituées, surtout si l'on opère dans les douze ou vingt-quatre premières heures. L'intervention est radicale ; l'appendice peut être enlevé sans grandes difficultés dans la plupart des cas et le malade est à l'abri de tout retour offensif des crises. Comme, le plus souvent, du pus ne s'est pas encore formé, l'incision de Jala-guier, le long du bord externe du grand droit, est suffisante ; elle prédispose beaucoup moins à l'éventration que d'autres incisions,

Enfin et surtout, la laparotomie précoce supprime la toxi-infection appendiculaire et toutes ses complications ; l'appendicite aiguë a une évolution très irrégulière, parfois un début peu inquiétant fait vite place à des accidents d'une gravité extrême pouvant amener rapidement la mort ; en opérant le plus tôt possible, on enlève, avec l'appendice, une cause de préoccupations anxieuses pour le malade et pour le médecin.

Quelques objections ont été faites à la doctrine de l'intervention précoce, mais il est facile de les réfuter. Une opération d'urgence sera, dit-on, acceptée difficilement du malade et de son entourage ; mais peu à peu l'éducation du public se fera, elle est déjà faite pour la hernie étranglée, l'urgence sera reconnue aussi bien pour l'appendicite que pour l'étranglement herniaire. On fait encore remarquer que le diagnostic peut être difficile et hésitant pendant les premières heures ; cette objection a une grosse valeur, et il est évident qu'il serait très fâcheux d'opérer, comme atteints d'appendicite, des malades ayant une fièvre typhoïde à début appendiculaire ou une pneumonie à point de côté abdominal ; mais enfin, il est des cas, très nombreux, dans lesquels la symptomatologie appendiculaire est si nettement caractérisée que l'hésitation n'est pas permise ; pour ces cas, mais pour ces cas seulement, on pourra décider une intervention précoce ; sinon, le doute commandera l'abstention. En faisant une laparotomie dès les premières heures, on opérera des malades qui eussent pu guérir par le traitement médical ; ceci est indiscutable, mais il faut ajouter que ces malades, non opérés dès le début, seront ensuite opérés à froid : puisqu'ils sont pour ainsi dire condamnés à une laparotomie, reste à savoir s'ils ont à gagner ou à perdre en étant laparotomisés plus tôt ou plus tard ; or, par une opération précoce, ils ont beaucoup à gagner puisqu'ils sont mis à l'abri des incidents graves de la toxi-infection appendiculaire ; ils ont peu à perdre, car, bien qu'on ait prétendu que le traumatisme opératoire et le choc anesthésique pouvaient contrarier les processus de défense péritonéale, réveiller ou diffuser la toxi-infection, ces craintes ne doivent pas être exagérées si l'opération est faite avec de grandes précautions et si surtout elle est faite de très bonne heure ; c'est en effet plutôt après les quarante-huit premières heures qu'une intervention chirurgicale peut troubler la défense du péritoine et provoquer des accidents.

Avec ces idées sur l'intervention précoce dans l'appendicite, on a, somme toute, à se préoccuper assez peu des indications opératoires, puisque toute appendicite franche doit être opérée, sauf la légère colique presque apyrétique. Cependant un pouls à 120, faible et misérable, une dissociation du pouls et de la température, un facies péritonéal devront décider encore davantage à la laparo-

tomie. Si l'on est appelé dans les vingt-quatre premières heures, l'indication d'intervenir est formelle ; passé ce délai, on peut hésiter, attendre la formation d'une poche purulente ou l'apparition de quelque symptôme inquiétant.

Mlle Idelsohn invoque ensuite, à l'appui de son argumentation, diverses statistiques ; nous n'y insisterons pas, car la lecture des statistiques ne vaut pas l'expérience clinique acquise après avoir vu un certain nombre de cas d'appendicite et après avoir assisté à un désastre péritonéal au cours d'une appendicite qui paraissait évoluer normalement vers le refroidissement et l'opération tardive.

Traitement du Mal de Pott, par le Docteur CALOT, de Berek, dans *Gazette Méd. de Paris*, Sept. 09.

La question du traitement du mal de Pott reste à l'ordre du jour.

À vrai dire, les divergences ne portent plus que sur le traitement de la gibbosité, et l'accord est déjà fait entre les médecins renseignés sur le traitement des deux autres grands symptômes : abcès et paralysie.

a) *Pour l'abcès.* — Le dogme souverain, le dogme intangible, c'est de ne l'ouvrir jamais (et de ne pas le laisser s'ouvrir), car l'ouverture, c'est une porte ouverte aux infections septiques secondaires qui conduisent à la dégénérescence viscérale et à la mort.

Que faut-il donc faire contre l'abcès ?

Son traitement se résume en deux mots : si c'est un abcès *profond*, *l'on n'y touche pas*, il va se résorber ou devenir superficiel ; s'il est *superficiel* et menace la peau, *on le ponctionne* et on l'injecte avec de l'huile créosotée iodoformée, ou du naphтол camphré glycérolé.

Et l'abcès guérit ainsi.

b) *Pour la paralysie.* — Pas d'avantage d'opérations sanglantes lesquelles font incomparablement plus de mal que de bien, mais un simple *traitement orthopédique* consistant dans l'application d'un *grand plâtre construit dans une légère extension du rachis* ; ce qui suffit pour dégager la moelle et modifier sa nutrition, c'est-à-dire pour guérir la paralysie.

c) *La Gibbosité.*

Reste la question du traitement de la *Gibbosité.*

Question capitale, car suivant que nous pourrons ou non traiter la gibbosité, le mal de Pott ne sera plus ou restera la maladie terrible entre toutes que chacun sait.

Et bien, que pouvons-nous ? En d'autres termes, quelle est la conclusion pratique des passionnantes discussions des douze à quinze dernières années sur ce sujet ?

Cette conclusion, la voici :

Il faut envisager 3 cas :

1° *La Gibbosité n'est pas encore produite.*

Il s'agit de l'empêcher de se produire. Eh bien, il n'est pas douteux qu'on le *peut aujourd'hui.*

Il suffit pour cela (en plus du traitement général et du repos dans la position couchée) de mettre le malade dans un grand plâtre, allant de la ligne occipito-mentonnaire au milieu de l'espace ilio-trochantérien, plâtre qu'on fenêtré ensuite en arrière au niveau du segment vertébral malade pour surveiller celui-ci et le maintenir dans le rang (ce qui s'obtient en plaquant 5, 6, 8 carrés d'ouate à l'aide d'une bande de mousseline, contre les vertèbres malades qui tendent à s'énucléer).

Cette compression est renouvelée toutes les 4 à 6 semaines.

2° *La Gibbosité existe déjà.*

Elle existe *depuis quelques mois à un an.*

C'est le cas des gibbosités telles qu'elles sont lorsqu'on les présente pour la première fois aux médecins.

Peut-on les corriger ? *Oui.*

L'on a nié à grands cris cette possibilité, mais au-dessus des objections théoriques qui paraissent les plus étayées, il y a *les faits*, qui démontrent cette possibilité et qui sont de deux ordres :

1° *Les observations cliniques* d'enfants redressés qui demeurent droits, sans corset.

2° *Les radiographies* de sujets redressés : ces radiographies montrant que la soudure osseuse s'est produite entre les corps vertébraux.

Et cette correction se peut obtenir aujourd'hui d'une manière constante et par un traitement à la fois efficace et inoffensif.

Voici comment :

L'on applique au malade le grand plâtre emboîtant la base du crâne dont nous avons parlé ; on l'applique dans la position debout, avec une extension modérée du rachis, dans l'extension maxima qu'on peut faire sans que les talons abandonnent le sol.

Puis on fait, par la fenêtre dorsale déjà mentionnée, une compression ouatée très énergique (qui demeure cependant très bien tolérée) compression qu'on remplace toutes les 3 à 4 semaines tandis qu'on ne renouvelle l'extension du rachis que tous les 3 à 4 mois en même temps qu'on renouvelle l'appareil plâtré.

Par cette méthode qui est aussi sûre que bénigne, la correction de ces gibbosités dure un à deux ans.

Mais on fera porter ensuite au malade des corsets en celluloïd pendant encore plusieurs années. Avec ces corsets, le malade peut déjà, il est vrai, aller et venir comme un sujet à peu près normal.

Et après 2, 3, 4 ans, le dos sera libéré de tout appareil, et il restera droit (comme un genou ou une hanche tuberculeuse qu'on libère après une contention de plusieurs années).

3° *Il s'agit d'une gibbosité vieille de plusieurs années et déjà volumineuse.*

Le traitement orthopédique est le même que ci-dessus (voir 2e cas), avec cette différence qu'il doit être ici continué pendant 3, 4, 5 années et que malgré tout l'on ne peut plus arriver à un résultat parfait. L'on arrivera bien à obtenir un dos droit ou sensiblement droit, mais qui restera un peu plus court, de même que lorsque nous redressons un pied bot, nous obtenons un pied sensiblement droit, mais manifestement plus court que le pied normal.

CONCLUSION

Ce qui reste acquis, et c'est en réalité *la chose qui importe dans la pratique*, c'est que nous pouvons, par des procédés simples et bénins effacer les gibbosités de moins d'un an, c'est-à-dire les gibbosités telles qu'elles sont lorsque ces malades viennent réclamer les soins des praticiens.

Puisqu'on peut tout à ce moment, il est permis de dire que le problème du traitement des gibbosités est résolu au point de vue pratique de même que le problème est résolu pour la luxation congénitale de la hanche, parce qu'à un moment on peut guérir cette boiterie et malgré qu'on ne le puisse plus en dehors de ce moment.

RADIOLOGIE

Action des Rayons X sur le cancer du sein, par BORNAIT-LEGUEULE, dans *Tribune Médicale*, Sept. 09.

Après une étude détaillée du sujet, les auteurs formulent les conclusions suivantes.

On peut résumer ainsi l'étude de l'action des rayons X sur le cancer du sein :

1° Les rayons X sont un agent de destruction de certaines espèces cellulaires. Leur action nocive porte sur les cellules qui présentent l'activité reproductrice la plus intense, qu'il s'agisse de tissus sains ou de tissus pathologiques. Toutes ces cellules peuvent disparaître d'une façon élective au milieu même d'autres éléments qui restent inaltérés.

2° Sur une tumeur cancéreuse, les rayons X, absorbés à dose thérapeutique, agissant à la fois sur les cellules néoplasiques et sur les éléments du stroma.

Ils provoquent la regression, puis la disparition des cellules cancéreuses, et favorisent, au contraire, la prolifération des éléments du tissu conjonctif. Le premier processus est rapide et précoce ; le second n'est qu'accessoire, secondaire et tardif, comme en témoigne la présence d'espaces clairs péricancéreux sur les tumeurs irradiées.

3° Les lésions cellulaires sont proportionnelles à la quantité de rayons X absorbés, et à la situation des éléments considérés par rapport à la surface irradiée.

Après une période de latence, la dégénérescence débute sur les formations cancéreuses, par les cellules excentriques, puis s'étend peu à peu à toute la masse, en progressant toujours de la périphérie vers le centre : cette dégénérescence est susceptible, dans quelques cas, de donner lieu à des figures d'involution spéciales. (Blocs et placards protoplasmiques.)

4° La régression des cellules cancéreuses est facilitée par deux facteurs principaux : l'infiltration lymphatique et la prolifération du tissu conjonctif.

a) L'infiltration lymphatique est contemporaine des premières lésions cellulaires et s'observe en dehors de toute infection de cause extérieure ; elle est temporaire, de courte durée, et ne survit pas à la destruction totale des cellules cancéreuses.

A la polynucléose du début, succède généralement une infiltration lymphatique plus riche en mononucléaires et en plasmazellen, qui peuvent se transformer secondairement en cellules fixes du tissu conjonctif.

b) La prolifération du tissu conjonctif, à part l'hypergenèse des fibres élastiques, ne présente pas de modalités spéciales.

Toutefois une première irradiation entraîne toujours une réaction congestive intense, qui se caractérise par la formation de foyers hémorragiques et de capillaires embryonnaires. Des épanchs ultérieures peuvent modifier la structure des parois vasculaires, qui présentent alors des lésions de périartérite ou d'endartérite oblitérante.

5° Les rayons X bien dosés provoquent la destruction totale de toutes les cellules d'un épithélioma superficiel, sur une profondeur de trente millimètres. Au delà de cette limite, et malgré les apparences d'une guérison clinique parfaite, on retrouve dans l'hypoderme des cellules cancéreuses à l'état de repos, cellules intactes dans lesquelles le microscope ne révèle aucune modification de structure.

6° Les rayons X sont donc un agent thérapeutique d'une remarquable efficacité dans les cas d'épithélioma superficiels. Ils peuvent faire disparaître entièrement ceux-ci, et d'une façon esthétique, à la condition toutefois ; que le traitement radiothérapique soit poursuivi quelque temps encore après la disparition clinique de la tumeur cancéreuse.

UROLOGIE

Procédé simple pour la recherche du sang dans les urines, par M.

ALBARRAN, professeur de clinique des maladies de voies urinaires, et M. HEITZ-BOYER, chef de clinique des maladies des voies urinaires (*Presse méd. et Gazette méd.* août 09.)

Il est souvent fort utile, en clinique, de pouvoir constater rapidement dans les urines de certains malades l'existence du sang.

Quelquefois l'absorption des médicaments peut déterminer la coloration rouge sanglante des urines, sans que ce liquide contienne réellement du sang ; il en est ainsi, par exemple, à la suite d'injection de doses un peu fortes de pyramidon. D'autres médicaments peuvent donner lieu à des colorations semblables qui, elles, sont dues à la présence réelle du sang, telles les hématuries consécutives à l'administration de l'urotropine et que l'un de nous a déjà signalées il y a six ans.

D'autre part, il est un signe clinique dont l'importance peut être primordiale dans le diagnostic de certaines affections : nous vou-

lons parler de l'hématurie provoqué par la marche ou un exercice quelconque. Chez les malades atteints de calcul du rein, chez ceux qui présentent de l'oxalurie, et dans certains cas de néphrites frustes, comme celles qui accompagnent assez fréquemment le rein mobile, la constatation de ce symptôme acquiert une réelle valeur. Dans certains cas, l'examen comparé des urines du réveil et de celles que le malade émet après une longue promenade fait constater directement des différences macroscopiques évidentes dues à l'existence du sang dans les mictions ultérieures à la marche. Mais bien plus fréquemment, l'hématurie provoquée ne peut être décelée qu'avec le secours du microscope. Comme, dans ces cas, le sang doit être recherché à plusieurs reprises différentes, l'emploi d'un procédé simple, clinique, d'application facile et rapide, au lit même du malade, peut être fort utile.

* * *

Préparation du réactif. — Le réactif est une solution alcaline de phénolphtaléine, que chacun peut facilement préparer.

On porte à l'ébullition dans un ballon un mélange de :

2 grammes de phtaléine du phénol.

20 grammes de potasse anhydre, dissous dans 100 grammes d'eau distillée, et l'on ajoute 10 grammes de poudre de zinc impalpable. Le mélange, rouge au début de la réaction, se décolore progressivement, et, lorsque la décoloration est complète, on filtre le liquide bouillant. L'ébullition doit être courte — quatre à cinq minutes en général — pendant lesquelles on agite le ballon ; dès que le liquide se décolore, il faut se hâter de filtrer.

Le réactif ainsi préparé se conserve pendant plusieurs mois à la condition qu'il soit dans un flacon bien bouché.

* * *

Procédé de recherche. — Il est extrêmement simple. On verse dans un tube à essai 2 centimètres cubes de l'urine à éprouver, 1 centimètre cube de réactif, et on agite pour bien mélanger les deux liquides. On ajoute ensuite 3 à 4 gouttes d'eau oxygénée ordinaire à 12 volumes.

Lorsque la réaction se produit, le liquide prend une *coloration rouge fuchsine*, plus ou moins intense suivant la quantité de sang contenue dans l'urine. La réaction se produit progressivement de quelques secondes à deux à trois minutes après qu'on a versé l'eau oxygénée. L'intensité de la coloration et la rapidité de son appa-

rition sont en proportion directe de la quantité de sang contenue dans l'urine.

Cette réaction est très nette, très franche et très sensible, et nos recherches nous permettent de dire qu'on la constate lorsque le sang se trouve dans l'urine dans la proportion de 1 pour 100.000. Non seulement nous avons pu produire la réaction avec des urines parfaitement jaunes et limpides, d'apparence normale, mais nous l'avons constatée même dans les cas où le microscope ne permettait de reconnaître dans l'urine centrifugée que de rares globules rouges.

La réaction dont nous parlons est *spécifique du sang*, ou de l'hémoglobine. On la constate aussi bien dans les urines acides que dans celles qui sont alcalines, et même dans les urines purulentes ammoniacales, conservées depuis longtemps sans aucune précaution antiseptique. La spécificité de la réaction est démontrée, d'autre part, par ce fait qu'elle ne se produit pas dans l'urine lorsque celle-ci contient uniquement de l'albumine, du pus, du sucre, des pigments biliaires, ou des substances ajoutées à l'urine, telles que le chloroforme ou le thymol. Elle n'est pas influencée par l'acide urique ou les urates. Elle ne se voit pas non plus dans les urines contenant de l'acétone, de l'indican, ni lorsque les malades ont absorbé des médicaments usuels : iodures, bromures, acide salicylique, morphine, phénacétine, urotropine.

En résumé, d'exécution facile, spécifique, très sensible, cette réaction constitue un excellent procédé clinique pour rechercher le sang dans les urines.

PEDIATRIE

La bronchite simple chez l'enfant, par H. GILLET, dans *Bulletin de Thérapeutique*.

Toute bronchite simple peut être le point de départ d'une broncho-pneumonie ; cette complication est d'autant plus à craindre que l'enfant est plus jeune, qu'il s'agit par exemple d'un nourrisson, que cet enfant est plus débile, qu'il est soumis à l'allaitement artificiel, qu'il est hérédo-syphilitique, rachitique, ou atteint de troubles digestifs anciens à marche chronique.

Si l'enfant tousse et s'il a de la fièvre, il faut le garder à la chambre, lui mettre des bottes d'ouate et vaporiser dans la pièce de l'eau additionnée d'un peu d'essence d'eucalyptus, de térében-

thine, de teinture de benjoin, de goménol ou même simplement, d'eau de Cologne. La température de la chambre sera maintenue à 18°.

Au début, il convient de faire une médication émolliente. Chez les *nourrissons*, on prescrira :

Sirop de capillaire..... 20 gr.
— de fleurs d'orange..... 40 gr.

Mélez.

Toutes les deux heures une à deux cuillerées à café dans une infusion de mauve ou de quatre fleurs.

On pourra donner avec autant d'avantage la potion :

Bicarbonate de soude } àà 1 gr.
Benzoate de soude..... }
Sirop de fleurs d'oranger..... } àà de 15 à 40 gr.
Eau de tilleul }

Une à deux cuillerées à café toutes les deux heures.

Si l'enfant est au régime mixte, reprendre l'allaitement au sein.

Une révulsion légère sera faite au moyen de petits cataplasmes sinapisés, laissés peu de temps en place et dont il faudra surveiller l'action sur la peau délicate des *nourrissons*. En cas de bronchite étendue, *bains chauds* donnés avec précaution.

A la période d'état, recourir à la médication antispasmodique et expectorante.

Chez les *nourrissons* :

Looch blanc du Codex. 60 à 80 gr.
Alcoolature de racines d'aconit. Codex 1884.. I à II gt.

OPHTALMOLOGIE

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, à l'Académie de Médecine par MM. MOTAIS, LAGRANGE et PINARD.

Au point de vue pronostic, on peut diviser les ophtalmies du nouveau-né en trois catégories :

- 1° Celles qui apparaissent dans les deux premiers jours ;
- 2° Celles qui se développent du troisième au septième jour ;
- 3° Celles qui viennent après le troisième jour.

Les premières sont presque toujours graves et gonococciques ; les secondes sont d'une gravité moyenne et ont une richesse microbienne très variée ; les dernières sont microbiennes et presque toujours bénignes ; elles guérissent avec un traitement quelconque.

1° Lavage des yeux aussi souvent qu'il est nécessaire, c'est-à-dire que lorsqu'une petite quantité de pus apparaît entre les bords palpébraux, il suffit d'écarter les paupières le plus possible, d'enlever le pus avec un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé d'une solution tiède de permanganate de potasse à 0,25 p. 1,000. Si la paupière supérieure est gonflée, il faut la renverser.

Rejeter l'emploi, pour les lavages, de l'entonnoir de Kalt, qui peut provoquer des lésions mécaniques de l'épithélium cornéen.

Si la sécrétion a tendance à agglutiner le bord des paupières, en se desséchant, badigeonner les bords palpébraux avec de la vaseline légèrement iodoformée (2%).

Quand la cornée est saine, instiller aussitôt après le lavage au permanganate VI à VII gouttes d'une solution faible de nitrate d'argent à 1 % (1/75 au plus).

3° Si la cornée est ulcérée, on proscriera absolument la solution de nitrate d'argent et on lui substituera le protargol à 1/25, qu'on emploiera aux mêmes doses, dans les mêmes conditions. L'albuminate d'argent étant sans danger pour l'épithélium cornéen, on pourra avoir recours à une solution plus concentrée : à 1/5 par exemple, dont on instillera 2 gouttes à chaque fois.

Tous les cas d'ophtalmie cèdent au bout de 10 à 15 jours de ce traitement, à condition qu'il soit fait régulièrement. L'ulcère cornéen est amélioré progressivement. Il n'y a jamais d'à-coups ni de temps d'arrêt dans la marche de la cicatrisation qui est rapide.

PHARMACOLOGIE (1)

Injections sous-cutanées contre l'asphyxie locale des extrémités.

Trinitrine.....	0 gr. 006 milligr.
Alcool.....	1 gramme
Eau stérilisé	Q. s. p. 10 cc.

1 puis 2 cc. par jour.

Pâte épilatoire inoffensive.

Teinture d'iode.....	3 grammes
Essence de térahébutine.....	6 —
Huile de ricin.....	4 —
Alcool.....	48 —
Collodion... ..	100 —

Badigeonner trois ou quatre jours la surface velue. Tous les poils restent adhérents en enlevant la croûte collodionnée qui est formée.

(1) Dans *Progress Medical*.

Bien entendu on ne lavera les endroits badigeonnés que lorsque la petite opération sera terminée.

Pommade d'oxyde jaune de mercure.

Oxyde de mercure jaune	1 gramme
Vaseline.....	19 —

Mélez très exactement sur un porphyre.

Pommade de Lyon.

Oxyde de mercure rouge porphyrisé.....	1 gramme
Vaseline.....	19 —

Mélez très exactement sur un porphyre.

Vin créosoté.

Créosote officinale.....	10 grammes
Alcool à 90°.....	90 —
Sirop simple.....	100 —
Vin de Malaga.....	800 —

Mélez.

Vingt grammes de ce vin renferment vingt centigrammes de créosote.

Vin iodotannique phosphaté.

Iode.....	2 grammes
Tanin.....	2 —
Alcool à 95°.....	20 —
Sirop simple.....	100 —
Phosphate monocalcique officinal.....	20 —
Vin de Malaga.....	856 —

Faites dissoudre l'iode et le tannin dans l'alcool ; mélangez ce soluté au vin dans lequel vous aurez fait dissoudre préalablement le phosphate monocalcique ; ajoutez le sirop simple, mélez. Laisser en repos pendant trois jours et filtrez.

20 grammes de ce vin contiennent 4 centigrammes d'iode et 40 centigrammes de phosphate monocalcique.

Pilules de jusquiame et de valériane composées. — Pilules de Méglin.

Extrait de jusquiame	0 gramme 50
— valériane	0 — 50
Oxyde d'azine.....	0 — 50

Faites dix pilules.

Pilules mercurielles savonneuses. — Pilules de Sédillot.

Pommade mercurielle à parties égales, récemment préparée.....	6 grammes
Houde de savon médicinal.....	4 —
Poudre de réglisse.....	2 —
F. S. A,	

Chaque pilules pèse 15 centigrammes et renferme cinq centigrammes de mercure.

Pilules de podophylline belladonées.

Podophylline pulvérisée.....	0 gramme 30
Extrait de belladone.....	0 — 10
Savon médicinal.....	0 — 30

Faites dix pilules. Chaque pilule renferme trois centigrammes de podophylline et un centigramme d'extrait de belladone.

Pilules de térébenthine.

Térébenthine du pin purifiée.....	2 grammes
Poudre d'hydrocarbonate de magnésie.....	2 —

Mélez exactement ; laissez le mélange en contact jusqu'à ce qu'il ait pris une consistance convenable et faites dix pilules.

Contre l'anthrax.

S'il s'agit d'ur. anthrax non encore suppuré, badigeonner sa surface avec la solution :

Acide phénique neigeux.....	100 grammes
Alcool absolu.....	100 —
Menthol.....	10 —

puis le recouvrir d'une compresse imbibée d'alcool mentholée à 5%.

Si l'anthrax suppure, faire sourdre le pus, puis introduire dans chaque orifice une sonde entourée de coton hydrophile imbibé du liquide. Recouvrir ensuite avec la compresse enduite de la même solution à 5%. Avec ce procédé, il ne serait jamais nécessaire de recourir au bistouri.

Le Formulaire).

BIBLIOGRAPHIE

La Fulguration, sa valeur thérapeutique, par le Dr ZIMMERN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 96 pages, cartonné, 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris)

M. Zimmern expose les résultats obtenus avec la fulguration et montre qu'on devra y faire appel dans nombre de cas : érosions et ulcérations de la peau et des muqueuses, crevasses, engelures ulcérées, ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses, fissures, mal perforant, plaies phagédéniques, ulcères variqueux, radiodermites profondes.

Suivant l'étendue des lésions on pourra, suivant les cas, préférer l'étincelle à l'effluve, comme aussi faire précéder l'action électrique d'un curetage préparatoire.

En ce qui concerne le traitement des grands cancers par la fulguration, la question est encore en suspens.

On ne peut encore établir si réellement l'étincelle électrique peut entraver l'extension des cancers et si la cicatrice qu'elle procure est un obstacle à la récurrence.

Il n'en est pas moins certain que l'étincelle électrique collaboratrice de l'œuvre chirurgicale est susceptible d'apporter un appui à la chirurgie du cancer, directement en accélérant le travail de réparation, indirectement en permettant des interventions plus étendues.

M. Zimmern a exposé avec clarté la technique et l'instrumentation et discuté avec impartialité les résultats obtenus.

Tous ceux qui s'intéressent aux recherches nouvelles liront avec intérêt et profit cette *Actualité médicale*.

Guide clinique et thérapeutique du praticien, par le Dr PALASNE DE CHAMPEAUX, médecin principal de la marine. 1 vol. in-8 de 334 pages, cartonné, 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le but de ce *Guide clinique et thérapeutique du praticien* est d'être utile au médecin qui exerce loin des laboratoires et des bibliothèques, qui a besoin de se rafraîchir rapidement la mémoire,

sans être obligé de consulter des monographies ou de grands ouvrages.

Les maladies décrites sont celles le plus fréquemment observées dans la clientèle.

Pour chaque maladie, M. Palasne de Champeaux énumère les principaux symptômes ou syndromes et les recherches de laboratoire simples, ayant fait leurs preuves, qui permettent d'étayer le diagnostic.

L'étiologie a été traitée dans les cas où elle fournit des indications pratiques incontestables. Le *diagnostic différentiel* a été exposé dans les cas où le syndrome observé et les recherches de laboratoire ne permettent pas de caractériser nettement une entité morbide.

En ce qui concerne le *pronostic*, on a donné les notions générales qui peuvent être utiles au praticien, toujours consulté par l'entourage du malade sur la gravité de la maladie.

Les mesures de *prophylaxie générale ou individuelle* (désinfections, antisepsie, etc.) ont été indiquées.

La partie consacrée au *traitement* comprend les moyens hygiéniques, l'alimentation, le traitement général, et pour certains cas le traitement thermal. Les traitements symptomatiques et les traitements chirurgicaux sont énoncés toutes les fois que ce'a était utile.

Mais c'est le traitement de la cause, lorsque celle-ci est indiscutable ou très probable, qui doit primer tous les autres moyens thérapeutiques.

Les doses prescrites des médicaments sont conformes au nouveau Codex.

Cette thérapeutique paraîtra peut-être bien simple à quelques praticiens. Mais l'auteur a la conviction que la polypharmacie est toujours nuisible au malade. Dans certains cas, l'abstention de toute médication active peut même s'imposer d'une façon formelle, soit parce que nous ne connaissons pas de médicament réellement efficace, soit parce que nous devons redouter une intoxication médicamenteuse surajoutée à la maladie.

Dans l'énoncé des médicaments, il n'a été fait qu'une place restreinte aux remèdes nouveaux. Le praticien doit se défier des attestations quelquefois hâtives. Notre arsenal thérapeutique est assez riche pour que nous puissions n'y admettre que les médicaments nouveaux ayant fait largement leurs preuves.

L³ Traitement de la Constipation, par le Dr FROUSSARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. 2^e édition. 1 vol. in-16 de 100 pages, cartonné (*Actualités médicales*) : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le Dr Froussard, s'inspirant des acquisitions récentes sur les différentes formes cliniques et les causes étiologiques très variées de la constipation, en montre la très grande diversité d'origine, le mécanisme extrêmement variable, et déduit de cette étude un traitement méthodique et rationnel.

Sans doute, rien n'est plus facile pour un malade d'obtenir des selles quotidiennes. Mais ce n'est pas par l'usage répété de laxatifs et de purgatifs qu'on guérit la constipation. On obtient de cette façon un résultat sans lendemain, et souvent le remède est pire que le mal.

Si l'emploi de médicaments internes est parfois indispensable, tout au moins doit-on s'appliquer à en restreindre le plus possible l'emploi, et à choisir parmi eux les moins irritants.

L'auteur, peu soucieux de fournir une liste interminable de purgatifs, s'est surtout attaché à développer l'étude et les indications des règles hygiéniques et des méthodes physiques : la diététique, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, dont la technique est exposée avec des détails qu'on ne retrouve dans aucun traité analogue, y sont étudiés avec soin dans leurs indications et leurs résultats.

Ce petit traité de la constipation répond parfaitement aux tendances actuelles de la clinique et de la thérapeutique qui a surtout pour but la recherche et la guérison des causes des maladies par l'hygiène plutôt que par les médicaments. Ces règles générales sont plus justifiées encore pour le traitement des maladies du tube digestif que pour celui des affections des autres appareils.

SUPPLEMENT

M. X. GOURAUD a fait aux Sociétés médicales d'arrondissement de Paris l'intéressante communication suivante :

Sur un nouveau médicament antigrippal : la Catalysine.

La catalysine est un nouveau remède antiinfectieux, inventé par le Dr Viquerat, de Lausanne. Ayant eu plusieurs fois l'occasion depuis un an, de constater son efficacité thérapeutique, il nous

a paru intéressant d'en dire quelques mots devant vous, mais en limitant cette communication à la grippe, qui est la maladie où nous l'avons le plus employée.

La composition de la catalysine est fondée sur des vues théoriques qu'il nous faut résumer très brièvement, et que le Dr Viquerat a exposées dans une brochure intitulée : "Le phosphore dans les maladies infectieuses." En voici les principales conclusions :

Les phénomènes toxiques observés dans les maladies infectieuses sont dues principalement à l'action du phosphore incomplètement oxydé, corps réducteur qui se forme aux dépens du phosphore nucléaire attaqué par les poisons microbiens :

C'est par des processus d'oxydation, de catalyse que l'organisme lutte contre l'intoxication, conséquence fatale de toute infection ;

Cette oxydation, cette catalyse est notablement accélérée par les bases lécithiniennes, névrine, neurine, neuridine, qui, au cours de l'infection, résultent de la décomposition de la lécithine des cellules ;

Les bases lécithiennes n'agissent pas directement, mais par l'intermédiaire du fer organique qui est le véritable agent catalytique.

Ces conclusions, sur lesquelles nous n'apporterons aucun jugement théorique, ont conduit le Dr Viquerat à tâcher de faciliter la lutte antiinfectieuse et de précipiter la victoire de l'organisme, en faisant ingérer au malade ces deux excitants de la catalyse : bases lécithiniennes, et fer organique. Ce sont ces deux ordres de substances, recueillies et conservées à l'état frais par un procédé dont il a gardé le secret, qui constituent la base de son médicament.

La catalysine est un liquide noirâtre, d'odeur et de goût assez désagréable ; la dose habituelle est de une à deux cuillerées à bouche pour les adultes, une à deux cuillerées à café pour les

enfants même en bas âge. Elle se prend une demi-heure ou une heure avant le repas : il est de toute nécessité que l'estomac soit absolument vide, sans quoi l'acide chlorhydrique dissocie les composés chimiques, et rend le médicament inactif. On peut, pour la faire tolérer, la diluer avec un peu d'eau sucrée. Nous l'avons toujours vue bien tolérée même par des estomacs délicats : dans un cas seulement, une jeune femme se plaignit de maux de cœur qui disparurent en diminuant la dose.

Nous l'avons utilisée jusqu'à présent dans 15 cas de grippe d'intensité variable, les unes étaient de forts rhumes s'accompagnant de fièvre et de malaise général, les autres de véritables gripes avec fièvre élevée, asthénie, douleurs, angines, laryngo-trachéite, bronchite et même broncho-pneumonie dans un cas ; aucune ne présentait, à proprement parler, le tableau de la grippe infectieuse. La plupart dataient de deux ou trois jours, quelques-unes étaient des gripes trainantes remontant à 10 ou 15 jours, voire même un mois.

Dans tous ces 15 cas nous avons noté, soit une guérison complète et rapide, soit une amélioration notable amenant la guérison en trois ou quatre jours.

Le premier symptôme modifié est la fièvre : celle-ci tombe dans les 12, 24 ou 36 heures ; en même temps disparaissent la céphalée, la courbature, les douleurs dans les reins ou dans les jambes. Il n'est pas rare de voir en même temps l'appétit réapparaître, et prendre même une intensité extraordinaire.

L'asthénie post-grippale est parfois diminuée, et les convalescences sont plus rapides : cet effet peut pourtant manquer, surtout dans les cas intenses ou soignés tardivement.

Quant aux localisations de la grippe sur tel ou tel appareil, elles sont beaucoup moins influencées ; c'est ainsi que nous avons vu, après cessation de la fièvre, persister des angines, des laryngites, des bronchites : la thérapeutique spéciale retrouve ici son application.

Il nous a semblé en somme que dans tous les cas la catalysine précipitait notablement la convalescence et la rendait plus franche ; elle nous a paru supérieure dans son action aux autres médicaments employés jusqu'à présent contre la grippe.

L'épreuve du temps, par OSCAR F. BAERENS, M. D. Ph. G., Professeur des Maladies des oreilles, du nez et de la gorge, Collège des Médecins et Chirurgiens St-Louis, St-Louis, Mo.

La Glyco-Thymoline est une préparation qui répond à tous les besoins de la profession Médicale et qui a reçu son approbation complète.

Cette préparation — d'un usage universel — est trop bien connue pour qu'il soit nécessaire d'en former une analyse.

Il me fait, cependant plaisir de dire que depuis huit années, je fais un usage exclusif de cette préparation, dans mes cliniques ou dans la pratique privée, dans tous les cas qui nécessitent un antiseptique léger.

Il serait peut-être un peu long d'énumérer tous les cas sous observation où cette préparation seule fut employée, je me limiterai aux suivants.

M.G. C. H., âgé de 37 ans, commis voyageur, qui venait me consulter pour le "Catarrhe" qui le fatiguait beaucoup depuis quelque temps. Maux de tête, de gorge avec perte partielle de l'odorat. L'examen révèle une rhinite atrophique au premier degré ; les tissus sont secs et détendus avec croûtes adhérentes et odeurs.

La membrane muqueuse est nettoyée avec un peu de difficulté et saigne légèrement.

Je lave cette surface parfaitement avec une solution de Glyco-Thymoline et parties égales d'eau chaude à une température convenable.

Je lui conseille l'usage journalier des douches nasales K. et O., avec certaines suggestions de diète et de manière vivre.

Je l'ai revu plus tard lors de mon passage en ville et examiné de nouveau à l'office.

A ma grande surprise, l'atrophie était stagnante, la gorge normale, la toux était à peu près difforme et l'odorat parfait.

Voici un succès complet que je dois à l'usage continue de la glyco-thymoline.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS A KERATINISER ?

Sur indication d'un médecin nous nous ferons un plaisir de kératiniser tout médicament, toute formule qu'il nous désignera.

Pour indiquer d'une façon bien sommaire quels sont les médicaments qu'il convient plus spécialement de kératiniser, nous pouvons désigner, en nous rapportant aux avantages signalés plus haut :

Les sels d'arsenic (arséniate de soude, de fer, de strychnine, la liqueur de Fowler).

Trop souvent le praticien qui institue un traitement de long e durée, se voit contraint bien vite, à cause de l'irritation de la muqueuse gastrique, ou à cause des troubles digestifs stomacaux, à faire cesser un de ces médicaments destiné à procurer le plus grand bien par un usage prolongé.

Les sels cacodyliques (arrhénal, cacodylate de soude, de fer, de strychnine).

Les raisons à invoquer pour la kératinisation de ces sels sont les mêmes que pour les sels arsenicaux.

Mais il y a plus. Par ce mode d'enrobage on évitera les renvois alliés, la saveur désagréable de ces sels cacodyliques mis en liberté dans l'estomac.

Les sels ferrugineux. Combien de personnes, les dames et les jeunes filles en particulier, opposent au médecin traitant une répugnance opiniâtre à prendre une préparation ferrugineuse pour ne point noircir leurs dents ou avoir des digestions pénibles. Ces deux inconvénients, bien imaginaires souvent, mais parfois réels, sont supprimés par l'emploi des **pilules kératinisées Philippe**.

Les sels mercuriques, les préparations à la lécithine, autant de médicaments dont le contact avec l'estomac produit des douleurs et des digestions pénibles.

Les iodures, les *bromures,* pour éviter les inconvénients indiqués plus haut.

La *pancréatine,* ou *trypsine,* pour les raisons développées ci-dessus et conserver à ce ferment son maximum d'intensité.

Enfin il faudra kératiniser les *purgatifs* " puisque, d'après les recherches de Penzoldt (Wien. Klin. Rundschau), tous les purgatifs ralentissent la digestion gastrique ".

Aussi Penzoldt conclut d'après ses recherches " qu'il vaut mieux les donner sous forme de pilules kératinisées ".

SUPPLEMENT

PLUS TARD

Pendant la période aigüe de toute maladie sérieuse, tel que la fièvre typhoïde, la pneumonie, la grippe, etc. . . . le médecin est naturellement préoccupé de la période dangereuse que doit subir son patient avant d'entrer en convalescence.

Dans plusieurs cas, alors que ce but est atteint, le médecin est porté à négliger les soins subséquents et semble quelquefois oublier la diminution considérable de vitalité chez son client, qu'une infection sérieuse du système ne peut manquer de produire, et à moins de venir en aide au système ainsi affaibli au moyen de toniques stimulants appropriés, la convalescence est souvent lente et tardive.

Cette influence néfaste et infectueuse se fait surtout ressentir dans le sang, c'est alors qu'il faut recommander l'usage d'un hématique efficace, prompt ; bien tolérer et d'une absorption facile. Le Peptomagan (Gude) est particulièrement convenable dans tous ces cas de convalescence, parce qu'il ne dérange pas la digestion et ne diminue pas l'appétit et ne favorise jamais la constipation.

M. J. BREITENBACH, CO.

NOTE

Dans le mois prochain, nous ferons la découverte du "dispensaire anti-tuberculeux", de Montréal. Les journaux quotidiens sont remplis de projets qui laissent croire que ce système est inconnu ici. Nous donnerons des détails qui pourront intéresser et instruire.
