

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2^{ème} et 4^{ème} Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRE:

Le relâchement sacro-iliaque et ses rapports avec les douleurs sciatiques et lombaires. J. Appleton Nutter. 113

PATHOLOGIE URINAIRE:

Les modifications de la sécrétion urinaire dans la station debout. — Albuminurie par lordose. — Albuminurie et néphrite au cours du rein mobile — Les variétés anatomiques et clinique de la tuberculose rénale. — Les régimes dans les néphrites. — La déchloruration dans le mal de Bright. Eug. St-Jacques. 116

L'Heredo-syphilis. J. Jeanselme. 118

PEDIATRIE:

Les troubles digestifs dans le rachitisme. — Diabète chez un enfant suivi de tuberculose. — Spasme et sténose congénitale du pylore. 120

Diète plus libérale dans la fièvre typhoïde. 123

Société Médicale de Montréal. 125

NOTES THERAPEUTIQUES:

Traitement du vertige stomacal. — Le collargol dans la fièvre puerpérale et les autres infections. — La médication arsenicale. 126

BIBLIOGRAPHIE. 128

SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES. XV

Medicaments Nouveaux

RECOMMANDABLES

IODALBIN ET MERCUROL

Chaque Pastille renferme : Iodalbin, 5 grains ; Mercuriol, 1 grain

Pour le traitement de la syphilis secondaire et tertiaire

Mercur et Iode en combinaison.—Nombre de médecins les recommandent maintenant dans le traitement de la syphilis, tant les accidents secondaires que tertiaires. Tel que l'affirme une autorité: "Le mercure doit être administré dès que le diagnostic est établi avec certitude, et continué pendant toute la période des accidents secondaires. Dans les accidents tertiaires, les iodures rendent en général plus de service, néanmoins le mercure n'est pas sans efficacité, et une combinaison des deux médicaments s'emploie souvent avec avantage."

Les pastilles iodalbin et mercuriol ont été préparées et mises sur le marché pour répondre aux indications du "traitement mixte". Sous la surveillance de notre département de Médecine Expérimentale, cette combinaison a été soumise à une épreuve clinique complète par un nombre d'experts en maladies vénériennes, dans les centres médicaux les plus en vogue du pays, avec des résultats uniformément excellents. Les médecins peuvent prescrire les pastilles *Iodalbin et Mercuriol* avec l'assurance qu'ils emploient, non un remède empirique, mais une préparation d'une valeur thérapeutique éprouvée.

Mises en vente en flacon de 100.

Feuillets descriptifs envoyés sur demande.

PARKE, DAVIS & CIE

Walkerville, Ont.

Montréal, Qué.



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE; TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE
Remplace la viande crue.
Sirop, 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (47).
DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph[™]

Seuls Agents pour le Canada ROUGIER et FRÈRES (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

Le relâchement sacro-iliaque

Et ses rapports avec les douleurs sciatiques et lombaires

Par le Dr J. Appleton Nutter

Assistant au Service d'Orthopédie de l'Hôpital Général de Montréal. (1)

Dès les temps d'Hippocrate la condition de relâchement des articulations du bassin a été reconnue. Presque la seule cause considérée a été l'accouchement, où la force de la tête du fœtus descendant à travers le bassin a rompu les ligaments. Quelquefois on a ajouté la grossesse comme facteur dans ce relâchement, et dans presque tous ces cas il s'agissait de relâchement de la symphyse pubienne et non pas de l'articulation sacro-iliaque. En étudiant l'histoire de ce sujet nous trouvons les noms de Winckel, Cazcaux, Troussseau, Smellie, Luschka, Cruveilhier, Velpeau, etc. Citons un exemple moderne. Whitridge Williams, de la "Johns Hopkins University", dans son livre sur l'art obstétrical, dit que les articulations du bassin peuvent être forcées pendant l'accouchement, et il ajoute que dans la grossesse ces articulations deviennent parfois bien plus mobiles qu'à l'ordinaire, à cause des changements vasculaires qui les ramollissent.

Le Dr Wallcher, qui en 1889 publiait une étude sur l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du bassin due à la mutation du sacrum, tire parti de cette mobilité extraordinaire durant la grossesse, quand il emploie la position dite de Wallcher. Celle-ci, l'on se rappellera, était une position de forte hyperextension des cuisses, les jambes depuis les hanches pendant librement sur le bord de la table, permettant ainsi aux os iliaques d'atteindre à la limite de leur mobilité sur le sacrum. Il en résultait un agrandissement du bassin. Rappelons que pendant longtemps le relâchement de la symphyse pubienne était considérée de plus grande importance que celui de l'articulation sacro-iliaque. Ce qui est tout le contraire.

Résumons en disant qu'avant la publication, dans la "Boston Medical and Surgical Journal" (mai 1905) de la communication des docteurs Goldthwait et Osgood intitulée "A consideration of the pelvic articulations from an anatomical, pathological and clinical standpoint", le relâchement sacro-iliaque et pubienne était reconnu mais seulement dans ses rapports avec l'accouchement et la grossesse. On le traitait par le repos et des bandages autour des cuisses. Dans les cas graves, on faisait porter un appareil ressemblant à une forte culotte se conformant parfaitement au

corps. Au mois de juin 1907 le docteur Goldthwait communiquait à l'"American Medical Association" un deuxième mémoire sur les articulations du bassin. Depuis la publication de ces communications, les articulations sacro-iliaques ont rapidement pris la prééminence à laquelle elles avaient droit, et disent que cette importance est à la fois, obstétricale, chirurgicale et médicale.

Comme rien jusqu'ici n'a été publié à Montréal pour attirer l'attention sur ce sujet, j'ai cru bon de synthétiser les points saillants du relâchement sacro-iliaque. J'ajoute immédiatement qu'il s'agit de beaucoup le type le plus commun des affections sacro-iliaques. Il faut rattacher à cette lésion l'explication de certains cas obscurs de douleurs aux jambes et au dos. De plus, il est probable que la majorité des cas de douleur sciatiques et lombaires ont leur origine dans une irritation des nerfs voisins de l'articulation sacro-iliaque.

Anatomie: -- Le mouvement normal de la symphyse pubienne consiste simplement en une légère motion verticale, et doit se trouver chez les deux sexes et à tout âge. Il est facile de constater que ce mouvement ne s'obtient pas sans une mobilité aux articulations sacro-iliaques, et ne peut être augmenté au pubis sans une augmentation similaire au sacrum. Nous pouvons ignorer le relâchement de la symphyse pubienne comme cause de l'instabilité du bassin. Les os pubiques ont bien peu d'importance à ce point de vue, vu qu'ils servent principalement de point d'attache aux muscles abdominaux. La ceinture du bassin peut, en effet, être incomplète en avant, sans que les fonctions en soient dérangées, ce qui a été démontré dans les cas d'exstrophie de la vessie. On peut dire que l'activité, la grossesse et l'accouchement sans complication sont tous possibles sans les os pubiques. D'un autre côté, les synchondroses sacro-iliaques sont de grande importance. Tout d'abord, elles ne sont que légèrement protégées, et conséquemment peuvent être aisément blessées. Mais ce qui les rend très sensibles au mouvement, et cause les douleurs sciatiques, fessières et lombaires, c'est la proximité des nerfs du plexus lumbosacré. Les surfaces articulaires sont larges, plates, et recouvertes de cartilage. Leurs irrégularités et dépressions respectives correspondent de telle sorte que les os sont réellement en contact et non pas fusionnés ensemble. Dans certains cas, des fibres unissent directement des portions de surfaces articulaires, dans d'autres on trouve des petits trous remplis d'une substance ressemblant à la squovie.

La solidité de l'articulation sacro-iliaque dépend principalement du ligament postérieur, qui maintient les deux surfaces sinuées l'une à l'autre. Les ligaments sacro-sciatiques, les muscles abdominaux et lombaires y contribuent aussi pour une part. L'articulation n'est pas immobile, au contraire on trouve constamment ici un peu de mouvement autour d'un axe qui passe à travers le milieu du sacrum. Dans la position de Wallcher, le sacrum se penche en haut, et l'entrée du bassin en est ainsi agrandie, tandis que le coccyx, s'avancant en bas, la sortie du bassin se trouve diminuée. En étudiant ces articulations sacro-iliaques, on trouve que la stabilité du bassin en dépend largement. Il est intéressant de voir que les ligaments antérieurs sont très faibles et qu'on ne trouve pas d'emboîtement propre-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, mars 1910.

ment dit, ni dans le sacrum ni dans les os iliaques. Mais ce qui donne le plus d'importance à l'articulation ce sont les nerfs lombaires inférieurs et sacrés supérieurs. Ces nerfs se trouvent en contact immédiat avec les deux os, et croisent la ligne d'articulation.

Le nerf sciatique est formé directement sur la partie inférieure de l'articulation, et il est facile de voir comment une mobilité excessive de celle-ci ou des exostoses arthritiques sur la ligne de l'articulation peuvent l'irriter. Nous savons que l'irritation du nerf sciatique peut causer des douleurs dans toute sa distribution. Même si ce nerf est le plus souvent en cause, il n'est pas le seul à souffrir des altérations de l'articulation sacro-iliaque. Le nerf obturateur, qui donne la sensibilité à la partie supéro-interne de la cuisse, se trouve près de cette articulation, ainsi que le petit sciatique, avec sa distribution à la partie postérieure de la cuisse, et le honteux interne qui va aux parties génitales. Chacun de ces nerfs est à la merci de l'articulation sacro-iliaque si elle présente quelque dérangement.

Etiologie. — Pendant l'accouchement, la grossesse et peut-être même les menstrues, les ligaments se relâchent à cause de l'augmentation de leur vascularité, et la mobilité articulaire sacro-iliaque en est augmentée en proportion. La descente de la tête du fœtus pendant l'accouchement peut forcer les os du bassin, et il arrive que souvent une douleur sciatique ou lombaire doit être rattachée à l'accouchement. (Cas V). Mais le rôle étiologique de l'accouchement et de la grossesse est bien moins important que celui du traumatisme, et ce traumatisme peut être ou grave ou modéré. Le type de traumatisme le plus commun est celui causé par un effort soudain, par exemple en levant un gros poids. (Cas VI). Il se produit une sensation d'arrachement dans le dos, avec douleur subite sentie au sacrum. La douleur et la sensation d'arrachement sont tous deux causées par la rupture de quelques fibres ligamenteuses de cette articulation, et dans les cas graves nous trouvons la mobilité du sacrum augmentée, voire même y a-t-il déplacement. En conséquence de l'accident, les nerfs qui croisent l'articulation sont irrités, et la douleur est sentie dans leur distribution. Le sciatique est touché le plus facilement et le plus souvent, et nombreux sont les cas de sciatique datant d'un tel accident.

Y a-t-il lieu d'être surpris quand le traitement à la cuisse ne soulage point une sciatique relevant d'une telle origine?

On peut rencontrer encore un second type de relâchement sacro-iliaque, celui qui résulte d'un long séjour en position dorsale, par cause de maladie quelconque. Le malade a gardé le lit depuis longtemps, et comme résultat la lordose lombaire s'est effacée et le dos est devenu plat. Quelle en est la signification? C'est que le relâchement des ligaments sacro-iliaques a permis à la base du sacrum de se déplacer en arrière. Ordinairement quand le malade se lève, la lordose revient et le sacrum se replace, sinon la dislocation partielle du sacrum est à craindre.

Le troisième type est particulièrement intéressant pour

les chirurgiens. Dans beaucoup de cas le malade sent des douleurs post-opératoires dans le dos. C'est qu'après une heure ou plus d'anesthésie, nous nous trouvons en face du même résultat qu'après quelques semaines de repos sur le dos. C'est-à-dire que sous l'influence de l'anesthésie profonde, et sans support au sacrum, la combature lombaire disparaît graduellement, et le malade, lorsqu'il reprend connaissance, sent une douleur aiguë au dos. La position gynécologique dorsale, si elle dure longtemps, peut aussi être suivie de douleur sacrale, à cause de l'effort portant sur l'articulation.

Voyez encore: Si une jambe est plus courte que l'autre, la pesanteur du corps n'est pas bien distribuée. En conséquence, l'articulation sacro-iliaque est forcée et devient douloureuse. (Cas I et III).

Symptômes — La douleur est le symptôme principal. Celle-ci peut être sentie au sacrum même, à la fesse ou à la jambe, ou aux trois points. La douleur à l'articulation sacro-iliaque (c'est-à-dire à l'épine iliaque postérieure et supérieure, qui indique cette articulation) est ordinairement fixée. La douleur sentie à distance dépend plus ou moins du mouvement et montre une grande préférence pour la distribution des nerfs sciatique et fessier. Néanmoins on peut sentir des douleurs dans n'importe quelle partie du membre inférieur. Ce qui explique pourquoi la majorité des cas de relâchement sacro-iliaque ont été diagnostiqués névralgie sciatique ou lumbago.

La limitation du mouvement est un symptôme très important. Il y a quelques mouvements qui forcent les articulations sacro-iliaques. Ces mouvements sont naturellement douloureux si on y met de la force. Mettez votre malade sur la table d'examen, pliez le genou et vous pouvez remuer la hanche en toute direction sans douleur.

Mais étendez-vous la jambe et essayez-vous de la lever sans plier le genou, que vous débarrassez de la douleur. Quelle en est la raison? C'est que les tendons postérieurs de la cuisse étant attachés à l'ischion, forcent l'articulation sacro-iliaque lorsqu'on lève le genou. Debout, le malade se penche du côté sain, et tous les mouvements vertébraux sont un peu limités. La flexion en avant de la colonne vertébrale produit ou augmente ses douleurs, tandis que s'il est assis dans un chaise, c'est-à-dire les genoux pliés, la flexion en avant devient bien plus libre. Ce signe est d'importance, car dans les cas de mal de Pott, la raideur persiste que le malade soit assis ou debout.

Ordinairement le malade boite, et ne peut pas travailler. Il a peur de remuer, car le mouvement augmente la douleur à cause de la traction sur l'articulation. Il n'y a pas de gonflement appréciable de la région, mais quelquefois nous pouvons distinguer ici du mouvement anormal, même de la crépitation. On peut s'en rendre compte en plaçant les pouces sur les épines iliaques postérieures et supérieures du malade et en lui faisant lever les pieds. On peut alors sentir ou même entendre le mouvement des os.

La diagnostique ne présente pas de difficulté spéciale. Le traumatisme dans les commémoratifs est utile mais pas du tout essentiel. Le diagnostique repose sur une douleur qui peut être sacrale ou sentie dans la distribution des

nerfs sciatiques, crural antérieur, obturateur, etc. Le point pathognomonique est que la douleur, quelle que soit sa localisation soit causée ou augmentée par des mouvements qui font jouer l'articulation sacro-iliaque. Voici la manœuvre que nous employons habituellement à la clinique orthopédique de l'hôpital "Montreal General" pour mobiliser cette articulation. On fait coucher le malade sur la table d'examen, et on lève la jambe du côté soupçonné sans plier le genou. Ce mouvement, grâce aux tendons des muscles postérieurs de la cuisse étend l'articulation sacro-iliaque, et une douleur est ressentie dans le dos souvent aussi dans la jambe correspondante. Dans les cas aigus nous avons vu le même résultat en levant la jambe du côté sain. On peut aussi faire pencher le malade en avant, les jambes restant droites et le malade debout. Les os iliaques sont fixés par les muscles, et on se penchant le sacrum cherche à se mouvoir en avant, causant ainsi la douleur.

Quelquefois on peut déterminer la présence d'hypermobilité à l'articulation sacro-iliaque, mais ce caractère n'est pas essentiel au diagnostic.

On l'observe même assez rarement et le plus souvent, on constate plutôt que les mouvements articulaires sont très limités.

Comment est-ce qu'on peut distinguer le relâchement sacro-iliaque des cas de névralgie sciatique? Même lorsqu'il y a douleur sciatique, le nerf n'est pas sensible comme dans les cas de névrite sciatique. Si le diagnostic est encore incertain, il faut essayer l'épreuve thérapeutique. Celle-ci est de grande valeur, et consiste à appliquer du diachylon de manière à supporter les articulations sacro-iliaques. Si cette bande soulage le malade, nous sommes sûrs de notre diagnostic.

L'absence de la lordose lombaire quand elle est accompagnée de douleur sciatique nous amène à l'esprit l'idée d'une luxation du sacrum. Dans un grand nombre de cas le diagnostic de lumbago a été porté. Celui-ci est une espèce de myosité rhumatismale, où l'on trouve les muscles lombaires sensibles. Si la douleur persiste depuis longtemps il est prudent de se méfier des lésions des articulations vertébrales et sacro-iliaques.

Le traitement: — Si l'articulation est distendue, le support est nécessaire. La luxation actuelle du sacrum est rare, et les cas ordinaires ne demandent que du support. Le diachylon en donne très facilement, et peut rester trois ou quatre jours. Prenez le diachylon large de deux pouces et demie et appliquez-le sur le dos, immédiatement en bas d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre. Le diachylon doit être très serré, et on applique ainsi trois ou quatre bandes, descendant aussi bas que les trochanters. Si elles sont appliquées correctement le malade a de la difficulté à s'asseoir sur une chaise basse. Les bandes de diachylon n'entourent pas le corps, mais elles rapprochent les deux os iliaques l'un vers l'autre, et ainsi immobilisent les articulations sacro-iliaques. Nous avons obtenu d'excellents résultats en peu de temps avec cette méthode, quelquefois même instantanément.

Tandis que le malade porte le diachylon, on prépare

une bretelle de canévas. Cette bretelle est large de huit pouces, elle passe autour du bassin au niveau des trochanters. Elle est placée par derrière et des courroies pourméubles l'empêchent de remonter. C'est là un point assez difficile à obtenir, mais il est très important. La bretelle a toujours une tendance à monter plus haut mais il est essentiel que le support soit donné juste au niveau des trochanters.

Quelquefois l'application du diachylon n'est pas suffisante, la douleur persiste, et le manque de lordose lombaire nous montre que le sacrum est déplacé. Dans un tel cas on remplace le sacrum en obtenant l'hyperextension de la colonne vertébrale. L'anesthésie est rarement nécessaire. Alors on fait faire une bretelle qui peut maintenir cette hyperextension, en donnant au sacrum du support antéro-postérieur. Cette bretelle porte des fers légers qui donnent au dos une courbure lombaire exagérée. Les fers maintiennent le sacrum et ne permettent pas qu'il se déplace en arrière, et en même temps le support latérale est continué. En considérant le pronostic, la position du sacrum est bien plus importante que la gravité de la douleur. Ordinairement le pronostic est très bon.

Après quelques semaines ou mois, le malade peut ôter la bretelle, et on emploie le massage, les exercices etc, pour renforcer les muscles.

Je finis avec des notes très courtes de quelques cas de relâchement sacro-iliaque que j'ai traité dans ma pratique et à la clinique orthopédique du "Montreal General Hospital".

Cas I. — Ouvrier de 45 ans, souffrant de douleur et de sensibilité à l'articulation sacro-iliaque et dans la fesse du côté droit. Origine sans traumatisme, durée un mois. Le malade est incapable de travailler et boitant beaucoup. Le corps se penche du côté gauche, où la jambe est courte d'un pouce. Hypermobilité facilement sentie à l'articulation sacro-iliaque droite. Le diachylon lui fait du bien, la bretelle de canévas le guérit en six semaines.

Cas II. — Ouvrier de 22 ans, travaillant beaucoup, avec le dos. Origine sans traumatisme. Il a souffert de douleur sciatique pendant neuf mois, et on lui a donné toutes sortes de traitements, même opératoires, sans succès. On trouve douleur et sensibilité à l'articulation sacro-iliaque gauche, aussi hypermobilité et craquements. Une bretelle de canévas fait cesser sa douleur, mais en reprenant le travail le canévas irrite les cuisses. On lui prépare un appareil élastique.

Cas III. — Homme de profession de 30 ans. Douleur et sensibilité de l'articulation sacro-iliaque gauche, avec difformité de la jambe gauche, qui est plus courte que l'autre de quelques pouces, à cause d'une ancienne coxalgie. La douleur venait d'une mauvaise position habituelle en face d'un pupitre incommode. Guéri en quelques jours en cessant le travail au pupitre.

Cas IV. — Cocher de 65 ans. Pendant quatorze ans a souffert d'attaques soudaines et graves de "lumbago", que rien n'a pu améliorer. Il n'y a pas de sensibilité dans le dos, mais en levant les jambes toutes droites la douleur sacrale apparaît. Le diachylon a fait disparaître immédiatement la douleur qui n'est jamais revenue. Il porte

encore sa bretelle, et travaille plus à son aise que jamais, car il a perdu la peur de la douleur.

Cas V. — Femme de 25 ans. A souffert de douleur dans l'aîne et dans la fesse du côté droit pendant deux ans, à la suite d'un accouchement. La douleur persiste presque constamment, et le repos ne la soulage point. Il y a sensibilité très près de l'épine iliaque postérieure et supérieure, et en faisant lever la jambe droite sans plier le genou, la douleur fessière récidive. Le diachylon lui fait du bien; la malade n'a pu supporter les courroies perméables, ainsi la bretelle de canvas est remontée et son efficacité fut perdue. Lorsque la bretelle était retenue en bas en l'attachant aux jarretières les douleurs disparaissaient.

Cas VI. — Ouvrier de 50 ans. En levant un grand poids il a eu une sensation d'arrachement dans le dos, avec douleur subite sacrale et sciatique. En levant la jambe avec le genou droit il se plaint d'augmentation de sa douleur sacrale. En faisant plier le genou on peut remuer la hanche partout. Guéri en quelques jours en donnant du support au bassin.

Pathologie Urinaire

Par le Dr Eugène Saint-Jacques

Les modifications de la sécrétion urinaire dans la station debout

A la suite d'une série de recherches aussi précises que variées sur la sécrétion urinaire, J. Calks est arrivé aux conclusions que voici :

1^o La notion d'une sécrétion rénale plus active, plus régulière en position couchée, indique la nécessité de faire porter l'analyse des urines sur un double échantillon ou tout au moins sur un échantillon moyen, recueilli à la fois en position debout et en position couchée. Le fait d'examiner uniquement les unes ou les autres expose à de grossières erreurs d'interprétation.

2^o L'insuffisance de la dépuratation urinaire en orthostatisme explique aussi, peut-être, jusqu'à un certain point, le besoin intermittent de sommeil. Le ralentissement des éliminations, pendant la station debout, crée en effet une auto-intoxication dont la conséquence est une torpeur plus ou moins marquée du système nerveux, un besoin de repos. La position étendue, même sans sommeil, a elle seule un pouvoir bienfaisant et réparateur, grâce, en partie, à la désintoxication par suractivité rénale qu'elle permet de réaliser.

3^o Enfin, il est un dernier point sur lequel nous insistons en terminant, c'est l'importance thérapeutique de la position couchée dans tous les cas d'insuffisance urinaire.

Achard et Faugeron ont bien montré que le séjour au lit durant la nuit, amène une dépuratation rénale d'autant plus marquée par rapport à celle du jour que le cœur et les reins sont plus malades; mais l'élimination compensatrice qui se fait alors n'est pas à elle seule suffisante, il est nécessaire d'y ajouter l'action favorable de quelques heures de repos passées durant le jour en position étendue. Celui-ci devra être d'autant plus prolongé que les lésions rénales seront plus importantes.

Nous avons déjà attiré l'attention sur ce point. Stern a insisté là-dessus depuis. Son étude, basée sur 82 cas, fait ressortir l'influence néfaste considérable de l'orthostatisme dans les néphrites. A elle seule elle suffit pour modifier à long terme le pronostic de l'albuminurie. C'est un point de thérapeutique générale dans les affections du rein, dont il est indispensable de se souvenir.

* * *

Albuminurie par lordose

L'albuminurie de causes extra-rénales voit chaque année son champ s'élargir. Notthman revenant dernièrement sur cette question (in Arch. f. Kinderheil, 1909), reprend une idée de Jehle, à savoir que, dans l'albuminurie orthostatique, l'apparition de l'albumine est provoquée par la lordose de la colonne lombaire, telle qu'elle se manifeste physiologiquement dans la station debout. Une confirmation de cette hypothèse avait déjà été apportée par Bruck et Schmiedicke, qui ont réussi à provoquer de l'albuminurie chez des adultes bien portants en provoquant artificiellement une lordose de la colonne lombaire.

Pour vérifier ce rôle de la lordose, M. Notthman a tout d'abord fait une série d'expériences sur des lapins. Ces animaux étaient immobilisés sur une planchette, avec un rouleau sous la colonne lombaire. Pour éviter les effets du refroidissement consécutif à l'immobilisation, ils étaient enroulés dans des couvertures et placés à côté du feu. Dans ces conditions, on trouvait régulièrement dans leur urine, prise dans la vessie, de l'albumine précipitable par l'acide acétique.

Cette expérience a été encore faite sur des convalescents de scarlatine, dans un cas d'atrophie avec pseudo-hypertrophie musculaire et dans un autre d'impétigo, tous ces malades présentant ou ayant présenté une légère atteinte des reins. Elle a consisté à garder ces enfants pendant quelque temps au lit, avec un rouleau sous les reins, de façon à réaliser une lordose. Dans ces conditions, l'albumine qui n'a jamais existé ou qui n'existait plus depuis quelque temps dans l'urine reparaisait. Le même phénomène se produisait, encore quand ces enfants restaient longtemps debout, la station debout réalisant chez eux une lordose physiologique. Cette expérience échouait régulièrement chez les convalescents de scarlatine, qui, durant leur maladie, n'avaient présenté aucune manifestation appréciable du côté des reins. Plus tard, les enfants chez lesquels cette expérience avait échoué n'ont à aucun moment présenté des accidents rénaux. En revanche, chez les enfants de la première série, on a constaté, plus tard, soit de l'albuminurie

PANOPEPTON

Source de données Scientifiques et Cliniques

PANOPEPTON est avant tout une nourriture pour les malades. Il s'emploie dans les "états de santé" très différents de ceux où les nourritures ordinaires trouvent leur indication, et par conséquent doit être jugé d'après les données cliniques et chimiques qu'il fournit.

Panopepton est d'une composition constante, d'une qualité uniforme, et possède un rapport exact entre sa protéine et ses hydrates de carbone, ce qui donne une valeur scientifique importante aux observations cliniques de ses effets.

C'est un fait que le **Panopepton** est toléré alors que toute autre forme de nourriture est rejetée, qu'il ranime aux moments critiques, qu'il a une valeur spéciale comme conservateur d'énergie et stimulant vivifiant.

En somme, à considérer ce qu'il est et ce qu'il accomplit pour le patient, les résultats cliniques du **Panopepton** offre des données aussi scientifiques et significatives que celles que l'on obtient par la combustion d'aliments dans le "Creuset" du laboratoire, ou par la calorimétrie, en évaluant la quantité de nourriture utilisée dans l'économie.

Fairchild Bros & Foster
NEW YORK

Agents pour le Canada
Holden & Compagnie, Montreal

Ne se vendent pas au Détail.

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

PUISSANT ACCÉLÉRATEUR DE NUTRITION GÉNÉRALE
Ramène l'appétit et provoque une augmentation rapide du poids des malades; fait tomber la fièvre et disparaître la purulence des crachats chez les **TUBERCULEUX**.

EXPÉRIMENTÉ avec succès dans les Hôpitaux de Paris et les Sanatoria. Communications à l'Académie des Sciences, la Société de Biologie, de Thérapeutique.
Thèse sur l'**HISTOGENOL**, présentée à la Faculté de Médecine de Paris.

HISTOGENOL à base de Nucléarrhine.
Médication Arochloro-Phosphorée organique.

FORMES :
Emulsion : 2 cuill. à soupe par jour.
Sirop : 2 cuill. à soupe par jour.
Granulés : 2 mesures par jour.
Ampoules : 1 ampoule par jour.
Comprimés : 4 par jour.

INDICATIONS :
TUBERCULOSE
LYMPHATISME, SCROFULE, BRONCHITES CHRONIQUES, NEURASTHÉNIE, CHLORO-ANÉMIE, CONVALESCENCE, etc.

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : S'adresser à **NALINE, Ph^{ce} à St-Denis (Seine)**.

Seuls agents pour le Canada, **ROUGIER FRÈRES**, agence Décarv-Rougier
63 Notre-Dame Est, Montréal.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie

Coliques hépatiques
Ictère**GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉ**Cachexie
d'origine paludéenne
et consécutive au long
séjour dans les pays chauds.POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr.
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

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

BOLDOINE ÉPARVIER

Granulés — Non Alcolique — Soluble

STIMULANT TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE
DOSE : DEUX À QUATRE CUILLÉRÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPASNOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)

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

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

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

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ÉCHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR DEMANDE adressée à la PHARMACIE DECARY 1088 RUE STE-CATHERINE A MONTREAL.

AFFECTIONS DE LA GORGELaryngites, Pharyngites, Amygdalites
Angines, Diphtérie
Toux nerveuses
Picotements**PASTILLES HOUDÉ**à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille

renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,
à prendre consécutivement.

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

HAEMATOGEN "ROLAND"

N'a pas d'égal comme nutritif et reconstituant pour enfants et adultes

Parmi les nombreux médicaments pour l'Anémie, la Débilité Nerveuse, la Lassitude, etc.

31,56 p.c. Hæmoglobin-AlbumenRien autre que l'**HAEMOGLOBIN** pure et non-diluée qui contient les propriétés actives médicinales du fer, du phosphore, et du soufre, en combinaison naturelle organique, renforce et stimule.

ANALYSE : 25 Octobre 1904.

HAEMATOGEN Marque "ROLAND" contient : 40,56 p.c. d'extrait, 5,05 p.c. Nitrogène, 31,56 p.c. Albumen, 9,00 p.c. Extrait moins Albumen.

(Signé) Dr ALEX, analyste certifié.

DIRECTIONS :

ENFANTS : 1 à 2 cuillérées à thé, selon l'âge, trois fois par jour.
ADULTES : Une cuillérée à table trois fois par jour. A prendre après les principaux repas dans de l'eau froide, du cocoa ou du vin.

spontanée, soit de l'albuminurie orthostatique. Chez plusieurs enfants de cette série, M. Northmann a encore constaté une rétention des chlorures.

On pourrait se demander si les malades chez lesquels la lordose provoque de l'albuminurie ne sont pas des albuminuriques orthostatiques. M. Northmann ne le pense pas. D'abord, en ce qui concerne les convalescents de scarlatine, nombre d'entre eux présentaient de l'albuminurie quand ils restaient au lit, ou avaient, dans l'urine, des cylindres hyalins et d'autres éléments morphologiques. En second lieu, l'expérience avec le rouleau réussissait chez eux à la période classique des complications rénales et autres survenant pendant la convalescence. Il faut donc admettre que la scarlatine provoque parfois une lésion rénale plutôt fonctionnelle qu'anatomique, se manifestant par une albuminurie intermittente avec ou sans cylindurie, laquelle albuminurie peut survenir soit quand l'enfant est couché, soit quand il quitte le lit. Chez ces enfants, une lordose expérimentale ou une lordose physiologique (station debout) provoque l'apparition de l'albumine dans l'urine.

M. Northmann a étudié, sur des cadavres congelés, les modifications que subissent les reins sous l'influence d'une lordose accentuée de la colonne lombaire. En pareil cas, la saillie que forment les vertèbres écarte les reins, leur imprime une légère rotation sur leur axe vertical, ce qui fait que leur bord externe est repoussé un peu en arrière et leur bord interne en avant. L'écartement des reins agiraient donc à la façon d'un traumatisme et réaliserait, en outre, des troubles de circulation dans le sens d'un ralentissement avec stase.

Ces deux éléments, traumatisme et troubles de circulation, seraient sans effet chez l'homme bien portant, à moins que la lordose physiologique ne soit chez lui, par un procédé quelconque, considérablement exagérée. Ils suffiraient, par contre, à provoquer de l'albuminurie chez les individus dont les reins sont déjà fonctionnellement ou anatomiquement insuffisants.

* * *

Albuminurie et néphrite au cours du rein mobile

Ostaigne, dans un récent No. de La Clinique, attire l'attention sur ce fait qu'on note l'albuminurie dans 15 à 20 p. 100 des cas de rein mobile. Elle peut être attribuée faussement quelquefois à la grossesse ou à une maladie infectieuse alors qu'elle a pour origine une néphropathie méconnue. Elle n'est influencée par aucun traitement ni aucun régime lacté ou déchloruré; elle disparaît quand la malade est couchée. C'est une albuminurie orthostatique: le port d'une ceinture suffit aussi quelquefois à la faire disparaître.

La cause de cette albuminurie est une lésion rénale: on constate dans l'urine la présence de cylindres granuleux; la capsule est épaissie et on trouve à l'autopsie des lésions corticales. La ptose fait du rein mobile un terrain préparé à l'infection ou à l'intoxication: ces lésions d'abord unilatérales influent sur l'autre rein comme l'ont prouvé

les expériences de l'auteur faites en collaboration avec Rathery, et l'albuminurie devient alors bilatérale. Ces faits ont été vérifiés par le cathétérisme des uretères.

Si l'albuminurie est unilatérale, il faut prescrire le repos et le port d'une ceinture; si elle est bilatérale il faut faire la néphropexie. Une cure d'Evian ou de Saint-Nectaire et un régime spécial pourront guérir l'autre rein s'il n'est atteint que légèrement.

* * *

Les variétés cliniques et anatomiques de la tuberculose rénale

Dans une récente et nouvelle étude sur la question, Léon Bernard dit (Trib. med., oct. 1909), qu'expérimentalement on peut provoquer la tuberculose rénale par la voie artérielle, la voie veineuse, la voie sous-cutanée, la voie péritonéale, et la voie urinaire ascendante.

Par l'inoculation de bacilles dans la circulation artérielle on provoque dans les deux reins un semis de granulations tuberculeuses péri-vasculaires et péri-glomérulaires; en même temps il y a dégénérescence des cellules des tubes et infiltration de cellules rondes dans le tissu interstitiel: il se produit donc une néphrite diffuse épithéliale et interstitielle avec granules péri-vasculaires.

Par l'inoculation veineuse on a absolument le même ensemble de lésions, mais d'une façon plus discrète et beaucoup moins intense.

Par l'inoculation sous-cutanée ou intra-péritonéale on a un semis de granulations tuberculeuses disséminées sans ordre entre les tubes, et une infiltration du tissu interstitiel par des lymphocytes, et rien du côté du parenchyme: il se produit donc de la granulation disséminée avec lésions de néphrite seulement interstitielle.

L'injection du bacille de Koch dans les voies urinaires ne détermine de pyonéphrose tuberculeuse, que si on y associe la ligature de l'uretère, sans quoi elle est ordinairement inoffensive.

Les lésions de néphrite épithéliale et interstitielle sont dues au passage du bacille lui-même dans le rein: il agit non pas par sa toxine la tuberculine, dont l'injection seule ne provoque que peu ou pas de lésions, mais par l'éthéro-bacilline ou poison soluble dans l'éther qui fait corps avec le bacille lui-même; ces lésions peuvent être reproduites par l'injection d'éthéro-bacilline pure.

Toutes les formes de néphrites qu'on a décrites chez les tuberculeux pulmonaires, les néphrites folliculaires et les néphrites non folliculaires interstitielles ou épithéliales, sont donc dues au passage du bacille lui-même dans le rein.

La tuberculose rénale diffuse, bilatérale d'emblée, infiltrée, répond à une infection massive par voie artérielle. La tuberculose rénale unilatérale, dite chirurgicale, répond à l'infection par voie veineuse.

En résumé il existe :

1^o Une forme primitive, unilatérale au début, dite chirurgicale, qui répond à une infection hémotogène, peu intense;

20 Des formes secondaires observées chez des tuberculeux anciens, qui sont folliculaires ou non folliculaires, suivant que les bacilles se sont arrêtés dans les reins, ou n'ont fait que passer, en y déterminent toutefois des ravages ayant laissé pour traces des lésions de néphrite banale diffuse;

30 Enfin des rétentions rénales tuberculeuses, pyonéphroses déterminées par inoculation artérielle ou urinaire ascendante, mais toujours consécutivement à un obstacle urétral, ce qui explique leur rareté.

* * *

Les régimes systématiques dans les néphrites

Le régime ordinaire, dit Castaigne (in *Jnal. des Praticiens*), n'étant supporté que par les malades dont la perméabilité rénale et l'élimination des chlorures sont normales, on est forcé de recourir, pour les autres, au régime lacté ou déchloruré. Or, ce régime lacté mène souvent à un état d'inanition prédisposant à la tuberculose; on outre, il est souvent mal digéré. Enfin, les œdèmes et la distension cardiaque ne sont pas améliorés par ce régime.

En résumé, le lait, indispensable dans la néphrite aiguë, ne saurait être, dans la néphrite chronique, employé pendant toute la durée de la maladie: on se contentera donc de 4 à 5 jours par mois de régime lacté: en cas d'accidents urémiques, il sera institué sans modifications. Dans l'albuminurie orthostatique, il doit être rejeté, ainsi qu'en cas de dégénérescence amyloïde ou de néphrite chronique hydro-pigène sans complications.

Le régime déchloruré constitue un grand progrès, car il permet une alimentation presque normale et guérit des accidents (œdème, p. ex.) sur lesquels le régime lacté a peu de prise.

Ce régime est toutefois inutile chez les malades ne présentant pas de rétention chlorurée: il peut provoquer de la dyspepsie et certains malades ne pouvant supporter la suppression absolue du sel: on admettra alors 1 gramme de sel par jour.

En cas de néphrite chronique urémigène, sans œdèmes, le régime lacté ou lacto-végétarien, avec suppression absolue de la viande, est indiqué; ici, c'est la rétention, non des chlorures, mais des éléments azotés qui constitue le danger. Le régime chloruré provoque facilement le dégoût chez ces malades, aussi le leur prescrira-t-on avec une grande prudence.

* * *

La déchloruration dans le mal de Bright

Dans beaucoup de formes de néphrite où l'excrétion du sel par les reins est insuffisante, la rétention de l'eau, pour maintenir la pression osmotique constante dans les tissus, détermine des œdèmes, au dire de Stewart Fowler (*Med. Rec. Dec. 1909*). Le régime déchloruré dans ces conditions fait disparaître les œdèmes, ramène la perméabilité rénale et diminue la proportion de l'albumine de l'urine, probablement en augmentant la diurèse.

Le déchloruration, pour l'auteur, est le meilleur moyen à opposer à l'hydropisie dans la néphrite parenchymateuse chronique. Il n'a pas observé avec ce régime d'effets fâcheux résultant de la proportion relativement élevée et d'azote contenue dans les aliments. Il commence par la diète absolue sans diminution préalable de sel dans les aliments; cette manière brusque de procéder n'a pas d'inconvénient. En général l'œdème commence à diminuer et disparaît rapidement en même temps que la diurèse est plus active. L'amélioration de chaque cas peut être appréciée par les pesées ou au moins par la quantité des urines. Lorsque le poids est devenu stationnaire pendant une quinzaine et que tout œdème a disparu, on peut alors ajouter un peu de sel aux aliments et en contrôler l'effet par les pesées.

Syphiligraphie

Clinique du Prof. agrégé Jeanselme

L'HEREDRO-SYPHILIS.

L'influence héréditaire de la syphilis sur la mortalité infantile, et par conséquent sur la race, est énorme, puisque les enfants hérédro-syphilitiques meurent dans la proportion de 3 sur 4, avant d'avoir atteint l'âge de l'adolescence. Il serait intéressant d'élucider le mécanisme de l'hérédro-syphilis. Si on ne peut émettre là-dessus que des hypothèses, les données théoriques peuvent néanmoins servir de guide pour la pratique.

La transmission de la syphilis des géniteurs au produit se conçoit de plusieurs façons. Quand la maladie est d'origine paternelle, on admet que le tréponème est véhiculé avec le spermatozoïde jusqu'à l'ovule et l'infecte sans contaminer la mère. L'ovule fécondé, devenu embryon et fœtus, infecterait à son tour la mère par la voie utéro-placentaire, ou bien, la syphilis est d'origine exclusivement maternelle. On sait que la période secondaire détermine une septicémie. Le tréponème existe dans tous les organes, fait des embolies microbiennes. On a constaté la présence de tréponèmes vivants dans les ovules non fécondés. Leur vitalité était démontrée par leur aspect morphologique et leurs réactions colorantes. Ces ovules peuvent se développer, mais presque toujours, en ce cas, il y a des fausses couches.

Enfin, on peut supposer que l'infection de l'ovule est secondaire, tardive, par l'intermédiaire du placenta. Elle aurait lieu à un moment quelconque de la vie intra-utérine. Ce mécanisme est incontestable dans les cas où la femme a pris la syphilis au cours de sa grossesse.

Le rôle de la mère est infiniment plus considérable que celui du père. Une femme qui a eu la syphilis peut, avec un géniteur sain, mettre au monde un enfant hérédito-

syphilitique. C'est ce qu'on appelle la syphilis par *imprégnation*.

Les recherches contemporaines ne sont pas encore parvenues à éclaircir entièrement tous ces phénomènes si intéressants pour le médecin. Dans le placenta fœtal, comme dans le corps du fœtus, on trouve le tréponème vivant et pullulant, et on est frappé du contraste entre l'excessive fréquence de ce parasite et, au contraire, sa rareté, dans le placenta maternel ainsi que dans les autres parties de l'organisme maternel. Mais cette particularité ne peut être un argument pour l'infection d'origine paternelle plutôt que maternelle.

Le tréponème a été trouvé dans le testicule des enfants hérédosyphilitiques, mais à cet âge des spermatozoïdes n'existent pas encore.

L'hérédosyphilis est extrêmement fréquente. Il y a des conditions favorisantes ou atténuantes, à l'égard de la transmission héréditaire. Dans les deux premières années de la syphilis, — que la maladie atteigne l'homme ou la femme — l'hérédité spécifique, et, par suite, le déchet de la natalité, est considérable. D'après Fournier, sur 90 grossesses, il y a 88 mort-nés. Puis, on observe une très grande décroissance de l'hérédosyphilis, jusqu'à la sixième année de la syphilis des géniteurs. Ces résultats sont, il est vrai, dus, dans une certaine mesure, au traitement suivi. Chez un individu qui ne se traite pas, une syphilis peut encore être virulente à la sixième année. Cet individu donne alors naissance à des hérédosyphilitiques ou à des mort-nés, tandis que lorsque les géniteurs ont été soumis à un traitement énergique et prolongé, ils sont capables, bien avant cette époque, d'engendrer des enfants sains.

D'autre part, la transmission héréditaire de la syphilis est d'autant plus probable et plus grave que l'infection des parents a eu lieu à une époque plus rapprochée du début de la grossesse. Ainsi, quand la mère devient syphilitique dans les premiers mois de sa grossesse, il y a presque toujours avortement. Quand elle est infectée dans les deux derniers mois, l'enfant naît sain et à terme, dans la plupart des cas. Ces faits ont une explication: c'est que, si l'embryon fait partie intégrante de l'organisme maternel, et par conséquent subit directement l'influence des infections de la mère, le fœtus, lui, s'individualise de plus en plus et finit même par avoir une existence propre, où peu s'en faut, car les liens qui le rattachent à la mère sont de moins en moins considérables, c'est-à-dire que le filtre qui sépare les deux organismes devient assez serré pour que, le plus souvent, le passage des tréponèmes de la mère à l'enfant ne puisse se réaliser.

Ces causes favorables et défavorables à la transmission héréditaire, s'associent et se contraignent, de manière à produire un désordre apparent dans les faits. Il est rare que les lois qui viennent d'être exposées se justifient d'une façon régulière et mathématique. Si l'on relève le bilan des accouchements, dans le cas où l'un ou les deux géniteurs sont syphilitiques, on voit d'abord une série de fausses-couches, puis des enfants qui peuvent aller jusqu'au sep-

tième ou huitième mois, des enfants nés avant terme, débiles, puis des enfants à terme, sains. Mais le plus souvent il y a des retours de virulence et de nouveau, des fausses-couches après des naissances normales.

Les caractères de l'hérédosyphilis peuvent se schématiser dans les quelques données suivantes.

Au moment de sa naissance, l'enfant hérédosyphilitique a un aspect chétif; il est d'un poids médiocre, surtout par rapport à son placenta, qui est très lourd. Il offre un teint jaune spécial. Par contre, il présente souvent toutes les apparences de la santé. Généralement il n'y a aucune manifestation spécifique à la naissance, et il faut attendre jusqu'au deuxième ou troisième mois pour voir apparaître des symptômes bien nets.

Si on ne connaît pas les antécédents du père et de la mère, comme cela arrive à propos des enfants que l'on recueille aux Enfants-Assistés, par exemple, il est impossible de se fier à un examen, même le plus minutieux, pour déclarer l'enfant sain et lui donner une nourrice, immédiatement. Des accidents irréparables pourraient se produire plus tard.

Combien il serait précieux d'avoir un moyen de diagnostic! Mais actuellement il n'existe aucun procédé applicable à ces cas-là. Le séro-diagnostic paraît impuissant à cette période.

Toutefois, certains enfants, peu de temps après la phégus palmaire et plantaire, qui est pathognomonique de la syphilis. Souvent aussi ils ont de la rhinite croûteuse, qu'un oeil exercé saura distinguer d'un coryza vulgaire, et dont la valeur est des plus significatives.

Un peu plus tard, on peut voir des fissures des lèvres des rhagades commissurales d'un gris opalin, rarement des plaques muqueuses, souvent des rhagades à l'anus. Sur les membres inférieurs, la région fessière, à la partie postérieure des cuisses et des jambes, sur le talon et la plante des pieds, sur les points du corps en contact avec le plan du lit, on voit souvent apparaître un érythème maculeux ou maculo-papuleux, avec desquamation, qu'il ne faut pas confondre avec les pseudo-syphilitides papulo-érosives de Savestre et Jaquet. Celles-ci guérissent sans traitement spécifique.

Souvent il y a des lésions plus profondes, des décollements épiphysaires, des fausses fractures, siégeant le plus souvent au niveau de la tête humérale (pseudo-paralyse de Parrot). Il se produit des lésions viscérales, de la sclérose du foie (foie silex de Gubler) des broncho-pneumonies par sclérose péri-vasculaire, syphilitique, ou plus souvent secondaires, par infection streptococcique, pneumococcique, ou bacillaire tuberculeuse.

Les sujets qui franchissent les premières périodes de l'existence sans accidents offrent alors ce qu'on appelle de l'hérédosyphilis tardive.

Elle consiste en une série de malformations dystrophiques intéressant les dents, les yeux, le squelette, des syphilitides tuberculo-gommeuses amènent des perforations du voile du palais, etc. Enfin les accidents parasymphili-

tiques, la paralysie générale, le tabes, peuvent aussi apparaître chez les individus hérédo-syphilitiques.

Voici quelques exemples des manifestations si diverses et si importantes à connaître de l'hérédité spécifique.

Un enfant de 6 mois, né avant terme, pesant 3 kil. 250 (les hérédo-syphilitiques présentent généralement un poids moins faible en réalité qu'ils ne l'ont relativement au poids de leur placenta), ne présente aucune éruption sur le corps, mais depuis 2 mois il a la cornée de l'œil gauche déolée, avec un commencement d'ulcération enrayée à temps par le traitement et qui aurait pu amener la perforation et la perte de l'œil si on n'était pas intervenu. Outre cette kératite interstitielle, on note un nystagmus vertical.

Une enfant de 9 ans est née à terme d'une mère spécifique chez laquelle la roséole était en pleine évolution durant la grossesse. Cette enfant présente le front olympien et la dent d'Hutchison, très nette, quoique ne portant que sur l'une des incisives médianes supérieures. Cette dystrophie est caractérisée par l'échancre du coup d'ongle du bord triturant, la convergence des bords latéraux, et, quand les deux incisives médianes sont atteintes, par la convergence de leurs axes. Cette malformation est exclusive aux dents de seconde dentition; elle ne s'observe jamais sur les dents de lait.

On observe aussi l'atrophie cuspidienne de la première grosse molaire, qui est également propre à la spécificité.

Les dents mal rangées, inégales, méta-morphiques sont des caractères de moindre valeur. Les malformations dentaires se voient généralement chez les individus issus de procréateurs atteints d'une infection ou d'une intoxication chronique.

Les hérédo présentent souvent ce qu'on appelle des *érosions dentaires*: ce ne sont pas des érosions, au sens habituel du mot, mais des stries dues à la disparition de l'émail en certains points de la surface ivoirine. Ces érosions ne sont pas pathognomoniques de la syphilis et existent dans d'autres infections ou intoxications.

Cette malade présente aussi une kératite interstitielle, mais le troisième élément de la triade d'Hutchison, la surdité, manque.

La mère présente deux perforations de la voûte palatine osseuse. Dans ce cas, il faut toujours faire remonter la perforation à une rhinite. La destruction du plancher nasal se fait de haut en bas. Les perforations du voile sont plus fréquentes et reconnaissent un autre mécanisme.

Un enfant de 11 mois présente de l'hydrocéphalie caractérisée, avec un tour de tête de 49 centimètres, des pupilles immobiles à la lumière, du retard intellectuel, une impossibilité de se tenir debout, une exagération des réflexes rotuliens. Il offre un nystagmus horizontal.

La ponction lombaire a révélé une abondance lymphocytaire, avec une grande quantité d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire n'est pas seulement un moyen de diagnostic, dans ces cas-là, mais

elle constitue un procédé thérapeutique. Elle améliore souvent l'hydrocéphalie.

L'enfant est nettement spécifique. Il présente la réaction de Wasserman positive. L'augmentation de volume du crâne a été notée à l'âge de cinq mois.

L'idée que l'hydrocéphalie peut être d'origine syphilitique n'est pas encore bien répandue. Il n'est pas douteux cependant qu'elle soit dans certains cas liée à la syphilis héréditaire.

Un enfant né d'une mère en pleine période secondaire, ayant fait auparavant une fausse-couche, a présenté quelques jours après sa naissance une éruption de pomphigus sur le talon gauche, puis une éruption tuberculo-croûteuse sur les membres et la face. A 8 mois, il a eu une paralysie infantile, sans intervention d'aucune maladie infectieuse dont elle puisse être considérée comme un reliquat.

Ceci n'est pas un cas isolé. Il y a un assez grand nombre d'hérédo-syphilitiques ayant de la paralysie infantile, pour qu'on doive songer à autre chose qu'à une coïncidence, quoique, dans la majorité des cas, la paralysie infantile soit due à d'autres maladies qu'à la syphilis. Il s'agit probablement ici d'une artérite syphilitique des cornes grises.

Pédiatrie

LES TROUBLES DIGESTIFS DANS LE RACHITISME.

Maufan, dans une étude approfondie du sujet (Presse Méd.) indique la façon dont il comprend la relation entre le rachitisme et les troubles digestifs qui sont si fréquents dans cette affection.

Il établit tout d'abord qu'il y a des cas de rachitisme dans lesquels les troubles digestifs sont entièrement défaut; mais ces cas sont exceptionnels. Presque toujours on trouve des troubles digestifs existant dans le rachitisme, et, quand on analyse les observations, on constate que ces troubles se divisent en deux groupes:

1^o Les troubles digestifs qui précèdent l'apparition des déformations osseuses;

2^o La dyspepsie du rachitisme confirmé.

Les troubles digestifs qui précèdent le rachitisme peuvent revêtir deux formes. La plus fréquente est celle de la *gastro-entérite catarrhale à rechute*.

Celle-ci date parfois des premiers jours de la vie. Le premier symptôme par lequel elle se manifeste est une diarrhée dont les caractères sont les suivants. Les selles sont nombreuses; il y en a au moins cinq ou six en vingt-quatre heures; elles sont liquides et un peu grumuleuses, vertes ou jaunâtres; elles renferment souvent du mucus liquide et transparent, un peu gélatiniforme. Cette diarrhée peut s'accompagner de vomissements et d'odeur butyrique de Phaleine. Avec ces troubles s'observent souvent un léger

CALCARAL
 POUVRE ANTI-TUBERCULEUSE
 ASSIMILABLE PAR INHALATIONS
 AU MOYEN DU

 CE PROCÉDÉ DE TRAITEMENT
 DÉCOUVERT PAR
 LES DOCTEURS CHAMPION FRÈRES
 DE LA FACULTÉ DE PARIS :
 RÉCALCIFIÉ L'ORGANISME,
 EST UN VÉRITABLE ANTI-TOXIQUE
 DES POISONS TUBERCULEUX
 ET EST ABSOLUMENT INOFFENSIF
 — EMPLOI —
 5 INHALATIONS PAR JOUR
 D'UNE MINUTE CHACUNE.
 DÉPÔT POUR LE CANADA
F. LE BAILLY
 207, RUE ST-JACQUES, MONTREAL
 LA C^{IE} DU CALCARAL
 29, Rue Tronchet, PARIS, FRANCE



BOVRIL

POUR MALADES

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

Notre preparation possede toutes les excellentes qualites du Bovril ordinaire moins l'assaisonnement.

Un echantillon vous sera expedie gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitée,

27, rue St-Pierre,

MONTREAL.

Un echantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une preparation a base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indique dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabete, des affections gastriques et renales.

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

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

Cette combinaison possede des proprietes toniques, alterantes et laxatives que nulle eau minerale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

ANTISEPSIE PULMONAIRE PARFAITE

AFFECTIONS CHRONIQUES
des **Voies Respiratoires**

Traitement par les

CAPSULES DARTOIS

Chaque capsule, préparée avec une gélatine spéciale, contient : 0.05 de stable créosote de hêtre filtré en Gaiacol, dissoute dans 0.25 huile de foie de morue garantie d'origine.

AFFECTIONS CHRONIQUES
des **Voies Respiratoires**
Toux, Bronchite chronique, Catarrhe bronchique, Engorgement pulmonaire, **SEPTICÉMIE**, Diabète

CAPSULES DARTOIS
Le Condron de hêtre (France) 150
Dépôt Général
3 France
Pharmacie
FREYSSINGE
11, rue de la Vierge
PARIS

2 à 5 capsules au milieu de chacun des principaux repas contre :

TOUX
CATARRHES
BRONCHITES

« La Créosote rend le terrain réfractaire à l'infection tuberculeuse ».

Dépôtaires exclusifs pour le Canada : **ROQUIER FRÈRES, Montréal.**

LE CALCICARAL

DEPOT GENERAL
POUR LE CANADA
F. LE BAILLY
207, RUE ST-JACQUES, MONTREAL.

CALCIFICATION
DES TUBERCULES
PULMONAIRES
PAR

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
OXYGENE PUR NAISSANT

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

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

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

6 à 10 TABLETTES PAR JOUR

Echantillons gratuits sur demande, adresser :

Pharmacie PERRAUDIN, 75 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Montréal.

TABLETTE OXYMENTHOL PERRAUDIN
OXYGENE PUR NAISSANT

Dans les CONGESTIONS et les Troubles fonctionnels du FOIE, la DYSPEPSIE ATONIQUE, les FIEVRES INTERMITTENTES, les CACHEXIES d'origine paludéenne
ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS
On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

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

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

météorisme et de l'érythème vésiculeux des fesses. Il se produit parfois une faible élévation de la température; mais celle-ci ne dépasse guère 38 degrés.

Tantôt légers, tantôt accentués, ces troubles durent quelques jours, une semaine, deux semaines, rarement plus. Puis ils s'atténuent et disparaissent plus ou moins complètement pendant un temps qui n'est jamais bien long; ensuite apparaît une nouvelle poussée de catarrhe gastro-entérique, analogue à la première. Cette seconde poussée s'apaise à son tour; elle est suivie d'une troisième poussée, et ainsi de suite, pendant des semaines et parfois des mois.

Dans l'intervalle de ces accès de gastro-entérite catarrhale, il importe de le relever, les fonctions digestives ne reviennent pas toujours à un état entièrement normal; des troubles dyspeptiques persistent souvent, dont la forme varie quelque peu selon que l'enfant est nourri au sein ou soumis à l'allaitement artificiel. Pendant cette évolution, le poids du sujet ne progresse pas ou diminue; dans nombre de cas, l'état général ne paraît pas très atteint, quelquefois survient une poussée de choléra infantile.

C'est au cours de cette dyspepsie chronique, généralement entre le sixième et le douzième mois, alors que les troubles digestifs durent déjà depuis plusieurs semaines, qu'apparaissent les premières déformations osseuses du rachitisme.

Dans quelques cas plus rares, les troubles digestifs qui précèdent le rachitisme et accompagnent son début revêtent une autre forme: celle de cette *dyspepsie avec vomissements répétés*, constipation opiniâtre et rétraction du ventre, qu'on a rapportée tantôt à un rétrécissement congénital ou spasmodique du pylore, tantôt à une sorte de catarrhe spasmodique plus ou moins généralisé à tout le tractus digestif.

A mesure que le rachitisme évolue, les troubles qui l'ont précédé se modifient et d'autres apparaissent. Il se constitue alors un syndrome digestif particulier que M. Marfan désigne sous le nom de *dyspepsie de rachitisme confirmé*. Cette dyspepsie peut même s'établir d'emblée ou, plutôt, se développer parallèlement aux altérations osseuses.

Dans cette dyspepsie du rachitisme confirmé, l'appétit est capricieux, des périodes d'anorexie alternent avec des périodes de voracité; il y a des flatulences, du clapotement stomacal, de l'hypopepsie et des fermentations anormales chez les rachitiques nourris avec du lait de vache. Chez ceux-ci, la constipation avec selles dures, blanches, fétides, souvent riches en phosphates de chaux, est très fréquente. Chez les rachitiques nourris au sein, les selles peuvent rester normales; plus souvent, il existe de la constipation avec selles jaunes, un peu fétides, qui ne sont guère expulsées qu'au moyen d'un lavement. Chez les deux se constitue un gros ventre flasque, un ventre de batracien auquel répond un allongement plus ou moins considérable de l'intestin, dû à un relâchement atonique de la musculature intestinale.

Cette dyspepsie, essentiellement chronique, dure tant que le rachitisme est en évolution; elle ne s'efface que lorsque les déformations osseuses commencent à se réparer. Elle garde ordinairement les mêmes caractères pendant

toute sa durée, et il est assez rare qu'elle soit interrompue par un accès de diarrhée catarrhale ou de vomissements.

Il existe donc dans le rachitisme des troubles digestifs prodromiques et des troubles digestifs de la période confirmée. Ceux-ci ne découlent pas obligatoirement de ceux-là, puisque les troubles digestifs prodromiques peuvent faire défaut dans un certain nombre de cas. Au contraire, la dyspepsie avec gros ventre flasque existe même dans les formes frustes du rachitisme et ne se rencontre guère que chez les rachitiques. Elle fait donc partie intégrante du tableau du rachitisme. Il est du reste facile de comprendre comment la maladie rachitique peut déterminer cette forme de dyspepsie. Le relâchement de la musculature intestinale et abdominale, qui aboutit à l'allongement de l'intestin et au gros ventre flasque, n'est sans doute qu'un cas particulier de cette atonie musculaire généralisée qui existe dans le rachitisme. Le léger gonflement des plaques de Peyer et des follicules clos, qu'on rencontre quelquefois, n'est également qu'un cas particulier de cette tendance à l'hyperplasie qu'ont, chez les rachitiques, tous les tissus hémato-poïétiques et lymphopoiétiques.

Quant aux troubles prodromiques et aux rapports qui existent entre eux et le rachitisme, il importe de faire remarquer d'abord qu'ils peuvent faire défaut dans cette maladie, ensuite qu'ils peuvent exister indépendamment du rachitisme, d'où on doit conclure qu'ils ne sont pas propres à cette maladie, qu'ils ne font pas partie intégrante de son cadre clinique. Cependant la fréquence de ces troubles digestifs au début du rachitisme est trop grande pour qu'on puisse nier qu'il y ait un lien entre les deux ordres de manifestations. Mais quelle est la nature de ce lien?

On admettait autrefois que les troubles digestifs et le rachitisme étaient les deux effets d'une même cause: la mauvaise alimentation. Plus tard, quand on a vu que les troubles digestifs et le rachitisme pouvaient se développer chez les enfants nourris au sein ou nourris convenablement, on a admis que les troubles digestifs, se développant sous l'influence de causes plus ou moins connues, provoquaient le rachitisme par une sorte de retentissement à distance.

A la place de ces deux théories, M. Marfan en propose une autre que voici:

Pour lui, l'allaitement artificiel, à lui seul, n'est pas capable de produire le rachitisme et ne joue dans l'étiologie de cette maladie que le rôle d'une cause prédisposante, il est vrai, très puissante. Les causes réellement efficientes du rachitisme sont toutes les infections ou intoxications chroniques — ces expressions étant prises dans le sens le plus large — survenant à une certaine phase de l'ossification et de l'hématopoïèse, phase qui va des derniers mois de la vie intra-utérine à la fin de la seconde année de la vie extra-utérine et durant laquelle les modifications de la cellule osseuse provoquées par ces maladies peuvent troubler l'édification du tissu osseux. En scrutant les antécédents d'un rachitique, il est tout à fait exceptionnel qu'on ne retrouve pas à l'origine des déformations osseuses une infection ou une intoxication chronique. Celles dont l'action nous a été prouvée par des faits permettant d'éviter une erreur sont les suivantes: toxi-infections digestives chroniques ou à re-

chutes; syphilis héréditaire, broncho-pneumonies prolongées ou à rechutes; pyodermites chroniques (abcès sous-cutanés multiples à répétition indéfinie, suppurations prolongées d'une surface eczémateuse); dans nombre de cas, deux ou plusieurs de ces causes associent leur action. Mais ces causes efficientes sont d'autant plus actives qu'elles agissent sur un sujet prédisposé; or l'observation montre que, parmi les causes prédisposantes du rachitisme, les deux plus puissantes sont l'allaitement artificiel, surtout quand il est établi dès le début de la vie, et l'hérédité; ensuite vient, mais à un rang inférieur. Telle est la seule conception qui, d'après M. Marfan, puisse expliquer tous les faits.

* * *

DIABÈTE CHEZ UN ENFANT, SUIVI DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Que le diabète appelle la tuberculose, c'est là, dit Gonzalez (in La Medicina de los niños) un point de pathologie depuis longtemps établi. Que ces deux états puissent se rencontrer chez l'enfant, l'observation suivante le démontre encore.

Gargon de cinq ans, rachitique et débile, a beaucoup souffert dans sa première enfance; fièvres éruptives, bronchites, convulsions. Depuis quelques mois, les parents ont remarqué un grand affaiblissement de l'enfant coïncidant avec une soif vive; il boit tout ce qu'il rencontre. Gencives blanches, sèches; même sécheresse sur le palais, la luette, la langue couverte d'un enduit saburral. Grande maigreur. Rien à l'auscultation du poulmon. Rien à l'examen du ventre. Pas de troubles de la motilité. Polyurie considérable (5 litres d'urine par jour). Réduction par la liqueur de Fehling: glycosurie considérable. Diabète grave.

Après quelques mois se montrèrent les premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire.

Traitement par l'alimentation azotée; peu de féculents, suspension du sucre et des boissons alcooliques. La quantité de glycose diminue dans les urines, mais l'état général ne se relève pas. Au septième mois du diagnostic, se montrèrent les premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire avec toux sèche, fréquente, douleurs sourdes, crachats sanguinolents. Signes d'infiltration tuberculeuse au sommet droit. Evolution rapide de cette complication, fièvre, sueurs nocturnes, diarrhée, atrophie, formation de cavernes, mort en hypothermie, avec un pouls insensible, après trois jours d'agonie.

* * *

SPASME ET STENOSE CONGÉNITALE DU PYLORE CHEZ LES ENFANTS

Koplik, étudiant cette question peu précise encore, dans *The Amer. Jnal. of Med. Sci.*, établit que deux opinions contradictoires ont été soutenues, l'une voulant que la sténose fut purement spasmodique, l'autre qu'elle fût matérielle. La première recommande le traitement médical, la seconde le traitement chirurgical. Toutes les deux

reposent sur des faits; il y a des cas où le spasme domine; il en est d'autres où il n'est qu'un élément de la maladie. M. Koplik donne la relation de ses cas personnels:

10 Fille de cinq semaines; père potitique, un autre enfant aussi. Enfant au sein, pas de maladie. A l'âge de neuf jours, elle a commencé à vomir, d'abord après chaque tétée, puis une fois sur deux. Elle vomissait parfois plus qu'elle n'avait pris, rendant des caillots de lait des tétées précédentes. Selles liquides, parfois vertes, parfois jaunes. Pas de mouvements péristaltiques visibles, mais on sent une masse pylorique. Le lait de la mère, qui avait mauvaise apparence, ne convenait pas à l'enfant. On lui donna d'abord de l'eau et des lavements de sonnatose pendant vingt-quatre heures; puis du lait modifié avec citrate de soude. Les vomissements cessent, mais le poids n'augmente pas. Allaitement mixte, guérison.

20 Fille de sept mois, mère tuberculeuse et brightique; un enfant mort de méningite. Allaitement artificiel avec du lait condensé et l'eau. Vomissements, atrophie, constipation. Mouvements péristaltiques peu accusés, on ne sent pas de pylore. On force l'alimentation, on ajoute du citrate de soude; les vomissements cessent. Il s'agissait d'un simple spasme.

30 Gargon de quatre semaines, nourri au sein, il augmente d'abord; au bout de deux semaines, il vomit après chaque tétée. Pas d'ondes péristaltiques, pas de tumeur. Vomissement immédiat et projectile. On fait de l'allaitement mixte; le biberon est moins vain que le sein. Plus tard, on sent le pylore. On donne une nourrice, et la guérison est obtenue. Dans ce cas le lait de la mère ne convenait pas.

40 Gargon de six semaines; allaitement mixte. Vomissement depuis la naissance. Constipation. On essaie en vain différents modes d'alimentation pendant plusieurs mois; puis, à la suite d'une spécialité, les vomissements cessent, la guérison survient. Il s'agissait de spasme sans tumeur du pylore ni péristaltisme.

50 Fille de trois mois, nourrie au sein pendant quatre semaines, puis artificiellement. Vomissements incessants, constipation à partir du sevrage. Guérison avec une mixture de lait.

60 Gargon de six semaines, nourri au biberon, vomit depuis l'âge de deux semaines. On ne sent pas de tumeur. Guérison par un changement de lait.

70 Gargon de deux mois, au sein pendant trois semaines, puis au lait modifié. Vomissements, avec augmentation de poids. Usage de citrate de soude, guérison.

80 Fille de quatre mois, au sein pendant quelques semaines, puis allaitement mixte; vomissements dès le début. Augmentation de poids. Amélioration graduelle.

90 Fille de six semaines, au sein pendant deux semaines, puis nourrie avec une mixture. A ce moment, elle vomit après chaque repas. On ne sent pas le pylore. Guérison par un bon régime.

100 Fille de sept mois, au sein pendant quelques semaines, puis au biberon; vomissements, constipation; spasme pylorique, nourriture appropriée, guérison.

110 Enfant de sept mois, vomissant depuis la naissance;

on donne une nourrice, les vomissements s'aggravent, l'hyperésie augmente. On parle d'opération. Pas de péristaltisme, pas de tumeur. On change de nourrice, l'enfant guérit. Il n'y avait donc que du spasme, pas de sténose hypertrophique du pylore. Tous les faits précédents relèvent de la même pathogénie: spasme pylorique et non tumeur. Dans les cas suivants, il y a eu rétrécissement du pylore et hypertrophie des parois.

120 Garçon de cinq semaines, au sein pendant deux semaines; vomissement après chaque tétée. On donne du lait modifié sans résultat; on essaie de deux nourrices successivement. Tympanisme, péristaltisme; tumeur pylorique. Le Dr Lillienthal fait une gastro-entérostomie postérieure; après l'opération, l'enfant continue à vomir avec la nourrice; on le nourrit artificiellement. Guérison.

130 Garçon de sept semaines, au sein pendant cinq semaines, puis au biberon; vomissements, constipation, perte de poids. Péristaltisme, pas de tumeur. Plus tard on sent le pylore. Opération par le Dr Lillienthal, qui trouve une tumeur pylorique comme une noix et fait une gastro-entérostomie. Mort.

À l'autopsie, on relève le rétrécissement pylorique avec hypertrophie des parois.

1404 Fille de sept semaines, au sein pendant trois semaines, puis allaitement mixte. Dès la naissance, vomissements. On donne une nourrice sans succès. On sent la tumeur pylorique. Mort.

150 Garçon de huit semaines, nourri au lait modifié, puis au sein. Il commence à vomir à partir de trois semaines. On lui donne une nourrice; il vomit davantage. On change de nourrice. Péristaltisme, tumeur pylorique. On parle d'opération, mais on l'ajourne à cause de la faiblesse de l'enfant. Cependant il a guéri peu à peu.

Ces faits, de pratique courante, sont instructifs par leur diversité; ils montrent que le spasme joue un très grand rôle dans le syndrome vomissement et que la thérapeutique très incertaine doit être surtout empirique. Avant de prendre les mesures, il faut essayer divers modes d'alimentation et surtout chercher une bonne nourrice.

Médecine Pratique

Pour une diète plus libérale dans la fièvre typhoïde

d'après M. R. Morichau-Beuchant (de Poitiers).

En 1900, M. Vaquez, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, s'élevait contre la diète lactée prescrite presque exclusivement chez les typhiques. Il montrait les inconvénients qui résultaient pour ces malades d'une alimentation insuffisante et il préconisait un régime plus en rapport avec leurs besoins. Sa voix n'a pas été suffisamment entendue: pour la plupart des médecins, encore à l'heure actuelle, le régime lacté absolu est le seul qui convienne dans la fièvre typhoïde.

M. Morichau-Beuchant, dans une récente étude, vient de reprendre la question et de montrer les grands avantages d'une diète plus libérale, laquelle d'ailleurs est de plus en plus appliquée dans les pays étrangers.

"Après la fièvre typhoïde, dit-il, alors même qu'il s'agit d'un cas d'intensité moyenne, il est constant d'observer chez les malades soumis à l'alimentation habituelle un amaigrissement toujours très marqué et parfois excessif. Cette diminution de poids est due à une perte d'eau et de graisse, mais aussi, et cela est plus grave, à une destruction des matériaux albuminoïdes qui forment la trame de l'organisme. Bien des travaux ont montré quelle était l'importance de ce dernier facteur. Dans un cas rapporté par Leyden et Klempner, la perte en urée atteignait 109 grammes en douze jours, correspondant à une destruction d'environ 32 de muscle. Dans un autre cas cité par Frédéric Muller, un malade perdit en huit jours 86g4 d'urée correspondant à 2 kilos et demi de muscle.

Si nous recherchons la raison d'une combustion aussi marquée des substances azotées, nous voyons que plusieurs causes interviennent. D'abord, et pour une part probablement assez minime, l'action nocive des toxines bactériennes qui augmentent la désintégration des matières protéiques, puis l'action de la fièvre qui active la production de chaleur d'environ 20 à 30 p. 100 (Krehl), en enfin, cause de beaucoup la plus importante, l'alimentation insuffisante à laquelle sont soumis les malades."

Après avoir montré par de nombreux exemples et d'intéressantes citations que la clinique est ici d'accord avec la théorie, M. Morichau-Beuchant étudie la valeur des aliments essentiels pour les typhiques et précise ainsi quel doit être leur régime.

"Le lait, sauf le cas où il n'est pas digéré, doit entrer dans sa composition et la ration *optima* semble être un litre et demi. Il est donné pur si les malades le préfèrent ou additionné d'une petite quantité de café. On peut le couper avec de l'eau d'orge ou du riz, ou le mélanger avec une

petite quantité de farines de céréales, orge, riz, etc., ou un peu de pâtes, ce qui le rend plus facile à digérer. Le lait doit être assez fortement sucré, soit avec du sucre ordinaire soit avec de la lactose. On lui ajoutera de la crème si l'on adopte les vues de Coleman (1).

En dehors du lait, il y aura intérêt à donner une ou deux fois chaque jour du bouillon, fait avec des légumes ou avec du poulet ou même avec des pieds de veau, ce qui donnera un bouillon renfermant de la gélatine dont nous connaissons les avantages dans le régime des typhiques. Le bouillon ne sera pas donné clair, mais on y ajoutera, en augmentant prudemment les doses, des pâtes ou des farines de céréales. Celles-ci pourront également être données sans lait ni bouillon, sous forme de soupes.

Le jus de viande, à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche, sera plus facilement accepté par les malades s'il est mélangé au bouillon. Quant à la viande en nature, nous avons vu qu'il fallait se montrer assez réservé sur son emploi. Nous devons cependant signaler que nombre d'auteurs disent n'avoir eu qu'à se louer de l'emploi d'un peu de viande râpée crue ou cuite. M. Vaquez, qui suit cette pratique, recommande la viande de mouton, qui est très pauvre en graisse, ou encore la viande prise dans sa partie centrale du jambon et très finement râpée.

Avec plus de sécurité, on peut prescrire les œufs, trois ou quatre par jour. Ils seront pris crus ou battus dans un peu d'eau, au besoin avec du sucre et quelques gouttes de rhum ou de cognac. Ils peuvent être également mêlés à du lait ou à du bouillon. Certains auteurs ne voient pas d'inconvénients à les donner à la coque.

Tels sont les points essentiels du régime des typhiques. Ajoutons que les boissons doivent être données en abondance consistant en une eau légèrement additionnée d'alcool, de thé ou de café, limonade au citron, décoctions de céréales, etc. Il n'y a aucun inconvénient, au contraire, à introduire dans les aliments une quantité modérée de sel; les malades sont d'ailleurs les premiers à en réclamer.

Le régime dont nous venons d'exposer les grandes lignes correspond à une alimentation "libérale" plutôt qu'"intensive". Il ne s'agit d'ailleurs là que de données générales modifiables suivant chaque malade et particulier et aussi suivant les périodes de la maladie. C'est ainsi qu'au début, dès les premiers jours, il conviendra souvent, en cas de troubles digestifs très marqués, d'être plus réservé sur la question de l'alimentation, mais celle-ci devra être reprise et augmentée suivant les principes que nous avons posés dès les premiers accidents passés. D'autre part, il est des malades qui ne digèrent absolument pas le lait, chez lesquels même de faibles doses de cet aliment provoquent des vomissements, de la diarrhée, augmentent même la fièvre; dans ce cas, il faut le supprimer sans hésiter; on le remplacera par

du bouillon avec pâtes et farines de céréales, des panades avec un peu de beurre et de sel, des œufs, de la gélatine. Et on arrivera de la sorte, dans des conditions évidemment plus difficiles, à éviter au typhique les dangers de l'imantation.

Au point de vue du nombre des repas, les conditions varient suivant chaque sujet. D'une façon générale, on peut dire que chez les malades nourris libéralement on pourra les espacer d'environ trois heures; l'alimentation lactée exclusive comporte, par contre, des prises de lait beaucoup plus rapprochées.

La méthode ne contre-indique aucun des traitements employés, en particulier les bains froids.

Les médecins qui ont nourri leurs malades avec une diète mixte appropriée à leurs besoins sont unanimes à reconnaître les bons effets qu'ils ont obtenus.

Du côté du tube digestif, la langue se nettoie et reste humide. L'appétit, faible les premiers jours, devient plus satisfaisant du fait de l'alimentation plus abondante et les malades réclament souvent eux-mêmes à manger; les nausées et les vomissements sont moins fréquents; le tympanisme, si habituel chez les malades nourris exclusivement au lait, fait ordinairement défaut; à la diarrhée fait place souvent la constipation, qui cède d'ailleurs facilement à des lavements ou à des purgatifs légers. Les complications intestinales, hémorragies, perforations, péritonites, sont plutôt moins fréquentes. L'état général n'est pas moins heureusement modifié. Les malades n'ont plus ce faciès abattu et prostré; ils s'assoient eux-mêmes sur leur lit; l'intelligence conserve une parfaite lucidité. Ils ont moins souvent des escarres et autres troubles trophiques. Si la durée totale de la maladie ne paraît pas sensiblement abrégée, du moins après une période fébrile de cinq ou six semaines ils entrent en convalescence sans cet amaigrissement, cette adynamie, qui en font une proie toute désignée pour les infections secondaires. La convalescence est remarquablement rapide. La diète "libérale" chez les typhiques doit donc être considérée comme un progrès sérieux dans le traitement de cette maladie, et Coleman paraît avoir exprimé très justement ce fait lorsqu'il dit que les médecins qui ont fait l'essai de nourrir plus abondamment leurs typhiques ne retournent plus volontiers à l'ancienne méthode.

Cette supériorité de la diète libérale sur la diète réduite s'accuse dans les statistiques; nous reproduisons celle de Kinnicut, portant sur un grand nombre de cas:

Diète libérale		Diète réduite	
Nombre de cas.....	733	Nombre de cas.....	4,654
Rechutes.....	48	Rechutes.....	507
Pourcentage sr 325 cas...	11,38	Pourcentage.....	10,89
Hémorragies.....	35	Hémorragies.....	411
Pourcentage sr 733 cas...	4,77	Pourcentage.....	8,33
Perforation.....	10	Perforation.....	111
Pourcentage sr 733 cas...	1,36	Pourcentage.....	2,40
Mortalité.....	60	Mortalité.....	497
Pourcentage sr 733 cas...	9,47	Pourcentage.....	10,55

Ces chiffres sont assez éloquentes pour se passer de commentaires.

Concluons donc qu'en présence d'une fièvre typhoïde, le praticien, rompant avec les anciennes méthodes trop ré-

(1) Coleman, considérant la haute valeur calorifique des graisses et son rôle d'épargne des albuminoïdes, préconise la graisse sous forme de crème de lait, dont il donne jusqu'à une pinte par jour (57 centilitres). Il l'administre avec précaution en examinant avec soin les selles, et l'arrête ou la diminue lorsque les troubles digestifs apparaissent.

pendues encore dans notre pays, doit s'efforcer de fournir à son malade une alimentation mixte en rapport avec ses besoins. Il sera récompensé de son audace (le mot n'est pas trop fort, tant la tradition est puissante) en voyant ses malades supporter plus allègrement les conditions si pénibles de leur longue maladie, échapper à bien des complications, et après une convalescence courte reprendre leurs occupations professionnelles sans les tares parfois indélébiles qui s'observent chez les typhiques traités avec un régime d'inanition."

Société Médicale de Montréal

Séance du 9 février 1910

PRESIDENCE DE M. ST-JACQUES

Une assistance nombreuse, la présence du maire de Montréal et de plusieurs confrères échevins ont fait très solennelle cette première séance régulière de l'année.

Le président, M. Eug. St-Jacques, le premier inscrit à l'ordre du jour, débute en souhaitant la bienvenue aux nouveaux élus du suffrage populaire, et dit l'honneur particulier qui rejait sur notre Société, à la suite de l'élection à la mairie de l'Hon. Dr J. J. Guerin, l'un de nos membres les plus assidus.

M. St-Jacques, en quelques phrases succinctes, expose ensuite le programme de l'année, lequel très attrayant est fait pour attirer les membres. Il entre peu après dans le vif de son sujet de conférence: l'enseignement de la médecine en France et en Allemagne, dont nous pouvons déduire les conclusions suivantes:

- 1o. Les laboratoires d'Allemagne, plus riches et mieux outillés, l'emportent sur ceux de France.
- 2o. L'enseignement clinique est de beaucoup supérieur en France, grâce au merveilleux talent de parole et à la clarté d'exposition de ses professeurs. Toujours la France est sans rivale pour l'étudiant qui veut se livrer à une spécialité.
- 3o. Les cours de perfectionnement, à l'usage des praticiens, sont en Allemagne plus pratiques et mieux appropriés à tous les desiderata.

En quittant l'Europe, nous revenons à Montréal, avec une conférence de M. J. E. Laberge, sur l'organisation de notre bureau d'hygiène, en rapport avec les maladies contagieuses. Il adresse en passant un amer reproche aux médecins qui négligent de faire les déclarations des maladies contagieuses; il veut bien admettre cependant que l'oubli est la cause ordinaire du manquement à la loi, et pour y suppléer, il annonce l'essai d'un nouveau système de déclaration, plus pratique, et plus apte à rafraîchir la

mémoire. Il termine par la nomenclature des diverses attributions des employés du département et montre les résultats de leur travail: ainsi, grâce à eux, il a pu se convaincre que dernièrement, nous avons eu affaire à une véritable épidémie de fièvre typhoïde, et ce malgré les dénégations officielles d'alors.

Ces réminiscences d'un passé municipal peu lointain permettent à Son Honneur le Maire Guerin, de rappeler combien étaient fondées les plaintes des médecins et des citoyens, lors de la dite épidémie. Heureusement, ajoute-t-il, que la ville prenant conscience du mal qui la rongait, a eu le bon esprit de déléguer au Conseil plusieurs médecins, dont la tâche il est vrai n'en demeure pas moins sans périls, mais qui auront pour les aider dans le travail d'assainissement, le concours des corps médicaux. Pour lui, personnellement, qui a été à même d'apprécier jusqu'ici l'oeuvre de la Société Médicale, il veut compter sur notre coopération, dans toutes les questions d'hygiène publique qui seront bientôt à l'ordre du jour. C'est dire qu'il s'intéressera de plus en plus à nos débats, qu'il saura encourager de sa présence, le plus souvent qu'il pourra.

MM. les Drs Garceau et Dubeau, nouveaux échevins, concourent dans les mêmes idées et s'en remettent à l'appui de la profession, dans l'oeuvre d'épuration hygiénique, si nécessaire dans l'enceinte municipale.

MM. les Drs Latreille et St-Pierre, vu l'heure avancée, et sur la prière du président, remettent à une séance ultérieure la lecture de leurs communications.

Avant la clôture de la séance, le secrétaire fait part à l'assemblée de deux résolutions soumises par le Comité de Régie à l'approbation de l'assemblée; la première a l'effet d'organiser une série de banquets mensuels, dans le but d'y discuter les questions d'intérêts professionnels; la seconde en vue de faire nommer une commission spéciale, en rapport avec l'article 34 de nos règlements.

Ces deux suggestions sont adoptées; les messieurs suivants devront faire partie de la Commission spéciale: MM. J. Décarie, Bourgoin, Chagnon, Cléroux, Bourgeois.

A 11 hrs. la séance est levée.

Le secrétaire,

LUDOVIC VERNER.

2^{me} SEANCE

Le mercredi, 23 février 1910

PRESIDENCE DE M. ST-JACQUES

Devant 34 membres présents, les conférenciers de la soirée étudient tout à tour le rein normal et le rein pathologique.

Du rein normal, M. Boucher, nous expose d'abord de façon brève et concise tous les détails de structure histologique, et en illustre les particularités essentielles à l'aide de projections sur l'écran.

M. Asselin lui succède et nous entretient de la phy-

siologie rénale, il rapporte les acquisitions nouvelles de la science sur ce sujet. Son travail, très au point, donne lieu à une intéressante discussion sur le rôle de l'urée dans les phénomènes de l'urémie, à laquelle prennent part MM. St-Jacques, Vallin, Bourgoïn et Asselin.

M. Latreille nous résume ensuite brièvement comment on interprète actuellement en France des lésions histologiques observées dans les néphrites et nous démontre que la classification de Brault en néphrites aiguës, subaiguës et chroniques, étant la plus en rapport avec les faits cliniques, reste la plus pratique.

Les types de néphrites épithéliales, glandulaire, parenchymateuse et interstitielle décrits par les auteurs existent réellement, mais presque jamais à l'état de pureté. Ainsi les néphrites, épithéliale et glandulaire, qui correspondent dans la nouvelle classification à la néphrite aiguë, n'existent pas sans congestion plus ou moins marquée et infiltration diapédétique du tissu interstitiel.

La néphrite parenchymateuse, maintenant néphrite subaiguë, présente au microscope des lésions glomérulaires et déjà une certaine réaction scléreuse du tissu interstitiel. Quant au gros rein blanc, rare aux autopsies, il correspond le plus souvent à une dégénérescence amyloïde.

Enfin, dans la néphrite interstitielle, la dégénéres-

cence avancée, la déchéance, l'atrophie des cellules épithéliales sont des lésions aussi importantes que la sclérose du tissu interstitiel qui les accompagne; pour cette raison le nom de néphrite chronique semble mieux lui convenir.

Le mécanisme de production de ces 3 types pathologiques est très simple: les processus toxi-infectieux agissent en même temps sur l'épithélium et le tissu interstitiel.

Or si les lésions épithéliales prédominent dans un processus violent et brutal, c'est que l'épithélium est l'élément le plus délicat; que le processus toxi-infectieux soit moins évident, et que son action soit plus longtemps prolongée, le tissu interstitiel aura le temps de réagir, de s'organiser et de se scléroser, pendant que de son côté l'épithélium, subissant simultanément l'action peu intense, mais continue et prolongée du même processus passera par les différents stades de la dégénérescence et finira par s'atrophier.

MM. E. P. Benoit et Bourgoïn, inscrits à l'ordre du jour, vu l'heure avancée, sont priés de remettre à plus tard leurs communications, et à 11 hrs la séance est levée.

Le secrétaire,

LUDOVIC VERNIER.

NOTES THERAPEUTIQUES

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

TRAITEMENT DU VERTIGE STOMACAL

Le vertige stomacal, au dire de Robin, constitue 80 p. 100 de tous les vertiges: ce symptôme doit donc être traité d'emblée de la façon suivante: chaque matin boire une macération préparée deux heures avant, de 2 grammes de quassia dans une tasse à thé d'eau froide. Marcher ensuite un quart d'heure, puis prendre un peu de thé très léger et des fruits cuits et du pain grillé.

Eviter dans l'alimentation les corps gras, le pain frais, les sauces, les poissons gras, les viandes épicées, les crudités, etc., supprimer le tabac. Comme boisson, eau d'Alel, Pougues, Soutzmann.

Après le repas, une tasse d'infusion très chaude, de tilleul, anis étoilé, etc.

Cinq minutes avant le déjeuner de midi et le dîner, absorber dans un peu d'eau VIII à X gouttes de Teinture de noix vomique ou IV à VI gouttes de Teinture de fèves de Saint-Ignace.

Après déjeuner, dîner, et en se couchant, avaler dans un peu d'eau le contenu d'un des paquets:

Magnésie hydrate, àà 8 grammes

Bicarbonat de soude, àà 8 grammes

Sucre blanc, àà 12 grammes

Craie préparée, àà 12 grammes.

Mêlez et divisez en 24 paquets.

Continuer le quassia, les gouttes et les poudres pendant une semaine et ainsi de suite jusqu'à disparition du vertige.

Si le vertige revient au bout de quelque temps, il convient de reprendre le traitement, mais pour une semaine seulement, le vertige disparaissant d'habitude en deux ou trois jours.

La constipation doit être énergiquement combattue, en absorbant le soir après le dîner, à la place de l'infusion habituelle, une petite tasse d'infusion, avec six à huit follicules de séné lavé à l'alcool.

En cas d'insuccès prendre:

Serpentaire de Virginie, 4 gr.

Camphre pulvérisé, àà 0 gr 50

Asa foetida, àà 0 gr 50

Extrait thébaïque, 0 gr 05

Rob de surcouf, Q. s.

Pour 14 bols, dont on donnera 3 à 4; 3 à 5 ou 3 à 6 dans les vingt-quatre heures, au moment où l'accès vertigineux se produit.

Aux individus très nerveux on donnera, à titre palliatif,

au début de la crise ventrigineuse, une cuillerée à soupe de la potion :

Bromure de potassium, 6 grammes Eau de laurier-cerise, 5 grammes Sirop d'éther, 30 grammes Hydrolat de valériane, 125 grammes pour une potion.

+

LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE COLLARGOL DANS LA SEPTICEMIE PUERPERALE ET LES AUTRES MALARIES SEPTIQUES

Depuis un an et demi, Hans Albrecht a employé les injections intra-veineuses d'argent colloïdal dans un grand nombre d'infections. Le collargol d'après les recherches expérimentales n'a qu'une faible action bactéricide et ne semble pas entrer en ligne de compte. On ne peut, d'après l'auteur, expliquer ses effets par la polymucléose qu'il produit. Reste une action catalytique, c'est-à-dire une action de ferment, ayant pour effet d'activer l'oxydation des toxines.

La réaction positive produite par injection consiste dans un frisson, de dix minutes à trois quarts d'heure, survenant une demi-heure à quatre heures après l'injection. Ce frisson est suivi d'une élévation, puis d'une chute critique de la température et du pouls au bout de 12 heures. Le jour qui suit l'injection, l'amélioration de l'état général est considérable, et les jours suivants la polyurie n'est pas rare. L'auteur n'a pas observé d'actions accessoires fâcheuses, sauf dans deux cas où se produisit un collapsus très passager après l'injection, probablement causé par l'injection de sérum de collargol.

L'auteur a injecté l'argent colloïdal dans 45 cas de maladies septiques les plus diverses. Les injections n'ont donné aucune amélioration dans les cas de streptococcémie et de pyémie grave ou de péritonite supposée. Malgré une hyperleucocytose considérable, on peut le considérer comme inutile pour combattre les infections générales bactériennes graves et les suppurations graves localisées.

Par contre, son action est rapide dans les intoxications graves qui évoluent sous la forme d'infection septique généralisée.

En ce qui concerne spécialement l'indication dans les infections puerpérales, l'auteur croit que son emploi précocé est utile dans tous les cas, d'abord à cause de l'incertitude du diagnostic de la gravité de l'infection au début, puis en raison de l'arrêt de symptômes généraux fébriles dans les cas plus légers. L'innocuité des injections intra-veineuses de collargol a ici sa valeur.

Quant à l'emploi local en lavages ou en applications sur les plaies infectées ou dans l'utérus, l'argent colloïdal n'offre pas d'avantage particulier sur les autres méthodes de traitement. Par contre, els lavages vésicaux avec une solution tiède à 2 p. 100 à la dose de 100 cc. dans ces cystites aiguës sont extrêmement utiles et améliorent rapide-

ment les symptômes. Aussi peut-on les recommander après l'extirpation totale de l'utérus pour prévenir la cystite.

Dans la cystite chronique, le nitrate d'argent est supérieur au collargol. Enfin l'auteur a constaté une amélioration très grande à la suite d'instillation de 5 à 8 cc. de collargol à 5 p. 100, deux fois par semaine, dans deux cas de colipyélie. Dans un cas, la bactériurie a disparu complètement.

La forme sous laquelle le collargol est généralement employé soit par la voie intra-veineuse ou la voie simplement hypodermique, est "l'Argosol", en ampoules de 5 cc. chez l'adulte, on injecte généralement 10 cc. en une dose initiale.

+

LA MEDICATION ARSENICALE.

Cette médication, dit Brocq, est moins employée qu'elle ne l'était autrefois et cependant elle peut rendre de grands services. Elle est indiquée dans les dermatoses sèches, non inflammatoires; elle est contre-indiquée au contraire dans les états congestifs et quand l'affection à traiter se complique de poussées fluxionnaires. En tous cas, il faut se défier, quand on l'emploie, des pigmentations, surtout quand le traitement arsenical coïncide avec quelque manœuvre professionnelle ou thérapeutique qui expose la peau à une action traumatique. M. Brocq a vu ainsi, chez une malade à laquelle il faisait des injections arsenicales et qui se faisait faire en même temps le massage des seins, survenir une pigmentation considérable de la poitrine. Il y a d'ailleurs chez certains sujets une véritable prédisposition à cette pigmentation.

Les formes usitées pour l'administration de l'arsenic sont nombreuses. Les granules d'acide arsénieux dosés à un milligramme sont d'un usage commode. La dose varie de deux à dix milligrammes par jour, mais les solutions sont toujours préférables. M. Brocq formule presque toujours la suivante :

Arséniate de soude, 0.10 centigrammes.

Eau de laurier-cerise, 25 grammes.

Eau distillée, 225 grammes.

Chaque cuillerée à café contient deux milligrammes d'arséniate de soude. On commence par une à chaque repas et on augmente tous les deux jours jusqu'à six par jour ou même dix, comme dans la maladie de Dühring. On continue ainsi trois ou quatre semaines et on diminue ensuite graduellement.

On sait que la liqueur de Fowler qui est d'une administration commode, est modifiée dans le nouveau Codex et que son activité est diminuée environ d'un tiers, puisqu'il faut 34 gouttes pour faire un gramme alors que dans l'ancienne, il ne fallait que 24 gouttes pour ce poids.

La liqueur de Donovan Ferrari constitue aussi une bonne préparation à employer dans certains cas de syphilis, car elle contient les trois corps les plus utiles dans la médication antisyphilitique. En voici la formule :

Iodure d'arsenic, 0.20 centigrammes.

Eau distillée, 125 grammes.

Biodure de mercure, 0.50 centigrammes.

Iodure de potassium, 4 grammes.

Cette préparation, qui a été surtout usitée dans les formes tenaces de la syphilis ou dans des cas de syphilis héréditaire, se donne à des doses très variables suivant la tolérance des malades; de six gouttes par jour jusqu'à cent gouttes que l'on étend dans une assez grande quantité d'eau.

Bibliographie

LES DEGENERESCENCES AUDITIVES.

Par le Dr A. Marie, médecin en chef de l'Asile de Villejuif. 1 vol. in-16 de la Collection de *Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 1 fr. 50. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe).

Le Docteur Marie avait étudié dans un précédent volume les troubles de l'audition par lésions centrales. Dans le présent travail il passe en revue les troubles par lésions dégénératives de l'organe sensoriel: oreille externe, oreille moyenne, oreille interne. Les 2 volumes *Audition morbide et Dégénérescences auditives* forment la monographie la plus complète et la plus richement documentée sur la psycho-pathologie de l'audition. Les cas cliniques et les travaux de laboratoire y sont scrupuleusement analysés et commentés.

* * *

"*Atlas de Radiographie chirurgicale*", par le professeur Grashey et le Dr Nogier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-4 avec 80 planches comprenant 240 figures et 6 schémas. Cartonné: 20 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 10, rue Haute-fenille, à Paris.)

Le meilleur procédé pour tirer de la radiographie le maximum d'enseignement est à coup sûr de pratiquer beaucoup ce mode d'exploration.

Il faut distinguer en effet, en radiographie, la science de l'interprétation et l'habileté technique.

Et c'est pour cela que la radiographie est du domaine médical et qu'elle nécessite une éducation spéciale. Cette éducation est la meilleure garantie contre les *erreurs imputées à la radiographie*. Pour éviter les erreurs d'interprétation, tous les appareils et toutes les connaissances physiques ne suffisent pas: elles doivent être complétées par un sens clinique toujours en éveil et par l'étude attentive de nombreuses radiographies normales et pathologiques.

Lorsqu'on connaît parfaitement les images normales, un bon choix d'images pathologiques est le meilleur guide que l'on puisse souhaiter. Le présent atlas suppose cette

connaissance préalable de la radiographie normale, puisque tout ce qui n'était pas pathologique a été supprimé. C'est ainsi que l'auteur a pu faire rentrer un aussi grand nombre de clichés dans un espace aussi restreint.

Nul n'était mieux qualifié que le Dr Grashey pour publier ce nouvel ouvrage, qu'appelaient le succès de son *de* vancier l'*Atlas de radiographie normale*.

L'*Atlas de radiographie chirurgicale* renferme toute une série de cas d'autant plus intéressants que les radiographies ont été contrôlées par de nombreuses interventions chirurgicales. On peut donc dire qu'elles ne fournissent que des documents certains.

C'est avec un très réel profit que le médecin et le chirurgien parcourront cet ouvrage.

* * *

LA REEDUCATION PHYSIQUE ET PSYCHIQUE.

Par le Dr Lavrand, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 1 fr. 50; franco: 1 fr. 75. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe), et chez tous les libraires.

Le petit livre du Dr Lavrand établit de la meilleure façon l'influence que pourront demain exercer sur la thérapeutique tout entière les progrès des sciences psychologiques et une connaissance théorique un peu plus avisée des divers mécanismes neuro-musculaires et sensitivo-sensoriels. C'est en effet en se fondant sur l'analyse psychologique que le Dr Lavrand a pu examiner de façon synthétique les diverses rééducations physiques et psychiques tentées par la thérapeutique contemporaine.

"La rééducation, dit très justement l'auteur, part de cette constatation (et ses succès en montrent la vérité), à savoir que le trouble fonctionnel dépasse toujours et souvent de beaucoup la lésion organique. Le psychisme et le physiologisme (physique ou matériel), s'entremêlant d'une façon si intime dans tous nos actes, la rééducation efficace devra toujours être à la fois physique et psychique à des degrés divers."

