

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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


PARAISSANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

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

---

Vol. XLII

1er SEPTEMBRE 1913

No 9

---

## MEMOIRES

### “ LA CONSTANTE D'AMBARD ” (1)

Par R. FALARDEAU,  
Moniteur diplômé de la clinique des voies urinaires,  
à l'Hôpital Necker, Paris.

Ce procédé relativement nouveau d'exploration des fonctions rénales, grâce aux renseignements mathématiques qu'il nous fournit sur la valeur des reins, est susceptible de rendre aux médecins et aux chirurgiens de précieux services. Lors de mes débuts à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker, à Paris, mon attention fut bientôt attirée vers cette méthode nouvelle à laquelle M. le Dr Chevassu donnait une si grande importance, tant dans ses cliniques que dans ses causeries de chaque jour. Dans sa clinique du 17 mai 1911, la K. d'Ambard, le suppléant du professeur Albarran s'exprimait ainsi: “ nous croyons posséder dans “ l'épreuve de la polyurie d'Albarran d'une part, dans la recherche de la K. de l'autre, deux procédés susceptibles de nous indiquer respectivement la “ valeur hydropyène ” et la “ valeur “ urémigène ” du rein étudié.”

Depuis cette époque de nombreuses recherches ont été faites — un grand nombre d'observations ont été recueillies et toutes,

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal. Mars, 1913.

comme je vous le démontrerai dans un instant, nous prouvent la valeur de ce procédé et nous indiquent la confiance que nous pouvons lui donner.

Jusqu'au jour où le professeur Albarran fit ses remarquables travaux sur la "polyurie expérimentale" et l'étude du fonctionnement séparé des deux reins, que Achard et Castaigne nous donnèrent, l'épreuve si précieuse du "bleu de méthylène," les médecins et chirurgiens, ne pouvaient compter en pathologie rénale, que sur les indications fournies par une analyse simple des urines; mais à combien d'erreurs cette analyse simple ne conduisait-elle pas bien souvent? La constante d'Amgard arrive bien à son heure pour compléter les recherches si nombreuses et si utiles du Prof. Albarran et continuer à immortaliser la "Clinique de Necker."

*En quoi consiste le "Constante d'Amgard?"*

Il est depuis longtemps reconnu que le dosage de l'urée de l'urine amène aux conclusions les plus erronées, de même que le dosage de l'urée dans le sang. Dès 1904, on reconnaissait ces faits et Nestor Gréhaut avait proposé pour mesurer l'activité physiologique des reins d'établir un rapport en comparant la teneur en urée de 100 gr. de sang et de 100 gr. d'urines. L'idée de comparer le sang à l'urine était heureuse, mais le problème était bien plus complexe. M. le Dr Amgard, à la suite des travaux du Prof. Widal et de son clerc Javal; des expériences multiples pratiquées sur lui-même et tout le personnel de "Necker" a eu le mérite de démontrer en se basant sur des lois que des rapports constants existent entre la concentration de l'urée sanguine et le débit de l'urée urinaire d'une part, entre le débit de l'urée urinaire et la concentration de l'urée dans l'urine d'autre part.

Quelle confiance est-on en droit d'accorder aux méthodes habituellement employées pour apprécier la fonction uréique par l'étude de l'urée de l'urine?—Il faut ici faire une grande différence entre l'étude du débit global et du débit des deux reins pris séparément. Autant l'étude du débit séparé des reins nous fournit de renseignements, autant l'étude du débit global peut nous conduire à de grandes erreurs.

On considère généralement le taux de 30 gr. d'urée par 24 heures, comme normal et des quantités inférieures à ce chiffre

comme des indications d'altérations rénales. " Or, il en résulte des recherches d'Ambard et c'est la première de ses lois que le débit uréique varie proportionnellement à la quantité de l'urée du sang, qui varie elle-même ainsi que l'ont montré Widal et Javal avec l'alimentation azotée: d'où il résulte que l'élimination d'urée variera avec l'alimentation ou encore avec le quantité plus ou moins grande d'urée dans le sang; de sorte qu'un individu sain soumis à une diète sévère peut éliminer des quantités d'urée moindres qu'un homme très malade et porteur de fortes lésions rénales."

Il y a bien encore la recherche de la " concentration maxima " de l'urée dans l'urine qui pourrait fournir quelques renseignements, mais elle expose grandement le malade en lui faisant ingérer des quantités considérables d'urée, puis demande des manipulations de laboratoire qui sont loin d'être pratiques.

*La fonction uréique du rein appréciée par l'étude de l'urée dans le sang.*

M. le Professeur Widal et son élève Javal ont montré qu'avec un rein lésé dans sa fonction d'élimination il se produit une accumulation d'urée dans le sang. Ces deux messieurs ont aussi attiré l'attention sur le fait que le taux de l'urée du sang varie à l'état normal dans des proportions assez étroites, c'est-à-dire entre 0.15 et 0.50. Quand il y a plus de 0.50, on peut dire qu'il y a rétention, mais dans cette étude pour arriver à des renseignements précis, il faudrait tenir compte des aliments ingérés et savoir quelle quantité de matières albuminoïdes on a. Ces recherches demandent des manipulations de laboratoire aussi longues que difficiles qui nous expliquent bien pourquoi ce procédé n'est pas entré dans la pratique courante.

Le dosage seul de l'urée du sang est-il à régler? Non, sans doute, et dans les azotémies considérables, chez les malades soumis à un régime sévère, il peut nous fournir de précieux renseignements, cependant ce n'est pas malheureusement dans ces cas seulement qu'il faut connaître la teneur de l'urée du sang, mais dans les cas d'urémie latente, et alors qu'il pourrait nous rendre de précieux services il est tout à fait insuffisant. Nous sommes donc heureux dans ces cas d'avoir à notre disposition la " constante d'Ambard," laquelle nous permettra de découvrir les plus minimes rétentions d'urée.

*“ La Constante d'Ambard.”*

M. Ambard prit pour point de départ à ses travaux les études de MM. Widal et Javal sur l'élimination de l'urée, puis à force de tâtonnements et d'expériences multiples il arriva à l'énoncé de lois dont l'exactitude est aujourd'hui admise et reconnue par tout le monde. Il poursuivit ses expériences sur lui-même, puis sur tout son personnel. Afin de confirmer ses avancés il se soumettait aux régimes les plus variés, faisant une journée une diète absolue, puis le lendemain une diète généreuse. Avec chacune de ses diètes il faisait sa K. à deux ou trois reprises et était toujours étonné d'arriver au même résultat. S'en est-il tenu aux changements ordinaires de diète? non, il a continué ses expériences après avoir ingéré de fortes quantités d'urée. Je me rappelle l'avoir vu un jour vaquer à ses occupations avec une urémie de 8 gr. au litre. Dans ce cas encore, il trouvait les mêmes chiffres de K., ce qui ne manquait pas de le rendre très heureux.

C'est à la suite de ces recherches et de ces expériences, puis de l'étude comparée des trois termes Ur. (urémie), C. (concentration) et D. (débit) qu'il en est venu à formuler ses trois lois sur lesquelles s'appuie sa K.

1<sup>re</sup> Loi: — “ Lorsque le rein débite l'urée à une concentration constante, le débit varie proportionnellement au carré de la concentration de l'urée dans le sang.”  $(K = \frac{ur}{D} \times V)$

2<sup>e</sup> Loi: — “ Lorsqu'avec une concentration d'urée constante dans le sang, le sujet urine l'urée à des concentrations variables, le débit de l'urée est inversement proportionnel à la racine carrée de la concentration de l'urée dans l'urine.”

$(K = ur \times \sqrt{D})$

3<sup>e</sup> Loi: — (Conséquence des deux premières.)

“ Lorsque la concentration de l'urée dans le sang est variable et que la concentration de l'urée dans l'urine est variable, le débit uréique varie en proportion directe du carré de la concentration de l'urée dans le sang et en proportion inverse de la racine carrée de la concentration de l'urée dans l'urine.”

“ Pour vérifier la première loi, écrit Ambard, il faut examiner “ à plusieurs reprises le sujet avec des urémies variées, mais avec “ des taux d'urée urinaire constants. Pour faire vérifier l'uré-

“mie rien de plus aisé, il suffit de faire ingérer au sujet plus ou  
 “moins d'urée, mais pour qu'en dépit du taux de l'urémie le taux  
 “de l'urée reste constant, il faut donner en même temps de l'eau,  
 “en quantité telle, que l'ingestion de l'urée ne modifie pas la con-  
 “centration urinaire. Ce dernier résultat ne peut être obtenu  
 “qu'en observant constamment, tous les quarts d'heure ou toutes  
 “les dix minutes, les modifications de la sécrétion urinaire, de ma-  
 “nière à presser l'ingestion d'urée si la concentration urinaire  
 “fléchit; à presser, au contraire, l'ingestion d'eau si la concentration  
 “urinaire augmente. L'expérience est laborieuse.” (Travail  
 original d'Ambard, *Semaine Médicale*, 1911.)

Supposons au moyen de chiffres, le fonctionnement suivant d'un rein avec débit à concentration constante.

Débit.	Concentration.	Ur.
20 gr.	25 % 0	0.30
80 gr.	25 % 0	0.60
180 gr.	25 % 0	0.90

C'est-à-dire que si le rein débite l'urée à une concentration constante de 25 %, le débit rénal variera proportionnellement au carré de la concentration de l'urée du sang. Quand l'urémie est de 0.30 et le débit de 20 grammes, si l'urémie augmente à 0.60 le débit doit monter à 80 gr. En effet,

$$0.30 : \sqrt{20} = 0.60 : \sqrt{80} - 0.066$$

de même que  $0.90 : \sqrt{180} - 0.066.$

ce qui revient à dire que plus il y aura d'urée dans le sang, plus le rein devra en laisser passer, mais d'après Ambard ce fonctionnement du rein ne se fait pas à l'aventure mais toujours d'après un rapport constant, c'est-à-dire  $ur : \sqrt{D}.$  —

2e Loi: — “Lorsque, avec une concentration d'urée constante dans le sang, le sujet urine l'urée à des concentrations variables, le débit est inversement proportionnel à la racine carrée de la concentration de l'urée dans l'urine.”

Ambard a fait cette expérience en faisant ingérer à son sujet beaucoup d'eau et de petites quantités d'urée, afin qu'une polyurie intense épuise rapidement l'urée du sang.

Pour arriver à la preuve numérique de cette loi : supposons avec les mêmes chiffres que précédemment un rein donnant à une concentration de 25 %, un débit de 20 gr. avec une urémie à 0.30. Si l'urémie reste constante et que la concentration diminue le débit doit augmenter.

Exemples :

Débit.	Concentration.	Ur.
20	25°/100	0.30
25	16°/100	0.30
33.3	9°/100	0.30

C'est-à-dire qu'avec une même urémie plus la concentration diminuera, plus le débit devra augmenter, mais ce débit n'augmente pas d'une façon indifférente, mais dans une proportion inverse à la racine carrée de la concentration, d'où :

$$20 \times \sqrt{25} = 25 \times \sqrt{16} \text{ ou } 33.3 \times \sqrt{9}, \text{ c-à-d. } - 100$$

N. B. Les chiffres que j'ai employés ici ne sont pas dûs aux résultats d'expériences comme ceux que Ambard donne dans ses travaux originaux ; ce sont ceux qu'il employait lui-même pour ses explications. Ces nombres étant simples, et les calculs faciles à faire, rendent plus faciles la compréhension et l'explication de ses lois.

3e Loi : — “ Lorsque la concentration de l'urée dans le sang est variable et que la concentration de l'urée dans l'urine est également variable, le débit uréique varie en proportion directe du carré de la concentration de l'urée dans le sang et en proportion inverse de la racine carrée de la concentration de l'urée dans l'urine.”

Pour la vérification de cette loi, qui résulte des deux premières, nous prendrons en conservant les mêmes chiffres des cas dans lesquels tous les nombres sont changés.

Débit.	Concentration.	Ur.
20 gr.	25 % 0	0.30
80 gr.	16 % 0	0.60

D'après la première loi, “ lorsque le rein débite l'urée à une concentration constante, le débit varie proportionnellement au carré de la concentration de l'urée dans le sang.”

$$\text{D'où} \quad \overline{20} = 0.60 : \sqrt{80} - 0.066.$$

Nous allons maintenant voir à la vérification de la deuxième loi, à savoir: "Lorsqu'avec une concentration d'urée constante dans le sang le sujet urine l'urée à des concentration variables, le débit de l'urée est inversement proportionnel à la racine carrée de la concentration de l'urée dans l'urémie."

"Pour résoudre le problème, dit Ambard, il faut calculer d'après cette dernière loi qu'elle eût été dans la deuxième expérience le débit uréique si la sécrétion uréique s'était faite au même taux que dans la première, mais toujours sous l'urémie constatée dans la seconde." C'est-à-dire quel eût été à la place de 80, le débit uréique si la concentration avait été de 25% au lieu de 16 %, et ce sous une urémie de 0.60.

$$\frac{80}{x} = \frac{\sqrt{25}}{\sqrt{16}} \cdot 100.$$

D'où pour rechercher sa K. nous aurions

Cette "constante" est donc identique à celle calculée sur la première expérience.

*Formule clinique de la Constante :*

Il n'était pas suffisant d'avoir établi les lois que nous venons d'expliquer et d'en avoir démontré l'exactitude, il fallait en plus leur donner une forme pratique pour les adapter à la clinique. Afin d'arriver à des résultats comparables avec les différents sujets il faut tenir compte du poids du sujet examiné et le rapporter à un poids comme de 70 kilos — poids que Ambard a lui-même adopté. L'importance du poids n'est pas très grande pour les personnes dont le poids varie par quelques kilos seulement de 70 kilos, mais pour les personnes particulièrement grasses cette importance devient considérable et peut modifier passablement les résultats.

Afin de rendre tous ses résultats comparables Ambard a ramené tous ses points de comparaison à une concentration type de 25%0. Pourquoi a-t-il pris une concentration de 25% 0? Pour la double raison que c'est une concentration courante et qu'on peut facilement en prendre la racine carrée.

Voici donc ramenée à elle-même la formule pratique de la constante

$$\frac{U_R}{V_D \times \frac{70}{P} \times V \frac{c}{25}} = K$$

*Chiffres normaux de la K.*

Voyons maintenant quels sont les chiffres normaux de la K.

D'après les premières expériences le chiffre de la K. normale était de 0.040, mais alors on employait pour le dosage de l'urée sanguine le noir animal. Depuis Ambard a quelque peu modifié et simplifié son procédé de dosage, et à présent les chiffres normaux de la K. varient entre 0.055 et 0.065. (Le Dr Baril, qui vous parlera de la partie pratique vous donnera le pourquoi de cette différence).

*La K. d'Ambard a-t-elle une réelle valeur ?*

Comme toute méthode nouvelle, la K. a de nombreux détracteurs, cependant les résultats merveilleux qu'elle a fournis et les nombreuses adhésions de sommités médicales qu'elle s'est acquises sont, il me semble, plus suffisants pour que nous ne puissions douter de sa valeur.

Au dernier congrès d'Urologie, tenu à Paris en octobre 1912, M. le Prof. Legueu a soutenu de sa haute autorité la valeur de la K. d'Ambard: les nombreuses publications et cliniques faites sur le sujet par le professeur agrégé Chevassu, qui a donné à ce procédé toute son attention: les cliniques des Professeurs Chauffard et Widal, puis du Dr Marion; les expériences multiples de MM. Carrion et Guillaumin, à la suite desquelles ils concluent ainsi: "Malgré la perturbation considérable apportée à la composition du sang par des modifications si marquées de sa richesse en urée, le chiffre final donné par la formule resta sensiblement uniforme. Pareil fait n'était évidemment possible qu'à deux conditions: que 1° les lois résumées par la formule fussent exactes et que 2° la technique des déterminations chimiques réalisées fut exacte aussi;" tous ces témoignages sont plus que suffisants pour enlever tous les doutes qui pourraient planer sur cette méthode. Il est un autre procédé encore plus probant, procédé

employé par M. Ambard, tant pour se rendre compte de l'exactitude de ses dosages que pour convaincre les sceptiques. Ce procédé consiste à faire la K. chez un sujet, à en énoncer le rapport, puis alors à changer complètement tous les chiffres en faisant prendre au sujet pour la seconde expérience une certaine quantité d'urée.

Voici un exemple frappant de vérification :

1<sup>re</sup> expérience : Le sujet est examiné dans les conditions où il se présente. On trouve :

Ur. 0. gr. 277 — C. 9 gr. 47 — D. 25.7. K. 0.069

2<sup>e</sup> expérience : Après ingestion d'urée on recherche à nouveau la K. et on :

Ur. 0.414 — C. 17.2 — D. 39.3 — K. 0.072

On voit que les deux constantes sont sensiblement les mêmes.

#### CONCLUSIONS :

Enfin, pour terminer, je ne saurais mieux faire que de vous citer quelques-unes des conclusions de M. Chevassu sur ce sujet :

1° “ L'étude de la fonction uréique du rein permet d'apprécier l'une des fonctions du rein, l'excrétion de l'urée, fonction capitale, puisque ses altérations aboutissent à l'urémie.

2° “ La valeur de la fonction uréique des reins ne peut pas être établie par l'étude de l'urée de l'urine, le débit de l'urée urinaire, comme sa concentration, varie trop facilement suivant le degré d'alimentation azotée des sujets. L'étude de l'urée de l'urine, si importante pour établir la valeur comparée des deux reins est impuissante à nous faire connaître exactement la mesure effective du fonctionnement rénal ;

3° “ La valeur de la fonction uréique du rein peut être assez nettement établie par l'étude de l'urée du sang. L'azotémie (Widal et Javal) permet de déceler les altérations marquées de la fonction uréique ; elle est destinée à rendre de grands services en chirurgie comme en médecine, puisqu'elle stigmatise les urémiques latents ; mais elle est insuffisante à déceler les altérations plus faibles de la fonction uréique, importante cependant à connaître pour le chirurgien.”

4° La constante uréique d'Am bard est appelée à nous rendre de grands services en nous fournissant des indications opératoires précises et en nous faisant connaître la valeur des reins d'une façon absolument mathématique.

---

### TRIBUNE LIBRE

---

#### A PROPOS DU BANQUET DONNE PAR LA PROFESSION MEDICALE DE MONTREAL AUX OFFICIERS DU DESCARTES

A M. le Dr Albert LeSage, rédacteur de l'Union Médicale,

Mon cher rédacteur,

Dans la livraison d'août de votre journal j'ai lu, à la page 439, un petit paragraphe me concernant. C'est la raison de cette lettre que je vous prie de me faire la courtoisie de communiquer à vos lecteurs.

A propos d'une circulaire du Conseil Médical fédéral — dont, entre parenthèse, je suis aussi surpris que vous qu'elle ait été écrite en langue anglaise puisqu'elle était destinée à la province de Québec — vous dites: "Voici un beau sujet de dissertation pour le Dr Simard, de Québec. Il pourrait même en faire une "question de privilège" à la prochaine réunion des gouverneurs du Collège, en septembre et il ne risquerait pas d'errer comme il l'a fait en juillet dernier à propos du Descartes."

Je ne puis concevoir que les commérages de scribes qui pontifient à la petite chapelle de la Clinique aient pu à ce point surprendre votre bonne foi. Vous savez bien que les faits se déforment selon l'œil de ceux qui les regardent et en l'espèce vous auriez dû vous méfier. A la Clinique, voyez-vous, on ne rapporte pas plus fidèlement la pensée d'autrui qu'on ne transcrit les motions au Bureau des gouverneurs — question d'optique sans doute. Je vous l'avouerai, je n'avais aucunement l'intention de répondre au petit article, que les rédacteurs de la Clinique, après s'être cotisés, m'ont gratifié, avec cette légèreté de touche devenue proverbiale. On se diminue à de semblables fréquentations, et on

perd inutilement son temps à prendre au sérieux ces insignifiances naïves où le manque d'élégance et de bon goût ne le cède en rien à la plus insigne mauvaise foi relevée d'un grain de perfidie. Mais puisque des professionnels sérieux ont pu s'y arrêter et même s'y laisser prendre, je me vois dans l'obligation de mettre, une fois pour toutes, les choses au point et faire cesser une équivoque qui menace de prendre rang parmi les légendes.

En effet, mon cher rédacteur, je me suis élevé au Bureau des Gouverneurs, contre ce que j'appellerai le panache de la fête médicale donnée aux officiers du Descartes. J'ai fait ces remarques au Bureau des Gouverneurs parce que c'est lui qui représente de droit comme de fait la profession de cette province et parce que cette question intéressait tout particulièrement la profession vu qu'elle était conviée à Montréal pour fêter le personnel du Descartes. Mais lorsque l'on écrit que j'ai protesté purement et simplement contre le banquet de Montréal — comme le dit M. Villecourt dans son journal — on donne une sérieuse entorse à la vérité. Il ne faut pas se payer de mots. Dans notre pays malheureusement, les mots ont souvent plus d'emprise sur les esprits que les choses qu'ils expriment. Ainsi, tout le monde a applaudi aux fêtes que les citoyens de la ville de Montréal ont données au personnel du Descartes à l'occasion de la fête nationale française et du dévoilement de la statue "La France"; tous et chacun ont vu avec plaisir les médecins de Montréal profiter de l'occasion pour recevoir avec courtoisie, même avec une amabilité empressée le médecin de marine avec les officiers; ceci est au delà de toute contestation.

Mais là n'est pas la question en litige.

Je me suis élevé contre l'idée de mettre en branle la profession de cette province pour aller au devant d'un médecin de marine, sans mandat quelconque de ses confrères de France, aucunement apostillé auprès de vous pour y représenter la science française. J'ai cru, et je crois encore, que noliser la barque médicale de cette province et l'envoyer à la rencontre d'un officier de marine médecin major, c'était d'une disproportion, d'un manque de mesure non à l'avantage de la profession de cette province, et sans égard à son importance et à sa dignité.

Monsieur, que pourrait-on faire de plus, si le Doyen de la Faculté de Paris ou l'un de ses représentants autorisés venait

au Canada du moment que pour un simple médecin de marine, tout le ban et l'arrière ban de la profession sont convoqués ?

C'est contre cette mobilisation aucunement en rapport avec l'événement que j'ai élevé la voix; et ce que j'ai dit tout haut, nombre de collègues tant de Montréal que d'ailleurs, même de vos collègues à l' "Union" le disaient ouvertement. La profession de cette province, voyez-vous, a sa dignité à sauvegarder et elle ne doit pas servir d'instruments à quelques intrigants par trop particularistes, avides de réclames et qui se croient adjudgé le monopole de la pensée française dans notre pays. Et, à mon avis, c'était diminuer son importance comme corps professionnel, le rapetisser même aux yeux de l'étranger averti et sceptique, que de l'afficher comme donnant officiellement dans une fête médicale semblable.

Notre profession, mon cher rédacteur, est une vieille dame qui a droit aux respects et aux égards d'un chacun et elle ne peut pas permettre qu'on prenne trop de liberté avec elle. Il y a des emballements trop puérils pour ne pas prêter quelque peu au ridicule. Pensez donc, soulever une profession pour un médecin sans lettres de créances, simplement officier de marine! Je suis étonné que cela ne vous ait pas frappé. Quant à l'idée d'un banquet donné aux officiers du Descartes — tous d'ailleurs très distingués — cela ne pouvait avoir aucun rapport direct avec la profession, que je sache. Voilà en substance ce que j'ai dit au Bureau et aujourd'hui que la fumée du banquet s'est dissipée, j'ai le regret de vous signaler que je n'ai pas changé d'opinion.

Certes, vous pouvez penser tout autrement et voir les choses sous un tout autre angle, — c'est un droit qui ne se discute pas — cela ne vous oblige nullement à me parler des motifs que je n'ai pas et que je me sais incapable d'avoir. Je sais très bien qu'on objectera à l'encontre de mon opinion — pour justifier l'ampleur et l'extravagance du mouvement professionnel — que le médecin de marine représentait un symbole, ce qui justifie tout. Le mirage du symbole est immense de fantaisie; entre nous, symbole à décorations tout au plus.

M. Villecourt, qui a le lyrisme facile, n'est pas tenu d'être de mon avis. Il ne me paraît pas cependant s'être douté que bien longtemps avant la visite du Descartes à Montréal, depuis 1860, l'époque de la "Capricieuse," des flottes de vaisseaux de

guerre, le drapeau de la France à la corne, ont remonté le Saint-Laurent, et, chose vraiment inconcevable, personne n'a jamais songé un instant à envoyer à leur rencontre la profession médicale de cette province, sous le prétexte qu'il y avait à bord des médecins à significations symboliques. Il y a sans doute, aussi, trop peu de temps qu'il est dans le pays — ou bien il a été trop occupé à Montréal — c'est si loin de Québec — pour s'être aperçu qu'en maintes circonstances, les médecins de Québec et d'ailleurs ont eu la visite de professionnels très distingués et qu'ils n'ont jamais manqué de les recevoir avec dignité et un courtois empressement. Il suffit de citer quelques-uns: Drs Triboulet, Proust, le prof. Lannelongue, la commission française au nombre de quarante membres avec le prof. Landouzy comme président, de passage à Québec en route pour Washington, ont été reçus avec banquets, promenades, etc, sans que pour cela, il fut nécessaire dequisitionner les professionnels de toute la province. Mais en 1908 M. Yves Delage, académicien et M. M. Rénaut tous deux apostillés comme représentants du gouvernement et de la science française — près du Congrès des Médecins Canadiens de langue française — ont été reçus par la profession et à cette occasion l'amiral Jaurégueteny et ses officiers ont été invités aux fêtes médicales d'alors. Dites donc cela à M. Villecourt à votre première rencontre, c'est une petite leçon d'histoire dont il a grandement besoin.

Maintenant, mon cher rédacteur, je termine cette lettre, que j'aurais voulu plus courte, en vous remerciant de votre gracieuse hospitalité. Je vous ai exposé loyalement mon opinion, vous êtes libre de réserver votre approbation. Quelques-uns m'imputeront les plus noirs desseins. Cela n'a en soi aucune espèce d'importance. Je n'ai pas d'ailleurs l'intention d'entrer en conversation avec eux. Ce serait peine perdu. Nous ne parlons pas la même langue; nous n'habitons pas non plus la même sphère intellectuelle.

Bien cordialement à vous,

Québec. Août 1913.

DR ARTHUR SIMARD.

**Note.** — Je n'ai pas l'intention de prolonger ce débat. J'ai voulu dire que le " Collège des Médecins " n'avait aucune raison

de s'immiscer officiellement dans ce banquet auquel personne ne l'avait convié et que mon aimable correspondant a trébuché en le saisissant de cette affaire, à la fin d'une séance plénière. C'était, tout au moins, manquer de mesure.

Quant à ses motifs personnels, je ne dois pas les discuter. Nous sommes libres dans ces occasions d'adhérer ou non sans être taxés de snobisme.

Quant à l'affirmation d'avoir nolisé la barque de la profession médicale de cette province pour aller au devant du médecin-major du "Descartes", on ne peut la soutenir. Quelques amis qui habitent Québec, Trois-Rivières, St-Hyacinthe, etc, ont été informés de la chose, par courtoisie; leurs amis étaient aussi les bienvenus. Nous avons voulu, nous les médecins de Montréal, saluer la France officielle qui venait nous rendre visite à l'occasion d'une belle fête, et nous avons profité de ce bon moment pour lui dire que nous attendions ses représentants autorisés en médecine au congrès de 1916.

C'était simple, spontané, sincère. Nous sommes satisfaits.

Votre belle Dame n'avait rien à craindre, nous n'avons jamais eu l'intention de la violenter. Nous n'allions pas à Cythère.

Après vous... mon cher...

A. L.

---

## INTERETS PROFESSIONNELS

---

### L'HONNEUR PROFESSIONNEL ET LE TARIF MINIMUM OBLIGATOIRE

Jamais on ne devrait se laisser d'élever hautement la voix contre l'état actuel des membres du corps médical de la Province de Québec. A part des chirurgiens, ou de ceux qui se sont spécialisés dans les différentes branches de l'art médical, la plupart de nos confrères, pour ne pas dire tous, gémissent sur l'insuffisance de leur revenu, tant dans leur pratique active que dans les positions publiques. L'ignorance, le manque d'éducation et de bonne volonté d'un grand nombre des nôtres, sont les causes les plus visibles de l'avalissement de la profession médicale au dernier degré de l'échelle des professions; tandis que, déoulant plus que toute autre, de la nécessité humaine et revêtue d'un

caractère sublime par le noble but qu'elle a à remplir dans le monde, la profession médicale devrait être au sommet de toutes les sociétés humaines et être regardée telle par le peuple :

A vous, mes lecteurs, laissez-moi vous raconter une anecdote assez piquante sur la mentalité erronée de peuple à l'endroit des professions et la conception qu'il s'est faite sur la nôtre.

“ Un riche cultivateur de mon Comté s'était pris de querelle avec un de ses voisins non moins riche ; ma foi, pour une futilité. La rancune, grandissant de jour en jour, l'avait conduit chez Mtre B..., célèbre avocat de Montréal ; celui-ci, poli et tout empressé auprès de son client nouveau, s'informe habilement de sa situation financière et, rassuré sur ce point, il lui infiltre dans les veines le venin de la vengeance, et mon ours mal léché, ou plutôt je dirais mieux, bien léché, décharge le flot de sa haine que l'homme de loi flatte adroitement en lui assurant le succès d'un procès ; et ainsi, après avoir exploité tous les bas instincts de son client, l'avocat lui allégit sa bourse de cinq dollars pour sa consultation ; et mon homme de s'en revenir tout souriant et tout confiant dans le résultat de sa vengeance.

Quelque temps après, j'apprends que mon paysan du Danube, comme dit Lafontaine, a perdu son procès avec plusieurs centaines de piastres de frais ; mais encore bien déterminé à nourrir sa haine, et recommencer de nouveau.

Voici que le même homme, et c'est ici le point piquant, vient me consulter un jour ; non pas, cette fois, conduit par la bêtise humaine, mais bien par la nécessité ; après avoir fait toutes les recherches d'usage, pour assurer la rectitude de mon diagnostic, je lui déclare qu'il fait de la néphrite chronique. Je me refuse à toute intervention de médicaments dès le début, et je me borne à lui prescrire un régime alimentaire et une diète lactée mensuelle de dix jours. Je réclame deux dollars pour ma consultation, mais... je n'ai jamais revu mon homme au bureau et j'apprends plus tard ses critiques acerbes contre ma personne. “ Drôle de médecin, disait-il, il ne m'a donné aucune médecine, et m'a chargé l'énorme somme de deux dollars pour lui parler.” Voilà jusqu'à quel point certains de nos confrères ont avili la profession rurale, en lui faisant perdre même le caractère distinctif des professions. L'évangile a un bon mot pour une seule profession, et c'est pour la profession médicale : “ Rends au médecin, pour tes besoins, les honneurs qui lui sont dûs, car c'est

le Seigneur qui l'a créé; il arrive souvent que leurs mains ont des succès", dit l'Ecclésiastique.

On élèvera de splendides mausolées à la mémoire d'un rebouteur, comme dernièrement en Ecosse, que dis-je, à la mémoire même d'un lutteur qui dans une seule exhibition de biceps aurait sorti de la scène riche de quinze à vingt mille dollars, et on laissera s'éteindre le souvenir d'un Rottot et d'un Lamarche, et que sais-je encore! On érigeria des monuments superbes à des politiciens célèbres qui souvent arrivent au pinacle du pouvoir par des intrigues étrangères à l'honneur et à la loyauté, ou par des compromis antipatriotiques; et on laissera s'engouffrer dans l'ombre de l'oubli, un Dr Lachapelle dont le patriotique dévouement et le travail incessant ont contribué à conserver à la nation un demi million de petits êtres.

Nous devons donc alors travailler sans relâche à préparer notre avenir; mais nous devons aussi préparer celui des générations de médecins à venir, de nos fils surtout, qui pour la plupart ont des tendances héréditaires à l'étude médicale, malgré la peinture peu alléchante que leur en fait la presque totalité des pères médecins pour les soustraire aux luttes de corsaire qu'ils ont eu eux-mêmes à supporter durant leur course médicale. En effet, de toutes les branches de la société, depuis l'humble travailleur des rues jusqu'au plus haut fonctionnaire public, je ne vois pas d'hommes qui se déchirent et se détruisent avec autant de sauvagerie, que les médecins entre eux. Le médecin n'a pas d'ennemi plus acharné que son propre confrère. Où donc trouve-t-on la cause de cette désunion aussi honteuse que ruineuse, si ce n'est dans la liberté qu'a chaque médecin d'exiger tels ou tels honoraires pour des services réguliers? Chaque coin ou chaque district médical de la Province présente les mêmes misères professionnelles; et nul ne saurait se trouver au milieu d'un groupe de confrères de la campagne, soit à l'hôpital, soit dans d'autres réunions, sans que chacun formule la même plainte: "Nous sommes des fous, nous n'avons pas assez d'entente." Que voulez-vous, chers confrères, quand nous avons des incontrôlables comme le Dr un Tel, de tel canton, que le fouet seul ferait marcher dans le chemin de l'honneur et de la loyauté, médecin sans vergogne, et j'assume toute la responsabilité de mes avancés, sur la conduite duquel une enquête sérieuse devrait se faire tant par le

Collège que par les tribunaux de justice. On ne pourrait jamais trop nettoyer notre corps médical pour le faire monter au niveau d'honneur auquel il a droit; et il en est un peu ainsi dans un grand nombre de localités; pour les unes, ce sont de vieilles croûtes qui ne veulent pas abandonner leur sottie routine, de peur de tout perdre; pour les autres, ce sont de jeunes médecins qui veulent tout briser sur leur passage et abaissent les taux pour ravir la clientèle.

Voilà la plaie dans toute sa laideur, et comment la fermer, si ce n'est par l'imposition d'un tarif minimum obligatoire dans notre Province... Quoi! sommes-nous moins intelligents que les membres des différentes associations ouvrières qui se sont liguées comme un seul homme contre les âpretés du capital!

A l'âge avancé de la vie, l'homme des champs, et même quelquefois l'homme de métier, se repose dans une douce quiétude, tandis que rares sont les médecins qui peuvent se donner cette tranquillité après avoir été constamment sur la sellette vingt-quatre heures par jour, durant 30 ou 40 ans; la plupart des nôtres doivent briser prématurément le reste de leur santé dans de longues veilles auprès des malades.

Faisons comme les membres de la chambre des Notaires qui ont su aplanir leur situation en faisant accepter par la Législature, un tarif minimum obligatoire; et depuis ce temps, tous les notaires se regardent souriant et font bonbance en faisant une vie plus en conformité avec leur dignité sociale.

Unissons-nous, et forçons les pouvoirs publics de donner un salaire plus rémunérateur à ceux des nôtres qui occupent des positions publiques où ils doivent utiliser leur science médicale.

La position de coroner de district, d'inspecteur d'Hygiène et de médecin des grandes cités, fournissent des salaires ridicules. Pourquoi le médecin de la cité de Montréal ne recevrait-il pas un salaire égal à celui de l'avocat, qui ne représente que les intérêts matériels bien autrement moins importants que les intérêts sanitaires de la cité? A Toronto, on paie le Médecin de la cité \$10,000 dollars par année. Pourquoi n'en est-il pas ainsi à Montréal?... Les inspecteurs d'Hygiène ont comme salaire \$2,500 avec liberté de pratique, tandis que dans la Province, on ne donne que \$1,200 dollars; et il en est ainsi à l'endroit des coroners pour ne parler que de ces quelques fonctions représentées par les nôtres.

Le médecin est l'homme qui assume les plus lourdes responsabilités, et a à supporter le plus gros lot de la charité humaine; quoi! ne doit-on pas procurer nos soins aux pauvres comme aux riches?... et pour cela, n'admettra-t-on pas que notre tarif devrait être plus rémunérateur pour combler les brèches que font dans notre revenu annuel, les pauvres qui ne peuvent pas payer, et en outre, que de bien ne ferait-on pas, que de misères de plus ne soulagerait-on pas si nous étions rénumérés plus équitablement!!

Voilà, amis lecteurs, les quelques observations qui auront, je l'espère, auprès de vous un heureux accueil; et nul, je crois, n'osera refuser d'admettre avec moi que la seule solution efficace à toutes ces réformes ne saurait être autre chose que l'imposition d'un tarif minimum obligatoire.

J. A. Coté, M. D.

St-Alexis de Montcalm, 29 juillet 1913.

N. D. L. R. — Notre confrère a entièrement raison. Il est facile de fixer par une loi une échelle de tarif minimum. Les médecins sont des moutons que l'on tond avec gaieté de cœur en toute occasion. Que voulez-vous, nous avons l'habitude de nous laisser faire!

Quelques rares districts ont déjà fait ce travail par l'entremise des sociétés médicales; les médecins intéressés s'en trouvent bien, et le public ne récrimine pas.

Pourquoi le Collège des Médecins ne ferait-il pas pour la grande famille ce que les sociétés ont fait pour leurs membres?

Que M. Côté organise un comité local et qu'il s'abouche avec son gouverneur de district qui fera des avis de motions à cet effet en séance plénière du Collège, et la chose marchera peu à peu, car nous avons la mise en train longue et pénible.

---

## CONSEIL MEDICAL DU CANADA (1)

(Traduction abrégée)

(a) Toute personne qui désire obtenir la licence fédérale peut s'enregistrer dans n'importe quelle province du Canada, pourvu qu'elle se conforme aux règles suivantes, et qu'elle paie le coût de la licence.

(b) Toute personne porteur d'une licence datée de 10 ans avant le 7 nov. 1912, peut obtenir la licence fédérale sans passer d'examen, pourvu qu'il paie le coût de cette licence.

(c) Toute personne enregistrée dans une des provinces après le 7 nov. 1912, ne peut se faire enregistrer au Conseil Médical du Canada qu'après avoir subi les examens requis à cette fin.

(d) Toute personne qui a obtenu la licence fédérale par l'enregistrement de la licence provinciale selon la clause des 10 ans, peut demander son enregistrement dans n'importe quelle province du Dominion.

“ Mais si le Conseil Médical provincial n'est pas satisfait des pièces établissant la preuve des 10 ans prescrite par l'Acte Médical, il peut exiger du candidat, avant de lui accorder sa licence, un examen sur les matières finales, tel que requis par les lois et règlement de la dite province.”

### LES EXAMENS

1. Le Conseil fixe la date de l'assemblée annuelle, l'endroit où auront lieu les examens, etc. . . .

2. Le candidat doit produire (a) sa licence provinciale, (b) un certificat du registraire provincial attestant qu'il est dûment qualifié au point de vue du brevet, du curriculum des études médicales et du diplôme universitaire.

— Il y a des formules déposées chez les registraires et que le candidat devra remplir.

3. Les applications pour les examens, avec les certificats et le coût de la licence devront être déposées entre les mains du Régistraire fédéral au moins quatre semaines avant la date des examens.

4. Les candidats qui sont porteurs d'un diplôme étranger doi-

(1) Nous publions de nouveau cet avis afin d'être utile à nos jeunes abonnés.  
— N. D. L. R.

vent produire un certificat d'enregistrement d'un registraire d'une des provinces du Canada semblable à celui que l'on exige de tout élève diplômé d'une université canadienne.

5. Aucun membre du Conseil Médical du Canada ne pourra agir comme examinateur ou comme député-registraire pour le Conseil.

6. Le Conseil pourra de temps en temps, choisir les questions d'examen et passer les règlements qui devront guider le Registraire, le député-registraire, le bureau des examinateurs et des candidats dans les salles d'examen.

7. Le titre décerné par le Conseil Médical du Canada sera le suivant: "Licence du Conseil Médical du Canada." (L. M. C. C).

8. (Clause concernant les homéopathiques.)

#### MATIÈRES SUR LESQUELLES PORTERONT LES EXAMENS

9. (a) Physiologie.

(b) Anatomie.

(c) Hygiène et santé publique.

(d) Pathologie et bactériologie.

(e) Maladies des femmes et gynécologie.

(g) Chirurgie.

(g) Médecine et thérapeutique.

10. L'examen comportera deux épreuves sur chaque matière :

1° épreuve écrite;

2° (a) clinique en médecine et en chirurgie;

(b) épreuve orale sur:

la physiologie,

l'anatomie,

l'hygiène et la santé publique,

la pathologie générale et la bactériologie,

les maladies des femmes et la gynécologie.

11. Il faut conserver 60 % des points sur chaque matière pour l'admission.

12. Un candidat qui échoue sur plus de deux matières est obligé de passer un nouvel examen sur toutes les matières. S'il échoue sur deux matières seulement, il pourra passer un nouvel examen subséquent sur ces deux matières seulement.

13. Les points accordés par les examinateurs ne peuvent être changés.

Le chapitre suivant énumère les règles qui s'appliquent à toutes les autres épreuves équivalentes au point de vue de la conduite des candidats dans les salles d'examen.

#### FRAIS

23. Le coût pour l'examen et l'enregistrement pour les deux séries de candidats (10 ans et autres) est de \$100.00.

Si un candidat échoue, il devra payer \$50.00 pour la reprise de son examen.

24. Aucun candidat ne sera admis à se présenter aux examens à moins qu'il n'ait payé cette somme en entier.

Dr R. W. POWELL,  
*Registraire.*

180, rue Cooper,  
Ottawa, P. O.

### PROGRAMME PROVISOIRE

POUR LA Ve CONVENTION ANNUELLE DES SERVICES SANITAIRES  
DE LA PROVINCE DE QUEBEC, A MONTREAL, LES 16, 17  
ET 18 SEPTEMBRE 1913

#### PREMIER JOUR :

##### *Après-midi :*

(a) Discours d'ouverture, par le Président de la Convention (Dr E. Persillier-Lachapelle).

(b) Rapport du Comité sur l'enseignement de l'hygiène (Dr J. Edouard Laberge, rapporteur). DISCUSSION.

(c) Rapport du Comité sur les maladies vénériennes (Dr P. V. Faucher, rapporteur). — DISCUSSION.

A 4½ hrs. Parade, sur le Champ de Mars, de l'outillage municipal pour le nettoyage de la ville de Montréal.

##### *Le Soir : Séance de gala :*

(a) Discours de bienvenue (autorités religieuses et civiques).

(b) Responsabilités des municipalités pour la mise à exécution des mesures sanitaires (Dr T. A. Starkey).

(c) Les avantages économiques de l'hygiène publique (Dr C. N. Valin).

## DEUXIÈME JOUR :

*Matin : . .*

(a) Rapport du Comité sur l'inspection médicale des écoles (Dr Arthur Simard, rapporteur). — DISCUSSION.

(b) Législation étrangère relative à l'inspection médicale des écoles (Dr J. A. Beaudouin). — DISCUSSION.

(c) De l'hygiène scolaire et de son influence sur le physique et le moral des écoliers (M. J.-P. Labarre). — DISCUSSION.

(d) Démonstration pratique. L'établissement de la fiche sanitaire individuelle des écoliers (Dr J. Edouard Laberge).

*Après-midi :*

(a) Comment peut intervenir l'autorité sanitaire municipale dans la lutte à faire contre la moralité infantile (Dr Adélarde Corsin). — DISCUSSION.

(b) Comment différencier la viande saine de la viande malsaine, démonstration pratique (M. Killam). — DISCUSSION.

(c) Analyse chimique du lait (Dr G. H. Baril). — DISCUSSION.

(d) Analyse bactériologique du lait (Dr Arthur Bernier). — DISCUSSION.

*Soir :*

(a) Organisation municipale à faire et moyens d'action pour lutter contre les diverses maladies contagieuses (Dr C. R. Paquin). DISCUSSION.

(b) L'eau potable dans la province de Québec : ce que fait constater l'étude poursuivie, depuis 3 ans, par le Conseil d'hygiène (M. Mac-H. McCrady). — DISCUSSION.

(c) Les réseaux d'égoûts, dans la province de Québec ; ce que révèle l'inspection (M. Théo. Lafrenière, I. C.)—DISCUSSION.

## TROISIÈME JOUR :

*Matin :*

(a) Ce que doit être l'organisation municipale pour la lutte contre la tuberculose (Dr Adjutor Savard). — DISCUSSION.

(b) Le logement de l'ouvrier (Dr E. Couillard). — DISCUSSION.

(c) Ce que les inspecteurs régionaux pourraient faire pour améliorer le service des statistiques. (Dr J. W. Bonnier). — DISCUSSION.

*Après-midi :*

Diverses contributions offertes à la Convention :

(a) Hygiène militaire (Dr Lorne Drumm). — DISCUSSION.

(b) Enseignement de l'hygiène (Dr S. G. Paquin). — DISCUSSION.

(c) Variole (Dr J. Edouard Laberge). — DISCUSSION.

(d) Porteurs de bacilles (Dr G. E. Martineau) — DISCUSSION.

(e) Conférence (Dr John Hayes). — DISCUSSION.

(f) A travers les comptes-rendus de nos conventions sanitaires (Dr Elzéar Pelletier). — DISCUSSION.

Tous les Médecins qui pourront suivre les séances de cette convention sont invités à se joindre aux autres. Le travail qu'on y fera sera profitable à tous. Les médecins de district surtout pourront trouver, là, des moyens propres à convaincre leurs conseillers et des méthodes nouvelles plus simplifiées dans l'application des mesures sanitaires énoncées pour protéger la santé publique.

---

ANTISEPTIQUE ANTAGONISTE DES DEVELOPPEMENTS  
INFLAMMATOIRES

Dans toutes les inflammations — profondes ou superficielles — la première idée thérapeutique devrait être l'Antiphlogistine.

Cette mesure curative depuis longtemps éprouvée, reconnue en pratique est appliquée aisément, toujours sûre et promptement efficace.

Le médecin qui ne connaît pas déjà l'Antiphlogistine et ses nombreuses utilités, est cordialement invité à nous écrire, afin de recevoir un généreux échantillon ainsi qu'une intéressante brochure.

L'Antiphlogistine est prescrit par les médecins et fourni par les droguistes dans tout le monde entier.

“ Il n'y a seulement qu'un Antiphlogistine.”

*The Denver Chemical Mfg. Co.,  
New-York, U. S. A.*

---

## ACTUALITES

### MEDECINE

Influence du tube digestif sur l'œil, dans *Revue de Médecine et de Chirurgie pratique*. Juillet 1913.

M. le Dr L. Pron étudie certains accidents, certains retentissements pouvant se produire du côté de l'œil à la suite d'affections du tube gastro-intestinal: il rappelle en particulier le cas d'un de ses malades qui, après certains troubles digestifs, fut atteint d'une hémianopsie puis d'une amaurose presque complète qui disparut d'ailleurs après une émission abondante de gaz.

Ces cas d'*amaurose transitoire* sont plutôt rares. Il en est de même des cas de *glaucome* observés par Fœrster et des poussées récidivantes d'*iritis* et d'*irido-choroïdites* coïncidant avec une augmentation de la constipation ou des troubles gastriques.

Ce qui est beaucoup plus fréquent, ce sont les simples troubles de la vue. Tel malade a, chaque fois qu'il mange trop, une diminution de l'acuité visuelle, au point qu'il ne peut lire; la vue redevient normale, une fois la digestion faite. Chomel avait déjà signalé le phénomène.

Ce que l'on voit souvent aussi, ce sont les troubles oculaires qui constituent la migraine ophtalmique, migraine qui est elle-même parfois d'origine purement gastro-intestinale et qui disparaît par un traitement gastrique.

L'helminthiase intestinale provoque quelquefois chez les enfants du *strabisme*.

Au lieu d'être précédés de troubles digestifs, les troubles oculaires peuvent les précéder; ils les annoncent. M. Pron a soigné, en 1910, un homme de 28 ans pour état gastro-intestinal consistant en boulimie, lourdeur après les repas, régurgitations acides, crises de coliques abdominales avec selles demi-diarrhéiques; il était prévenu de la venue de ces crises par une *difficulté d'accommodation* qui lui faisait voir trouble.

Il convient de signaler encore les *mouches volantes*, la *pseudo-conjonctivite granuleuse*, la *photophobie*, l'endolorissement du globe oculaire et les *douleurs péri-orbitaires* au moindre travail de lecture ou d'écriture.

J. Leven a attiré récemment l'attention sur ce fait, qui a la

valeur passagère chez les dyspeptiques. La *vision colorée* est plus fréquente: M. Leven a observé une dame de 45 ans souffrant de gaz continuels depuis de longues années, qui voyait rouge (au sens physique du mot) après ses repas, pendant une certaine période de sa maladie — et un jeune homme de 22 ans, auquel tous les objets paraissaient jaunes. M. Pron a vu un cas analogue.

Les annexes de l'œil peuvent être également influencés par le tube digestif. Pendant plusieurs années, il a pu constater, chez un enfant, du *clignement des paupières*, toutes les fois qu'à l'occasion d'un malaise passager on lui administrait une purgation, cette dernière amenant une perturbation momentanée dans le tube gastro-intestinal.

Pour expliquer le retentissement oculaire des affections digestives, on a pendant longtemps fait appel à la théorie de l'auto-intoxication, en oubliant l'existence du système nerveux et sa propriété fondamentale qui est de transmettre à distance l'irritation.

En réalité, c'est la théorie réflexe qui explique le mieux ces accidents, J. Leven a du reste fourni une preuve indiscutable de l'origine réflexe de la mydriase qu'il a constatée chez les dyspeptiques, dans la position debout: cette mydriase provoquée par la compression du plexus solaire ne se produit plus quand l'estomac est soulevé soit par la main, soit par une ceinture *ad hoc*.

En même temps, la facies du malade change, et la tension artérielle, qui est le plus souvent basse chez les ptosés, remonte immédiatement.

Des phénomènes si brusques ne peuvent guère s'expliquer autrement que par une action réflexe.

---

**Intoxication aiguë par le calomel à début brusque après l'absorption d'eau de Vichy**, par le Dr SPINDLER, dans *La Presse Médicale*, Samedi, 26 avril 1913.

Le 17 décembre 1910, Odette S..., âgée de 2 ans  $\frac{1}{2}$ , étant atteinte de grippe légère avec température de  $38^{\circ}2$ , son père, médecin militaire, ordonna de lui faire prendre un cachet d'antipyrine de 0,20 centigr. La bonne donna un cachet à 2 heures

de l'après-midi, et l'enfant ne prit ensuite que du lait stérilisé par petites quantités espacées toutes les deux heures.

A 7 heures du soir, le père, resté dans son cabinet, s'entend appeler avec des cris d'affolement par la garde restée près de l'enfant, il accourt et trouve sa fille en pleine crise convulsive ainsi caractérisée: la tête est dans l'extension avec les yeux révolvés; les membres supérieurs, posés sur le lit, sont en extension, poings fermés et relevés. Ils sont le siège de secousses rythmiques, qui se manifestent surtout par l'extension et l'abaissement alternatif des poings.

Ces secousses s'espacent et diminuent de force pour disparaître après quatre ou cinq minutes environ. La respiration, qui était saccadée, suit le même rythme que les secousses musculaires et s'arrête avec elles.

Le visage, très pâle au début, devient violet. Un peu de mousse apparaît sur les lèvres, la tête tombe de côté, tous les membres sont dans la résolution et tombent flasques.

Le pouls n'est pas perceptible.

La respiration par la méthode de Sylvester fut pratiquée aussitôt, accompagnée de frictions vinaigrées, et, après une période qui parut longue au père, mais qui, en réalité, ne dépassa pas cinq minutes, la circulation et la respiration se rétablirent.

L'enfant resta encore une heure sans reprendre connaissance, les yeux fixes, mais non plus révolvés.

La bonne affirma, ainsi que la sœur aînée de la petite malade, qui avait assisté à la scène, que la petite Odette était tombée à la renverse dès qu'elle eut bu le quart du verre d'eau de Vichy (source Lardy) qu'on lui avait présenté.

Sur ces entrefaites, arriva M. le médecin principal de 1<sup>re</sup> classe P..., qui après avoir examiné l'enfant redouta une méningite. Le facies était pâle et grippé, l'abdomen très ballonné. Etat de torpeur générale avec température de 39° et pouls incomptable. Les jambes étaient repliées en chien de fusil, mais pas de signe de Kernig.

M. S..., frappé du fait que l'enfant était tombée aussitôt après l'absorption de son eau de Vichy, goûta l'eau qui restait dans le verre et, n'ayant rien trouvé de particulier, se demanda si, par hasard, la bonne ne s'était pas trompée de cachet.

Il se fit présenter la boîte, brisa un des trois cachets restants

et trouva une poudre blanche, lourde et adhérente, qui ne ressemblait en rien à l'antipyrine, et dont une parcelle posée sur la langue, laissait percevoir, au bout de quelques instants, une vague saveur métallique faisant penser au calomel.

Ces cachets, analysés par un pharmacien, furent reconnus comme renfermant du calomel à la dose de 0,30 centigr. chacun.

La bonne, au lieu d'antipyrine, avait donné à l'enfant un cachet de 0,30 centigr. de calomel.

Un grand lavement d'eau glycéinée amena l'évacuation abondante de matières bien moulées et jaunes. Le ballonnement diminua. Des bottes ouatées furent mises aux membres inférieurs. Dans la nuit, l'enfant eut trois vomissements glaireux, puis, à 4 heures et 5 heures du matin, elle eut deux selles volumineuses sous forme de purée jaune verdâtre et d'une odeur excessivement fétide.

Le 18 décembre, à 9 heures du matin, température rectale  $39^{\circ}$ . Presque plus de ballonnement du ventre.

L'enfant tousse un peu avec quelques râles fugaces disséminés dans la poitrine.

L'enfant ne prend que du lait dans la journée et 3 cachets d'antipyrine et quinine à 0,10 centigr.

Le soir, température  $37^{\circ}5$ .

Le 19 décembre, à 9 heures du matin, température  $39^{\circ}8$ .

Les râles secs sont plus nombreux dans la poitrine, en arrière.

Application de teinture d'iode et couche ouatée; 3 cachets comme la veille et sirop de quinquina par cuillerées à café toutes les deux heures.

Le soir, température  $37^{\circ}5$ .

Le 20 décembre, température à 9 heures du matin,  $37^{\circ}2$ . A 9 heures du soir,  $38^{\circ}5$ .

Même traitement. L'état général s'est considérablement amélioré, l'enfant est devenue très gaie, les signes sthétoscopiques disparaissent.

Le 21 décembre, température, à 9 heures du matin,  $37^{\circ}1$ ; à 5 heures du soir,  $37^{\circ}2$ .

Même traitement que la veille.

Le 22 décembre, toute médication est suspendue et un œuf à la coque est donné à l'enfant qui se lève et joue dans l'appartement. Il est complètement guéri et gai. Il a une selle spontanée et très bonne. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Il est à noter que l'enfant, ainsi que ses deux sœurs, âgées de 5 et 9 ans, n'ont jamais présenté le moindre accident convulsif, même à l'occasion de l'évolution dentaire. En outre, depuis cet accident jusqu'au moment de la publication de la présente observation, deux ans se sont écoulés sans que l'enfant ait manifesté aucun phénomène convulsif ou même simplement nerveux.

CONCLUSIONS. — Cette observation nous a paru intéressante en raison.

1° De la gravité des accidents observés à la suite d'absorption par erreur d'une dose de 0,30 centigr. de calomel chez un enfant de 2 ans  $\frac{1}{2}$  atteint d'une petite grippe en évolution;

2° Du début brusque et instantané de ces accidents, l'enfant ne s'étant auparavant plainte de rien et ayant paru seulement fatiguée, avec ballonnement abdominal, après l'absorption de son cachet;

3° De la coïncidence immédiate des accidents convulsifs et de l'absorption d'eau de Vichy. Ce qui nous amène à supposer, qu'ils ont été causés par une réaction instantanée produite par l'alcalin sodique sur le calomel absorbé déjà depuis cinq heures et modifié plus ou moins par son séjour dans le tube digestif.

---

**Vaccination antityphoïde** dans *Revue de Médecine et de Chirurgie pratique* de Paris. (1)

La vaccination préventive de la fièvre typhoïde est discutée depuis longtemps dans des milieux très divers. C'est en effet une prophylaxie du plus haut intérêt pour la population civile et surtout pour la population militaire.

Le 23 mai dernier, le docteur Léon Labbé, au Sénat, prononçait sur ce sujet un discours très important qui a justement attiré l'attention sur cette moderne prophylaxie.

Il rappelait d'abord des chiffres bien connus mais terribles, dont les suivants. De 1875 à 1888, l'armée avait eu 141,000 hommes atteints de fièvre typhoïde et 21,000 avaient péri.

(1) Cet article nous renseigne bien sur l'état de la question et ce qu'il faut penser de la controverse entre Chantemesse et Vincent : c.-à.-d. vaccine et sérum.

D'après M. Labbé, il ne faut pas oublier que l'armée française est d'une manière générale plus mal partagée que l'armée allemande où les lois sanitaires sont mieux observées.

En limitant son examen à certaines maladies, il fit ressortir que grâce à la vaccine la variole avait virtuellement disparu. La fièvre typhoïde va-t-elle aussi disparaître à l'aide d'un vaccin antityphoïdique !

Sans doute, la surveillance des eaux, l'aménée d'eaux pures, ont joué un rôle utile dans la prévention de la fièvre typhoïde. Mais il est évident que ces moyens n'ont pas suffi, sans compter qu'ils sont inapplicables en maintes circonstances.

Au contraire, la vaccination préventive peut être appliquée aussi bien en campagne qu'en ville, en expédition ou en garnison. M. Labbé a rappelé dans son discours les efforts faits par l'administration médicale de l'armée et en particulier l'intervention capitale du médecin inspecteur Février qui chargea en 1908 M. Vincent d'étudier les résultats de la vaccination utilisée à l'étranger et les moyens les plus pratiques de préparer la vaccination dans l'armée, moyens pratiques dont l'étude aboutit à la création d'un laboratoire au Val-de-Grâce et à la nomination de M. Vincent comme directeur de ce laboratoire.

Les expériences définitives les plus probantes viennent des colonies anglaises de l'Inde, de l'Égypte, du Transvaal, de Malte où la mortalité est devenue de quatre à six fois plus faible.

L'armée allemande a vu sa mortalité diminuer de moitié après vaccination dans la campagne des Herreros.

L'armée japonaise a obtenu des succès très probants (1).

Parmi les faits appartenant à la France, M. Labbé cite au premier rang l'épidémie d'Avignon. Le nombre des malades y dépassa 2,000. Avant l'épidémie, 522 militaires avaient été vaccinés puis de nouvelles demandes furent faites et, au total, il y eut 1,366 vaccinés dans le milieu militaire. 687 seulement n'avaient pas été vaccinés.

(1) Les résultats de la vaccination devenue rapidement obligatoire aux Etats-Unis sont particulièrement remarquables. On en a eu un exemple tout à fait intéressant dans les troupes stationnées sur les frontières du Mexique ; et l'année dernière à Cuba, les 6,000 hommes de troupe vaccinés, engagés dans une campagne très pénible pour une révolte de nègres dans la province d'Oriente, n'ont pas donné un seul cas de fièvre typhoïde.

Or, la garnison donna 155 cas avec 22 morts et pas un seul des vaccinés n'a eu la fièvre typhoïde.

Ces faits ont déjà un retentissement moral dans l'armée, car dans les derniers mois de l'année 1912 on pouvait évaluer à 30,000 le nombre des militaires ayant demandé à être vaccinés.

Les essais faits au Maroc ont donné des résultats satisfaisants, si bien que M. Labbé estime que chez 62,000 militaires vaccinés il y aurait une économie de 2,000 cas de fièvre typhoïde et de 266 décès.

Aussi l'éminent sénateur conclut-il à l'obligation de la vaccine antityphoïde telle qu'elle est acceptée dans les armées étrangères et dans les mêmes conditions.

Son discours si impressionnant se terminait par un hommage aux médecins militaires qui, tant au chevet des malades qu'au feu, donnent sans compter leur vie pour la patrie.

Ce n'est pas seulement au Sénat que la vaccine antityphoïde est discutée. Depuis plusieurs mois, elle est constamment en cause à l'Académie de médecine.

Il y a maintenant une sorte d'unanimité pour accepter son efficacité.

Il reste des divergences sur le choix du vaccin et sur l'interprétation de certains faits.

A l'heure actuelle, et dans l'armée même, deux vaccins sont en présence qui ne paraissent pas différer en efficacité, mais qui diffèrent un peu en ce qui concerne le principe de la préparation: le vaccin stérilisé par la chaleur, celui qui a été adopté en Amérique et en Angleterre et le vaccin préparé à l'aide d'une substance antiseptique.

En d'autres termes, chacun de ces vaccins est constitué par des substances immunisantes produites dans des bouillons de culture où on a détruit le bacille lui-même. Cette stérilisation est faite pour les uns par la chaleur à une température qui oscille entre 55 et 60 degrés et pour les autres (Vincent) par un antiseptique, l'éther.

Le vaccin de Vincent stérilisé à l'éther évoque une autre différence. Il est polyvalent. C'est-à-dire qu'il est dû à l'association de microbes d'origine différente. M. Vincent attache une grande importance à cette condition. Il montre que la mise en

œuvre des races de bacilles différentes est nécessaire à considérer pour le succès de la prophylaxie.

L'Académie a successivement entendu parler de toutes les expériences sur les vaccins.

M. Chantemesse a rapporté les succès obtenus aux Etats-Unis qui montrent un abaissement extraordinaire de la morbidité et de la mortalité, celle-ci étant en quelque sorte annulée.

A une époque toute récente, M. Vincent a donné ses résultats de vaccination antityphoïdique à Paimpol et à Puy-l'Evêque.

A Paimpol on a observé une stérilisation en masse de tous les établissements où l'épidémie aurait pu se propager.

A Puy-l'Evêque, on vaccina en masse tous les sujets pouvant contracter la fièvre typhoïde. Aucun depuis ne fut atteint par la maladie.

En somme, toutes les expériences sont probantes. Les accidents dus à la vaccination ne paraissent pas avoir d'importance. Un peu d'élévation de température en quelques cas ne paraît pas avoir eu de suite fâcheuse.

Ce serait là bien peu de chose eu égard au résultat obtenu.

Ces différentes communications ont été l'occasion d'une polémique pénible entre deux éminents académiciens: M. Chantemesse et M. Netter.

M. Chantemesse rappela qu'il avait le premier donné l'indication de la possibilité de préparer un vaccin antityphoïdique par la stérilisation par la chaleur d'une culture de bacilles typhiques.

Sur ce sujet MM. Widal et Chantemesse en 1887 ont fait leur première publication après de remarquables expériences sur des animaux qui ont été l'origine de toutes les créations de vaccins antityphoïdiques par la chaleur.

Sans doute leur première action de la chaleur à 120 degrés fut exagérée. A l'heure actuelle, tous ceux qui fabriquent le vaccin opèrent entre 55 et 60 degrés. La pratique s'est beaucoup transformée et personne ne songe à contester le mérite de Wright et des autres observateurs qui ont amené à des formules pratiques.

Mais contester, comme le veut M. Netter, que Chantemesse et Widal ont été les initiateurs de la méthode, parce que, dès la première heure, ils ne l'ont pas mise au point et ne l'ont pas ap-

pliquée directement à l'homme, c'est commettre l'injustice qui est habituelle en notre pays. C'est un système dont personne ne sait se départir et nous ne devons pas être surpris lorsque l'étranger nous conteste toute découverte scientifique puisque par des polémiques regrettables nos compatriotes cherchent à enlever à leurs compatriotes le mérite des découvertes les plus évidentes.

On a mis plus de vingt ans à les mettre au point. Cela n'a pas lieu d'étonner beaucoup. Il n'y a même pas besoin d'être grand clerc pour reconnaître que chacun des expérimentateurs qui ont suivi la piste montrée par M. Chantemesse n'ont pas du premier coup atteint le résultat pratique.

Mais il ne paraît pas contestable que l'origine de la méthode ne soit dans ces expériences bien nettement publiées, même si on démontrait aujourd'hui qu'elles avaient des défauts fondamentaux, ce qui est le propre de tout premier essai scientifique.

Une autre querelle s'est greffée sur la première, la querelle entre le vaccin par chauffage et le vaccin par antiseptique. L'avenir seul nous donnera les indications nécessaires pour déterminer la prééminence de l'un sur l'autre. A coup sûr, les expériences des deux côtés ont été attentivement suivies et ont paru probantes. Il ne paraît même pas bien nécessaire au public que l'une des méthodes exclue l'autre d'une façon absolue.

Toutes deux semblent avoir donné des résultats très importants. On les a vues côte à côte au Maroc et il semble bien que toutes deux aient été fort utiles.

Même parmi les vaccins chauffés, le mode de préparation n'est pas toujours identique, quoique reposant sur le même principe. Il semble bien qu'ils aient toujours, malgré cela, donné d'excellents résultats en divers pays.

Il ne paraît pas douteux aujourd'hui que la vaccination anti-typhoïdique soit un fait acquis. Les temps d'épidémie, les moments d'expédition militaire, en font une nécessité. Il reste bien quelques inconnues sur les résultats de la généralisation à toute une population. Mais le développement des vaccinations marche très vite et il est probable que nous serons promptement renseignés sur les ressources, sur les inconvénients ou sur les nécessités de cette vaccination déjà si précieuse.

---

## CHIRURGIE

**Traitement de la crise d'appendicite aiguë**, par le Dr Anselme SCHWARTZ, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris, dans *Paris Médical*, juin 1913.

Je ne veux point ici, soulever la question si discutée et si délicate du traitement de l'appendicite aiguë. Il est, comme on sait, des chirurgiens qui opèrent toute appendicite aiguë *dès l'instant que le diagnostic est posé*, quel que soit le début de la crise, quelle que soit son intensité, quelle que soit sa forme clinique. Il y a, d'autre part, et je me range dans ce groupe, des chirurgiens qui interviennent d'emblée ou d'urgence toutes les fois que les circonstances l'exigent et qui, dans d'autres cas, attendent, en surveillant rigoureusement le malade, pour pratiquer, suivant l'expression consacrée, *une opération à froid*.

C'est ce traitement d'attente, le *traitement médical de la crise*, que je veux indiquer ici.

Le premier principe de ce traitement consiste à faire coucher le malade. *Le repos absolu au lit, repos horizontal, sur le dos*, est formellement indiqué.

Il faut ensuite, et le plus tôt possible, *appliquer une vessie de glace sur le ventre*. Cette application demande quelques explications, car elle est très souvent mal faite. La *vessie de caoutchouc doit être large et recouvrir presque tout l'abdomen*, et non pas seulement la fosse iliaque. Pour s'appliquer facilement et de toute sa largeur sur le ventre, elle *ne doit pas contenir de l'air*; or, rien n'est plus simple que de chasser cet air. La glace étant versée dans la vessie, serrez celle-ci avec la main gauche, *au-dessus de la glace*, comme si vous vouliez refouler celle-ci; par la même manœuvre, vous chassez l'air de la vessie; tout en laissant la main gauche, fermez la vessie avec son bouchon. Il ne faut pas que les morceaux de glace soient trop gros, pour bien s'appliquer sur la région: le volume d'une noix est suffisant.

Il ne faut pas que la vessie soit pleine, elle formerait une boule pesante qui ne tiendrait pas et qu'il serait difficile au malade de supporter.

Il faut enfin que, toutes les deux heures à peu près, la glace fondue soit remplacée par de la glace fraîche.

Cette vessie de glace ainsi préparée est appliquée de la façon suivante :

Sur l'abdomen, il faut mettre d'abord une *flanelle ordinaire*, ni trop mince, ni trop épaisse. Si la flanelle est trop épaisse, la glace n'agit pas, et l'on en juge facilement en touchant la peau de l'abdomen qui doit être nettement froide. Si la flanelle est trop mince, elle peut geler la peau. Il faut, de toutes façons, surveiller le tégument et, si l'on aperçoit, sur la peau rougie, de petites taches plus foncées ou grisâtres, il faut supprimer la glace pour éviter l'escarre.

Il faut soigneusement veiller à ce que la peau de l'abdomen reste sèche ; si la vessie de caoutchouc fuit, il faut la changer. Si la peau du malade paraît fragile et si l'on craint une gelure, l'application d'une poudre, comme le talc, rendra des services.

Sur cette flanelle, qui a donc pour *but d'éviter les gelures* de la peau, étalez soigneusement la vessie de glace et fixez le tout avec un bandage de corps modérément serré.

Le *régime du malade* a une importance capitale. On croit couramment qu'il faut soumettre le malade à une diète rigoureuse et absolue ; c'est là une grave erreur. Il est indispensable que l'organisme ait la ration d'eau nécessaire à son existence. *Or, cette eau, il faut la lui donner* et on peut la lui donner de deux façons : si le malade ne vomit pas, ou dès qu'il ne vomira plus, il faut le faire boire, par petites gorgées. Le mieux est de lui donner, pendant les deux ou trois premiers jours, de l'eau d'Evian, à la température de la chambre, ou même à la température extérieure, à raison d'une bonne cuillerée à soupe tous les quarts d'heure. Le malade peut ainsi absorber d'un à deux litres d'eau dans les vingt-quatre heures.

Si le malade vomit, alors seulement il faut supprimer la boisson, mais il faut la remplacer par des injections de sérum en quantité équivalente.

Il y a enfin certaines *choses qu'il ne faut pas faire*. Et d'abord, il est préférable de ne point donner d'opium ni de morphine. Ces médicaments, en calmant ou en supprimant des symptômes importants, peuvent induire en erreur le chirurgien sur les indications opératoires qui pourraient exister ou surgir.

Mais ce qu'il faut surtout *proscrire avec la dernière énergie*, ce sont les *lavements et les purgatifs*. Pendant au moins une

semaine, en supposant que la crise se calme et que tout rentre dans l'ordre, il ne faut pas se préoccuper des fonctions intestinales. *Le malade n'aura pas de garde-robcs, cela n'a aucune importance.* Ce n'est qu'au bout de huit jours à peu près, en supposant, je le répète, et j'y insiste, que tout aille bien, que l'on peut donner une cuillerée à café d'huile de ricin.

Voilà donc la thérapeutique instituée: repos, glace, diète hydrique, dès le premier jour.

On prendra, matin et soir, la température du malade et son pouls.

En supposant que la crise évolue vers la guérison régulière — car c'est ce cas que j'ai en vue et je ne m'occupe pas des indications opératoires qui peuvent surgir — cette thérapeutique sera peu à peu modifiée.

Dès le troisième jour, on peut remplacer l'eau par des boissons plus agréables au malade et plus nutritives: tisanes légèrement sucrées, thé léger, voire même bouillon de légumes *clair, et passé.*

Le cinquième ou le sixième jour, on donnera du bouillon de légumes un peu trouble, ce qui veut dire qu'on y a laissé passer un peu de légumes écrasés qui ont servi à le préparer.

Le huitième ou le neuvième jour, on donnera au malade une cuillerée à café d'huile de ricin, après quoi il sera possible de reprendre une prudente alimentation, en commençant par les pâtes et les purées cuites à l'eau.

Cette thérapeutique est celle d'une crise d'appendicite qui *refroidit* régulièrement, car si, durant ce traitement rigoureusement appliqué, les symptômes refusaient de s'amender, ou si, à plus forte raison, des symptômes nouveaux faisaient leur apparition, la parole serait immédiatement au bistouri.

---

**Les grands lavages du péritoine à l'éther dans les péritonites septiques,** dans *Journal le Méd. et de Chir. pratique.* Paris, 1913,

On a déjà signalé la tendance vers les méthodes antiseptiques pour la teinture d'iode. Voici le tour de l'éther.

Est-ce bien un antiseptique au sens propre du mot? Est-il antiseptique par une action indirecte? Il y aura à ce sujet

bien des questions à étudier. En tous cas, il y a un fait acquis : l'éther qui, topiquement, n'était, jusqu'ici, guère employé que pour dégraisser la peau au premier acte de l'asepsie de la région opératoire, est maintenant employé comme antiseptique pour une des lésions septiques les plus graves, pour les péritonites septiques.

M. Souligoux avait apporté à la Société de chirurgie de nombreux faits dans lesquels, au cours d'une péritonite septique, il avait nettoyé l'abdomen avec l'éther. Il l'avait fait très largement, et avait, après nettoyage, laissé dans la cavité abdominale une quantité considérable d'éther. Il présentait de cette pratique des exemples personnels et des exemples empruntés à la pratique de son collègue, M. Marcille. Non seulement, il n'avait pas vu d'inconvénient à cette pratique, mais il en avait vu constamment une action bienfaisante et notait que le péritoine supportait des quantités considérables d'éther sans mauvaise réaction.

Plusieurs membres de la Société ont suivi et ont montré que cette pratique avait déjà un passé considérable et très favorable. Dans une longue communication, le Dr Témoin, de Bourges, a apporté de nouveaux exemples ; puis M. Morestin est venu dire qu'il employait à ces lavages du péritoine, dans le cas de péritonite septique une quantité considérable d'éther. Le nettoyage terminé, il verse et abandonne encore beaucoup d'éther dans la cavité du petit bassin, de cinquante à cent grammes.

Or, cet éther renfermé dans l'abdomen ne détermine pas de douleurs, au contraire, il calme toute douleur. Le sujet reste longtemps anesthésié, non douloureux, quoique sans morphine, et, par la suite, cette action ne détermine aucune adhérence.

M. Auvray apportait une seule expérience récente, mais disait avoir ainsi guéri une péritonite septique après étranglement intra-abdominal et perforations. Il avait pu verser à la suite de son opération près d'un litre d'éther dans l'abdomen. Il pensait que sans l'éther la mort eût été certaine.

Si cette expérience était unique et récente pour lui, il n'en était pas de même pour M. Souligoux, qui rapportait encore une observation de M. Marcille, de guérison après un épanchement prolongé de matières fécales dans l'abdomen, et ajoutait que, pour sa part, il avait employé cette méthode plus d'une centaine de fois.

Ces observations affirment la puissance antiseptique de l'éther par un mécanisme non encore déterminé et certainement la tolérance pour l'éther qui permet de renfermer dans le ventre des quantités considérables d'éther, dont les vapeurs, à la température du corps, vont se disséminant entre toutes les anses intestinales.

Voilà donc encore un antiseptique entré dans la pratique et

dans la *pratique péritonéale*, montrant à tous que l'antisepsie du péritoine n'a rien de difficile ni de dangereux, et l'on doit ne pas oublier que l'antisepsie si puissante ainsi déterminée ne s'accompagne pas de la formation d'adhérences.

Je ferai remarquer à tous ceux qui étudieront la question que ceci n'est une découverte que pour ceux qui ignorent la pratique de l'antisepsie.

Voici bien longtemps que j'ai enseigné (1) et publié que des antiseptiques puissants, comme l'acide phénique, ne déterminent pas d'adhérence. Ce qui détermine les adhérences, ce qui met en action la propriété adhésive du péritoine, c'est l'infection. Les adhérences se forment toujours non seulement par l'action des microbes pathogènes, mais par l'action des microbes aériens les plus anodins. Aussi dans nos opérations abdominales franchement antiseptiques nous n'observons pas d'adhérences, tandis que l'asepsie la plus méthodique conduit aux adhérences? Toute négligence dans la protection, tout prolongement d'une opération, sont occasion pour la formation d'adhérences.

Au contraire, même avec des antiseptiques puissants comme l'acide phénique, j'ai eu de nombreuses occasions de constater dans des réopérations qu'aucune adhérence n'avait été formée aux endroits touchés avec une solution phéniquée concentrée et chaude.

Voici que les chirurgiens qui utilisent l'éther constatent la même chose à leur grand étonnement.

Ce ne sera pas la dernière des surprises qu'ils auront, car le retour à l'antisepsie va leur permettre des constatations qui sont absolument opposées aux assertions émises par les chirurgiens aseptiques, assertions sur lesquelles vit la chirurgie actuelle.

Encore ne faudrait-il pas que, séduits par le succès de ces pratiques inconnues pour eux jusque-là, ils allassent trop loin et puissent recommencer l'erreur de l'abus des antiseptiques, qui a tant fait pour éloigner d'une méthode pour laquelle Lister recommandait avant tout de ne *jamais dépasser la quantité utile* de la substance antiseptique.

Déjà nous pourrions signaler quelques déboires dus aux abus de la teinture d'iode. Il ne faudrait pas que l'abus de l'éther, de l'eau oxygénée ou de toute autre substance utile (chacune ayant des inconvénients) vint une nouvelle fois détourner de la seule méthode qui créa la chirurgie moderne, mais fut mutilée au point qu'un recul véritable dans l'évolution du progrès de certaines opérations et surtout dans la simplicité de l'œuvre scientifique chirurgicale a marqué la période suivant la grande évolution chirurgicale de la fin du siècle dernier.

(1) C'est M. Lucas-Championnière qui parle.

## THERAPEUTIQUE

Résultats du traitement de l'épilepsie par le bromure et le régime achloruré, par Ch. MIRALLIÉ, prof. à l'École de médecine de Nantes, dans *Revue Française de Méd. et Chir.*

Depuis que Richet et Toulouse ont préconisé le régime achloruré dans les traitements de l'épilepsie, le pronostic de cette redoutable affection, s'est considérablement amélioré. Nous avons entre les mains, avec le régime achloruré et le bromure, un mode de traitement qui permet de soulager considérablement les malades, d'atténuer et d'espacer les crises et même souvent de les faire disparaître.

Le bromure est depuis longtemps considéré comme le remède de choix dans l'épilepsie. Mais on sait à quelles déceptions il exposait jadis. Souvent même, avec de fortes doses, on obtenait à grand'peine une sédation légère des accidents; les crises revenaient fréquentes et fortes malgré le traitement. L'application du régime achloruré a complètement transformé la situation, et ce fut à tous points de vue un bienfait pour les malades. Actuellement, le régime achloruré s'impose; il doit, pour donner tous ses résultats, être absolu; il faut supprimer le sel de l'alimentation, non seulement dans les mets, mais dans le beurre et dans le pain. Ce n'est qu'à cette condition, à la condition d'être absolu, que le régime achloruré mérite confiance de la part du médecin.

Et souvent il est difficile à réaliser. Un fait sur lequel nous avons déjà insisté, c'est l'appétence toute particulière de beaucoup d'épileptiques pour le sel.

On comprend que chez de tels malades la privation du sel soit pénible. C'est au médecin d'insister, de montrer toute l'importance de la suppression totale du sel, de déclarer qu'une dose même infinitésimale suffit pour entraver la guérison, et faire acte d'autorité pour obtenir du malade qu'il se soumette au régime.

Il faut aussi et peut-être surtout convaincre la famille de l'importance du régime. Souvent, par une coupable condescendance, et pour faire plaisir au malade, on lui institue un régime très légèrement salé, "on mange doux." Les résultats sont alors franchement mauvais. Ce qu'il faut obtenir, ce n'est pas la dimi-

nution de sel, ce n'est pas sa réduction à un taux même aussi bas que possible, c'est la suppression complète, absolue.

Pour la faire tolérer, on recommandera les plats sucrés, ceux où la suppression du sel est plus facilement supportable au goût; on autorisera le poivre, le vinaigre, le citron.

Par contre, il faudra proscrire tous les excitants, thé, café, alcool. Il semble, en effet, que la privation de sel rend les cellules nerveuses plus susceptibles aussi bien envers les excitants et les toxiques qu'envers les calmants et le bromure.

La suppression du sel condiment a encore un autre avantage considérable: elle permet la réduction du bromure à des doses très faibles. Avec des doses de 3 à 4 grammes de bromure *pro die* on obtient des résultats que l'on n'espérait même pas jadis avec des doses de 10 grammes. Souvent même ces doses faibles sont mal tolérées et produisent un état d'anéantissement physique et d'abrutissement psychique.

\* \* \*

Pour obtenir des effets rapides et durables, il faut donner le bromure régulièrement chaque jour soit à la même dose, soit à doses alternativement croissantes et décroissantes, mais toujours sans interruptions pendant des mois et des années.

Quelle durée peut-on fixer au traitement et au régime? Il y a là un point de première importance et extrêmement délicat. En principe, régime et traitement doivent être suivis très longtemps, au moins deux ans après la disparition de toute crise. Ce n'est qu'alors que l'on pourra commencer à diminuer la dose de bromure, très lentement, très progressivement, par périodes de trois à six mois au moins, en maintenant rigoureusement le régime.

Celui-ci doit être continué encore alors que le traitement bromuré est supprimé. Il nous semble même, d'après les faits observés, que lorsqu'on a obtenu par le bromure la cessation des accidents, c'est par le maintien du régime qu'on s'oppose à leur retour. Une de nos malades avait vu, sous l'influence du régime et du traitement, ses crises disparaître; alors la malade mange du pain salé, les crises reviennent pour disparaître avec la reprise du pain sans sel.

Même effet dans un autre cas avec le beurre salé. La reprise du régime ordinaire, malgré le traitement bromuré, fait chez une

troisième malade réapparaître les crises disparues depuis six mois. Deux malades ont vu à deux reprises leurs crises réapparaître avec le cessation du régime, pour disparaître dès qu'il était rigoureusement observé.

Il est donc indispensable de continuer longtemps le régime achloruré. On doit ajouter du reste que la plupart des malades, après être restés ainsi des années au régime sans sel, y sont parfaitement accoutumés et refusent de prendre des aliments salés, dont le goût leur répugne.

Peut-on, quand les crises ont disparu depuis des années, parler de guérison ? C'est là un problème qu'il faut réserver complètement et que l'avenir seul permettra de résoudre.

Il faut toujours craindre des récives possibles. N'oublions pas que ne fait pas de l'épilepsie qui veut, il faut pouvoir en faire. Il faut un terrain spécial, prédisposé et si les crises disparaissent, le terrain, la prédisposition restent, et le danger, bien que latent, n'en reste pas moins présent et menaçant.

\* \* \*

Résumons succinctement les résultats obtenus dans notre pratique par le traitement bromuré associé au régime achloruré. Notre statistique comporte 83 cas utilisables, suivis régulièrement par nous et chez lesquels le régime achloruré a été appliqué d'une façon régulière.

Sur ces 83 malades, douze fois le résultat fut négatif; les crises continuèrent avec la même fréquence et la même intensité; et cependant les malades prétendaient suivre très régulièrement et très scrupuleusement leur régime.

Chez 21 malades, il se produisit une amélioration notable, tant dans le nombre des crises que dans leur force.

Dans les 50 cas restants, les crises ont disparu. Pour ce qui concerne l'âge de ces malades, 11 avaient moins de dix ans; 21 de dix à vingt ans; 10 de vingt à trente ans; 6 de trente à quarante ans, lorsque nous les avons observés; l'un âgé de quarante-trois ans, avait des crises depuis vingt-six ans, la première ayant débuté à dix-sept ans; le plus âgé, cinquante-sept ans, avait eu sa première crise à cinquante et un ans. Souvent, 21 fois, la cessation des crises a été immédiate. Aussitôt l'établissement du régime et du traitement, les crises ont disparu.

Plus souvent, 29 fois, l'amélioration a été progressive; les crises diminuent de fréquence en même temps que d'intensité; elles deviennent si faibles que parfois l'entourage les remarque à peine, il s'agit plutôt de simples vertiges, d'absences, dont le malade a conscience; puis tout disparaît.

Quand ces malades se sont soumis au traitement et au régime, quelques-uns en étaient à leurs premières crises; la plupart avaient des crises depuis plusieurs années; chez un les crises remontaient à vingt-deux ans et chez deux à vingt-six ans.

Tous ces 50 malades ont été suivis régulièrement et nous avons pu nous procurer sur tous des renseignements récents. 22 ont vu leurs crises disparaître depuis un an. Evidemment, cette période est courte, mais, et c'est ce qui nous a décidé à ranger ici ces malades, tous avaient des crises très fréquentes avant l'instauration du régime, tous ont vu disparaître leurs crises immédiatement après la mise au régime ou n'ont eu qu'une seule crise dans les jours ou le mois qui ont suivi l'instauration du traitement.

10 n'ont plus de crises depuis deux ans; 7 depuis trois ans; 1 depuis quatre ans; 1 depuis cinq ans; 3 depuis six ans; 2 depuis sept ans; 1 depuis neuf ans et 3 depuis dix ans.

\* \* \*

De l'étude des faits de cette catégorie découlent quelques enseignements qu'il faut mettre en lumière. Tout d'abord, la disparition des crises n'est survenue que chez les malades qui ont consenti à suivre un régime absolument achloruré, qui n'ont jamais dévié de leur régime et se sont abstenus, en outre, de tout excitant du système nerveux.

Quant à la dose de bromure, point n'est besoin de dépasser 3 à 4 grammes; souvent même nous avons vu la dose de 3 grammes de bromure, mal tolérée, provoquer de la faiblesse, une asthénie physique et psychique telle que le malade était incapable de tout effort physique et intellectuel. Si assez souvent, surtout dans les cas où le malade se soigne dès ses premières crises, l'amélioration arrive dès le début du traitement, le plus souvent l'amélioration est progressive, des crises peuvent encore se produire: il faut alors étudier minutieusement le régime de ces ma-

lades, chercher avec soin s'il n'y a pas eu inconsciemment absorption de sel, dépister toutes infractions, même la plus légère, enfin on augmentera si besoin la dose de bromure.

Il est un point qui nous a vivement frappé: les résultats du traitement achloruré sont d'autant plus rapides et plus efficaces que les malades mettaient plus de sel auparavant dans leurs aliments et qu'ils avaient plus d'appétence pour ce condiment. Et volontiers nous portons un meilleur pronostic chez les malades qui ont l'habitude et le goût de manger salé.

Un fait résulte encore de nos observations: le régime achloruré produit son effet maximum contre les crises comitiales proprement dites; son action est beaucoup moins énergique et moins efficace contre les accidents du petit mal, vertiges, absences, qui, d'après ce que nous avons observé, semblent résister beaucoup plus énergiquement à ce régime et au traitement bromuré.

Quoi qu'il en soit, et sans qu'on ose parler de guérison dans une maladie aussi rebelle et aussi sujette à récidive, des améliorations comme celles que nous avons signalées, la suppression des crises pendant plusieurs années, alors même que le malade a cessé son traitement et est revenu au régime ordinaire, ces faits indiquent nettement que nous avons dans le régime achloruré combiné au traitement bromuré un moyen actif et efficace.

---

**Traitement des épithéliomas cutanés par l'acide acétique cristallisable,** par le Dr JOLLY, Médecin-major de 1ère classe, dans *Revue de Méd. et de Chir. pratique.* 10 juillet 1913.

Le traitement des épithéliomas cutanés par l'acide acétique cristallisable a fait l'objet en 1903 d'un assez long exposé dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (art. 19708, page 66). Cet article rappelle les études du Dr Arnoz, de Bordeaux, et de ses élèves, les docteurs Rouzier et Guichot.

Ayant eu l'occasion de traiter par cette méthode et avec une entière satisfaction deux cas, dont l'un tout récemment, nous croyons utile d'appeler de nouveau l'attention sur un procédé dont on ne parle guère et dont l'avantage est de ne nécessiter aucune interruption de travail.

Le premier de nos cas concerne un indigent d'une soixantaine d'années porteur depuis deux ans d'un épithéliome ulcéré du dos du nez, qu'il se bornait à protéger par un taffetas gommé, après qu'on lui eût conseillé vainement une solution de chlorate de potasse. Pas de retentissement ganglionnaire. J'obtins la guérison en deux mois.

Le second cas se rapporte à un homme de 53 ans, atteint entre la racine du nez et la paupière d'une large ulcération croûteuse sur le point d'arriver à la conjonctive. Le médecin de son antérieure résidence lui avait déclaré une opération nécessaire et urgente. L'affection remontait à trois ans, mais ne s'accompagnait pas d'adénite. Je pratiquai moi-même les premières cautérisations et les abandonnai ensuite au malade. En deux mois, nous eûmes une cicatrice blanchâtre, à peine visible, qui fit, paraît-il, l'étonnement de mon confrère.

Le traitement est simple, il suffit de ne pas s'émotionner, comme il faillit m'arriver la première fois quand je vis au début le trou creuser dans tous les sens. Après avoir fait tomber la croûte et même l'avoir un peu arrachée, on touche l'épithéliome et ses bords à quelques millimètres au delà avec un coton hydrophile imbibé d'acide acétique monohydraté. Puis on recouvre d'un pansement à la vaseline boriquée. Les deux ou trois premières cautérisations provoquent seules une douleur de moins de cinq minutes. On les renouvelle d'abord tous les 3 jours, puis au bout d'une quinzaine on espace du double, et le deuxième mois de 8 jours, puis de dix. On voit facilement à la réparation des bords qui deviennent blancs et du fond qui ne saigne plus, quand la guérison s'annonce.

Naturellement, si l'on opère au voisinage de l'œil, il faut garantir la conjonctive au moyen d'un tampon sec ou humide et il est bon d'étendre de la vaseline à un centimètre au-dessous du cancroïde pour que l'acide ne se répande pas sur la face.

Les hémationes séniles disparaissent encore plus facilement par la même méthode, nous en avons traité plusieurs cas.

---

Traitement du tænia par le thymol, par le Dr GUILLON analysé dans *Revue de Méd. et de Chir. pratique*. Paris 1913.

Voici, dit notre confrère, de quelle façon nous procédons à l'hôpital de Hué: diète lactée la veille au soir; le lendemain matin, trois cachets de thymol à prendre d'heure en d'heure, et trois quarts d'heure après le dernier cachet, un purgatif salin (30 à 50 grammes de sulfate de soude), aucune boisson alcoolique ou huileuse susceptible de dissoudre le thymol et de provoquer des accidents syncopaux (il ne faudra donc jamais prescrire ni huile de ricin ni eau-de-vie allemande). Mêmes recommandations qu'avec les autres taenifuges: attendre, pour aller à la selle que le besoin soit impérieux et s'asseoir alors sur un vase plein d'eau tiède. En général tout est terminé deux heures après l'absorption du purgatif et, dans le courant de l'après-midi, le malade peut prendre un léger repas avec du lait et des œufs, le soir, régime habituel. Les seuls inconvénients observés sont parfois une légère brûlure à l'épigastre un instant après la prise d'un des cachets de thymol.

La dose est: trois cachets de 1 gramme chez les hommes adultes, 0,75 centigrammes chez les femmes, dose variable avec l'âge chez les enfants. Ce traitement par le thymol a en outre pour lui d'être d'un prix insignifiant, ce qui est un grand avantage dans les pays où la maladie est très fréquente.

— D'autre part, nous avons reçu au sujet de ce traitement la lettre suivante de M. le Dr Georges Perez (de Ténériffe).

...J'ai lu avec grand intérêt l'article que vous consacrez au traitement du taenia par le thymol, car il y a peut-être une douzaine d'années que j'avais commandé à la maison Burrughs et Wellcome, de Londres, de me préparer de leur *tabloids* à la dose de 0,32 centigr. recouverts de sucre pour le traitement du taenia. J'avais été porté à l'essayer sachant le succès du *thymol* dans l'*ankylostomiase*. J'ai traité beaucoup de malades de *taenia* avec ces *tabloids* et toujours avec le plus grand succès. J'administre un le matin à jeun, et en général avant le soir une selle abondante est passée qui sent fort le "*thyme*", avec le taenia.

— Nous ferons remarquer que les doses indiquées par M. Perez et par M. Artault sont beaucoup moins élevées que celles proposées par M. Guillon. Il n'est peut-être pas nécessaire, par conséquent, d'employer des doses aussi considérables. Toutefois ces dernières, 3 à 4 grammes par jour, sont celles qui sont indiquées comme possibles dans les formulaires à la condition qu'on ne donne en même temps ni alcool, ni matières grasses susceptibles de dissoudre le thymol.

---

## PEDIATRIE

**De la fièvre alimentaire ou syndrome de Finkelstein.** — FERNANDES FIGUIERA et URSULINA LOPES. — *Archives de médecine des enfants*, janvier 1913.

La fièvre alimentaire ou syndrome de Finkelstein est une fièvre produite principalement par le lait et à laquelle ne contribuent pas les processus bactériens, mais exclusivement des phénomènes, encore mal expliqués, de physique et de chimie biologiques, dont le point de départ sont le sucre et les sels de lait.

La "fièvre alimentaire" apparaît après la diète hydrique quand on rend le lait à l'enfant. Mais M. Finkelstein pense que probablement elle constitue souvent l'accès primitif de la maladie, c'est-à-dire "que beaucoup de cas de soi-disant infection intestinale sont peut-être tout simplement la fièvre alimentaire."

Le syndrome de Finkelstein est bien une réalité; le sel et le sucre sont capables de produire la fièvre chez les petits enfants, surtout chez les dyspeptiques. Et M. Figuiera et Mlle Lopes rapportent 9 expériences confirmatives de ce fait. Dans ces expériences, l'enfant était à la diète hydrique pendant 24 heures avant l'administration de la solution saline ou sucrée et encore 8 à 10 heures après. La solution était administrée par voie gastrique ou sous-cutanée en deux doses, à deux heures d'intervalle. Les résultats concordent avec ceux de Finkelstein, Schaps et Meyer.

On pensait que la fièvre qui s'allume quand, après la diète hydrique, on reprend le lait, était due au lait, à sa cuisson ou à des agents microbiens. Finkelstein ayant donné, dans la diète hydrique, des solutions sucrées au lieu d'eau bouillie, vit apparaître la fièvre à la reprise du lait. Il supposa que cette fièvre pourrait bien être due, non à la caséine, mais au sucre existant dans le lait. Il administra de la caséine et du beurre sans obtenir de la fièvre, tandis que des solutions sucrées la provoquaient... Il attribua cette fièvre à la fermentation du sucre et à la formation consécutive d'acides toxiques.

Mais son élève Schaps constata que le sucre, en solution isotonique, introduit par voie hypodermique, produisait encore la fièvre, même chez des enfants en parfaite santé. Alors Finkels-

tein supposa que le sucre agissait comme un sel et que les sels devaient avoir la même action fébrile que le sucre... Et c'est ce que Schaps vérifia avec le chlorure de sodium qui, injecté chez des nouveau-nés, éleva leur température.

Le Dr Meyer élargit le cadre des expériences en employant des sels divers en solutions de concentrations différentes. — La solution de chlorure de sodium à 75 p. 100 (*sic*) n'a pas fait monter la température, ni chez les enfants sains, ni chez les dyspeptiques; la solution à 1 p. 100 l'a fait monter chez les dyspeptiques; la solution à 3 p. 100 l'a fait monter chez les sains et chez les dyspeptiques. L'iodure et le bromure de sodium ont la même propriété que le chlorure de sodium; le citrate de soude à 5 p. 100 amène le thermomètre à 37°8; les autres sels de sodium ne provoquent pas de fièvre. — Les chlorures de potassium, de calcium n'ont pas non plus modifié la température.

---

**Le traitement du pseudo-rhumatisme blennorrhagique par le sérum anti-méningococcique de Dopter, dans *Revue de Médecine et de Chirurgie pratique*. 10 juillet 1913.**

M. le Dr Barbe, médecin de 1re classe de la marine, rapporte dans un article des *Archives de médecine et de pharmacie navales*, n° 4, avoir traité avec succès, conformément aux indications données par Stephen Chauvet dans l'*Œuvre médico-chirurgicale*, les cas de rhumatisme blennorrhagique, au nombre d'une vingtaine, qu'il a eu à soigner depuis un certain temps, au moyen du sérum antiméningococcique de Dopter.

Il résulte nettement des faits observés par M. Barbe que le sérum antiméningococcique de Dopter a donné de bons résultats:

1° *Action du sérum sur la douleur :*

Dans tous les cas, le malade, le soir même de l'injection, a retrouvé le sommeil, et, dans les vingt-quatre heures, n'a plus souffert du tout.

2° *Action du sérum sur l'épanchement :*

L'épanchement, dans la forme hydarthrosique, a disparu cons-

tamment les quatrième, cinquième, sixième jours; et, dans la forme pseudo-phlegmoneuse, tout gonflement avait disparu en huit jours.

3° *Action sur la fièvre :*

Dans la forme pseudo-phlegmoneuse, la température peut être très élevée. Le sérum produit une chute de température remarquable, et cette chute est très rapide.

4° *Action sur les phénomènes inflammatoires :*

La douleur disparaît rapidement, en vingt-quatre heures, quarante-huit au plus. La rougeur, la chaleur, le gonflement, n'ont pas mis trois jours à s'amender d'une façon très notable, et ont disparu complètement en huit jours.

La guérison rapide de l'arthrite pourrait donc empêcher ces atrophies, dont quelques-unes étaient jadis lamentables.

Cette atrophie, dans le rhumatisme blennorrhagique, a paru constante et être également sous la dépendance de la durée de la maladie, durée qui paraît aider, en outre, à ces déformations ou productions osseuses si fréquemment notées.

M. Barbe croit donc fermement à une action efficace du sérum antiméningococcique de Dopter dans le rhumatisme blennorrhagique. Mais encore faut-il, comme l'écrit Stephen Chauvet, employer :

Le premier jour, 20 centimètres cubes, 30 peut-être, et le surlendemain, 20 centimètres cubes encore. C'est là un minimum.

Dans une dizaine de cas, il a fait des injections de 5 à 10 centimètres cubes seulement. Les résultats ont été bons mais lents.

Pour conclure, à défaut de sérum spécifique, dans le pseudo-rhumatisme d'origine gonococcique, le sérum antiméningococcique de Dopter a donné de bons résultats et, dans le traitement de cette affection, l'ankylose, en bonne position, semble-t-il, ne sera plus dorénavant la pensée dominante et directrice du médecin.

---

## OBSTÉTRIQUE

**Diététique obstétricale**, d'après RUDAUX, accoucheur des hôpitaux de Paris, dans *La Clinique*, de Paris 1913.

En dehors des cas pathologiques, nous sommes souvent consultés soit au cours d'une grossesse normale, soit au cours de la période d'allaitement, pour fixer le régime alimentaire de la femme enceinte ou de la nourrice.

**RÉGIMES DE LA FEMME ENCEINTE.** — La femme, chez laquelle une grossesse se développe normalement, doit, sans avoir de régime spécial à suivre, se conformer cependant à certaines règles et éviter certains aliments pour ne pas surmener son foie.

L'alimentation sera variée et les légumes devront y tenir la plus grande place; la viande, rôtie de préférence, y figurera au repas de midi seulement.

On lui interdira les aliments qui contiennent des toxines, comme le gibier, et particulièrement les viandes noires, les conserves, c'est-à-dire les pâtés, la charcuterie, excepté le jambon. Seront également interdits les crustacés et les champignons sous toutes leurs formes.

Pendant les derniers mois de la gestation, on conseillera l'abstention des acides et des produits qui déterminent des fermentations acides dans le tube digestif: oseille, tomates, salades, épices, condiments, citrons et fruits acides, graisses, fromages forts, cidre, poiré, boissons alcooliques, en un mot les aliments capables de déminéraliser l'organisme.

*Régime de la femme enceinte présentant des troubles d'origine toxique: vomissements, prurit, albuminurie légère.* — Si les troubles sont peu accusés:

Défendre les viandes rouges;

Autoriser la viande blanche au repas de midi seulement;

Insister sur le régime lacto-végétarien.

Si les troubles sont plus accusés:

Conseiller le régime lacto-farineux, c'est-à-dire lait et bouillies avec des farines d'orge, d'avoine, d'arrow-root, etc., ou des purées de légumes.

*Régime de la femme albuminurique* (50 centigrammes et au-dessus d'albumine par litre). — Régime lacté absolu; prendre

toutes les heures une tasse à thé de lait bouilli ou non, sucré ou aromatisé: faire précéder chaque prise de lait d'un demi-verre à bordeaux d'eau de Vichy. Se rincer la bouche après chaque prise de lait.

*Régime de la femme ayant des signes précurseurs de l'éclampsie.* — Diète hydrique pendant 24 ou 48 heures:  $\frac{3}{4}$  de verre d'eau de Thonon ou d'Evian toutes les heures.

Régime lacté ensuite.

*Régime de la femme atteinte d'affection chronique des reins ou du coeur.* — Régime lacto-végétarien déchloruré.

*Régime de la femme atteinte d'oedème non albuminurique.* — Régime déchloruré de préférence lacto-végétarien.

RÉGIME DE LA FEMME ACCOUCHEE. — Le jour de l'accouchement, l'alimentation sera liquide: lait, bouillon frais, bouillon de légumes, œufs frais.

Le lendemain de l'accouchement: viande blanche au repas de midi seulement; le soir, légumes, pâtes, entremets, fruits cuits.

Les jours suivants, l'alimentation sera normale; on supprimera pendant le séjour à la chambre:

Le porc, l'oie, les ragouts, le gibier, les asperges, les choux, les radis, les champignons, les oignons, l'ail, les épices, les fruits acides, le café, les liqueurs.

RÉGIME DE LA NOURRICE. — Seront défendus: le gibier, les asperges, les choux, l'ail et l'oignon, le café, l'alcool et toutes les boissons alcooliques.

On devra fixer la quantité de liquide que la nourrice pourra prendre dans sa journée: aux repas,  $\frac{3}{4}$  de litre d'eau rougie ou de bière légère, et en dehors des repas un demi-litre de lait ou de tisane rafraîchissante.

Seront spécialement conseillés:

Toutes les viandes grillées, rôties ou bouillies, et le jambon maigre: les poissons maigres, les légumes frais et secs et les pâtes, les œufs frais, les crèmes, les fromages frais, les bananes, les marrons, les figes sèches, les noix, les eaux minérales bicarbonatées calciques.

La suralimentation doit être évitée et un espace de 5 heures est nécessaire entre chaque repas.

---

**Etude pratique sur la syphilis maternelle et le traitement des femmes syphilitiques enceintes**, par H. HAMEL, dans *Journal de Médecine interne*. 30 mars 1913.

*Dans quels cas faut-il traiter ?* Dans tous les cas.

Une femme est syphilitique de vieille date. Elle devient enceinte. Faut-il lui donner le traitement spécifique ? Oui, malgré les cas heureux (ex : femme de 43 ans syphilitique depuis plus de 20 années, qui a une syphilis nasale soignée depuis 3 ans comme lupus, dont les 5 enfants, le dernier âgé de 5 ans sont tous indemnes) et oui encore, même si le Wassermann est négatif.

Une femme est enceinte. Elle devient syphilitique. Faut-il la traiter pour éviter que son enfant soit contaminé ? Oui, quelle que soit l'époque de sa grossesse à laquelle elle a contracté sa syphilis. Oui, d'après les auteurs anciens et d'après les modernes : voir en particulier Bobrie, (thèse Paris 1912) qui nous montre 477 femmes devenues enceintes au cours de leur grossesse et donnant 168 macérés, 55 mort-nés, 48 enfants morts peu après la naissance, 206 syphilitiques certains.

Une femme met au monde un syphilitique ; elle semble immunisée... En réalité, elle donnera un Wasserman positif et elle doit être traitée comme syphilitique.

*Quel traitement faut-il faire ?*

A syphilitique de vieille date devenant enceinte suffiront l'huile grise ou les sels solubles d'hydrargyre, "biiodure par exemple. Le salvarsan est inutile, d'autant plus à rejeter qu'il peut donner de l'albuminurie du 3e au 10e jour après l'injection (Bar et Daunay), des albuminuries graves (Sauvage), il a occasionné un cas de mort (Gaucher) comme le néo-salvarsan (Bar).

Pour traiter les syphilis contractées avant la conception mais jeunes, pour traiter les syphilis post conceptionnelles, le traitement par l'huile grise ou les sels solubles d'hydrargyre (benzoate, biiodure) en injections sous-cutanées donnent des résultats peu satisfaisants. — Jeanselme qui, avec 14 femmes traitées par le salvarsan a 14 enfants non infectés (4 morts après le 8e jour, mais pas de syphilis) vante le salvarsan qui, à petite doses ne donne pas d'accidents chez les femmes enceintes. Sauvage reconnaît sa supériorité, malgré les dangers dont il menace les patientes ! Guénot l'injecte à doses considérables quand le rein est

sain... Mais Bar et Daunay, Jean Darier, le redoutent, aussi bien que le 914, surtout " dans un organisme déjà en équilibre instable comme celui d'une femme enceinte. M. Hamel lui préfère le traitement par les *injections intra-veineuses de sels solubles* qu'il a vu faire pendant son internat à Lourcine, chez toutes les syphilitiques enceintes, on employait le cyanure, parfois le biiodure mais celui-ci était mieux toléré par l'intestin. Sa pratique lui permet d'affirmer que des *injections intra-veineuses de biiodure, à la dose de deux centigrammes par jour, associés à l'ingestion de deux grammes d'iode par jour donnent des résultats plus rapides que deux injections faibles de salvarsan à trente centigrammes.*

La série est de 15 injections intra-veineuses. — Dans deux cas, pendant la période de repos qui suit chaque série d'injections intra-veineuses, il a fait une cure de *cacodylate* à haute dose (30 centigrammes) à raison d'une injection tous les trois jours. " Cette méthode, dit M. Hamel, qui donne, en dehors de la grossesse, des résultats comparables, et même supérieurs à ceux du salvarsan, nous paraît inoffensive."

---

#### GYNECOLOGIE

De l'emploi abusif et inconsidéré des irrigations vaginales très chaudes en gynécologie. (R. DE LANGENHAGEN, de Luxeuil), dans *Revue Mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Juin 1913.

Depuis qu'on a bien montré les excellents effets de l'eau chaude à 48°-50° sur les hémorragies consécutives aux accouchements, l'emploi en a été généralisé d'une façon telle qu'avec la complicité des gynécologues eux-mêmes, certaines femmes font des injections à 50 et 52°, sans que vraiment aucune raison valable ne justifie cette manière de faire. L'auteur condamne cette pratique systématique, qui n'est pas sans inconvénient et peut devenir dangereuse.

Les beaux résultats obtenus dans les hémorragies utérines avec les injections hyperthermales autorisent-ils à recourir aux mêmes moyens thérapeutiques quand il s'agit de reliquats inflammatoires

ou de congestion? Il ne le pense pas. On ne saurait imposer une formule univoque réglant toutes les injections, puisque la quantité de liquide et la température devront varier suivant les cas.

Quand il s'agit de combattre les hémorragies liées à la fibromatose, aux fibromes à la ménopause, on peut obtenir des résultats parfaits par les irrigations vaginales très chaudes, c'est entendu. Mais il est de nombreux cas où l'eau chaude provoque des réactions douloureuses, et où les injections *tièdes* ont une valeur bien supérieure par leur action sédative remarquable. Il est, en effet, toute une catégorie de malades qui ne supportent pas l'eau trop chaude et chez lesquelles il convient d'être très prudent, à cause de la possibilité du réveil de lésions mal éteintes. Il y a lieu de tenir compte, en effet, des susceptibilités, des réactions individuelles souvent si capricieuses, et il ne faut pas oublier que la plupart de ces malades appartiennent à la grande famille des utérines, neuro-arthritiques, hyperexcitables, sujettes à des poussées congestives, fabriquant du spasme et de la congestion avec une facilité déplorable.

Toutes ces malades se trouvent particulièrement bien des injections vaginales tièdes (38°, 40° et 42°), qui ont une action sédative beaucoup plus accentuée, surtout quand il s'agit de combattre les exsudats inflammatoires, la sclérose utérine et la congestion utérine à forme douloureuse, les reliquats annexiels, en un mot les engorgements douloureux et tous ces états morbides spéciaux faits d'œdème chronique et de dilatation vasculaire.

*Discussion* : M. PINARD pense que les inconvénients des injections vaginales ne tiennent pas exclusivement à leur trop forte température. Il faut surtout considérer l'impulsion qu'on leur donne ; c'est une balnéation que l'on doit donner, et non pas une douche, qui agit alors comme un véritable traumatisme et peut occasionner des lésions.

M. JAYLE signale les inconvénients de la sonde à double courant, qui empêche la malade de se rendre compte de la chaleur de l'injection et peut ainsi occasionner des brûlures. Si l'on veut agir sur l'utérus par une action calorifique, il vaut mieux agir au moyen de l'air chaud, qui ne présente pas les inconvénients signalés.

M. Pozzi insiste sur les dangers d'une pression trop élevée, surtout chez les jeunes femmes qui présentent de l'étroitesse de la

vulve ; de ce fait, la pression est encore exagérée et peut produire des désordres graves. Dans ces cas, il vaut mieux se servir d'un spéculum analogue à ceux qu'on emploie dans son service et qui permettent une balnéation parfaite.

---

**Traitement de la septicémie puerpérale par le sérum antistreptococcique de Roux.** (L. FUNCK-BRENTANO et H. ROULLAUD, de Paris), dans *Revue Mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Juin 1913.

Les auteurs communiquent deux observations de septicémies puerpérales graves guéries à l'aide du sérum antistreptococcique, dans des conditions particulièrement intéressantes. Alors que l'électrargol et les moyens ordinaires de défense dans les infections (huile camphrée, nucléinate de soude, etc.) avaient échoué, on fit, le 28<sup>e</sup> jour dans un cas, le 53<sup>e</sup> dans un autre, un premier abcès de fixation, qui ne prit pas. Pendant trois jours, on administra 60 cm<sup>3</sup> de sérum antistreptococcique de Roux, et on fit un deuxième abcès de fixation (3 cm<sup>3</sup> d'essence de térébenthine sous-cutanée), qui, cette fois, prit avec violence dans les deux cas.

Depuis longtemps, le professeur PINARD a conseillé le sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur comme préventif et comme curatif de l'infection puerpérale.

Dans ces deux cas, il semble qu'il y ait une démonstration qui a la force d'une véritable expérimentation. On attache généralement une importance très grande à l'abcès de fixation au point de vue pronostic : on considère comme fatal le cas où l'abcès ne prend pas. L'abcès prenant après trois jours d'administration du sérum prouve à l'évidence l'action de cette médication. Enfin, dans les cas qui paraissent désespérés, on pourra unir ces deux méthodes : abcès de fixation et sérum.

---

## RADIOTHERAPIE

Contribution clinique à la radiothérapie des glandes surrénales dans quelques états hypertensifs, par C. QUADROME (de Turin), dans *La Presse Médicale*, samedi, 19 juillet 1913.

L'auteur avait cherché en 1907 avec Pescarolo à traiter certains cas de néphrite parenchymateuse par l'irradiation des reins. Ayant constaté à la suite des séances de radiothérapie des modifications de la pression sanguine, il fut amené à étudier l'influence de la radiothérapie de la région surrénale sur la pression sanguine. Entre temps Zimmen et Cottenot ont fait connaître les résultats qu'ils avaient obtenus en cherchant à traiter l'hypertension par l'irradiation des surrénales (*Soc. de Biologie*, 1912). Les faits que relate aujourd'hui M. Quadrome confirment les observations des auteurs français.

Les malades soumis à la radiothérapie par M. Quadrome furent choisis parmi des sujets présentant une forte hypertension permanente, résistant aux simples modifications de régime et aux hypertenseurs usuels. Ils étaient soumis à un régime fixe et maintenus au repos au lit. On détermina avant et après le traitement, la teneur du sang en adrénaline en étudiant l'action mydriatique du sérum sanguin sur l'œil isolé de grenouille. La pression sanguine fut déterminée par l'appareil de Riva-Rocci et on ne tint compte que de la pression maxima.

(Il n'est pas inutile de faire remarquer le caractère insuffisant de ces déterminations ; la pression minima paraît aujourd'hui plus importante, ou au moins aussi importante à connaître que la pression maxima ; et, d'autre part, le procédé de la recherche de l'adrénaline par la méthode d'Ehrmann sur l'œil isolé de grenouille a été l'objet de nombreuses critiques.)

Dans un des cas relatés, le malade, qui était atteint de néphrite chronique, avait une pression de 22 à 25 et le sérum contenait en permanence des substances mydriatiques. Après six séances de radiothérapie, la pression ne dépassait plus 18 et le sérum était sans action mydriatique sur l'œil de grenouille. Ces résultats se maintinrent sans changement pendant plusieurs semaines.

Dans un autre cas analogue, mais où manquait la réaction adrénalinique du sérum, la pression, après douze séances, fut ra-

menée de 23 à 20-21, en même temps que s'amélioreraient les symptômes fonctionnels.

Chez deux autres malades, hypertendus sans lésion rénale apparente, la radiothérapie amena l'abaissement de la tension. La réaction adrénalinique, qui n'existait que chez l'un avant le traitement, disparut.

Enfin, chez un dernier malade sans réaction adrénalinique et qui était syphilitique, la radiothérapie demeura sans aucun effet.

Ces résultats montrent donc qu'on peut avec les rayons X obtenir un abaissement de l'hypertension artérielle. M. Quadrone ajoute qu'on ne saurait en conclure que tous les états hypertensifs doivent retirer de la radiothérapie un bénéfice, leur pathogénie ne relevant pas toujours, loin de là, d'une activité exagérée de la sécrétion du tissu chromaffin.

---

#### PHARMACOLOGIE

**Etude pharmacodynamique et thérapeutique sur la digalène**, par G. G. POUCHET et G. BARDET, dans *La Presse Médicale*, samedi, 19 juillet 1913.

Le mémoire précité constitue, à proprement parler, le premier travail complet de pharmacologie consacré à l'étude de la digalène.

A. PHARMACOLOGIE. — La digalène est un complexe digitalique imparfaitement défini au point de vue pharmacologique, mais se rapprochant vraisemblablement de la primitive digitaline d'Homolle et Quévenne; on peut la considérer logiquement comme une concentration de la macération ou de l'infusion de digitale débarrassées des principes irritants, probablement de nature résineuse que contient la plante.

La digalène se présente sous l'aspect d'une poudre amorphe, difficilement soluble dans l'eau pure, mais facilement soluble dans un excipient renfermant environ 5 pour 100 d'alcool et un peu de glycérine. La solution est dosée à 3/10e de milligr. par centimètre cube. La digalène étant deux fois moins active que la digitaline, il en résulte que 1 cm<sup>3</sup> de la solution de digalène correspond à 1/10e et 1/2 de milligr. de digitaline.

Moyen facile et sûr (produit toujours identique à lui-même) de réaliser la médication digitalique, la digalène peut être ainsi mise au rang des substances intermédiaires entre les produits galéniques et les produits chimiques de la pharmacie. Son avantage réel, celui qui justifie le plus légitimement son admission dans la pharmacopée, c'est la facilité de son emploi en injections intra-musculaires et même intra-veineuses. Au point de vue de ces injections, aucune autre des préparations actuelles de digitale ne pourrait la remplacer.

B. ETUDE PHARMACODYNAMIQUE. — De l'étude expérimentale faite au laboratoire de M. le professeur Pouchet et dont témoignent de nombreux tracés, il ressort, comme il est dit plus haut, que la digalène constitue un médicament très actif qui se rapproche beaucoup plus de la digitaline Homolle et Quévenne que la digitale en nature ou de la digitaline cristallisée chloroformique. Dans tous les cas, elle possède sur ces médicaments l'avantage de pouvoir s'employer en injections hypodermiques, sans technique spéciale, et les essais sur les animaux ont parfaitement démontré l'identité d'action pharmacodynamique obtenue par l'emploi des ampoules ou des comprimées.

C. ACTION ET MODE D'EMPLOI. — *Administré "per os"*, le médicament n'irrite pas l'estomac. L'action est plus rapide que celle de la digitale et de la digitaline. L'élimination est beaucoup plus rapide que celle des autres préparations digitaliques, il en résulte que l'action cumulative est certainement beaucoup moins marquée.

*L'administration hypodermique doit être intra-musculaire*, et quand on opère ainsi, l'injection est réellement indolore. L'injection permet d'obtenir en quelques minutes l'action recherchée.

On peut même à la rigueur avoir recours à l'*injection intra-veineuse*, mais, dans ce cas, l'injection devra être pratiquée très lentement, goutte à goutte.

D. POSOLOGIE. — Pour faciliter l'étude de la posologie, les auteurs établissent le tableau suivant :

1 cm<sup>3</sup> ou XXX gouttes de la solution de digalène correspondant à 3/10e de milligr. de matière active, équivalent à :

Poudre de feuilles de digitale.. . . . .	0 gr. 15
Teinture alcoolique.. . . . .	1 gr. 50
Sirop de digitale.. . . . .	30 grammes
Vin de l'Hôtel-Dieu . . . . .	30 —
Energétène de digitale.. . . . .	XV gouttes
Intrait de digitale.. . . . .	0 gr. 015
Digitaline cristallisée . . . . .	0 gr. 000 15
Solution de digitaline au millième . . . . .	VII à VIII gouttes

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Æsculape*, grande revue mensuelle illustrée, 41, rue des Ecoles, Paris. Le No : 1 fr. (Etranger 1 fr. 50) (franco contre timbres-poste). Abonn. . 12 fr. (Etranger : 15 fr.). — *Sommaire du No de Juillet* 1913.

*Comment s'est constituée l'ancienne Ecole de Médecine de Montpellier* (13 illustr.), par le Dr P. DELMAS, Prof. agrégé à la Faculté de Méd. de Montpellier. — L'Ecole de Médecine de Montpellier, rénovatrice de l'art médical, rivale de l'Ecole de Paris. Son passé illustre ; médecins arabes ; médecins juifs ; la constitution du Cardinal Conrad en 1220 ; l'intervention de l'évêque de Maguelone.

*L'Islam frémit* (3 illustr.), par le Dr DOUZANS. — Le mépris du musulman ; comment il se traduit ; les juifs tremblants de peur ; leur souplesse.

*Psychologie bourguignonne en temps de peste* (10 illustr.), par le Dr H. BON. — " Les cercueils et les planches étant venus à manquer, dit Grégoire de Tours, on enterrait dix corps et même plus dans la même fosse. " Impassibilité relative de la race bourguignonne (médecins et public) devant le fléau. Ceux qui fuient la pestilence.

*Les fillettes jumelles du Dr Samona et l'Enquête italienne sur la Réincarnation* (5 illustr.), par Et DUCHATEL, Vice-Président de la Soc. Universelle d'Etudes Psychiques. — Les vies antérieures ; quelques faits à l'appui de la doctrine de la Réincarnation ; la psychologie moderne tend à se rapprocher de la notion réincarnationniste.

*La Migraine de Guy de Maupassant* (10 illustr.), par le Dr M. PILLET. — La migraine, caractéristique du tempérament dit "épileptisant" tourmenta Maupassant toute sa vie. Un de ses amis écrit : " Je poussai la porte et demeurai saisi en le voyant, couché de tout son long sur son lit, la face pâle, congestionnée par places, la tête enveloppée de linges et les yeux clos. " L'intoxication par l'éther, la cocaïne, le haschich ; l'arthritisme de Maupassant.

*Médecins militaires d'autrefois* (5 illustr.), par le Dr BONNETTE. — Le sort lamentable des officiers de santé aux armées de

l'Empire. Les trajets à pied sous la pluie, tête baissée, avec les charretiers et les infirmiers ; le sommeil dans les granges... etc.

*L'ouïe* (similigravure hors-texte sur papier teinté), par DUMIER.

*Supplément* (20 illustr.). — *La légion étrangère jugée par un médecin.* — *Le Dr Celos conseille Venise.* — *L'expansion médicale allemande.* — *Baudelaire, sa tristesse malade.* — *La musique chez les forçats russes.* — *Le jais et l'ambre.* — *Étudiants en médecine.* — *Notes para-médicales du Dr Celos.* — *Médecins et astrologues italiens.* — *Les exploits des hommes ratiers.* — *Restif de la Bretonne fut-il fétichiste ?* — *Le prognathe.* — *L'escalier dans la préhistoire et les escaliers de Venise.* — *Le savant au théâtre.*

*Ambard.* — Société de Biologie, 19 nov. 1910.

Société de Biologie, 3 déc. 1910.

*Carrion et Guillaumin.* — Presse Médicale, no 47, 1912

*Chevassu.* — Presse Médicale, no 47, 1912.

Congrès d'Urologie, oct. 1912.

*Gréhaut.* — Journal de Physiologie et de Pathologie Générale, janvier 1904.

*Widal et Javal.* — Semaine Médicale, 5 juillet 1905.

*Savidau.* — Thèse de Paris, 1912.

*Chiffres obtenus dans les expériences d'Ambard.*

1re Loi.	D.	C.	Ur.	
1e exp.	30	34	0.36	
2e exp.	60	33	0.50	Ingestion d'urée.
3e exp.	92	36	0.63	id.
4e exp.	200	34.5	1.	id.

$$0.36 : \sqrt{30} = 0.0657$$

$$0.50 : \sqrt{60} = 0.0646$$

$$0.63 : \sqrt{92} = 0.0657$$

$$1. : \sqrt{200} = 0.0707$$

2e Loi.	D.	C.	Ur.
1e exp.	33.6	34.8	0.41
2e exp.	48.0	18.1	0.42 Ingestion d'urée.

$$33.6 \times \sqrt{34.8} = 198.2 \text{ et } 48 \times \sqrt{18.1} = 203$$

**Thérapeutique des cliniques de la faculté de Paris** publiée sous la direction de M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin des hôpitaux. Paris, Société d'éditions scientifiques et médicales. F. Gittler, directeur, 10, Place Saint-Michel (VIe), 1913.

Beaucoup de médecins français, et quelques étrangers, quand ils critiquent l'enseignement de la Faculté de Médecine de Paris, se plaignent de ce que, dans les cliniques, on néglige la thérapeutique.

Ce petit livre est pour répondre à cette critique.

Avec mes collaborateurs, j'espère y montrer qu'à la Faculté on soigne les malades aussi bien qu'on peut le faire avec l'organisation hospitalière actuelle et que, si souvent la thérapeutique courante passe inaperçue des visiteurs, c'est, d'une part, que nous avons parfois le tort de nous faire comprendre à demi-mot de l'interne et de la surveillante, et que, d'autre part, les médecins, qui nous font l'honneur de suivre nos visites, limitent presque inconsciemment le traitement au médicament.

Or, il ne faut pas confondre la thérapeutique avec la polypharmacie. Les indications thérapeutiques sont remplies par l'hygiène, la diététique, les médicaments animaux, végétaux, chimiques, physiques et la psychothérapie.

Ces quatre titres: hygiénique, diététique, médicamenteux, psychothérapique, doivent toujours être présents à l'esprit du médecin qui prescrit, et comme les conseils qu'on lui demande sont relatifs à ces quatre groupes, je conclus que le médecin vraiment thérapeute, soucieux de marquer son sillage d'un peu moins de mal-être, doit toujours prescrire.

Norte but de résumer, pour chaque cas, notre conduite habituelle, de montrer comment, en 1913, dans les cliniques de la Faculté de Paris, les malades sont soignés, et de donner des lignes

de conduite simples et claires du traitement des principales affections, bien que le principe de toute saine thérapeutique — plus réfléchi que réflexe — selon le mot de M. Landouzy, soit d'individualiser les moyens hygiéniques, diététiques, médicamenteux, psychothérapeutiques, comme sont individuelles les indications à remplir vis à vis de chaque malade.

Pour réaliser ce plan d'une thérapeutique des Cliniques, j'ai, avec le bienveillant assentiment des professeurs de clinique de la Faculté que je tiens à remercier ici, réuni quelques collègues, chefs ou anciens chefs de clinique, qui, avec une compétence toute spéciale, ont assumé la tâche assez ingrate de résumer leur conduite thérapeutique.

C'est ainsi que MM. Lortat-Jacob et Vitry, Lian, René Gaultier, Herscher et Villaret, et Jean Troisier, représentants des cliniques des Prof. Landouzy, Debove, Albert Robin, Gilbert et Chauffard, ont exposé la thérapeutique de la pathologie interne; M. Babonneix, de la clinique du Prof. Hutinel, a traité la thérapeutique pédiatrique; M. Lévy-Franckel, de la clinique du Prof. Gaucher, la thérapeutique dermatologique; M. Tinel, de la clinique du Prof. Dejerine, la thérapeutique neurologique; M. Barbé, de la clinique du Prof. Gilbert Ballet, la thérapeutique psychiatrique; M. Kendirdjy, de la clinique du Prof. Reclus, s'est chargé de synthétiser la pratique des cliniques chirurgicales parisiennes des Prof. Reclus, Segond (1); Delbet, Quénu; M. Perrin, de la clinique du Prof. Kirmisson, a traité la pédiatrie chirurgicale; M. Bellin, la thérapeutique oto-rhino-laryngologique; M. Cou-tela, de la clinique du Prof. de Lapersonne, la thérapeutique ophtalmologique; M. Heitz-Boyer, de la clinique du Prof. Albarran, auquel succède le Prof. Leguen, la thérapeutique urologique; M. Bender, de la clinique du Prof. Pozzi, la thérapeutique gynécologique; et MM. Lacasse, Le Lorier et Cathala, des cliniques des Prof. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Bar, ont traité en commun la thérapeutique obstétricale.

On voit que la qualité répond au nombre des collaborateurs. Chacun, dans sa sphère, a fait un exposé aussi pratique que possible de la thérapeutique habituelle de la clinique à laquelle il est ou fut attaché. Chaque article est personnel et vécu. Le lecteur ne trouvera pas dans ce livre un traité doctrinal, et encore moins un traité critique de thérapeutique, mais un *vade mecum* thérapeutique des cliniques de la Faculté.

Ce *vade mecum* est plus qu'un formulaire. Il veut répondre à cette question du praticien: "A tel malade que dois-je faire? Voyons comment, cette année, on le traite à la Faculté."

Si l'on trouve, en nous lisant, la réponse à cette question, si dans les heurts de la pratique journalière, au jeune médecin encore hésitant entre deux diététiques ou deux médicaments, nous apportons avec clarté une solution simple, logique et déjà expérimentée, nous serons heureux de notre effort. N'est-ce pas l'idéal de tendre avec plus de vrai à toujours plus de bien

---

**Les glandes à sécrétion interne.** Anatomie, Physiologie, Pathologie.

*Glandes surrénales et organes chromaffines*, par M. LUCIEN, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy, et J. PARISOT, chargé des fonctions d'agrégé de médecine à la Faculté de Nancy. Lauréat de l'institut et de l'académie de médecine. Avec 100 figures dans le texte. Société d'éditions scientifiques et médicales, F. Gittler, directeur, 10, place Saint-Michel, Paris 1913.

L'étude des glandes à sécrétion interne a fait, depuis plusieurs années, l'objet de travaux de plus en plus nombreux et importants. L'extension de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie de ces organes, en précisant davantage leur signification et leur rôle à l'état normal, a permis du même coup de mettre en lumière les perturbations que leurs altérations pathologiques sont susceptibles de déterminer dans l'organisme. Toutefois, en dépit des documents abondants mais épars dans la littérature médicale concernant les glandes endocrines, il n'existe en France aucun ouvrage d'ensemble où se trouvent réunies les notions indispensables que tout médecin doit posséder aujourd'hui à ce sujet. Il nous a donc semblé faire œuvre utile de grouper les faits qui paraissent définitivement acquis, tout en apportant la contribution personnelle des travaux cliniques et expérimentaux que nous poursuivons depuis bientôt dix années sur les sécrétions internes.

Dans le but de mettre plus de clarté, dans un semblable exposé, nous avons consacré à chaque glande, surrénales, hypothèse, thyroïde, etc., un volume spécial; dans chacun de ceux-ci on trouvera, indépendamment de l'étude des maladies et des lésions de l'organe envisagé, un aperçu sur les données anatomiques et physiologiques qui s'y rapportent. En effet, pour bien comprendre les altérations morbides dont peuvent être le siège les diverses glandes à sécrétion interne, et pour saisir la genèse des manifestations symptomatiques dont elles sont la conséquence, il y a une nécessité indiscutable d'être parfaitement renseigné sur la structure et les fonctions normales de ces formations glandulaires. Ainsi se trouve parfaitement légitimée la division de chaque ouvrage en quatre parties: Anatomie, Physiologie, Anatomie-pathologique, Pathologie; l'ensemble des connaissances ainsi acquises nous permettant de déduire, en dernier lieu, les indications thérapeutiques et les médications qui, à côté de l'opothérapie, peuvent se rapporter à chaque cas particulier.

Un semblable ouvrage pourra rendre, nous l'espérons, quelque service à l'Etudiant et au Praticien; d'autre part, la réunion et la critique que nous avons tentée des acquisitions les plus récentes sur des questions d'aussi grande étendue, fourniront à de nouvelles recherches une base mieux assurée en même temps qu'elles en permettront l'orientation vers les points demeurés obscurs ou encore imparfaitement élucidés.

---