

Le Journal de Médecine et de Chirurgie Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES:

- Rupture du tendon sus-rotulien. — MM. Saint-Jacques et Saint-Pierre 353
- Traitement de la lithiase biliaire—M. Avierinos 355
- La Lithiase biliaire pendant la grossesse. — M. Bar 356
- Pourquoi faut-il toujours penser à la syphilis. — W. Spilmann 357
- La Préparation Eberlich-Hata. — M. Morel-Lavallée 359

NOTES CLINIQUES: —

L'insuffisance surrénale. — Sténoses spasmodiques du pylore. — L'hérédité cancéreuse. — Les idiosyncrasies. — Manifestations viscérales du rhumatisme aigu sans lésions articulaires. 360

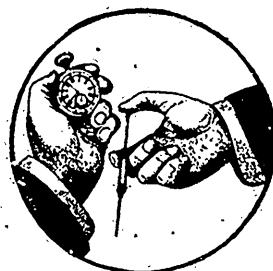
NECROLOGIE: le Prof. Raymond 365

NOTES THERAPEUTIQUES: —

L'adrénaline et ses indications thérapeutiques. — La digitale et ses indications thérapeutiques. — Traitement de la tuberculose rénale. — Traitement de l'asthme. — L'emploi du 606. — MM. Fortier et Lebel 367

Cinq secondes a la montre

Lorsqu'un médecin emploie un comprimé, il s'attend à des résultats rapides. Pour cette fin, il doit employer un comprimé soluble—c'est-à-dire qui se dissout facilement et entièrement. Le fait de s'émietter dans l'eau n'est pas ce que l'on demande. C'est là une désagrégation, non pas une solution.



Les comprimés hypodermiques

—DE—

PARKE, DAVIS & CIE,

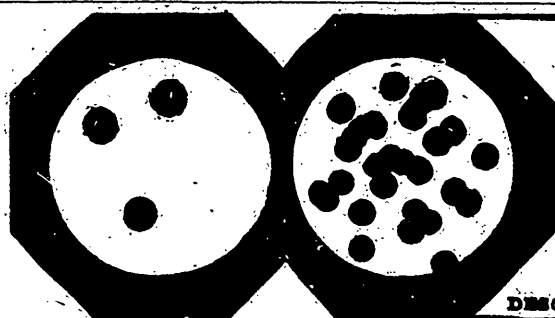
se dissolvent rapidement et entièrement. **Faites en l'essai montre en main.** Introduisez un comprimé dans une seringue à demi remplie d'eau tiède. Agitez fortement. En cinq secondes (ou moins) il sera complètement dissous.

(Employez nos comprimés hypodermiques. Obtenez les résultats voulus. Obtenez-les promptement.

Parke, Davis & Cie.

Walkerville, Ont.

Montréal, Qué



**HÉMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ

**ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, ONCHROSE**

Remplace la viande crue

Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.

Vin, Granulé, Dragées (47).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{ie}.

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

Rupture du tendon sus-rotulien

Par EUGÈNE SAINT-JACQUES,

Prof. adjoint de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Et, ALEXANDRE SAINT-PIERRE,

*Prosecteur d'Anatomie à l'Université Laval.
de Montréal*

Il semble que lorsqu'il est fait mention de lésion traumatique de la rotule, il ne puisse être question que d'une fracture.

Si c'est là en effet la lésion la plus fréquente, résultant d'un traumatisme, elle n'est pas la seule comme bien l'on pense, et l'expérience confirme ici avec le temps ce que les prévisions avaient laissé entrevoir.

Ainsi nous est-il arrivé en ces dernières années, de rencontrer, en plus des nombreux cas de fracture de la rotule, des "*ruptures de ses tendons*".

Le puissant quadriceps fémoral se termine, comme nous le savons, en un formidable tendon qui venant faire évanail s'attache au bord supérieur de la rotule et de là glisse ses attaches aux côtés de cet os. Du bord inférieur part un autre tendon, moins puissant, qui va s'insérer au tubercule tibial et sert ainsi de point d'attache inférieur.

Si les fractures de la rotule relèvent d'un traumatisme, tantôt direct tantôt indirect au genou, la rupture des tendons, supérieur ou inférieur, ne semble relever que d'un effort puissant et subit de traction, soit dire d'un traumatisme indirect.

Examinons donc ensemble quelques faits cliniques :

RUPTURE UNILATERALE

J. M. R., (observation No 1530) 81 ans, fait en marchant un faux pas, et du coup il ressent une vive douleur au genou et se trouve incapable d'avancer. On l'amène à l'hôpital. Le blessé n'a jamais été malade et s'est toujours bien porté, son âge, 81 ans d'ailleurs en témoigne.

À l'inspection on note du gonflement sus et latéro-rotulien. Le malade ne peut soulever le talon du lit. La rotule est entière et très mobile, s'abaisse plus facilement qu'elle ne se remonte, retenue qu'elle est par son ligament tibial. Mais au dessus, les doigts saisissent nettement une dépression transversale.

Vu l'âge du malade, nous sommes d'opinion qu'il vaut mieux ne pas tenter d'opération et nous nous contentons d'immobiliser l'articulation par des 8 de chiffre sur une attelle postérieure.

Au 10e jour, le gonflement ayant considérablement

diminué, nous posons une clisse plâtrée, et vers le 20e jour le malade se lève. La clisse est bientôt remplacée par un simple bandage de soutien et les progrès sont rapides.

Le malade quitte bientôt l'hôpital marchant sans soutien et passablement bien.

RUPTURE BILATÉRALE

A. B. P., (observation No 872), 51 ans, descendait un escalier, lorsqu'il s'accrocha le talon, et tomba en avant, les deux genoux fléchis sous lui. Impossibilité de se relever et encore plus de marcher. Il est amené à l'Hôtel-Dieu, où nous le voyons.

Fort gonflement des deux genoux. Douleurs plus vives à gauche. Les rotules sont entières des deux côtés et s'abaissent plus facilement qu'à l'ordinaire. Forte dépression juste au-dessus des deux rotules. À gauche nous sentons à deux centimètres au-dessus de la rotule une rainure transversale un peu résistante, qui nous fait croire à un éclat rotulien.

La "Radiographie" montre une raie plus sombre en haut à gauche, qui semble confirmer notre diagnostic d'éclat rotulien par arrachement. Autrement les deux rotules apparaissent entières et semblables. Vu l'éclat à gauche et le fort écartement, nous conseillons la suture après un délai de quelques jours, suivant l'habitude.

Dix jours après l'accident, nous intervenons à gauche par un encerclage au fil d'argent, qui est faufile dans le tendon. Il est bien soutenu par un rebord osseux, qui témoigne de la justesse de nos prévisions en croyant à un éclat rotulien.

L'articulation est vidée de ses caillots et lavée au sérum. Les ailerons lacérés sont réparés et des points au catgut viennent renforcer le périoste antérieur déchiré.

Au 15e jour suivant notre habitude dans les encerclages pour fracture de la rotule, l'appareil plâtré est enlevé, et des mouvements passifs complétés par des massages sont commencés.

Au 20e jour, l'opéré se lève et marche avec des béquilles. La jambe opérée est plus forte que l'autre.

Au 25e jour, le blessé quitte l'hôpital.

Revu deux ans et demie plus tard, l'ancien blessé est très solide sur ses deux jambes. Il étend et plie très bien les jambes. Pas de dépression sus rotulienne. La force, dit-il, est revenue également vite dans les deux jambes.

Il n'est pas sans à propos de rechercher la fréquence de ces accidents aux endons rotuliens.

Tandis que nous avons pour notre part observé trois cas de rupture tendineuse, nous n'avons rencontré que 12 cas de fracture de la rotule, ce qui donne un rapport de 1 à 4. Ces chiffres nous semblent fort élevés et plutôt un effet du hasard de la clinique, car si nous en jugeons par le petit nombre de cas rapportés, les ruptures des tendons rotuliens sont plutôt rares.

Disons de suite que la rupture simultanée des deux côtés est moins fréquente que l'uni-latérale: ce qui se conçoit facilement.

Jusqu'à cette année, nous n'avons pu relever que 27 cas de rupture uni-latérale du tendon du quadriceps contre 22 déchirures bi-latérales.

Il ne s'agit pas ici, comme je viens de l'indiquer, du tendon infra rotulien ou tibial.

Quant au "sexe", les hommes en ont présenté le plus grand nombre de cas. Il en est de même pour les fractures de la rotule. Ainsi sur 504 traités au St. Thomas Hospital de Londres, et colligés par Corner, 73 pour cent étaient des hommes et 27 pour cent des femmes.

De mes douze fractures de la rotule, deux seulement étaient des femmes; ce qui donnerait un pourcentage de plus de 80 pour cent d'hommes.

N'est-ce pas tout naturel d'ailleurs puisque les accidents en général et ceux du travail en particulier sont rencontrés en bien plus grand nombre chez les hommes.

Pour ce qui est de "l'âge", il y a des variantes. Généralement cependant les ruptures tendineuses ont été rencontrées plus fréquemment après cinquante ans.

Que dire de la "cause" de cette rupture tendineuse? Il s'agit toujours d'une contracture subite et intense du quadriceps fémoral, qui dans certains cas est soumis à une tension exagérée: comme par exemple chez notre malade qui tombe les deux genoux fléchis sous lui: c'était un homme pesant plus de 200 livres.

Quelques blessés auraient manifesté de la dégénérescence graisseuse du tendon, voire même auraient-ils été des tabétiques, au dire de Vulpus: toutes conditions qui créent un *locus minoris resistentiae*.

Dans l'histoire clinique de certains de ces blessés, on relève des particularités qui ne sont pas sans intérêt. Ainsi Frank rapportait-il à la Réunion des Chirurgiens de Breslau, le cas d'un homme de 66 ans qui traité pendant 28 jours pour un hématome traumatique du genou, revenait deux jours après sa sortie de l'hôpital avec une rupture du tendon rotulien supérieur du genou antérieurement blessé. En se levant d'une chaise, il avait fait un faux pas et était tombé à genou.

Chez d'autres blessés, il semblait évidemment exister un état particulièrement fragile des tendons. Jugez plutôt. Un homme de 42 ans pesant environ 200 livres, rapporte Stierlin, s'accroche en descendant un escalier et au moment de sa chute entend un craquement net: il rupture son tendon rotulien supérieur "droit". Traitement non opératoire: immobilisation et contention. Après 3 mois il peut marcher sans béquille ni canne. A trois mois de là, poursuivi par un chien qui le mord au molet, il rupture son tendon "gauche". On lui fait deux jours plus tard la suture de son tendon droit, et trois semaines après celle du côté gauche. Revu à distance d'un an, il marche sans canne et sans fatigue, mais manquant de sûreté dans les genoux et montant les marches avec quelque difficulté.

Des recherches microscopiques n'ont dans certains cas fait constater aucune altération pathologique des tendons. Ainsi en fut-il entr'autre chez une patiente de Hacker, qui mourut d'embolie pulmonaire pendant sa convalescence opératoire: elle était âgée de 53 ans. L'exa-

men microscopique ne révéla aucune dégénérescence locale du côté de ses tendons rotuliens supérieurs, tous deux rupturés au cours d'une chute à la renverse.

TRAITEMENT

Il est de deux ordres, évidemment: immobilisation d'abord, attente, puis mobilisation graduelle, — ou l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, on immobilise par des 8 de chiffre sur une atelle postérieure — ou mieux dans une gouttière plâtrée. Après 15 à 25 jours on fait lever le malade avec son appareil et après qu'il a appris à marcher la jambe emprisonnée, — on enlève chaque jour la clisse pour faire du massage et de la mobilisation passive. Et graduellement le blessé marchera sans appareil.

Dans le cas où l'on veut gagner du temps et obtenir un résultat fonctionnel plus parfait, on intervient. Un fil d'argent est fauillé dans la partie supérieure du tendon du quadriceps, puis rattaché à la rotule, soit par des sutures perforantes, soit par l'encerclage. Pour notre part nous donnons la préférence au cerclage, qui sans exception, nous a toujours donné d'excellents résultats. Nous sommes d'opinion que les tissus mous tolèrent mieux le fil étranger que le tissu osseux, — où il détermine nécessairement un processus d'ostéite. Reconnaissons que la suture perforante a ses partisans, parmi lesquels des noms autorisés.

De ceci retenons:

I. Qu'une chute à la renverse ou sur les genoux, ou même un simple faux pas, est souvent suivie d'incapacité d'étendre la jambe, de douleur et gonflement au genou;

II. Que la lésion locale est tantôt une fracture de la rotule ou un arrachement d'un de ses deux tendons, soit supérieur soit inférieur;

III. Que le tendon supérieur est plus fréquemment lésé;

IV. Que la rupture porte parfois sur les deux genoux.

BIBLIOGRAPHIE

- Delbet.—Rup. Lig. rot.—Soc. Anat. Paris 1905.
 Ombredane.—Des rup. du lig. rot.—Revue d'Orthopédie, 1906.
 Drucbert.—Arrachh. du tend. rot.—Titres à l'agrégation, Paris, 1907.
 Sennert et Gross.—Rup. sus-rot. du quadriceps. Titres à l'agrég. Paris 1907.
 Hacker.—Rup. bilat. du tend. rot.—Deut. med. Woch. 1907.
 Corner.—Fracture of the knee cap. The Practitioner 1908.
 Stierlin.—Rupt. bilat. du tend. rot. — Korresp. blatt f. Schweizer Arzte. 1909.
 Frank.—Breslauer Chirurg. Gesellschaft. 1909.
 Chavannaz.—Jnal. med. Bordeaux, 1909.
 Kelly.—Brit. med. Jnal. 1910.

Pratique Médicale

Traitement de la lithiase biliaire

Par M. le Docteur Avierinos

Clinique. — Trois formes: I. Lithiase latente (symptômes de dyspepsie chronique; teint subictérique; douleurs sourdes; pesanteur dans l'hypochondre droit).

II. Colique hépatique (douleur extrême trois heures après le repas avec irradiation scapulaire droite et épigastrique; frissons; nausées; vomissements; puis ictère; puis endolorissement du foie; dyspepsie, calculs dans les selles parfois; retour de crises).

III. Colique vésiculaire: Le calcul tente de sortir de la vésicule, mais ne peut émigrer au dehors (petits accès douloureux, réitérés fréquemment; parfois état de mal persistant plusieurs semaines et coupé de phases d'accalmie; pas d'ictère; pas de calcul dans les selles).

Diagnostique. — Embarras gastrique; — gastralgie; — syndrome pylorique.

Étiologie. — Infection intestinale et biliaire; arthritisme? Ralentissement de la nutrition? Hérité, sédentaire, grossesse.

Traitement

I.—LITHIASSE LATENTE

1.—Régime alimentaire. — Ecarter de l'alimentation: vins de Bourgogne, alcool, beurre, graisse, huile, jaune d'œufs, tomate, oseille, fruits acides, cervelle, crudités. — Prendre surtout lait, laitages; viandes blanches ou rouges très cuites, légumes verts, poissons légers, jambon, pâtisseries sèches, vin blanc léger coupé d'eau d'Évian aux repas ou Vichy (Célestins).

2.—Régime hygiénique. — Marcher beaucoup; exercice continu; gymnastique rationnelle; chasse; vie en plein air; friction chaque matin avec ou sans tub; éviter massages violents; éviter les heurts; éviter les exercices par trop violents.

3.—Cure hydro-minérale. Vichy ou Carlsbad.

4.—Thérapeutique préventive. Prendre pendant dix ou quinze jours de suite, à chaque repas, un cachet de Salicylate de soude à 0 gr. 50 centigr. Benzoate de soude pour 1 cachet

II. — COLIQUE HEPATIQUE

A. — Calmer la douleur.

1. Au moment de la crise, faire une piquère de 1 c. c. de:

Chlorhydrate de morphine . . . 0 gr. 10 centigr.
Sulfate d'atrophine 0 gr. 005 milligr.
Eau de laurier-cerise 10 grammes.

Parfois une piquère d'eau distillée bouillie calme la douleur.

2. Appliquer au devant du foie des compresses trempées dans eau froide recouvertes de taffetas, ou dans eau chaude additionnée ou non d'alcool.

3. Inhalation de chloroforme. Lavement avec 4 grammes de chloral dans 60 grammes de lait.

4. Ou donner 4 à 6 capsules par jour de:

Éther 1 gramme par capsule.

5. Régime aqueux ou lacté.

B. — Tenter l'expulsion ou la dissolution du calcul.

1. Si le malade le supporte, donner le matin à jeun 300 grammes d'huile d'olive; commencer par un demi-verre à madère absorbé lentement, le sujet couché dans le décubitus latéral droit. Remplacer parfois par glycérine (1 à 3 cuillerées).

2. Donner dans la journée deux à quatre cachets de: Salicylate de soude . . . 1 gramme pour un cachet

3. Ou donner remède de Durande: 2 à 4 grammes par jour de:

Essence de térébenthine 10 grammes.

Éther ordinaire 20 grammes.

4. Ou donner V à XX gouttes par jour dans infusion chaude de: Huile de Harlem (de Koning-Tilly).

C. — Dans l'intervalle des crises.

1. Donner régulièrement et méthodiquement, pendant une ou deux années consécutives pendant quinze jours par mois, à chaque repas, un cachet de:

Salicylate de soude à 0 gr. 50 centigr.

Benzoate de soude pour un cachet.

2. Régime alimentaire et hygiénique, comme 1 et 2 de I.

3. Cure hydrominérale indispensable une ou deux fois par an, à Vichy ou Carlsbad (parfois Pougues, Vittel, Capvern). Le traitement fait à Vichy constitue encore un des meilleurs moyens de venir rapidement à bout de la lithiase biliaire et des congestions qu'elle provoque sans cesse.

Faire au besoin la cure à la maison (Vichy, Grande-Grille chauffée au bain-marie).

Prendre progressivement, pendant vingt jours, un à trois verres: une heure et demie, une heure et demi-heure avant chacun des deux repas.

4. Prendre dix jours par mois de X à XX gouttes à chaque repas de:

Teinture de Boldo 16 grammes.

III. — COLIQUE VESICULAIRE (GILBERT').

Le seul traitement qui puisse convenir est d'éviter les grandes chasses biliaires succédant aux repas. Pour cela, donner dans la journée, de minute en minute, pris par gorgées, le malade restant au lit, 2 litres et demi à 3 litres de lait écrémé ou de Képhir maigre (fait avec du lait écrémé).

Revenir lentement et progressivement, après un mois de ce traitement, au régime en quatre repas (8 heures, midi, 4 heures, 8 heures) lacto-farineux, puis au régime lacto-végétarien.

1910).

IV. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Indication: 1. Fièvre élevée et complication infectieuse (angiocholécystite, suppuration).

2. Retours par trop fréquents de crises par trop douloureuses.

3. Arrêt et enclavement du calcul avec ictère par rétention prolongée.

Suivant les cas, cholécystectomie-cholécystotomie et drainage de la vésicule, cholécystentérostomie. Ne négliger, dans aucun cas d'intervention, de s'assurer par le cathétérisme que les voies biliaires sont libres.

Pratique Obstétricale

La lithiase biliaire pendant la grossesse

Au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie (Toulouse, 22-27 sept. 1910), M. Bar a exposé une notion peu connue: la période précaleuse de la lithiase biliaire chez la femme enceinte. Celle-ci présente des globules sanguins fragiles; il s'en détruit un grand nombre pour subvenir aux besoins du fer chez le fœtus; cette destruction se fait dans le foie. Il en résulte la production d'une bile épaisse qui stagne aisément et devient un excellent milieu de culture pour le coli-bacille.

La période précaleuse se traduit par une teinte légère des conjonctives, un masque très développé, des douleurs gastriques survenant quatre heures après les repas, de la pesanteur constante au niveau du creux épigastrique. On pourrait croire à de l'hyperchlorhydrie. M. Bar estime que le régime déchloruré sert de pierre de touche. S'il guérit, c'est qu'il s'agissait d'un trouble gastrique. S'il ne soulage pas, on est en période précaleuse.

Comme traitement dans ce dernier cas, l'eau de Carlsbad réussit fort bien: un verre à Bordeaux chauffé, trois semaines de suite.

Quant au traitement de la lithiase biliaire pendant la grossesse et l'allaitement, il a été formulé par M. Audebert (*ibid.*) Et tout d'abord la prophylaxie: recourir aux purgatifs légers, aux cholagogues pour éviter la stase intestinale et les fermentations; régime lacto-végétarien; un litre et demi de lait par jour; peu de viandes, pas de condiments, d'épices, de civets, ragoûts, gibier, etc. Les ferments lactiques peuvent rendre service.

Le traitement curatif visera la colique vésiculaire et la colique hépatique franche. Dans les coliques vésiculaires, repos au lit, applications calmantes, bains prolongés, régime lacté mixte (lait écrémé). Pas de purgatifs ni de cholagogues.

L'auteur recommande les injections de morphine contre la colique hépatique franche. Nous savons qu'il convient de n'y recourir qu'avec de grosses précautions. M. le Pr A. Robin lui reproche parfois d'empêcher le cheminement du calcul. Il préfère la potion:

Bromure de potassium, 10 grammes.

Chlorhydrate de morphine, 0 gr. 05.

Extrait de belladone, 0 gr. 05.

Sirop d'éther, 40 grammes

Hydrolat de valériane, 110 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les demi-heures; 2 à 3 cuillerées suffisent d'ordinaire.

Un ou deux jours après la crise, huile d'olives: un grand verre pendant 3 jours, puis huile de ricin: 40 grammes (Hartmann) (*ibid.*).

Plus tard, un traitement thermal à Vichy sera sans danger et d'une efficacité réelle.

L'allaitement peut être continué malgré la colique hépatique et l'ictère consécutif; il faudrait toutefois surveiller de près les selles et la courbe du poids de l'enfant. Car les éléments de la bile passent dans le lait, qui peut devenir toxique; presque toujours il est alors coloré en jaune.

Si la femme est encore enceinte, il n'est pas indiqué d'interrompre la grossesse: ou la cholélithiase est tolérée, ou il survient des complications infectieuses vers les voies biliaires et la vésicule, et c'est à l'intervention chirurgicale qu'il convient de recourir.

Celle-ci ne sera pratiquée qu'en cas d'urgence; sinon on attendra après l'accouchement. Toutefois, aux débuts et si la lithiase s'annonce grave, ou a déjà interrompu une grossesse antérieure, il pourra être indiqué d'intervenir. L'auteur propose la cholécystostomie, c'est-à-dire l'ouverture de la vésicule suivie de drainage plutôt que la cholécystectomie, qui produirait des risques d'avortement. D'ailleurs, pourquoi enlever la vésicule? Les lésions guérissent d'habitude. M. Hartmann (*ibid.*) partage cet avis. Pendant la grossesse, intervention limitée à la lésion. Après l'accouchement, si la vésicule est souple, non infectée, on fera la cholécystectomie; si elle est épaissie, aux parois presque infiltrées de pus, la cholécystostomie est préférable.

Essence de Pepsine—Fairchild

Est, à dessin et de fait, physiologiquement différente des préparations à base de pepsine sèche, on l'obtient des glandes sécrétors de la muqueuse gastrique fraîche, par un procédé qui extrait les principes et les propriétés du suc gastrique associés à tous les éléments solubles de la cellule gastrique.

Essence de Pepsine—Fairchild

est réellement un suc gastrique artificiel dont l'activité est proportionnée à chacun des deux ferments gastriques bien connus. Elle assure promptement le bon fonctionnement de l'estomac, qui régit la transformation normale des aliments en vue de leur absorption, source directe de vie et d'énergie.

Fairchild Bros & Foster
NEW YORK

Agents pour le Canada
Holden & Compagnie, Montreal

No se vendent pas au Détail.

Blancard **INALTERABLES** **CHLOROSE** **ASSIMILABLES** *Blancard*
PILULES **SIROP**
ANÉMIE **BLANCARD** **LEUCORRÉE**
EXIGER : Signature, Étiquette-verte, Cachet de garantie et Adresse.
PARIS, Rue Bonaparte, 40.
SCROFULÉ
IODÉ **FER**
Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

Le plus Puissant Reconstituant général -

HISTOGÉNOL

(Médication Arseno-Phosphorée à base de Nuclarrhine)
Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique:
TUBÉROULOSE, BRONCHITES, LYMPHATISME, SCROFULÉ, ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES, FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.
FORMES : Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.
Echantillons: S'adr. Laboratoires A. NALINE, P^l Villeneuve-la-Garonne, près St-Denis (Seine).

Naline

Seuls agents pour le Canada, ROUGIER F RÈRES, agence Dée ry-Rougier, 63 Notre-Dame Est, Montréal.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie

Coliques hépatiques

Ictère

GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉCachexie
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

Granulée — Non Alcoolique — 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 CUEILLÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

NOUVEAU 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

ECHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR
DEMANDE adressée à la PHARMACIE DECARY 1688 RUE STE-CATHERINE
A MONTREAL.MARIUS ÉPARVIER, Pharmacien de 1^{re} classe, 26, Grande rue Saint-Clair, LYON (France)**AFFECTIONS DE LA GORGE**

Laryngites, 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.

CAPSULES DARTOIS

Ogr. 05 véritable creosote de hêtre titrée en Gaïacol. 2 à 5 à chaque repas, contre :

Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose

6, rue ABEL, PARIS (Anct. 83. rue de Rennes). Le Fl. 3 fr.

Pourquoi faut-il toujours penser à la syphilis ?

Par le docteur P. Spillman (1)

Professeur de clinique médicale à l'Université de Nancy.

Nombre d'étudiants, encore imbus des préjugés du public, s'étonnent, au début de leur stage hospitalier, de voir l'interrogatoire des malades comprendre systématiquement quelques questions directes ou indirectes relatives à la syphilis, et cela même quand il s'agit de malades que leur situation, leurs habitudes, leur profession, leur moralité semblent devoir faire considérer comme très honorables, ou encore de malades atteints d'affections qui paraissent aussi étrangères que possible à la syphilis ou à ses séquelles. Et les préjugés sont si difficiles à déraciner, que certains médecins conservent ces sentiments au delà de leurs études et jusque dans l'exercice de leur profession.

Pareille tournure d'esprit est contraire aux principes d'une saine pathologie et à l'intérêt bien compris des malades.

L'expérience a montré depuis longtemps que la syphilis ignore les barrières sociales, que vénérienne ou non vénérienne, elle peut se glisser partout, que les syphilis des innocents sont légion, que la maladie est héréditaire et frappe même quelquefois la deuxième génération; que beaucoup de malades ignorent leur mal, si bien que 15 p. 100 au moins des lésions tertiaires les plus avérées relèvent de syphilis à porte d'entrée inconnue.

Parmi les observations de ma clinique et de ma pratique privée, nous trouvons un grand nombre de cas qui confirment la nécessité de toujours penser à la syphilis: dans les uns, nous avons la preuve que son action s'exerce dans bien des affections qui en paraissent indépendantes; dans d'autres, nous verrons qu'elle mériterait, mieux encore que l'hystérie, le nom de "grande simulatrice."

Passons donc en revue ces observations:

Commençons par l'appareil respiratoire: qu'est-il de plus vulgaire qu'une tuberculose pulmonaire et qu'y a-t-il de plus simple en apparence et de plus décourageant que le diagnostic d'une lésion confirmée? La réalité peut être tout autre, heureusement, pour quelques malades.

Une jeune femme de vingt-sept ans, mariée depuis cinq ans, présentait depuis sept mois de l'amaigrissement, de la fièvre vespérale, une toux incessante, une expectoration abondante. Le 2 octobre 1906, elle eut une hémoptysie assez profuse. L'auscultation révélait des signes d'infiltration de tout le côté droit avec ramollissement du sommet. Malgré un examen bactériologique négatif, le cas paraissait assez banal et peu favorable. Mais cette malade avait des traces de syphilides serpiginieuses sur la partie inférieure du tronc et sur les jambes; elle

(1) Du Livre d'Honneur au Prof. Terrier

avait été contaminée dès le début de son mariage par son mari (atteint plus tard de lésions cérébrales et médullaires). Un traitement intensif, aidé d'ailleurs par une cure d'altitude, amena en six mois une guérison absolument complète, avec engraissement de 12 kilogrammes, guérison qui se maintient absolue depuis trois ans.

Analogue est le cas d'un médecin âgé de trente-deux ans, syphilitique depuis six ans, et insuffisamment traité par des pilules de protoiodure. Toux, dyspnée, amaigrissement, perte de forces, hémoptysies. La prédominance des lésions de ramollissement donna à penser et mit sur la voie de ses antécédents syphilitiques. L'huile grise eut vite raison de cette pseudo-tuberculose, et notre confrère put reprendre sa profession qu'il avait dû abandonner.

La comparaison de ces deux cas, avec les belles observations de M. Fournier et de M. Dieulafoy, impose la conviction sur la nécessité de penser à la syphilis pulmonaire. Ajoutons que, même s'il y a des bacilles dans les crachats, la lésion peut être mixte et justiciable du mercure.

L'appareil circulatoire nous montre des aortites en apparence dues à toute autre cause et qui bénéficient largement de la cure icdo-hydrargyrique. L'enquête de mon ancien chef de clinique, aujourd'hui agrégé, M. G. Etienne, a montré, dans un travail que j'avais inspiré, que la syphilis est certaine dans au moins 70 p. 100 des cas d'anévrisme. Cette notion ouvre une voie féconde contre une infection jadis réputée de cause ignorée et d'évolution impitoyable.

Dirai-je que maintes anémies suspectes s'améliorent mieux par le mercure que par le fer, parce que leur origine est due à l'infection syphilitique.

Je ne rappelle ici, que pour mémoire, certaines arthérites et phlébites. Nous retrouverons les premières au paragraphe des affections nerveuses.

Nous n'avons pas observé de cas aussi saisissants que ceux de Andral, Fournier, Dieulafoy, etc., guérissant par le mercure et l'iodure des hémorragies gastriques profuses, relevant d'ulcères gommeux de l'estomac. Mais nous avons vu de faux néoplasmes hépatiques guéris par le traitement spécifique.

Faux néoplasme aussi, cette tumeur préauriculaire ulcérée, à apparence épithéliomateuse qui a été guérie en vingt jours, ainsi qu'on pu le voir mes élèves et mes collègues de la Société de médecine de Nancy.

Une jeune fille de vingt-six ans présente, à la suite d'un traumatisme, des exostoses d'apparence banale. Elles relevaient pourtant d'une hérédo-syphilis ultra-tardive, sans aucune manifestation antérieure. Guéries par le traitement, elles récidivèrent après sa cessation, sans traumatisme cette fois (cas publié par MM. Ganzinotti et G. Etienne).

Les lésions articulaires en apparence consécutives à un traumatisme ou paraissant d'origine tuberculeuse, peuvent être syphilitiques. M. Louis Spillman en a présenté un exemple à la Société de médecine, et j'ai moi-même

montré un autre cas dans lequel une hydarthrose bilatérale relevait de l'hérédosyphilis chez une jeune fille atteinte simultanément d'une lésion à apparence de gomme tuberculeuse. Inutile de dire que le traitement a amené une guérison rapide.

Les lésions des muqueuses sont de celles où les malades bénéficient le plus souvent de la suspicion de syphilis acquise ou héréditaire. Des observations nombreuses en font foi, que j'ai publiées seul ou avec mes élèves. Que de malades, traités longuement et sans succès pour des lupus du pharynx ont vu leur mal enrayé en quelques jours! Souvent c'était un peu tard déjà, et des lésions destructives s'étaient produites; parfois c'était assez tôt pour que la cicatrisation soit complète; plusieurs malades de ce genre viennent chaque année à ma clinique, et certains d'entre eux n'attendent pas de nouvelles alertes pour persévérer dans un traitement qui les a si bien soulagés.

Ce sont les appareils cutanés et nerveux qui donnent les plus grandes surprises et dans lesquels la syphilis sait revêtir le masque d'affections très diverses.

C'est ainsi, par exemple, qu'un homme de quarante ans, à hérédité nerveuse très chargée, présente, trois mois après une fièvre typhoïde, des symptômes de sclérose en plaques. L'enquête de M. Perrin (qui a publié cette observation avec M. J. Parisot), fit soupçonner la syphilis chez ce malade. Après la troisième injection d'huile grise, les symptômes s'amendèrent, donnant un succès analogue à ceux signalés par Fournier, Gilbert et Lion, etc.

Jadis on ignorait la possibilité d'avoir une polynévrite syphilitique. Un exemple observé dans mon service et publié par M. Etienne montre bien l'efficacité rapide du traitement. Les cas de névrites guéris par le mercure sont légion aujourd'hui.

Mêmes résultats excellents dans les cas de paraplégies, même quand la syphilis est niée ou méconnue (mémoire de MM. Perrin et Parisot). Je rappelle volontiers à mes élèves l'observation d'un malade qui niait de bonne foi toute maladie antérieure, et chez qui une enquête serrée révéla ultérieurement l'existence d'un chancre buccal; ce malade, absolument impotent quand on commença le traitement d'épreuves, guérit rapidement. Plusieurs autres, chez lesquels la syphilis ne put être démontrée, guérissent aussi avec une telle rapidité, qu'aucun doute ne peut subsister. Toute myélite, dont l'origine infectieuse n'est pas évidente, doit être traitée intensivement: le plus souvent ce sera avec succès. Le traitement essayé dans un cas de tumeur cérébrale (cas publié par J. Etienne, 1899) présente une amélioration extrêmement rapide. Que serait-il advenu, si on s'en était tenu au diagnostic vraisemblable de tubercule cérébral?

L'hydrocéphalie, jadis réputée incurable, bénéficie grandement du traitement depuis qu'on connaît ses rapports avec l'hérédosyphilis. J'en ai communiqué un exemple à M. Edmond Fournier, qui en a réuni de très nombreux cas.

L'étude de 105 cas de tabes et de 79 cas de paralysie

générale, faite avec M. Perrin, nous a amenés à conclure, après d'illustres devanciers, à la relation directe de ces affections avec la syphilis et à l'influence évidente du traitement.

La syphilis est avouée ou certaine chez 81 p. 100 de nos paralytiques généraux, et probable chez au moins 91 p. 100. Il en résulte la notion de la nécessité du traitement. Celui-ci ne guérit pas la paralysie générale tabétique, mais nos observations démontrent qu'il peut améliorer: un quart des malades et entraîner de longues périodes de rémission chez quelques-uns.

Chez les tabétiques, la syphilis est certaine chez 82 p. 100 des malades et probable chez plus de 90 p. 100. Le traitement mercuriel et ioduré du tabes (même quand la syphilis est niée) s'impose: il donne des résultats meilleurs que dans la paralysie générale; 21 p. 100 des malades ont été guéris; 25 p. 100 ont eu des arrêts prolongés; 5 p. 100 ont eu des arrêts suivis de rechute par cessation prématurée du traitement; 11 p. 100 ont un ralentissement accentué de l'évolution; 42 p. 100 éprouvent au moins un soulagement symptomatique notable. Le traitement spécifique appliqué au tabes n'a échoué, en définitive, que dans moins de 13 p. 100 des cas étudiés par M. Perrin, chez des malades traités trop tardivement.

Cette statistique démontre que: même quand la syphilis n'est pas trouvée chez les tabétiques, il faut les traiter, car le traitement spécifique est ce qui donne le plus de succès absolus ou relatifs. La constatation de symptômes neurasthéniques sans signes organiques n'est pas une preuve suffisante que la syphilis n'est pas en cause. Un jeune chef de gare atteint de troubles de la mémoire, de céphalée, de lassitude, etc., n'avait pas cru devoir avouer à son médecin une syphilis contractée neuf mois plus tôt et dont il n'existait aucun signe somatique. Il avait dû quitter son service et était venu me consulter pour cette neurasthénie, quand, pressé de questions, il avoua sa tare; traité, en quelques semaines, il fut transformé et reprit ses occupations.

Nombreux sont les cas d'artérites cérébrales ainsi guéris par le traitement; celui-ci est le plus typique en raison de l'absence des signes objectifs.

J'ai dit plus haut, qu'avec le système nerveux, les téguments nous fournissent une ample moisson de succès obtenus par le traitement institué malgré des apparences contraires. Voici, par exemple, en résumé, les observations d'une série de malades que j'ai présentés à la Société de médecine de Nancy, en 1907.

I.—Lésions tuberculeuses du pouce droit, traitée par rayons X, la Bourboule, etc., pendant quatre ans. Guérison par six injections d'huile grise.

II.—Pseudo-lupus de la face chez un garçon de vingt-deux ans, sans antécédents trouvés. Divers traitements pendant deux ans. Guérison rapide par l'huile grise.

III.—Fille de dix-huit ans, pseudo-lupus du genou consécutif à une chute. Pas de stigmates d'hérédosyphilis. Cette lésion dure depuis trois ans.

Début de cicatrisation après trois injections d'huile grise.

IV.—*Lupus* du nez chez une femme de quarante-neuf ans, avec ulcérations gingivales, labiales, etc., aspect repoussant.

Après quatre injections, améliorations telle que la malade se dit rajeunie de dix ans.

V.—Cuisinière de trente-neuf ans, *mal de Pott* à l'âge de quinze ans avec abcès par congestion. *Lupus* de la face et du nez.

Amélioration rapide par le mercure.

Cessation du traitement, reprise, nouvelle amélioration, si bien qu'elle a pu reprendre son travail.

Je pourrais encore citer des cas de fièvre syphilitique, à forme typhoïdique, avec température élevée et continue, pouvant faire croire au premier abord à une infection éberthienne.

* * *

Voilà un faisceau d'observations assez démonstratif pour entraîner la conviction. Il serait beaucoup plus considérable si, au lieu de me borner à citer des cas personnels, j'avais voulu puiser dans la riche littérature concernant cette question.

Comme je l'ai dit en commençant, ces faits sont de deux ordres : syphilis agissant pour produire des maladies à l'origine desquelles son rôle paraît impossible ou problématique ; syphilis simulatrice, revêtant la marque de lésions inflammatoires ou dystrophiques variées.

Dans l'un et l'autre ordre de faits, les résultats thérapeutiques sont aussi beaux, aussi rapides. Si parfois la syphilis n'était pas seule en cause, le traitement spécifique n'a pas été cependant inutile, il a restreint les lésions et préparé le terrain à un autre traitement (par exemple à un traitement local dans les cas de lésions cutanées hydrides).

Si un traitement produit de tels effets et si des affections d'apparence incurables sont guéries par lui, n'est-il pas juste de chercher à dépister la syphilis chez tous les malades qui en sont justiciables ? N'est-ce pas faire à la fois oeuvre de clinicien sagace et de philanthrope que de chercher à augmenter le nombre de ceux qui seront appelés à en bénéficier ? Dans le doute, n'est-ce pas rendre grandement service aux malades, pour leur faire profiter de ce doute, que de leur appliquer un traitement d'épreuve ?

Mais une telle conduite ne peut être suivie qu'à la condition d'avoir l'esprit préalablement orienté dans cette direction, de croire à la fréquence de la syphilis latente, et de savoir qu'elle peut se cacher sous les apparences morbides les plus diverses.



Syphiligraphie

Maladies vénériennes.—Maladies de la peau

Dr Morel-Lavallée, Médecine des hôpitaux.

LA PRÉPARATION D'EHRlich-HATA

Le chancre initial disparaît sûrement, mais lentement, à la suite de l'injection de l'arséno-benzol, connu aujourd'hui sous le nom de 606. La dose, pour un sujet de 50 kilos environ, est de 0,60 grammes. L'auteur dispose de 7 cas : dans l'un d'eux, on vit apparaître, vingt-quatre heures après l'intervention, un exanthème papulo-maculeux, qui disparut au bout de vingt-quatre heures. L'auteur ne peut, vu le peu de temps écoulé, affirmer que la syphilis a été complètement enrayée.

Dans 15 cas de syphilis secondaire, non encore traités, on observa invariablement une régression rapide des roséoles et plaques muqueuses (un à deux jours). Les exanthèmes papuleux demandent un peu plus de temps, sauf ceux qui siègent dans le cuir chevelu, qui ne demandent que vingt-quatre heures.

Dans 22 cas de syphilis secondaire, représentant des récidives chez des sujets traités préalablement par le mercure, les effets furent les mêmes, mais l'auteur estime qu'on aurait sans doute obtenu à peu près les mêmes succès en reprenant un traitement hydrargyrique.

Dans 33 cas, il s'agissait de malades luttant depuis longtemps contre des manifestations spécifiques souvent graves, par le traitement classique. Le nombre élevé de ces sujets s'explique par le fait que chaque traitement nouveau attire, en premier lieu, les incurables. On assista à de véritables résurrections, obtenues souvent en quelques jours. Quelques cas de syphilis médullaire et cérébrale résistèrent seuls.

Sur 4 cas de syphilis congénitale chez des nourrissons, deux, avec accidents viscéraux très graves, succombèrent vingt-quatre heures après l'injection. Dans un troisième cas, la peau seule était atteinte, et la guérison se fit au bout de six jours : l'enfant mourut le vingt-cinquième jour d'érysipèle ; l'autopsie permit de constater l'absence de spirochètes et de lésions spécifiques. Le quatrième cas (exanthème papulo-maculeux) fut rapidement guéri après une augmentation momentanée des accidents cutanés : on injecta 0,025 grammes dans la fesse.

Dans 6 cas de syphilis héréditaire chez des sujets plus âgés, tout se passa comme pour les malades ci-dessus : parmi ces cas, il y a lieu de signaler une destruc-

tion de la charpente nasale avec perforation du palais, ulcères extrêmement fétides; tous les accidents avaient disparu un mois après une injection de 0,50 grammes. Le traitement classique était resté sans action.

Dans un cas récent de kératite parenchymateuse, le processus fut enrayé, mais la cornée resta trouble.

Dans 15 cas de tabès et 8 de paralysie, avec réaction de Wasserman positive, l'injection ne donna rien: elle aggrava même les cas déjà graves. Dans les cas au début, il y eut une sorte de réaction se manifestant par une intensité plus marquée des douleurs fulgurantes; dans plusieurs cas l'ataxie s'améliora notablement.

L'auteur estime, toutefois, que pour ce groupe de malades il est préférable de ne pas procéder à de nouveaux essais.

La moitié des cas pris dans leur ensemble fut traitée par injection sous-cutanée, l'autre par injection intramusculaire dans la fesse. Le premier procédé (injection dans la région dorsale), expose parfois à la formation d'abcès ou à la nécrose cutanée. L'injection dans la fesse peut provoquer une infiltration mettant trois semaines à disparaître.

L'auteur préfère la voie hypodermique, en évitant ce procédé chez les sujets jeunes à peau très tendue et en cas de nutrition défectueuse du tégument cutané. Il faut toujours pouvoir soulever un bon pli de peau et ne jamais injecter dans le derme ou dans son voisinage immédiat. Chez les petits enfants, la voie intra-musculaire est seule indiquée. L'auteur n'a jamais utilisé la voie intraveineuse: il craint qu'en présence de la réaction presque neutre de la masse sanguine, il ne se produise des précipités.

La réaction fébrile est souvent absente: si elle se manifeste, elle est fréquemment inférieure à 38°. Quelques heures après l'injection, apparaît à l'ordinaire une douleur plus ou moins forte, durant parfois plusieurs heures, et réapparaissant souvent au bout de deux ou quatre jours, moins intense mais plus tenace. L'auteur n'observa pas de phénomènes accessoires sérieux: dans 9 cas, au bout d'une semaine, apparut un exanthème scarlatiniforme peu important.

L'auteur a observé 3 récidives, dont 2 à l'époque du début, où il n'injectait que 0,30 grammes. Le troisième cas reçut une deuxième injection qui fit disparaître les accidents.

Comme dosage, il faut compter 1 centigramme par kilo de poids du corps, en arrondissant le chiffre, s'il y a lieu, dans le sens de la dose plus élevée.

(Berl. klin. Wochenschrift, No 37, 1910).



Notes Cliniques

L'insuffisance surrénale

M. E. Sergent, dans la *Revue mensuelle de méd., int. et de thérap.*, publie une revue de l'insuffisance surrénale qu'il définit: la diminution plus ou moins complète des fonctions surrénales. Ces fonctions sont au nombre de deux: *antitoxique* et *angiotomique*. La première neutralise les poisons les plus divers: endogènes ou exogènes. Quand à la seconde, elle consiste en ce que la glande sécrète des substances susceptibles de provoquer la vasoconstriction périphérique, et, par suite, l'hypertension.

Ces données permettent de comprendre ce qui se passe dans l'*insuffisance surrénale expérimentale* réalisée, pour la première fois, par Brown-Séquard. Les accidents qui en sont la conséquence peuvent, en effet, être tous rattachés à la suppression des deux grandes fonctions surrénales: les modifications respiratoires et circulatoires, l'état syncopal sont dus à la suppression de la fonction angiotomique; la paresse musculaire, l'amaigrissement, les vomissements, la diarrhée, à l'abolition de la fonction antitoxique.

Passons maintenant à l'*insuffisance surrénale humaine*. Elle se caractérise, cliniquement, par: 10 des troubles circulatoires: sensation de froid, hypothermie, instabilité et petitesse du pouls, hypotension artérielle, spasme réflexe et ligne blanche surrénale (argent), tachycardie, collapsus, syncope (mort subite); 20 des troubles digestifs: anorexie, vomissements, diarrhée, symptômes péritonéaux; 30 des troubles nerveux toxiques: encéphalopathie, céphalée, excitation ou dépression, délire, coma, troubles pupillaires et oculo-moteurs, asthénie, douleurs diverses; 40 des troubles généraux, ralentissement des échanges, anémie, amaigrissement et cachexie, odeur cadavérique. A ces divers phénomènes peuvent se joindre divers autres éléments symptomatiques dont le plus important est la mélanodermie. On a alors affaire à la *maladie d'Addison*. Mais, contrairement à ce qui a été dit et écrit bien des fois, la mélanodermie ne relève nullement de l'insuffisance surrénale; elle est due à l'irritation du sympathique abdominal et représente un symptôme péri capsulaire. Dans la maladie d'Addison, aux symptômes d'insuffisance capsulaire classique s'ajoutent donc des symptômes d'ordre péri capsulaire.

Si l'on s'occupe seulement des premiers, il est facile de voir qu'ils peuvent se diviser en deux groupes: les uns relèvent de la suppression de la fonction angiotomique: tels sont l'hypotension artérielle, la ligne blanche, la tachycardie, le collapsus et la syncope; les autres, de la suppression de la fonction antitoxique: tels les troubles digestifs, les troubles nerveux toxiques (asthénie), les troubles généraux; certains sont imputables à l'un et l'autre mécanisme physiologique: tels l'hypothermie, la sensation de froid, le ralentissement des échanges. L'in-

suffisance surrénale humaine peut donc se superposer assez bien à l'insuffisance surrénale expérimentale.

E. Sergen étudie en détail quelques-uns des signes de l'insuffisance surrénale, et particulièrement la ligne blanche surrénale qui est, comme on sait, l'inverse de la ligne méningitique et qui possède une haute valeur diagnostique. Elle s'explique par l'hypotension artérielle. De même les troubles pupillaires trouvent leur explication dans l'action des extraits surrénaux sur la musculature de l'œil.

D'une façon générale, l'insuffisance surrénale peut revêtir deux formes: une lente et une aigue. Les *syndromes lents* sont aux lésions capsulaires chroniques ce que les petits signes de l'insuffisance hépatique lente sont aux hépatites chroniques. Ils peuvent être considérés comme les expressions cliniques d'une diminution progressive des fonctions surrénales; ils tendent fatalement vers l'insuffisance aigue terminale. Ils affectent eux-mêmes deux types principaux: la *maladie d'Addison*, essentiellement caractérisée par la mélanodermie, phénomène d'ordre péricapsulaire, et les *syndromes lents d'insuffisance surrénale pure*, que des *syndromes subaigus* unissent aux *syndromes aigus*. Ces derniers, que le praticien a le plus grand intérêt à bien connaître, sont secondaires ou primitifs; ils peuvent simuler une intoxication, une crise de péritonite, le choléra, une méningite, une attaque d'apoplexie et se terminer par la mort subite, nécessiter l'intervention du médecin légiste. Notion capitale, nombre de ces syndromes peuvent être enrayés dans leur marche par l'opothérapie surrénale; ils sont fréquemment, en effet, la conséquence, non de lésions destructives et irrémédiables des capsules surrénales, mais de lésions aiguës plus ou moins superficielles et curables. Ces lésions aiguës rendent compte des accidents graves qui surviennent au cours des grandes infections: scarlatine, diphtérie, etc., et qui avant l'application systématique de l'opothérapie, se terminaient si fréquemment par la mort.

L'étiologie et la pathogénie de ces divers syndromes commencent à s'éclaircir. Les syndromes lents supposent la persistance d'un certain degré de fonctionnement glandulaire et, par conséquent, une destruction incomplète de l'organe; l'hypertrophie du parenchyme sain et des surrénales accessoires explique peut-être la lenteur avec laquelle évoluent les accidents. L'insuffisance lente apparaît donc comme un type d'insuffisance relative, tout en tendant vers l'insuffisance absolue. Celle-ci peut être

21.446 133e .. 1.000

le fait d'une lésion aigue massive: grande hémorragie capsulaire ou étendue; surrénalité aigue infectieuse. Les maladies infectieuses et les intoxications intercurrentes, le surmenage, les traumatismes accidentels ou opératoires interviennent alors comme causes occasionnelles. Mais, comme nous l'avons dit, cette insuffisance aigue n'est pas nécessairement une insuffisance absolue, elle peut n'être que relative, elle n'est pas toujours, alors, au-dessus des efforts de la thérapeutique.

Le traitement doit être préventif et curatif. Ce dernier utilise exclusivement l'opothérapie. Les glandes fraîches ou mieux encore, l'extrait total bien préparé, devant être réservés aux syndromes dont l'asthénie est le symptôme dominant, l'Adrénaline peut suffire lorsque les signes d'hypotension artérielle occupent la première place. Les extraits totaux desséchés sont administrés en cachets à la dose de 90 centigrammes par jour, en trois fois, pendant dix à douze jours consécutifs; après interruption de deux à trois jours, on recommence une nouvelle série. Quant à l'Adrénaline, on donnera chaque jour, per os, 20 à 30 gouttes de la solution au millième, on peut même arriver jusqu'à 80 gouttes par jour, en ayant soin d'espacer les doses. Le médicament pourra être donné plusieurs semaines de suite, avec, de temps à autre, des interruptions de deux à trois jours.

(Revue mens. de Médecin int. et thérap.)

Sténoses spasmodiques du pylore

On admet que, à côté des sténoses du pylore produites soit par une lésion anatomique, soit par compression de voisinage, il existe beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pensait autrefois des sténoses d'ordre purement spasmodique. Or ces états spasmodiques plus ou moins continus et prolongés amènent des accidents analogues à ceux que peuvent déterminer des rétrécissements produits par une lésion anatomique. M. le Dr Salles vient d'étudier ces cas dans sa thèse en montrant que le meilleur élément du diagnostic pour ces faits était dans l'emploi d'un traitement approprié.

En effet, d'une part ces accidents se produisent presque toujours chez des dyspeptiques anciens, des hyperchlorhydriques ou hypersthéniques, le spasme coïncidant habituellement avec l'hyperchlorhydrie; d'autre part, ils se montrent généralement chez des sujets présentant une excitabilité spéciale du système nerveux. A ces éléments, il faut cependant ajouter l'irrégularité, l'intermittence des symptômes. C'est ainsi que se produit le phénomène de la tension épigastrique intermittente qui constitue un des meilleurs signes du spasme pylorique. La partie supérieure de la région épigastrique apparaît asymétrique, plus proéminente à gauche qu'à droite, sans que la limite inférieure de cette proéminence atteigne l'ombilic. A la palpation, on éprouve une sensation de tension qui contraste avec la dépressibilité de l'hypocondre droit et du reste de l'abdomen. La percussion de cette proéminence donne une sonorité tympanique très nette. De temps à autre, elle s'affaiblit pour se reproduire après quelques instants, donnant ainsi l'impression d'un ballon de caoutchouc qu'on gonflerait et qu'on viderait alternativement.

L'examen de la région pylorique permet d'y sentir quelquefois une petite tumeur mobile sur les organes voisins; c'est le pylore en état de contraction.

Cette tumeur disparaît par conséquent dès que cesse

la contracture pylorique. Il y a souvent, au niveau du pylore, un point douloureux très net; c'est le point de départ des douleurs spontanées qu'éprouve le malade, et la palpation y réveille une vive douleur.

Enfin les vomissements sont très irréguliers, surtout au début.

Ce diagnostic peut être puissamment aidé par la radioscopie, mais celle-ci est une opération délicate qui ne peut être faite partout. Aussi, en présence d'un syndrome de rétention pylorique, toutes les fois qu'il n'y a pas de signe manifeste d'une lésion organique, la première des indications est d'instituer le traitement médical. Appliqué d'une façon précoce, il guérit rapidement si la sténose est spasmodique; il a donné d'excellents résultats dans des cas qui semblaient ne pouvoir être améliorés que par une opération.

Ce traitement est basé sur l'emploi du régime lacté, mais du régime lacté prescrit d'une certaine manière.

Voici par exemple une ordonnance qui, dans les cas d'intolérance gastrique, a toujours donné à M. Leven d'excellents résultats:

10 Repos absolu au lit durant 4 à 8 jours. Eviter toute fatigue durant 15 à 20 jours.

20 Régime lacté absolu durant 3 à 5 jours; — 1500 grammes en 24 heures; une tasse de 300 grammes toutes les 3 heures, de 7 heures du matin à 7 heures du soir. Boire le lait chaud, pur ou aromatisé, par petites gorgées.

30 Après trois à cinq jours, réalimentation graduelle: tapioca, semoules, riz bien cuit, puis farine de légumineuses et oeufs à la coque. Eviter la viande, le pain et les aliments indigestes; — le tout durant 15 jours.

40 Durant ces 15 jours, 1 jour sur 4 de régime lacté comme au début.

50 Se reposer environ 20 minutes après chaque repas.

Lorsque le malade revient peu à peu aux aliments solides, il faut éviter qu'il prenne du lait comme boisson aux repas. L'usage du lait, dans ces conditions, est fâcheux, car le malade est ainsi suralimenté, et cette suralimentation méconnue est dangereuse. Il faut alors remplacer le lait par des infusions chaudes.

Ainsi compris et appliqué, le régime suffit quelquefois, indépendamment de toute médication, pour faire cesser le spasme pylorique.

Mais en règle générale, l'adjonction de médicaments est utile, et quelquefois elle est nécessaire.

M. Leven fait prendre durant 8 jours, toutes les 2 heures une cuillerée à dessert de la potion suivante:

Sous-nitrate ou carbonate de bismuth, 5 grammes.

Gomme arabique, 15 grammes.

Eau distillée q. s. p., 150 grammes.

Cette médication ne provoque pas en général la constipation.

Pour calmer l'excitabilité gastrique, on utilisera avec succès la série des médicaments antispasmodique: bromure, codéine, belladone, valériane, etc., etc. Les appli-

cations chaudes et humides sur la région épigastrique sont également indiquées.

L'hérédité cancéreuse

C'est là un point toujours discuté: les uns, comme Velpeau, Verneuil, Broca, donnent à cette influence beaucoup d'importance; d'autres au contraire la considèrent comme négligeable. Et si l'on étudie les statistiques publiées, on voit que cette influence a été signalée avec une fréquence qui varie de 10 à 35 p. 100, la proportion 16 à 18 p. 100 étant le chiffre le plus souvent trouvé.

MM. Duroux et Malègue (de Lyon), qui publient à ce sujet un travail intéressant dans la *Province Médicale* (No 29), ont entrepris des recherches sur ce point dans le service de M. le professeur Jaboulay et sont arrivés, en compulsant 100 observations de sa clinique, au chiffre de 15 p. 100. Ce chiffre se rapproche fort de ceux de Leyden, Guillot, Scholtern, etc., mais s'éloigne beaucoup de ceux de Butlin (32 p. 100) et Velpeau (33 p. 100).

MM. Duroux et Malègue font remarquer aussi que les différents auteurs qui, comme Broca, Alquié, Otto, Warren, Tillmans, Manichon, Rebullet, Letulle, ont beaucoup insisté sur l'importance du facteur héréditaire dans l'étiologie du cancer, ont apporté, non pas de vraies statistiques, comme la leur ou celle déjà citées (Williams, Bultin, Bahsford), mais seulement des séries familiales remarquables. Certains de ces cas familiaux, où l'on note une série de cancers, sont classiques. C'est la famille des Bonaparte, par exemple, où nous voyons Napoléon 1^{er}, son père, son frère Lucien et deux de ses soeurs, Pauline et Caroline, mourir de cancer de l'estomac. C'est la famille signalée par Broca, où 6 personnes meurent cancéreuses pendant quatre générations. C'est l'observation rapportée par Alquié d'une femme qui meurt de cancer du sein et dans la famille de laquelle on trouvait du cancer depuis 9 générations. Et ces exemples de familles cancéreuses sont nombreux.

Assurément, ces différents cas tendent à prouver que parfois l'hérédité entre en jeu d'une façon évidente dans l'histoire du cancer. Aussi ne doit-on pas les négliger. Cependant, au point de vue général, ces faits ne peuvent servir de fondement à une théorie de l'hérédité cancéreuse fatale, comme tendent à l'admettre certains de ces auteurs. Car, dans ces cas, le facteur héréditaire peut être renforcé par certaines conditions (vie en commun, contagion).

Une théorie générale ne peut pas reposer sur des faits isolés. Il faut cependant en tenir compte, et savoir les garder pour l'interprétation de l'ensemble des résultats.

Il est intéressant de constater que certains cancers se présentent à l'hérédité plus fréquents que d'autres. Il y aurait presque comme une question de variété, d'âge et de sexe.

Au point de vue de la variété, l'influence de l'héré-

dité se fait surtout sentir dans le développement du sarcome. Sur 10 des malades observés atteints de sarcome, 4 ont des antécédents cancéreux, soit une proportion de 40 p. 100.

Lorsque l'hérédité cancéreuse existe, l'apparition de la tumeur semble relativement précoce, entre quarante et cinquante ans, au lieu de cinquante et soixante (Julien, in Raymond et Moore).

Que conclure de l'ensemble de ces données? disent MM. Duroux et Malègue?

Un point important d'abord s'impose, c'est que l'hérédité du cancer est certainement bien moindre que l'affirment ses partisans.

D'autre part, lorsqu'elle se réalise, elle apparaît le plus souvent à une époque bien éloignée des limites ordinaires des manifestations héréditaires, si éloignée même qu'on a de la peine à se la représenter comme telle. C'est le cas de ces observations constituant des cas positifs, où elle se montre à l'âge de soixante, soixante-dix ans. Ne semble-t-il pas que dans ces cas l'on ait affaire plutôt à la réunion d'autres conditions favorables (l'alimentation, l'eau de boisson, l'habitation)?

Il est très peu d'exemples d'hérédité précoce.

Citons seulement les trois observations suivantes (in Thèse Mariage, 1895). — Une femme meurt de carcinomateuse quelques jours après son accouchement. L'enfant ne tarde pas à succomber. Lebert en fit l'autopsie et découvre dans l'intérieur de la cavité abdominale des masses encéphaloïdes (Lebert: Traité des maladies cancéreuses, 1851). D'après Peobody, un enfant de trois ans meurt avec des signes de méningite. A l'autopsie on trouve un sarcome du cervelet. Sa mère avait été opérée, avant sa naissance, d'un sarcome du cou. Friedrich rapporte dans le *Deutsche med. W.* 1892, le fait suivant. Une femme atteinte de carcinomateuse généralisée vient à mourir après son accouchement. Le nouveau-né ne tarde pas à mourir. Il était porteur d'une tumeur du genou.

Le caractère tout à fait exceptionnel de pareilles observations oblige à déduire que le mal cancéreux, qui par certains côtés présente avec le mal syphilitique de si étroites relations, s'en éloigne du moins, tout à fait, à ce point de vue.

S'agirait-il d'une hérédité atténuée, d'une hérédité de prédisposition, de terrain, cela est plus probable, et encore cette aptitude contractée manifeste-t-elle rarement sa présence (15 p. 100).

Les séries de cas familiaux successifs restent néanmoins troublantes pour l'interprétation.

Que nous apprend à ce point de vue l'expérimentation? D'après les observations de Robillard, de Loeb, de Gayford, de Borrel, il ressort que des souris indemnes mises dans des cages habitées par des rats ou des souris cancéreuses se contaminent facilement. Elles se reproduisent, et présentent dans leurs générations successives une proportion considérable de cancers.

Mais, fait important, si, à l'exemple de Borrel, l'on place des souris issues de mères cancéreuses dans des cages vierges de toute contamination, elles s'y reproduisent à leur tour, et il est rare de constater l'apparition de cancers spontanés.

La question de contagion (d'ordre externe ou interne) semble donc primer celle de l'hérédité dans le domaine expérimental et semble-t-il aussi dans le domaine clinique.

Le cancer apparaît donc surtout comme un mal acquis.

Les idiosyncrasies

M. le Dr Morichau-Beauchant (de Poitiers) a consacré à l'étude des idiosyncrasies, dans le *Progrès médical* (No 16), un article plein d'intérêt dans lequel il fait ressortir quelques-unes des particularités de ces curieuses pré-dispositions individuelles.

Les idiosyncrasies, comme on sait, sont extrêmement nombreuses. Voici celles que l'on a le plus souvent l'occasion de rencontrer en clinique.

Les *idiosyncrasies alimentaires* englobent les faits les plus frappants. Certains aliments non toxiques par eux-mêmes provoquent chez quelques sujets, toujours les mêmes, des désordres variés, parfois à allures graves. Il est d'observation vulgaire que certains *poissons*, certains *crustacés*, donnent lieu à des troubles digestifs plus ou moins marqués auxquels se joignent assez fréquemment des manifestations cutanées consistant le plus souvent en urticaire. Quelques personnes ne peuvent manger d'*oeufs* sans être très sérieusement incommodées et présenter des vomissements, de la diarrhée, des douleurs abdominales, de l'urticaire, parfois des étouffements. Le *lait*, même de bonne qualité, a été accusé à juste titre de produire des accidents analogues. Chacun sait que les *fraises* donnent à certains sujets des indigestions et souvent de l'urticaire. La liste serait longue des divers aliments dont quelques personnes doivent s'abstenir sous peine de voir des accidents survenir: citons le *miel*, l'*avoine*, le *riz*, le *cacao*, les *châtaignes*, le *bouillon*, l'*oseille*, les *myrtilles*, etc., etc.

Les *idiosyncrasies cutanées* ne le cèdent en rien pour la fréquence aux précédentes. Il est des personnes qui présentent une susceptibilité exagérée au contact de certaines substances médicamenteuses, *térébenthine*, *benzine*, *iode*, *arnica*, les *antiseptiques*, *sublimé*, *salol*, *iodoforme*, etc. Ces diverses substances, dira-t-on, sont toujours plus ou moins irritantes, mais ces troubles peuvent succéder à l'application d'un simple *cataplasme de farine de lin*, au contact de la *laine*, ou même se produire par le simple contact du *lait*. Bien des *végétaux*, outre le *lin*, sont capables de produire chez les prédisposés de véritables dermatites; citons: les *primevères de Chine*, le *chanvre*, les *chrysanthèmes*, le *thuya*, le *rhus*, etc., etc. Dernièrement on a décrit des troubles cutanés consécutifs au maniement du *bois satiné*. Quelq es sujets sont

d'une sensibilité toute spéciale vis-à-vis des *piqûres d'insectes*: puces, punaises, moustiques, provoquent chez eux des réactions excessives.

Les *idiosyncrasies médicamenteuses* sont aussi d'observation courante; nous avons déjà signalé l'action sur la peau de quelques substances employées dans un but thérapeutique: térébenthine, benzine, iode, etc. Nous n'insisterons pas sur les accidents que provoquent chez certaines personnes un grand nombre de médicaments administrés par la bouche: *quinine, antipyrine, iodures*, etc., tous les médicaments y passeraient.

Un dernier mot sur ce que l'on pourrait appeler les *idiosyncrasies olfactives*. Il n'est pas une odeur qui ne puisse susciter des réactions particulières. On ne compte plus les sujets qui ne peuvent supporter la présence de *fleurs à odeurs fortes*: *oranger, seringa, roses, tubéreuses*. De l'urticaire, de l'asthme, parfois des évanouissements, peuvent survenir dans ces conditions. L'odeur de *l'avoine du lin, des fraises*, provoque parfois des accidents analogues. Enfin, signalons la susceptibilité particulière de certaines personnes aux *poussières*, en particulier aux *poussières polliniques* qui produisent l'asthme des foins.

D'après ce court exposé on voit combien, à première vue, le groupe des idiosyncrasies apparaît composé de faits disparates, qu'aucun lien commun ne semble rattacher. A la réflexion, il ne semble pas impossible d'y introduire un peu d'ordre.

M. Moricheau-Beauchant, en effet, démontre par des faits les trois propositions suivantes, à savoir: que les idiosyncrasies sont presque toujours multiples chez le même sujet, qui d'ailleurs les tient de ses parents et les transmet à ses enfants;

Que les expressions cliniques ont beaucoup d'analogie entre elles;

Qu'elles s'associent presque toujours chez le même sujet ou dans sa famille à d'autres manifestations spéciales qui permettent d'en interpréter la nature.

La première de ces propositions, dit M. Beauchant, a été établie tout récemment par M. Rapin dans son travail sur les *angioneuroses familiales*. Plusieurs auteurs, en particulier Guéneau de Mussy, avaient attiré l'attention sur certaines associations morbides telles que l'asthme et l'urticaire; mais c'est le clinicien de Genève qui, dans un travail paru en 1908, admirable par la précision et la minutie des observations, a mis le fait hors de conteste.

Son mémoire qui cependant fut analysé par plusieurs journaux n'a suscité, semble-t-il, en France, aucun travail, ni de confirmation, ni d'infirmité. Et pourtant, il renfermait une quantité d'observations qui établissaient avec une évidence indiscutable le lien héréditaire et familial qui réunissait les diverses idiosyncrasies.

M. Beauchant a réuni en un an un bon nombre de faits semblables à ceux de M. Rapin. Une dame de 45 ans, par exemple, présente une intolérance singulière pour les oeufs, les fraises, la panade; sa peau est sensible à la vaseline, au salol, à la graine de lin: or sa mère présentait les mêmes intolérances notamment pour la graine de lin

et était d'une grande sensibilité aux médicaments et ses enfants présentent des particularités analogues, notamment en ce qui concerne la graine de lin; mais de plus une fille souffre de migraines périodiques, un garçon a des vomissements acétonémiques et un autre ne peut tolérer même la magnésie.

Un autre malade souffre depuis longtemps de l'asthme des foins, et est sujet à des poussées d'urticaire après avoir mangé du poisson; sa fille a de l'urticaire, des migraines et ne peut supporter certains aliments.

Une dame ne peut supporter l'odeur de certaines fleurs, non plus que le chocolat; très-sensible aux piqures d'insecte, elle est très sujette à des migraines atroces. Même sensibilité chez sa mère pour les odeurs, pour le vent, pour le soleil; ses enfants ont des poussées d'érythème et d'eczéma.

Une, de 35 ans, a de l'intolérance surtout pour les fruits crus, les fraises en particulier; elle est comme empoisonnée par le pâté de foie gras; migraines atroces; son fils a de l'urticaire; son père est rhumatisant.

On peut donc conclure de ces faits et de bon nombre d'autres, que comme dans les cas de M. Rapin, chez un même sujet, les idiosyncrasies sont multiples et que dans la grande majorité des cas, il s'agit de symptômes héréditaires et familiaux.

Après avoir rappelé que certains de ces phénomènes pourraient être en rapport avec un trouble de la fonction thyroïdienne, M. Morichau-Beauchant résume les faits qu'il a exposés dans les conclusions suivantes:

Les diverses idiosyncrasies doivent être considérées comme ayant un lien commun étiologique et clinique.

Il existe des sujets et des familles à idiosyncrasie; celles-ci pouvant se présenter sous leurs diverses formes chez le même sujet et dans la même famille.

Les idiosyncrasies s'associent le plus souvent à des symptômes qui doivent être considérés comme ayant la même valeur pathogénique; ce sont, outre l'urticaire, les oedèmes aigus de la peau et des muqueuses, l'asthme, qui font partie le plus souvent des symptômes de l'idiosyncrasie, les migraines, l'eczéma, le prurit, la dysménorrhée, certaines formes de rhumatisme chronique, et, symptôme banal mais constant, l'hypersensibilité nerveuse.

On est amené à admettre l'existence d'un terrain commun sur lequel germent toutes ces manifestations. C'est ce que dans un travail antérieur nous avons appelé la diathèse angioneurotique, indiquant par là que ces troubles étaient héréditaires et transmissibles et qu'il avaient comme siège, pour la plupart, l'appareil vaso-moteur.

Il existe des présomptions en faveur de l'origine thyroïdienne des divers troubles relevant de la diathèse angioneurotique.

Manifestations viscérales du rhumatisme aigu sans lésions articulaires

M. le Dr Loppe attire l'attention dans sa thèse sur ces faits bien connus, mais dont on tient peut-être assez

LA MEDICATION IODOTANNEE

Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane de l'huile de Foie de Morue
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence**Le plus puissant des Iodo-Tanniques**Pas de contre-indications
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

Engorgements ganglionnaires, lymphatisme, rachitisme, suppurations prolongées, MALADIES DE POITRINE, cachexies, anémie et faiblesse générale.

AGENTS POUR LE CANADA

"LE MEDECIN" LIMITEE

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



Bovril.

Est fait avec les cellules musculaires de boeuf de première qualité parfaitement dissociées.

Les sucs de la viande, avec les enzymes intra-cellulaires en solution, sont concentrés et incorporés avec la fibrine pulvérisée de tissu musculaire frais.

Outre sa valeur comme aliment azoté, le **BOVRIL** est doué de propriétés hydrolysantes et oxydantes qui amènent une large part des changements anaboliques et castaboliques dans les tissus du consommateur.*Un echantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande*

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une préparation à base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indiqué dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabète, des affections gastriques et rénales.

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 désordres de la DIATHESE URIQUE.

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

Cette combinaison possède des propriétés toniques, altérantes et laxatives que nulle eau minérale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

PHARMACIE
du DOCTEUR MIALHE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
8, rue Favart, Paris.

SOLUTION DE DIGITALINE
Cristalline de Petit-Mialhe Titree au millième
Soul traitement rationnel et scientifique des cardiopathies

LEVURE de BIÈRE MÉDICINALE
Furonculose, Eczéma, Diabète, Dermatitis

LAB-LACTO-FERMENT
Digestion et assimilation du lait à tout âge

BANANINE MIALHE
Farine de bananes phosphatée. Nourriture légère et rafraîchissante.
Employée également avec succès dans le traitement de la Dyspepsie, de la Gastro-Entérite et de la Constipation habituelle.

ELIXIR ET PASTILLES DIGESTIVES MIALHE
Digestion - Suralimentation

Dépôt Général : Agence **ROUGIER**
MONTREAL

MALADIES DE LA PEAU

Les cas les plus rebelles d'ECZEMA, PSORIASIS, DARTRES, RIFLE, DEMANGEAISONS, ULCERES, MAL DE BARBE, ETC., sont guéris rapidement par

— LA POMMADE —
ANTISEPTIQUE RAMEAU

Ce remède efficace a pour base une association de produits antiseptiques puissants et inoffensifs.
Les travaux d'une légion de savants ont proclamé et prouvé les succès éclatants de l'antiseptique, et les succès obtenus dans les hôpitaux démontrent tous les jours l'efficacité incontestable de cette merveilleuse méthode.

En vente dans toutes les pharmacies

Dépositaires pour le Canada:
LECOURS & DECARY, — Montréal.

Pour les États-Unis:
GEO. MORTIMER & CO.,
247, Atlantic Avenue, — Boston, Mass.

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 de Coscavaine, de Benzoate de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

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

Echantillons gratuits sur demande, adresser

Pharmacie PERRAUDIN, 70 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Montréal.

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

TABLETTES 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'ELIXIR 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 **ARTEUR DECARY, à Montréal.**

compte dans le diagnostic: c'est qu'il existe des formes de rhumatisme articulaire aigu dans lesquelles les arthropathies sont très atténuées, peuvent passer inaperçues et même exceptionnellement manquer complètement.

C'est dans ces cas que l'on rencontre, assez fréquemment, des manifestations viscérales, précoces, multiples et violentes à répercussion prolongée, intéressant de préférence les séreuses (endocarde, péricarde, plèvres).

Chez l'enfant surtout, l'endocardite et la péricardite rhumatismales sans détermination articulaire ne sont pas rares. *Mais c'est surtout la pleurésie* qu'on peut observer dans ces conditions. Or cette pleurésie, sur laquelle Lasègue insistait déjà, présente certains caractères étudiés en particulier par M. Widal.

Cette pleurésie rhumatismale est plus fréquente à gauche qu'à droite. Exceptionnellement sèche, elle s'accompagne dans la plupart des cas d'épanchements séro-fibrineux.

Elle présente des caractères cliniques assez spéciaux. L'épanchement, en apparence considérable, s'accroît au bout de trois à huit jours; pendant que le liquide disparaît d'une des plèvres, il est assez fréquent de constater dans l'autre la formation d'un nouvel épanchement qui ne comportera comme le premier.

Au début, on observe un point de côté très intense, très étendu, avec sensibilité de la paroi thoracique à la pression.

Les signes physiques sont ceux de tous les épanchements pleuraux.

L'étendue de la matité se modifie très rapidement. Cette pleurésie s'installe le plus souvent insidieusement et peut rester un certain temps latente. Quelquefois, le début est bruyant, le point de côté apparaissant le premier; quelques heures après, l'épanchement est formé.

Cette pleurésie s'accompagne presque toujours de congestion pulmonaire; cette coïncidence fait comprendre la soudaineté de certains accidents et l'explosion possible de symptômes menaçants, hors de proportion avec l'importance de la pleurésie. Elle modifie les signes physiques et peut faire conclure à l'existence d'épanchements beaucoup plus importants que ceux qui existent réellement.

Cette congestion peut disparaître en quelques heures, et la ligne de matité s'abaisser tout d'un coup jusqu'aux parties déclives de la poitrine.

Souvent il y a coexistence des lésions du cœur et des plèvres.

Les manifestations générales sont celles du rhumatisme articulaire aigu.

Les malades présentent une pâleur spéciale de la face, pâleur mate contrastant avec la peau chaude et couverte d'une sueur abondante.

L'attaque est en général précédée d'une période de malaises, semblables à ceux qui précèdent une attaque de grippe: coryza, bronchite légère, courbature et surtout une angine érythémateuse spéciale bien décrite par Lasègue.

Les ganglions maxillaires ne sont ni tuméfiés ni douloureux.

La fièvre ne manque jamais, mais l'état fébrile est variable. La défervescence se fait en général assez vite.

L'intérêt de ces faits, c'est que ces accidents viscéraux semblent améliorés par la médication salicylée et ses succédanés et que si on n'en tenait pas compte, on courrait le risque de ne pas utiliser une thérapeutique appropriée.

Le professeur Raymond

(1844-1910)

M. le professeur Raymond est mort le mercredi, 28 septembre, en son château de la Planche d'Andillé, en Poitou, où il passait les vacances.

Fulgence Raymond naquit le 29 septembre 1844, en Touraine, dans le département d'Indre-et-Loire, à Saint-Christophe, petit village qui est aussi la patrie de Labbé, qui fut médecin des hôpitaux de Paris, et du professeur Raphaël Blanchard. Ses parents étaient cultivateurs. Il alla à l'école primaire, puis fit ses études vétérinaires à l'École d'Alfort, d'où il fut envoyé comme stagiaire à Saumur en 1865.

Après concours, il revint à l'École d'Alfort comme chef des travaux d'anatomie et de physiologie en 1867.

Il put alors réaliser son rêve, longtemps caressé de devenir médecin, comme les illustres Tourangeaux ses prédécesseurs, Bretonneau, Trousseau, Velpeau, et aussi François Rabelais.

Et de 1867 à 1879, c'est l'admirable et énergique ascension du déraciné sans argent, mais au cœur fort, vers la maîtrise médicale parisienne.

Marié, il prépare ses deux baccalauréats ès lettres et ès sciences, et le même jour lui apporte le double bonheur d'être père d'une petite fille et d'être nommé bachelier.

Il habite, au fond d'une cour sombre de la rue de Provence, un pauvre appartement de 400 fr. par an.

Sa femme ne résiste pas à pareille vie et meurt phthisique. Il continue la route commencée et, tout en s'occupant de sa fille, il est externe des hôpitaux en 1870, deuxième interne des hôpitaux à un premier concours en 1871, interne médaille d'or en 1875, chef de clinique de Germain Sée en 1877, médecin des hôpitaux et admissible à l'agrégation avec sa thèse sur *les dyspepsies* en 1878, enfin agrégé en 1880.

Cette période de sa vie montre de quelle ténacité dans l'effort et de quel travail acharné était capable ce jeune père, qui seul avait refait les soubassements de sa culture et franchi tous les steeple-chase des concours gagnant sa

vie et celle de sa fille, grâce à des leçons et des soins dévoués donnés aux clients que lui envoyaient ses chefs, Dolbeau, Marotte, Gubler, Charcot et Vulpian, chez qui il passa son année de médaille d'or.

Pareil épisode de vie met en relief les qualités foncières de l'homme et il n'est pas nécessaire de l'avoir lu dans Plutarque pour l'admirer.

Mais en 1886, M. Raymond paya par une infection diffuse, avec phlébite et endocardite, la dette de son surmenage.

Il était médecin de l'hôpital Saint-Antoine, y faisait un enseignement brillant et très suivi, et publiait ses leçons sur les *atrophies musculaires*. Charcot, mourant, le désigna pour son successeur, et, en 1894, il fut élu professeur de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

Chargé de la redoutable tâche de succéder au fondateur officiel de la Neurologie française, il a su faire oeuvre très utile.

Dans l'ombre du grand mort, il a continué la tradition en a défendu les idées avec courage, et en réunissant ses leçons, très substantielles et claires, en cinq gros volumes, a élevé un monument très riche en documents cliniques et anatomiques, qu'on utilise chaque jour.

Après une thèse sur *l'hémichorée, l'hémi-anesthésie* et les *tremblements symptomatiques*, il faut encore citer son mémoire sur le *traitement de la fièvre typhoïde par les lavements phéniqués*, son rapport sur le *traitement du tabes par l'élongation*; au retour de sa mission en Russie, ses *Leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux* et les deux volumes sur *Les idées fixes et la psychasthénie*, en collaboration avec le professeur Pierre Janet, sans compter les multiples notes, articles ou communications dans les journaux et les sociétés, particulièrement à la Société de Neurologie et à l'Académie de médecine.

* * *

Cependant sous cette vie très active perçait de temps à autre la tare aortique. Après la première attaque d'endocardite de 1885 en vint une nouvelle en 1899, qui obligea M. Raymond à un repos de six mois.

Depuis huit mois l'état s'était aggravé, les crises d'angine de poitrine devenaient fréquentes.

Malgré ces avertissements évidents, M. Raymond accepta de faire partie du dernier concours d'agrégation, dont on n'a pas oublié les troubles initiaux. Ces scènes de brutalité sauvage eurent un fâcheux retentissement sur son cœur. On lui conseillait d'abandonner le concours. Mais jamais il ne voulut désertier son poste. Il allait, avec un flacon de nitrite d'amyle qu'il ne quittait jamais et dont il aspirait une bouffée entre deux pas à faire ou une marche à monter.

Sa ténacité lui permit de rester jusqu'au bout du concours, mais hélas! il partit pour la campagne réparatrice, pâle, terreux, suffocant, invalide.

Il y a un mois une crise d'œdème aigu du poumon lui fit appeler son médecin, son ami, son élève, M. Antoine

Florand. Une piqûre de morphine lui fournit quelques heures de paradis artificiel dont il remerciait M. Florand, dans une lettre pleine d'optimisme écrite le 21 septembre. "Tout va bien, écrivait-il. Je crois que je ferais bien de m'entraîner à marcher un peu progressivement." Le 22, il va à Poitiers; le 24, il chasse, a une crise d'angor, et se fait soutenir par son garde, en priant de taire l'événement, pour ne pas inquiéter les siens. La nuit suivante il a une nouvelle crise. M. Florand arrive le 26. M. Raymond est heureux de le voir, espère le même succès d'une nouvelle piqûre de morphine, se met sur son lit, demande des nouvelles de Paris, de son service, parle de ses projets, de recherches à faire, de la réaction de Wassermann, etc.

Cependant il est pleine nuit; la dyspnée augmente. M. Raymond habite sa petite chambre, une des plus modestes du château. Il demande à mettre son veston bleu de travail, et se lève. Il s'assied à son bureau, dans sa pose familière, une main sur la table et l'autre sur le bras du fauteuil. Il tend à s'assoupir. Ses yeux se ferment. Sa respirations devient irrégulière, se ralentit, s'atténue.

Sans bruit et sans heurt, entre Mme Raymond, là, anxieuse, Mme Delpuch, M. Georges Deniau et M. Florand, le médecin et l'ami, la mort voleuse était passée dans le matin blême.

* * *

Peu grand, trapu, à la tête carrée, au geste accueillant de la main large, au sourire de bonté qui plissait les yeux vifs, M. Raymond était d'une aménité parfaite, d'une humeur égale, d'une générosité qui ne savait pas compter. Sa modestie, son bon sens, sa prodigieuse mémoire, son énorme travail le faisaient aimer des médecins. Sa douceur, son optimisme, le don de sympathie émue vers la souffrance qu'il consolait d'un mot touchaient le cœur de ses malades. Conciliant à l'extrême, par crainte de déplaire à qui que ce soit, il ne savait pas refuser. Sa bonté discrète, mais très profonde, s'étendait à tous, et surtout aux petits. Elle se répandait à la façon d'une eau précieuse, dont on ne soupçonne la présence qu'à la verdure joyeuse des prairies qu'elle irrigue.

Grand tâcheron qui travailla sans repos de l'aube au soir de sa vie, c'est dans son métier de savant et de médecin, dans ses leçons et dans sa clientèle qu'il trouvait son plaisir. Il aimait encore la chasse et la cigarette, qu'il n'abandonna jamais malgré le danger qu'il savait. Mais son optimisme était invincible.

Ame simple et naïve, il en était resté aux goûts de son enfance. Le péché du luxe ne l'avait pas touché, de même que les poisons énervants de l'extrême culture.

Il était très fier d'avoir été nommé docteur de l'Université d'Oxford, et le cordon de commandeur de la Légion d'honneur mis à son cou lui fut une grande joie. Bonté exquise, travail opiniâtre, simplicité de goûts, telles me paraissent être les qualités cardinales de celui que nous pleurons. Il s'en est allé, comme il avait vécu, simplement, courageux et modeste, dans l'optimisme et l'espérance. LAIGNEL-LAVASTINE.

NOTES THERAPEUTIQUES

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

L'ADRENALINE ET SON EMPLOI THERAPEUTIQUE

Dans la partie thérapeutique de son travail, l'auteur ne s'arrête pas à l'emploi de cette substance comme hémostatique local, mais fait remarquer que la contracture vasculaire anormale produite par cette substance est suivie d'une dilatation exagérée. L'action sur la totalité des vaisseaux de l'économie n'est pas uniforme, car ce sont les vaisseaux intra-abdominaux qui présentent le maximum de tension: les vaisseaux pulmonaires réagissent le moins. Ces effets généraux ne peuvent être obtenus que par l'injection intra-veineuse, et sont indiqués en cas d'hémorragie profuse, d'intoxications diverses (chloroforme, chloral, arsenic, etc.). Malheureusement, l'adrénaline disparaît avec une rapidité extraordinaire du torrent circulatoire. L'effet maximum, avec une seule injection, ne dure que deux minutes: la dose convenable est de 2 à 3 milligrammes.

L'injection sous cutanée ne provoque jamais d'effets généraux.

En résumé, l'extension de l'emploi de l'adrénaline ne saurait être bien grande dans l'avenir, car on ne peut espérer obtenir, avec cette substance, que des effets violents mais de peu de durée.

Par Sraub (*Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung*, in 1er octobre 1910).

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE RENALE

Dans cette étude, M. Le Fur plaide en faveur du traitement médical de la tuberculose rénale, traitement trop oublié depuis la période de néphrectomie d'emblée.

La néphrectomie n'est pas fatalement indiquée dans toutes les tuberculoses rénales; au début, cette affection peut être améliorée et susceptible de guérison tout au moins prolongée sinon définitive, par un traitement médical approprié.

Ce traitement consiste dans l'administration des cacodylates, des pilules antituberculeuses de Guyon, et surtout dans la cure d'air, de soleil, de repos, ainsi que certaines cures hydrominérales ou marines (Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins-Moutiers, etc.)

La tuberculose rénale a une évolution excessivement lente, cinq à dix ans: on a donc tout le temps d'essayer le traitement médical avant d'intervenir.

La néphrectomie est l'opération de choix, mais elle ne doit être faite que lorsqu'il existe des indications opératoires; ces indications sont:

1. L'échec du traitement médical, par aggravation

de l'état général; la perte de poids est un criterium sûr dans ces cas;

2. La rétention rénale avec pyonéphrose et crises douloureuses avec fièvre;

3. La cystite à symptômes douloureux intenses;

4. La tuberculose des organes génitaux, ce qui indique une tendance à envahir l'organisme;

5. Les complications spéciales telles que: hématuries graves, phlegmon périnéphrétique, calculs associés aux lésions tuberculeuses.

Le traitement médical devra être rigoureusement institué, même après la néphrectomie, pour préserver l'autre rein s'il est possible.

La néphrectomie n'est contre-indiquée que lorsqu'il y a une lésion des reins est nuisible à l'état général, et s'il existe des lésions pulmonaires très avancées. Cependant, si l'état d'un des reins est nuisible à l'état général, et s'il existe des lésions peu avancées de l'autre côté, il faut tout de même intervenir. L'opération est discutable si l'état du malade reste stationnaire sans s'aggraver, après le traitement médical.

L'auteur rapporte l'observation de onze malades qui restent guéris par le traitement médical, depuis une période variant d'un an à treize ans.

(*Société de Médecine de Paris.*)

SUR L'ACTION THERAPEUTIQUE DE LA DIGITALE

Le fonctionnement du coeur peut être influencé soit par le centre cardiaque, par l'intermédiaire du pneumogastrique et du sympathique, soit par des modifications chimiques survenues dans le myocarde. Le pneumogastrique transmet les fibres dont l'excitation déprime les propriétés physiologiques du myocarde, surtout le rythme et la contractilité. Les agents médicamenteux modifient le muscle de façon à agir sur une seule ou plusieurs de ces propriétés à la fois, mais avec une intensité variable. Le chloral agit par exemple de manière à diminuer le rythme seul; le camphre combat cette dépression et relève le rythme. La digitale a une action beaucoup plus complexe. Elle exerce une action excitante sur le centre de l'inhibition et sur les extrémités cardiaques du pneumogastrique, mais elle agit sur le tonus et la contractilité du myocarde. Ces actions sont très sensibles sur le coeur dilaté. Le tonus vasculaire est également augmenté, d'où une élévation de la pression sanguine. Enfin les études récentes montrent que la digitale tend à dilater les vaisseaux coronaires et les vaisseaux du rein.

Le strophanthus contient un principe semblable dans

son action à la digitale, mais en différent par une action plus irritante. La facilité avec laquelle on a pu retirer une strophantine pure active a fait qu'on l'a essayée en injection intra-veineuse pour obtenir une action plus rapide. Par la bouche, la strophantine met au moins dix-sept heures pour agir, la digitale demande environ trente-six heures. En injections sous-cutanées la strophantine agit en quatre ou cinq heures, la digitale en vingt-quatre heures au plus, en injection intra-veineuse en trente à soixante minutes. On a de plus la certitude de l'absorption tandis que ces médicaments sont irritants et lentement absorbés par l'intestin, d'où l'obstacle à l'administration par la bouche lorsque les voies digestives sont en mauvais état. Dans beaucoup de cas une seule injection donnera beaucoup plus de résultat qu'une semaine de traitement avec la digitale par la bouche. Dans deux cas rapportés par l'auteur une seule injection suffit à rétablir la compensation troublée. En une ou deux heures on peut savoir si la digitale donnera ou non un résultat, et dans ce dernier cas on peut recourir sans plus tarder à un autre traitement.

Dans l'administration de la digitale, il y a lieu de tenir compte de certains incompatibilités. Les acides associés au traitement diminuent rapidement l'activité des glucosides. D'autre part la combinaison de la quinine avec la digitale diminue l'action cardiaque de celle-ci. Il semble en être de même des sels de potasse et de la caféine. La morphine et la codéine, en diminuant le taux de l'absorption, diminuent l'efficacité du médicament.

Par W. E. Henderson (*The Am. J. of the med. sc.*, septembre 1910.)

L'EMPLOI DU "606"

L'auteur commence par faire remarquer que le "606" est une poudre qu'il faut dissoudre et qui doit subir une série de manipulations avant d'être injectée. Cette préparation, faite avec des précautions antiseptiques les plus strictes, dure une demi-heure environ. Il importe d'injecter un produit neutre le plus exactement possible, aussi recourt-on aux opérations ci-dessus sur le tube contenant le "606".

1° Rompre le tube et verser le "606" dans un mortier stérilisé;

2° Verser quelques gouttes d'alcool méthylique et dissoudre en écrasant au pilon, jusqu'à obtention d'une pâte jaune gomme gutte;

3° Verser 1 à 2 cc. de lessive de soude commerciale et bien dissoudre au pilon;

4° Etendre de 1 à 2 cc. d'eau stérilisée;

5° Verser goutte à goutte de l'acide acétique cristallisable jusqu'à obtention d'un fin précipité jaune grisâtre;

6° Verser 11 gouttes de phénolphtaléine;

7° Neutraliser à la solution décimale de soude stérilisée ou à l'acide acétique suivant réaction;

8° Aspirer à la seringue chargée de son aiguille.

On voit que la solution de dioxydiamidoarsenobenzol est assez difficile à préparer: elle a l'apparence d'un fin précipité couleur purée de pois un peu grisâtre.

Elle ne doit pas renfermer de grumeaux. On se rend très bien compte de sa bonne préparation en l'aspirant dans une seringue, par l'aiguille montée et non par la tubulure de la seringue.

S'il y a des grumeaux, ils s'arrêteront au biseau de l'aiguille, ce qui est préférable qu'une obstruction au moment de l'injection.

Puisque la solution renferme une quantité non dosée de liquide, ou du moins très approximative, on ne pourra pas se baser sur le volume total, variant de 5 à 10 cc., mais seulement sur la quantité de sel versée dans le mortier. Et l'on injectera la totalité du mélange, représentant de 0,40 à 0,60 cc., suivant les cas.

L'injection doit être faite intramusculaire ou mieux sous-cutanée, entre les deux épaules, la moitié du liquide étant injectée d'un côté, l'autre moitié de l'autre, à gauche et à droite de la colonne vertébrale par conséquent. Il faut pousser le liquide très lentement. Il va sans dire que la peau a été préalablement soigneusement lavée à l'alcool ou à l'éther.

Par Millian (*Le Progrès médical*, 27 août 1910).

TRAITEMENT DE L'ASTHME ET DE SES DIVERSES VARIÉTÉS.

Chez les neuro-arthritiques, l'influence de la localité est vraiment extraordinaire. Le bord de la mer ne convient pas, en général, ainsi que les altitudes dépassant 1.200 mètres. La vie au grand air, à l'abri des poussières, des odeurs fortes et du surmenage, est à recommander. Comme hydrothérapie, on prescrira la douche écossaise à 38° pendant deux minutes, suivie d'un jet froid de vingt secondes, pendant vingt jours de suite chaque mois.

Comme alimentation, ne prendre de la viande qu'à midi, ne boire que de l'eau avec ou sans un peu de vin blanc léger; un purgatif salin par mois est indiqué.

Comme médicament, l'iodure de potassium associé au benzoate de soude conviendra à la plupart des cas: on peut le faire alterner avec l'arséniate de soude. Les bromures conviennent aux crises violentes. La teinture de boldo (XX à XXX gouttes par jour) sera prescrite dans les cas où l'asthme dérive d'une congestion du foie.

L'accès lui-même, s'il est très violent, sera de préférence traité par l'injection de morphine à laquelle on ajoute un demi-milligramme de sulfate d'atrophine.

Par Fréron (*Rev. intern. de méd. et de chir.*, 10 mai 1910).