

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,

M. A. Le SAGE,

MM. L. de L. HARWOOD,
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. XLIII

1er MAI 1914

No 5

MEMOIRES

LA PROSTATE ET SON HYPERTROPHIE (1)

(ÉTUDE.)

Par le Dr J.-A. SAINT-PIERRE

Professeur agrégé et chirurgien de l'Hôtel Dieu.

La pathologie urinaire avait depuis longtemps reconnu que la prostate augmentait souvent de volume chez le vieillard mais elle consacrait toutes ses énergies à la recherche des moyens à prendre pour délivrer le malade de ses troubles et de sa tumeur, sans même daigner s'occuper de l'étiologie de cette " misère " du vieillard.

L'hypertrophie de la prostate n'est pas à vrai dire un corollaire obligé de la vieillesse, mais elle est aujourd'hui si fréquente et les accidents qu'elle cause sont souvent si graves, que j'ai cru bien faire en plaçant devant cette assemblée savante, une étude sur nos connaissances actuelles de la glande prostatique et de son hypertrophie.

On avait bien reconnu que la prostate prenait un développement extraordinaire chez le vieillard et provoquait des troubles qui parfois devenaient mortels; mais ce n'est que depuis 1860 que

(1) A la Société Médicale de Montréal. Séance du 7 Avril 1914.

les recherches scientifiques ont été dirigées vers l'étude de la pathogénie et de l'anatomie de l'hypertrophie prostatique et les notions actuelles sont de date relativement récente.

A Guyon revient le mérite d'avoir attiré l'attention du monde savant de ce côté. En même temps, il nous faisait connaître l'évolution clinique du prostatisme avec ou sans grosse prostate, la nécessité et les avantages du cathétérisme évacuateur, du traitement médical en attendant ou en préparant le traitement chirurgical.

Albarran, Proust et Gosset établissaient bientôt la technique de la prostatectomie périnéale; puis, Fuller de New-York proposa la voie sus-pubienne qui fut acceptée d'emblée et que Frayer par ses merveilleux succès, a vulgarisée dans le monde entier.

Mais en dépit de tous les labeurs, des observations cliniques et des recherches expérimentales, la pathogénie de l'hypertrophie de la prostate reste toujours énigmatique, mystérieuse, tandis que l'anatomie et la physiologie prostatique ont fait des progrès sérieux.

ANATOMIE

La prostate est un organe de nature glandulaire appartenant au système génital et développé autour de la portion initiale de l'urètre. C'est un organe impair et médian, placé sous la vessie, derrière le pubis, en avant du rectum et au-dessus de l'aponévrose périnéale moyenne dans une espèce de loge fibreuse appelée *loge prostatique*.

Elle représente assez bien un cône tronqué, aplati d'avant en arrière et dont la base serait dirigée en haut du côté de la vessie. Son axe, oblique de haut en bas et d'arrière en avant forme avec la verticale un angle de 25 degrés.

Un sillon médian, visible à la partie postérieure seulement, sépare la prostate en deux lobes latéraux. Quelquefois, à la partie supérieure et postérieure apparaît un petit lobe appelé *médian*. Le volume de la prostate varie suivant l'âge, mais elle reste stationnaire de 25 à 45 ans et pèse 25 grammes chez l'adulte. A 45 ans, elle commence à s'hypertrophier. Cette hypertrophie est dite *totale* si elle intéresse toute la glande et *unilatérale* si un seul lobe est atteint.

Les rapports de la prostate sont de deux sortes : intérieurs et extérieurs.

Voyons d'abord les rapports extérieurs. La prostate nous présente à étudier :

Une face antérieure, une face postérieure, une face supérieure, deux bords latéraux arrondis et une extrémité inférieure appelée bec.

Face antérieure :

Elle est courte, presque verticale et regarde le pubis dont elle est séparée par le plexus de Santorini. Elle est recouverte par le sphincter strié de l'urètre. Face postérieure : Plus allongée que l'antérieure, elle répond à l'ampoule rectale. Elle est lisse ; séparée en deux par un sillon médian vertical. En haut, ce sillon s'accuse et s'élargit déterminant une large encoche.

Les bords latéraux larges et arrondis continuent les faces antérieures et postérieures. Les aponévroses et les plexus latéraux de la prostate les séparent des releveurs de l'anus.

L'extrémité inférieure est mousse et porte le nom de bec.

Paroi supérieure ou base. Pour la bien voir il faut séparer la vessie de la prostate et enlever les canux éjaculateurs.

On s'aperçoit alors que la face supérieure de la prostate a un bord postérieur mince et échancré au centre par le sillon médian postérieur. Puis elle présente une crête transversale divisant la base prostatique en deux versants : l'un postérieur regardant les vésicules séminales et l'autre antérieur répondant au col vésical. La base de la prostate est entièrement située *derrière l'urètre*.

Loge prostatique. Dans un coup d'œil d'ensemble, la prostate paraît logée dans une cavité partie osseuse partie aponévrotique. Sa loge a six parois.

L'*antérieure* est formée par le pubis.

La *postérieure* est formée par l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers.

Les parois latérales sont formées par les aponévroses pubo-rectales, dépendances des aponévroses des releveurs.

Une paroi inférieure répondant à l'aponévrose périnéale moyenne.

Enfin une paroi supérieure qui est incomplète. Elle est représentée en avant par les ligaments pubo-vésicaux et reste ouverte en arrière pour permettre le rapport immédiat de la prostate avec le col vésical, les vésicules séminales et les canaux déférents.

RAPPORTS INTÉRIEURS DE LA PROSTATE.

La prostate est traversée de haut en bas et d'arrière en avant, 1° par l'urèthre; 2° les deux canaux éjaculateurs.

Qu'il me soit permis de rappeler que l'urètre prostatique est en haut très rapproché de la face antérieure de la prostate, tandis qu'en bas, il est très rapproché de sa face postérieure. De plus, que les canaux éjaculateurs viennent s'ouvrir sur les flancs du veru montanum et qu'entre leurs orifices on en voit un plus considérable, en forme de fente commandant l'entrée de l'utricule prostatique. Celui-ci, véritable diverticule de l'urètre se dirige en haut et en arrière, passant entre les deux lobes latéraux et se termine en cul-de-sac fermé. Quelquefois il dépasse la paroi prostatique postérieure et vient faire saillie entre les deux canaux éjaculateurs. L'utricule prostatique est absent une fois sur cinq.—(Testut).

HISTOLOGIE.

Jetons maintenant un coup d'œil sur sa structure histologique normale. Berdal nous montre la prostate comme formée par une série de glandes en grappes plongées dans une trame fibromusculaire qui est au moins aussi considérable que la masse glandulaire elle-même.

Sa charpente forme la majeure partie de l'organe et présente des fibres conjonctives, des fibres élastiques et surtout des fibres musculaires lisses.

Celle-ci proviennent d'après Walker de la couche longitudinale de l'urètre et de la couche circulaire de la vessie.

A la partie externe de la glande, les éléments conjonctifs unis à quelques fibres striées forment une zone marginale séparant nettement la prostate du tissu voisin.

Glandes. — Ce sont des glandes en grappe dont les canaux excréteurs au nombre de 30 ou 40 viennent tous s'ouvrir dans l'urètre prostatique. Mais ces glandes ne sont pas régulièrement distribuées dans tout l'organe et Albarran nous en donne une magistrale description. De ses recherches, il résulte que les glandes prostatiques forment deux groupes, l'un central, l'autre périphérique.

Le groupe central est constitué par les glandes situées immédiatement sous la muqueuse de l'urètre prostatique dans toute sa

longueur. Les plus élevées de ces glandes débordent même du côté vésical où elles occupent sous la muqueuse du trigone vésical le segment voisin du col. La musculature vésicale les sépare alors de la prostate.

Le groupe périphérique constitue la portion glandulaire de la prostate proprement dite. Ces glandes sont situées plus excentriquement que les glandes centrales dont elles sont séparées par des fibres musculaires lisses. Dans le milieu de la région, ces glandes forment une vraie ceinture mais en haut, près du col, et en bas, près de la portion membraneuse, elles ne forment plus qu'une demi-gouttière postérieure.

Musculature striée. — La prostate possède un sphincter strié propre; mais ce muscle strié ne recouvre que les parties antéro-latérales de la glande prostatique. Il est trop étroit dit Testut pour engainer toute la prostate; c'est pourquoi il "éclate" en arrière et laisse sans sphincter strié la partie postérieure de la glande. De plus, comme la prostate augmente de volume de bas en haut, il s'ensuit que le sphincter strié devient de plus en plus insuffisant et finit en haut par ne plus recouvrir que la partie antérieure de la prostate.

Au point de vue fonctionnel, Nagel le compare à un anneau fermé, bien que chez l'homme, il ne recouvre que la face antérieure de la portion prostatique de l'urètre incluse, à ce niveau, dans la prostate. C'est lui qui rend possible l'interruption subite et volontaire du jet d'urine.

Musculature lisse. — On distingue dans la prostate trois ordres de fibres musculaires lisses.

1° Une couche interne longitudinale, sous-muqueuse, qui vient de la couche musculaire interne vésicale et se continue ensuite à l'urètre membraneux et même à l'urètre spongieux.

2° Une couche circulaire, entourant la première. Elle est pour ainsi dire, le prolongement dans la région prostatique des fibres circulaires lisses de la vessie auxquelles se joignent un certain nombre de fibres musculaires de la couche longitudinale externe de la vessie. Cette couche circulaire est un véritable sphincter lisse vésical: cependant, il est situé dans la région prostatique et devrait être appelé *sphincter urétral* d'après Testut. Sa fonction est double: 1° Par sa contraction et même par sa tonicité, il ferme l'orifice vésical. 2° Au moment de l'éjaculation, en fer-

mant la portion de l'urètre située au-dessus des canaux éjaculateurs il empêche le liquide spermatique de remonter vers le réservoir urinaire et de ce fait, l'oblige à prendre la direction du méat.

3° Enfin, nous trouvons dans la prostate une multitude de fibres musculaires lisses, éparses, disséminées sans ordre dans toute l'épaisseur de la prostate et formant avec le tissu conjonctif le stroma de la glande.

Tissu conjonctif. — Il forme le quart de la prostate chez les animaux jeunes ou nouveau-nés ; il est très riche en cellules conjonctives et avec l'âge devient fibreux. Il forme une masse épaisse devant et derrière l'urètre et s'infiltré entre les lobes et les lobules de la glande. Chez le vieillard, l'élément conjonctif prend une telle expansion qu'il étouffe l'élément musculaire.

Tissu élastique. — Ce tissu forme un anneau péri-urétral surtout marqué au niveau du "veru montanum," mais il existe aussi autour des canaux éjaculateurs ; entre les lobules, des fibres élastiques cheminent encore formant un système interstitiel qui va rejoindre d'autres fibrilles éparpillées à la surface de la glande ; (Albarran) de sorte que nous avons du tissu élastique dans toute l'étendue de la prostate.

Glandes de la prostate. — Testut nous parle de 30 ou 40 glandes régulièrement distribuées dans la prostate et ayant un canal excréteur propre, qui s'ouvre un chemin jusqu'à l'urètre. Les plus longues glandes sont situées en arrière de l'urètre, les plus courtes sont en avant et les flancs prostatiques logent des glandes de moyenne dimension.

Cependant, il résulte des recherches d'Albarran et de Motz que les glandes prostatiques sont bel et bien divisées en deux classes, séparées par le sphincter lisse déjà décrit.

1° *Groupe central, intrasphinctérien.* — Ce sont des culs-de-sac simples parfois des glandules alvéolaires distribués tout autour de l'urètre, immédiatement au-dessous de la muqueuse ou s'en éloignant très peu.

2° *Groupe périphérique.* — Ce groupe constitue la portion glandulaire de la prostate proprement dite. Les glandes qu'il contient sont plus excentriques que celles du premier groupe et en sont plus ou moins distinctement séparées par le sphincter lisse. Environ cinquante lobules glandulaires sont ici plongés dans le tissu musculo-conjonctif. Ce sont des glandes en grap-

pes dont les canaux excréteurs, plus ou moins longs, cylindriques ou irrégulièrement bosselés et tortueux se dirigent toujours obliquement en bas pour venir s'ouvrir sur la face libre de la muqueuse urétrale prostatique où, avec l'aide d'une loupe on peut facilement les voir.

Artères. — Le sang est apporté à la prostate par deux artères issues de l'hypogastrique.

1° Les artères vésicales inférieures, qui cheminent entre le rectum et la vessie chez l'homme, pour venir étaler leurs branches sur les côtés de la prostate de même qu'à la face inférieure de la vessie.

2° La prostate reçoit encore quelques petits rameaux artériels d'une autre branche de l'hypogastrique l'hémorrhoidale moyenne qui jette ses ramifications sur les faces postérieures et de la prostate et de la vessie.

Toutes ces branches artérielles pénètrent bien dans la capsule prostatique, mais elles ne vont pour ainsi dire pas plus loin. En effet, les rameaux qu'elles envoient à l'intérieur de la prostate sont tous d'un calibre insignifiant et c'est une des raisons pour lesquelles le décollement de la glande *dans sa loge* peut se faire presque sans hémorrhagie. Dans la glande, ces terminaisons artérielles forment des réseaux autour des acini, des canaux excréteurs et éjaculateurs.

Veines. — Farabeuf nous enseigne que la prostate contient peu de veines par elle-même; cependant, l'urètre prostatique laisse voir sous sa muqueuse des veinules longitudinales anastomosées. Ces veinules s'extériorisent de la prostate et forment sur les faces latérales de l'organe, un plexus veineux considérable appelé plexus vésico-prostatique (Testut) ou veines périprostatiques (Albarrau). Celles-ci sont comprises dans un dédoublement des aponévroses, et les petites veines, issues directement de la prostate ne perforent que le feuillet interne de ces aponévroses et se jettent dans les veines péri-prostatiques. Ces dernières communiquent largement en avant avec le plexus de Santorni et en arrière avec le plexus séminal.

Lymphatiques prostatiques. — Sappey en 1854 en a donné une bonne description acceptée d'ailleurs par Testut. Ils naissent dit-il, autour des culs-de-sac glandulaires et forment un plexus intraprostatique puis un plexus périprostatique surtout considérable sur la face postérieure de l'organe.

De ce réseau, partent quatre troncs lymphatiques principaux dont les deux antérieurs, assez grêles, vont aux ganglions prévésicaux et dont les deux postérieurs, plus considérables se dirigent vers les ganglions latéraux sacrés.

Récemment, Pasteau a insisté sur les relations lymphatiques de la prostate, de la base de la vessie et des vésicules séminales. Cunéo, Marcille et Stahr sont aussi du même avis. Bruhns, en 1904, nous a donné en détails le résultat de ses recherches sur les canaux lymphatiques collecteurs. En voici le résumé :

1° Vaisseaux antérieurs et latéraux allant aux ganglions prévésicaux.

2° Vaisseaux postérieurs et latéraux suivant de près l'urètre, gagnant les ganglions situés dans la bifurcation iliaque, puis, médiatement, les ganglions qui accompagnent l'iliaque externe.

3° Enfin des vaisseaux *descendants* qui contournent le rectum et se jettent dans un ganglion situé sur le sacrum pour, de là rejoindre la chaîne aortique.

Nerfs. — Les nerfs de la prostate émanent du plexus hypogastrique, accompagnent les artères ou cheminent isolément. Ils rencontrent constamment un certain nombre de ganglions minuscules le long de leur trajet,

On y rencontre des rameaux sensitifs et sécréteurs pour les éléments glandulaires et des rameaux moteurs pour les éléments musculaires. Tous ces nerfs se terminent dans la prostate par des extrémités libres ou par des corpuscules de Paccini.

PHYSIOLOGIE.

Il est pénible d'être obligé d'avouer que même la physiologie normale de cette glande importante n'a pas été fouillée comme elle aurait pu l'être et Habernern chargé de faire sur ce sujet, rapport au congrès international d'urologie en 1908, déplore de n'avoir pu trouver, même *en cherchant bien* un ouvrage où la physiologie de la prostate fût traitée d'une façon complète.

C'est bien vous prouver, je crois, que les pionniers de la science expérimentale ont négligé cet organe encore plein de mystère et qui se venge à sa façon de l'oubli où on l'a laissé si longtemps.

Nous savons du moins que les fonctions de la prostate sont multiples et que la mieux connue est la sécrétion d'un liquide ténu,

lactescent, légèrement alcalin et d'une odeur caractéristique due à la *spermine*.

Ce liquide prostatique contient plusieurs éléments : albumine, spermine, sels basiques, des concrétions stratifiées et des amyloïdes qui peuvent former des calculs prostatiques. On y trouve encore des globules adipeux, des cristaux spermatiques découverts par Boetcher et pour certains auteurs, un ferment nommé *vésiculase*. La sécrétion prostatique agit sur les mouvements des spermatozoïdes par *dilution du sperme* et pour quelques expérimentateurs, par *excitation spécifique*.

Posner dit nettement que le suc prostatique possède un *ferment* qui protège la force vitale des spermatozoïdes et la prolonge.

Quelle que soit l'importance de cette première fonction prostatique il en est une autre de conception moderne qui mérite de retenir tout spécialement notre attention et appelle encore des recherches nouvelles. Les relations particuliers de compensation qui existent entre le testicule, les vésicules séminales et la prostate nous montrent en effet, qu'en plus de la sécrétion externe il existe une sécrétion interne qui agit sur la spermatogénèse. Elle paraît même agir aussi sur la musculature vésicale bien que ce point ne soit pas encore prouvé ; il se peut en effet que des réflexes interviennent ici.

C'est à Brown-Sequard que revient l'honneur d'avoir, le premier eu l'heureuse idée de considérer la prostate comme une glande à sécrétion interne.

Une chose reste bien acquise, c'est que l'ablation de la prostate *entière* arrête la spermatogénèse et l'atrophie primaire de la prostate peut déterminer l'aspermatisme chez l'homme. Enfin, on nous apprend encore que le sphincter lisse prostatique aide le sphincter vésical à fermer la bouche de la vessie.

SÉCRETION INTERNE.

L'étude des fonctions physiologiques d'un organe sain et de son rôle dans l'organisme normal, même par l'expérimentation la plus minutieuse ne nous livre pas toujours les secrets tant désirés. Nous devons alors, comme cela s'est fait pour obtenir la connaissance de l'importance de la sécrétion interne de la glande surrénale, des ovaires et de la glande thyroïde, considérer les conditions pathologiques et tirer nos déductions.

Ainsi, dans l'hypertrophie de la prostate, Genouville avait remarqué que, dans une première période, celle de la congestion, la contractilité de la vessie était normale, même dépassait la normale, pour s'affaiblir ensuite considérablement à la période de rétention chronique, malgré l'hypertrophie des éléments musculaires.

D'un autre côté l'amélioration de la contractilité vésicale est telle, après l'ablation de la prostate hypertrophiée, qu'il devient évident que non seulement un obstacle mécanique a été enlevé par l'opération mais qu'une influence sensible a été exercée sur la contractilité de la vessie.

Janet pense que la cessation de l'inhibition génito-vésicale *pourrait* être causée par des lésions nerveuses faites au cours de l'opération. Mais Albarran, Serrallach et Parès sont plutôt de l'opinion que la fonction vésicale s'améliore après la prostatectomie d'abord par l'enlèvement d'un obstacle mécanique, mais aussi et peut-être surtout, de ce que, par l'enlèvement de la prostate, on a produit une sorte de castration. Ils ajoutent même que, si les testicules s'atrophient après la prostatectomie c'est que toute fonction testiculaire cesse après cette opération, spermatogénèse et sécrétion interne.

C'est cette action réciproque du testicule et de la prostate qui a fait pratiquer il y a quelque vingt ans tant de castrations pour guérir l'hypertrophie prostatique car on avait trouvé que chez les castrats la prostate saine s'atrophiait, mais on s'aperçut bientôt que l'*hypertrophie prostatique* n'était aucunement influencée par la castration.

On est bien forcé d'avouer que le problème que nous offre la sécrétion interne de la prostate n'est pas encore résolu.

Cependant, grâce aux expériences de Serrallach et de Parès, des notions nouvelles nous sont arrivées : c'est que la prostate par sa disparition produit l'atrophie du testicule et que cette atrophie est retardée par addition d'extrait testiculaire.

2° La prostatectomie chez le chien détermine un arrêt de la sécrétion balano-préputielle ainsi que celle de toutes les glandes sexuelles en plus du manque de spermatozoaires et d'éjaculation.

Cependant, l'aspermie ainsi produite chez les chiens n'est pas de longue durée et les spermatozoïdes ainsi que l'éjaculation reparaissent après 5 ou 6 mois.

Sans doute, ces résultats ont besoin d'être contrôlés et maintes

fois répétés avant que d'être acceptés comme " article de foi " ; mais quelles que soient les objections que l'on puisse faire, dès aujourd'hui, contre les expériences de ces deux savants, ceux-ci nous ont tout de même prouvé que la prostate est véritablement une glande génitale.

Tout le monde admet que le suc prostatique agit sur la vitalité du spermatozoïde en diluant le sperme, mais ce n'est *probablement* pas seulement en diluant le sperme que le suc prostatique augmente la vitalité des spermatozoaires, ce peut être aussi par une action excitante spécifique. Fürbringer a puisé dans le canal déférent et même dans la vésicule séminale des spermatozoïdes qu'il a trouvés dans une sorte de rigidité qui fait place aussitôt après l'addition de suc prostatique aux mouvements caractéristiques.

Walker a observé chez le chien de vifs mouvements des spermatozoïdes sitôt qu'il mélangeait la sécrétion du testicule avec celle de la prostate. Il a même examiné la sécrétion du testicule, puis du canal déférent, puis mélangé au suc prostatique et il a obtenu les résultats suivants :

- 1° Pas de mouvements dans la liqueur du testicule.
- 2° Pas de mouvements dans le liquide de la tête de l'épididyme.
- 3° Peu de mouvements dans le liquide de la queue de l'épididyme.
- 4° Peu de mouvements dans le liquide du déférent.
- 5° Mouvements *très nets* dans un mélange de sécrétion testiculaire et prostatique.

Casper nous apprend que sans suc prostatique les spermatozoaires meurent rapidement dans le mucus utérin, tandis que mélangés au suc prostatique ils peuvent vivre 3, 4 et même 8 jours.

Haberern est cependant de l'opinion que la mobilité des spermatozoïdes dépend essentiellement de la dilution du liquide et non pas de l'influence excitante de la sécrétion prostatique.

Fürbringer observa dans un cas que le sperme évacué sans coït, par spermatorrhée, ne contient pas d'éléments mobiles, tandis que c'est le contraire dans le sperme émis durant le coït. C'est dit-il, que l'action excitante du suc prostatique entre en jeu dans l'éjaculation normale, ce qui n'est probablement pas le cas pour l'émission *spermatorrhéique*.

Quoiqu'il en soit, une chose paraît bien prouvée, c'est que la

dilution du sperme par le suc prostatique, augmente la vitalité du spermatozoïde.

Et une chose paraît infiniment probable, c'est qu'une autre chose que la dilution entre en lice pour prolonger jusqu'à 8 jours la vie d'un spermatozoïde; que ce soit une nourriture ou un excitant, la question reste posée.

Lannois prétend que la prostate ne devient véritable glande sécrétante qu'à la puberté et qu'elle atteint le point culminant de son activité entre 45 et 50 ans.

Et pourquoi, une musculature si considérable dans la prostate? C'est que les glandes prostatiques gonflées par leur produit de sécrétion doivent se vider d'un seul coup dans l'urètre *au moment même* de l'éjaculation.

Je dis d'un seul coup, car le sperme a besoin du suc prostatique et doit le recevoir "en passant." D'ailleurs la musculature prostatique est évidemment disposée dans ce but particulier; car elle est longitudinale le long des conduits excréteurs et circulaire autour des acini.

On comprend facilement qu'une contraction *d'ensemble* de ces muscles vide la prostate entièrement et en un instant.

Récemment, le mécanisme de la fermeture vésicale a été placé par les anatomistes dans les sphincters de la prostate.

Socin considère comme éléments intégrants de la prostate tout le sphincter interne (lisse, involontaire) et une grande partie du sphincter externe (strié, volontaire). Il a cru que la fermeture de la vessie était produite en premier lieu par le sphincter interne lisse.

Walker n'accepte pas cette manière de voir et les raisons qu'il en donne sont les suivantes :

1° Au niveau de l'orifice urétral interne, la vessie possède un sphincter lisse suffisant pour retenir l'urine. L'urètre de la femme nous en donne une preuve irréfutable.

2° Si l'occlusion de la vessie n'avait pas lieu par son propre sphincter, l'urine pourrait séjourner dans l'urètre prostatique; ce qui est en contradiction avec l'observation.

3° Sur des coupes en série, l'urètre entouré de ce sphincter lisse est toujours béant, même quand l'orifice vésical est fermé.

Cependant, Gley, dans sa physiologie (1906) partage l'opinion de Socin et nous décrit ainsi le mécanisme de la miction. Le

sphincter vésical ferme la vessie. Quand la tension intra vésicale est assez considérable pour vaincre ce sphincter, quelques gouttes d'urine s'écoulent dans l'urètre prostatique. Aussitôt se réveille un réflexe qui ferme le sphincter urétral prostatique et l'urine est forcée de retourner dans la vessie. La pression augmente encore, et le jeu recommence. Mais bientôt le sphincter urétral se fatigue et il faut un effort *volontaire* pour arrêter l'urine, Cet effort volontaire agit par la contraction du sphincter externe strié. C'est lui qui permet l'arrêt brusque du jet d'urine. Une fois ce sphincter strié relâché, le muscle vésical suffit seul pour vider le réservoir; excepté pour l'expulsion des dernières gouttes, alors qu'un effort des muscles abdominaux est nécessaire.

L'expérimentation sur les animaux et les résultats opératoires, nous ont permis de nous rendre compte du rôle de la prostate dans l'érection. Steinach a trouvé que chez le rat privé de la prostate et des vésicules séminales, le pouvoir sexuel reparait en 5 semaines mais que ces rats restent inféconds.

Papin a trouvé le même résultat sur le chien après ablation complète de la prostate.

Chez un jeune homme, la destruction ou l'extirpation de la presque totalité de la prostate n'empêche pas l'érection. Albarran cite un cas de destruction complète de la prostate par un énorme abcès où les érections étaient restées normales, mais, toutefois sans éjaculations.

Sur 52 prostatectomisés par Albarran, 12 ont conservé l'érection; 16 ont vu leur puissance génitale diminuée et 24 l'ont perdue complètement. Comment expliquer cette différence notable dans les résultats. Il est impossible de croire que le pouvoir d'érection dans certains cas est dû à la conservation d'une partie de la glande car on sait que l'extirpation totale de la prostate n'entraîne pas l'impuissance définitive. Albarran croit que les lésions nerveuses plus ou moins graves causées pendant l'opération doivent entrer en ligne de compte. La prostatectomie suspubienne expose moins à ces lésions nerveuses que la périnéale et ses résultats sous le rapport puissance génitale sont bien plus satisfaisants.

HYPERTROPHIE

D'après les travaux les plus récents, il paraît que ce terme "hypertrophie de la prostate" est tout à fait impropre. En effet la

tumeur que l'on étiquettait de cette enseigne a fait le sujet d'une étude histologique remarquable pour laquelle MM. Papin et Verliac viennent de recevoir de l'Académie de Médecine le prix Tremblay.

Se basant sur l'examen de 200 pièces, ces auteurs ont confirmé la notion sortie de Necker avec Albarran, Motz et Pérearnau et démontré que l'hypertrophie n'est pas une maladie de la prostate mais de l'urètre postérieur et se caractérisant par un processus végétant, urétral et sous-urétral qui donne naissance à des néoformations glandulaires. C'est en un mot *un adénome* de l'urètre postérieur.

Les deux groupes glandulaires, central et périphérique étudiés plus haut ne sont pas touchés tous deux par le processus hypertrophique.

Motz nous a montré que le groupe central, sous-urétral et le stroma conjonctif qui l'entourent prennent seuls part à la formation de la tumeur, tandis que le groupe périphérique, prostatique proprement dit est progressivement déformé et refoulé en dehors, écrasé à la face interne du tissu conjonctif qui sert de capsule prostatique et où souvent il s'atrophie presque complètement.

La tumeur débute *toujours* au voisinage de l'urètre et nous présente alors quelques corps sphéroïdes disséminés plus ou moins irrégulièrement dans la zone centrale. Dans un développement plus considérable, la zone centrale s'épaissit par l'augmentation de volume des corps sphéroïdes et par la prolifération du stroma lui-même.

Mais comme le nombre et la position des glandes péri-urétrales sont variables, il est facile de comprendre pourquoi le développement se fait tantôt dans un lobe, tantôt dans deux et tantôt dans les trois.

Quant au lobe médian, il se développe aux dépens des glandes centralès sous-cervicales et pré-spermatiques.

Les lobes latéraux très développés entraînent avec eux le sphincter intra-prostatique lisse, et l'on peut voir après énucléation, les masses centrales, entourées d'une capsule musculaire.

Enfin si l'hypertrophie n'est pas très marquée, les masses néoformées sont sans séparation bien nette avec les glandes périphériques et l'énucléation présente alors de grandes difficultés.

On voit que dans tout ce processus, les glandes prostatiques pro-

prement dites n'ont eu absolument rien à faire, si ce n'est de se laisser refouler à la périphérie et de s'y atrophier en une couche plus ou moins étroite.

Les canaux éjaculateurs sont aussi repoussés en arrière par la tumeur et l'énucléation de celle-ci par la voie sus-pubienne ménage ses canaux et les fonctions génitales.

Cette découverte due à Motz de l'école de Necker et qui vient d'être confirmée, avait déjà reçu des adhésions importantes avant ce jour. En effet, les savants comme Albarran, Marquis, Cuneo, Marion, Tandler et Zuckerhand l'avaient acceptée; mais les remarquables travaux de Papin et Verliac enlèvent tous les doutes, car avec Legueu nous dirons :

1° Que cette conception cadre avec les données embryologiques, histologiques et physiologiques connues.

2° Elle explique l'entrave mise au développement de l'hypertrophie par les affections qui altèrent la muqueuse urétrale.

3° Elle permet de comprendre toutes les formes de l'hypertrophie.

4° Elle rend compte de tous les aspects histologiques que peut revêtir l'adénomatose sous-urétrale, depuis le pseudokyste jusqu'aux nodules fibreux qui sont pour nous des nodules glandulaires.

5° Enfin elle explique l'absence de vaisseaux dans la tumeur et la néoformation de fibres musculaires lisses.

Dans ces conditions il faudra dire à l'avenir :

Adénome de l'urètre prostatique au lieu d'hypertrophie prostatique et énucléation intraprostatique de l'adénome, au lieu de prostatectomie.

RESIDENCE A VENDRE.

Maison en pierre et brique, 36 x 51, sur terrain de 43 x 100, complètement détachée, à proximité de l'église, contenant douze chambres, plus salle d'attente, de consultation et de pansement. Cave de huit pieds, cimentée, avec garage. Excellente occasion pour remplacer un médecin pratiquant depuis vingt-cinq ans.

Prix raisonnable, conditions faciles.

S'adresser pour informations au No 154, r ue Déséry, Montréal.

LA VACCINATION ANTITYPHIQUE DANS LA PRATIQUE
JOURNALIERE (1)

Par le Docteur KALBÉ,
De Chatel Guyon.

La presse médicale, ainsi que les grands quotidiens, ont agité cette question importante avec une passion exagérée. En effet, à l'étranger, la vaccination antityphique n'a pas touché la foule, et les médecins eux-mêmes n'ont pas été forcés de prendre parti pour un vaccin déterminé.

Cet article, écrit pour le médecin praticien, évitera donc toute discussion personnelle et n'exposera que les résultats réels de la vaccination antityphique en s'appuyant surtout sur les données fournies par l'application du *vaccin monovalent chauffé Chantemesse*. Pour nous, un praticien indépendant ne pourra plus se passer de la vaccination antityphique, et ne peut pas approuver la campagne qui se dessine à l'heure actuelle contre la vaccination antityphique obligatoire dans l'armée, précisément à un moment où cette mesure, approuvée par le Sénat, sanctionnée définitivement par la Chambre, ne demande qu'à être appliquée par le corps médical tout entier. Cette dernière coopération, après un consentement tacite ou raisonné, nous semble indispensable, pour que la vaccination se généralise partout. C'est alors que nous pourrions espérer que dans le XXe siècle, la fièvre typhoïde disparaîtra peu à peu des pays civilisés, grâce à la vaccination, comme le XIXe siècle a vu disparaître la variole. Actuellement l'unique préoccupation médicale devrait être le choix précis d'un vaccin "*actif sans inconvénient*."

Il est triste de constater qu'un *maladie évitable* fauche aujourd'hui encore d'innombrables existences à la fleur de l'âge, entre la quinzième et la trentième année. On prétend qu'il suffit d'organiser une lutte systématique contre la fièvre typhoïde, surtout par l'assainissement des habitations et l'épuration des eaux potables; mais est-il possible d'avoir toujours et partout de l'eau pure? D'ailleurs la prophylaxie de la fièvre typhoïde n'est pas représentée uniquement par la pureté de l'eau. Les *porteurs de germes*, aujourd'hui bien connus, restent toujours des propagateurs inconscients et involontaires de la maladie! Combien de mères donnent-

(1) M. le Docteur Kalbé a bien voulu nous adresser, sur ce sujet d'actualité un travail intéressant. Nous l'en remercions.—N.D.L.R.

elles la maladie inconsciemment à leur unique enfant adoré, dorloté et défendu par tous les moyens possibles et imaginables contre la contagion ?

Les recherches d'un vaccin antityphique datent de 1887. Ce fut à cette époque que quelques auteurs montrèrent que des injections à petites doses de bacilles typhiques vivants et virulents, faites à des animaux, les rendaient plus résistants contre le virus de la fièvre typhoïde. Cette immunisation à l'aide des microbes vivants et non atténués était trop dangereuse pour être appliquée à l'homme. Il fallait *atténuer* les microbes, mieux encore encore les rendre inoffensifs. En les *atténuant*, on procédait comme l'avait fait en premier Pasteur pour la vaccination anti-charbonneuse. Pour le bacille d'Eberth, nous avons encore aujourd'hui des *vaccins atténués* par le chauffage à 53° (Castellani), ou par la *sensibilisation* sur laquelle nous n'insistons pas (*Metchnikoff, Besredka*). Le pouvoir de vaccination de ces vaccins atténués et sensibilisés est incontestable; mais il est toujours à craindre que l'injection d'un virus vivant puisse être suivie, (surtout en cas d'épidémie, et chez un sujet prédisposé) d'une fièvre typhoïde. Cela pourra être souvent l'effet d'une simple coïncidence; mais comment le médecin se défendrait-il contre l'accusation, que la maladie a été transmise par l'injection vaccinale? Aujourd'hui, où l'on accuse si souvent le médecin devant les tribunaux, de ne pas avoir fait tout le nécessaire et d'avoir fait trop de zèle, il est bon de pouvoir se défendre contre le client ! . . .

Il nous semble donc que le médecin praticien doit s'adresser, pour la vaccination, à un vaccin inoffensif, efficace, dont les *bacilles typhiques sont stérilisés*. Cette stérilisation s'obtient soit par la chaleur (Chantemesse), soit par les antiseptiques (acide phénique et formol), soit par le chloroforme, soit par l'éther (*Vincent*), soit enfin par les rayons ultra-violetts, etc.

Les premières expériences sur la possibilité de vacciner efficacement contre le virus de la fièvre typhoïde les animaux de laboratoire sensibles à cette infection, par les bacilles Eberth tués par la chaleur, datent de 1888, et sont dus à Chantemesse et Widal.

Préparation du vaccin.

En France, on connaît dans la pratique surtout deux vaccins préventifs anti-typhoïdiques: celui du *Prof. Vincent*, préparé au Laboratoire du Val-de-Grâce, et celui du *Prof. Chantemesse*, préparé au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine.

Le Vaccin du *Prof. Vincent*, dit *polyvalent*, se flatte de vacciner contre la vraie fièvre typhoïde et contre les infections paratyphoïdiques. Le vaccin du *Prof. Chantemesse* est *monovalent*; c'est la préparation d'une seule race de bacilles typhiques, dont la virulence est conservée par la culture en sacs de collodion dans le péritoine de diverses espèces animales. Culture sur gélose de 18 heures, à 37° à l'étuve, contrôle de la pureté, numérotage, stérilisation dans un bain-marie à 56° pendant une heure.

La numération des bacilles se fait comme celle des globules rouges du sang, et avec la technique classique. Une fois qu'on connaît exactement le nombre des bacilles renfermés dans un centimètre cube de l'émulsion mère, il suffit de la diluer dans une quantité d'eau physiologique stérilisée (Na Cl 0.70%) et créosolée à 0.30% suffisante, pour que l'*émulsion nouvelle stérile* contienne *juste douze cent millions de bacilles typhiques morts par cent. cube*. Cette émulsion représente le vaccin injectable; la petite quantité de crésol doit le préserver de l'infection accidentelle. On doit conserver le vaccin à l'abri de la lumière, dans un endroit frais; lorsqu'on doit l'envoyer dans les tropiques, il faudra le mettre dans une chambre frigorifique, ce qui ne manque plus sur aucun paquebot moderne. Le vaccin conserve, dans ces conditions, toutes ses propriétés vaccinales pendant 4 à 6 mois.

On a beaucoup discuté sur la valeur respective des deux vaccins; or il est bon de savoir que l'immunité obtenue par les deux vaccins est absolument identique. Personnellement nous préférons le *vaccin monovalent chauffé* du *Prof. Chantemesse*, qui a donné des résultats remarquables en France et à l'étranger, sans aucun accident, et qui obtint des résultats indiscutables auparavant dans les armées anglaise, japonaise, allemande et nord-américaine, quoique préparé par d'autres bactériologistes. On peut se demander si un vaccin *polyvalent* est nécessaire et utile, pour donner une immunisation solide contre la typhoïde et la paratyphoïde, si l'on ne demande pas à l'organisme du vacciné un effort considérable pour supporter le double vaccin, en lui imprimant une secousse qui n'est pas toujours sans inconvénients. C'est peut-être ainsi que s'expliquent certains accidents après le vaccin de Vincent, même chez des sujets vigoureux, comme le sont en général les jeunes soldats.

Technique de la vaccination antityphoïdique par le vaccin Chantemesse. — On obtient au Laboratoire de la Faculté d'Hy-

giène de Médecine le vaccin Chantemesse enfermé dans de petites ampoules semblables à celles qu'on emploie journellement pour l'injection de la morphine, de la caféine, de la spartéine, etc. Lorsque le praticien n'a qu'un seul sujet à vacciner, il usera ainsi une boîte à quatre ampoules. Les ampoules possèdent une chambre à air assez volumineuse pour assurer l'homogénéité du vaccin par une agitation.

Instructions pour l'emploi du vaccin antityphoïdè Chantemesse.

— Ne vacciner que les personnes bien portantes.

Ne pas vacciner celles atteintes de fièvre même légère, ni celles qui portent des marques de tuberculose.

Les femmes doivent être vaccinées en dehors de la période menstruelle. La grossesse n'est pas une contre-indication à la vaccination.

La dose nécessaire pour la vaccination d'un adulte bien portant, d'embonpoint ordinaire, pesant 65 kilos est de 2 milliards et demi de bacilles typhiques répartis en quatre injections, faites à 7 jours d'intervalle au minimum et 14 jours au maximum.

Injecter la première fois $\frac{1}{4}$ de centimètre cube.

la deuxième fois $\frac{1}{2}$ centimètre cube.

la troisième fois $\frac{3}{4}$ de centimètre cube.

la quatrième fois 1 centimètre cube.

Un enfant de 12 ans reçoit à chaque injection $\frac{1}{2}$ dose; celui de 15 ans, $\frac{3}{4}$ de dose, etc.

Conserver le vaccin à l'abri de la lumière et de la chaleur. Tout flacon débouché ne doit être utilisé qu'une seule fois pour une ou plusieurs vaccinations.

Assurer l'homogénéité du vaccin par l'agitation du flacon.

Se servir d'une seringue exactement calibrée et stérilisée par l'eau bouillante.

Pratiquer l'injection dans la région deltoïdienne, un peu au-dessus de l'insertion inférieure du deltoïde en alternant le bras gauche avec le droit. Badigeonner la région avant et après l'injection avec un peu de teinture d'iode fraîche. Entre chaque injection stériliser à nouveau l'aiguille et la seringue en aspirant de l'eau bien bouillante, ou mieux changer de seringue.

Pratiquer la vaccination de préférence le soir vers 5 heures. Les vaccinés doivent dîner légèrement, s'abstenir de boissons alcooliques et prendre avant de se coucher, un cachet d'antipyrine

d'un gramme. Le cachet d'antipyrine n'est pas indispensable. Nous ne l'avons pas pris nous-même, quoique nous ayons été vacciné à l'âge de 48 ans. On sait que le sujet réagit d'autant plus à l'injection bactérienne, qu'il est plus âgé et qu'il a plus de risques d'avoir les organes de défense amoindris et les émonctoires bouchés.

Les réactions immédiates de la vaccination. — Les réactions immédiates de la vaccination après l'emploi du vaccin Chantemesse chez les sujets sains et vi vigoureux, tels que les soldats, sont insignifiantes, puisque nous savons déjà qu'ils n'ont pas interrompu leur service militaire. Cependant on peut observer des réactions quelquefois fortes avec d'autres vaccins et la réaction post-vaccinique varie suivant le sujet et ses moyens de défense. Elle est nulle chez certains sujets, très prononcée chez d'autres; elle peut augmenter ou diminuer avec la progression des doses dans les injections successives. Il n'y a pas de règle fixe pour la réaction.

Lorsque la *réaction* est *faible*, elle est uniquement locale: à l'endroit de l'injection, il ya alors du gonflement, de la rougeur et de la douleur, qui disparaissent, de 24 heures à 48 heures après.

Dans la *réaction moyenne*, en dehors de la réaction locale, on observe, pendant 24 heures, un peu de céphalée, de la courbature, une élévation de la température d'un $\frac{1}{2}$ à 1 degré.

Dans la *réaction forte*, la céphalée, l'abattement sont considérables; on peut noter des nausées, et des vomissements et une température de 38 à 38,5. Ces phénomènes ne durent en général que 24 heures.

La réaction faible est pour ainsi dire la règle. *Pour notre part, nous n'avons jamais observé, avec le vaccin Chantemesse, une réaction moyenne, ni forte.*

Indications particulières de la vaccination antityphique. — Il y a des conditions de la vie où les chances de contracter la fièvre typhoïde augmentent, et c'est en prévention de cela qu'il faudrait se vacciner. Notons en premier lieu, le service militaire, surtout dans les colonies et dans les campagnes de conquête et de colonisation. Les étudiants en médecine, les infirmiers, les médecins sont très exposés. Il faut encore insister sur la nécessité de la vaccination préventive pour les explorateurs, les jeunes mariés en voyage de noces, etc. L'eau minérale, prophylaxie recommandée en voyage théoriquement aseptique, peut être adultérée, ce qui

arrive même en plein Paris pour les eaux minérales françaises, surveillées par les compagnies des eaux et les propriétaires des sources.

Pour les sujets qui ont déjà eu la fièvre typhoïde, la vaccination complète n'est pas indispensable. On peut *réchauffer* leur immunité après la séro-réaction négative, par une *seule injection de vaccin*.

Contre-indications de la vaccination antityphique. — Il faudra éviter la vaccination antityphique chez les albuminuriques, chez les tuberculeux, chez les sujets affaiblis, chez les femmes pendant la menstruation, chez les convalescents. La grossesse n'est pas inconvenient pour la vaccination antityphique. Faut-il vacciner les individus se trouvant en pleine épidémie? Oui; l'expérience a démontré qu'on peut et qu'on doit même le faire. On risque bien de tomber sur un sujet en incubation typhoïdique: mais alors, la vaccination atténue l'évolution de la maladie.

En résumé, la vaccination faite prudemment, n'a aucun danger immédiat ni lointain; ne donne pas de troubles sérieux de la santé; ne force pas à des interruptions prolongées du travail.

Les personnes: hommes, femmes, enfants, même en bas âge, comme les nourrissons, supportent admirablement la vaccination, et ont beaucoup moins aptes à contracter la fièvre typhoïde que les non vaccinés. Si elles la contractent, la maladie est légère, comme chez les vaccinés contre la variole, quand ils sont atteints de cette dernière maladie.

Conclusions: La vaccination antityphique est efficace; elle n'est jamais dangereuse, à la condition de prendre quelques précautions, d'ailleurs simples: elle doit être appliquée sur une grande échelle; elle est une des plus belles conquêtes de la prophylaxie des maladies évitables. Avec les progrès de la vaccination antityphique, la fièvre typhoïde disparaîtra peu à peu des pays civilisés, car l'homme cessera de recevoir et de multiplier le germe typhique, qui contamine les terres et les eaux et revient ainsi en circulation nosogène.

Note : — Nous saisissons cette occasion pour dire un mot du vaccin de Vincent.

VACCIN DE VINCENT

Cultures de bacilles de vingt-quatre et de quarante-huit heures, mises à macérer vivantes dans l'eau physiologique à 38°, pendant 24 à 48 heures suivant la puissance du vaccin désiré.

Centrifugage des autolysats, stérilisation par addition d'éther. Au moment de l'emploi, évaporation de l'éther à l'étuve à 38° ou par un bain-marie à la même température.

Doses. — 4 injections à 8 jours d'intervalle, la première de 0,30 centimètre cube, la deuxième de 0,80 centimètre cube, la troisième de 1 centimètre cube, la quatrième de 2 à 2^{cc}, 50, suivant âge ou conditions.

Les deux premières injections sont faites avec des autolysats de vingt-quatre heures, les deux dernières avec des autolysats de 48 heures.

Lieu d'élection. — Région deltoïdienne ou flanc.

Mode d'administration. — Injection sous-cutanée.

Effets. — Augmentation du pouvoir bactériolytique, précipitant et agglutinant du sang.

Les sujets vaccinés à l'aide des vaccins bacillaires (cultures de bacilles d'Eberth tués par la chaleur), ont présenté un chiffre de cas de fièvre typhoïde au moins deux fois plus faible que les sujets non vaccinés.

Le pourcentage des décès survenus chez les sujets vaccinés est deux fois moindre que chez les typhoïsants non soumis à l'inoculation.

Il est préférable de pratiquer jusqu'à trois inoculations et non pas une seule.

L'immunité ainsi créée tiendrait un à quatre ans, au bout de ce temps, il faut recommencer.

Le vaccin de Vincent, outre son pouvoir préventif, aurait aussi une action curative au moins dans les infections récentes non seulement pendant l'incubation, mais même au début de l'invasion.

VACCIN POLYVALENT

Nature de la préparation. — Vaccin polyvalent préparé à l'aide d'une culture de huit variétés de bacille d'Eberth âgées de huit jours et tuées à + 53°.

Mode d'administration. — Voie intestinale (par la voie buccale, la préparation mal tolérée provoque des malaises).

Le *lavement* se compose de la culture tuée à + 53°, additionnée de quelques gouttes de laudanum, administré avec une longue canule souple rectale.

Administrer en 5 jours, trois lavement de 100 centimètres cubes.

Effets. — 1° Apparition dans le sérum sanguin des propriétés agglutinante, bactériolytique et bactéricide.

2° Maximum, environ trois semaines après le premier lavement.

3° Maximum inégal des trois propriétés : taux agglutinant et bactériolytique plus faible que le taux bactéricide d'abord élevé.

4° Courbe du pouvoir agglutinant à variations. Courbe bactériolytique et bactéricide plus régulière.

5° Pas de parallélisme entre les trois courbes.

6° Propriétés agglutinante, bactériolytique et bactéricide décélabiles encore au bout de six mois disparaissant ensuite.

7° Apparition et durée de la présence des anticorps dans le sang à peu près semblable à celles de la voie intestinale, mais taux moins élevé que par la voie sous-cutanée.

Le vaccin polyvalent peut servir non seulement à la *prophylaxie*, mais aussi au *traitement* à des doses même élevées à 50 millions à 150 millions de bacilles.

Au point de vue de la durée de l'immunisation, MM. J. Courmont et A. Rochaix ont fait les constatations suivantes :

1° Les propriétés acquises par le sérum des sujets ayant reçu 300 centimètres cubes de sérum en lavement, disparaissent vers le septième mois.

2° On le fait réapparaître, dans les mêmes conditions, avec de nouveaux lavements administrés au bout d'un an.

3° Elles semblent disparaître plus vite que la première fois.

4° Un seul lavement de 100 centimètres cubes suffit à le faire apparaître dès le deuxième jour, mais leur disparition est alors très rapide.

5° La dose de trois lavements de 100 centimètres cubes paraît la meilleure pour cette seconde vaccination, comme pour la première.

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE

LES MALADIES D'ESTOMAC (1)

DYSPEPSIES

- Deux grandes classes: 1° *Hypersthéniques avec Hyperchlorhydrie.*
2° *Hyposthéniques avec Hypochlorhydrie.*

Diagnostic

Hypersthéniques—Hyperchlorhydrie

Douleur: le matin au creux épigastrique calmée par l'ingestion des aliments, apparaissant 2 ou 3 hrs après les repas, dans le décubitus dorsal, durant la nuit; exagérée par les acides et les repas copieux. Calmée par les alcalins et poudres inertes.

Vomissement spontané ou provoqué par le malade dans le but de soulager la douleur—Saveur acide des matières vomies — sensation de brûlure le long de l'œsophage.

Sialorrhée — apparaissant environ une heure après les repas, due à une irritation de la muqueuse par acide chlorhydrique.

Pyrosis — sensation de chaleur à l'arrière-gorge, due à la régurgitation involontaire d'un peu de chyme.

Eructions inodores—aérophagie.

Sensation de chaleur à la tête— un certain degré d'enclenchement par congestion de la muqueuse nasale.

L'appétit est conservé ou augmenté —le malade s'abstient à cause de la crise douloureuse qui suit 3 hrs après et qui est proportionnelle à la quantité d'aliments ingérés.

Troubles intestinaux alternent entre la diarrhée, la constipation et l'entérite muco-membraneuse — péristaltisme exagéré—la marche du bol alimentaire est accélérée.

Etat général plutôt mauvais—amaigrissement par hyperacidité. sécrétion exagérée de *secretine* activant les fonctions du pancréas avec désassimilation proportionnelle.

Hyposthéniques—Hypochlorhydrie

Douleur: aussitôt après les repas dans la région du pylore et du duodénum. Plutôt une sensation de pesanteur et de gonflement que de douleur. Douleur—signal due au poids de l'estomac distendu qui s'abaisse à la suite de l'ingestion des aliments.

Vomissement spontané ou provoqué pour faire disparaître un malaise, une pesanteur plus qu'une douleur.— Saveur fade des matières vomies.

Pas de *sialorrhée*. — Sensation de sécheresse dans la bouche.—Le malade a soif et sent le besoin de boire copieusement.

Pas de *pyrosis*. — Sensation d'amertume dans la bouche due à des fermentations secondaires.

Eructions gazeuses d'odeur putride dues à des fermentations stomacales (acide butyrique) chaleur—pesanteur—gonflement de la face—le malade sommeille facilement après les repas.

L'appétit est nul ou diminué.—Sensation de plénitude. Le malade a encore l'impression du repas précédent. Il craint de provoquer, en mangeant, l'apparition des malaises précédents et la douleur signal.

Troubles intestinaux consistent surtout dans la constipation et retard considérable dans la marche du bol alimentaire (40-50 hrs au lieu de 24 hrs.)—péristaltisme diminué — estomac et intestins paresseux. Quelquefois présence dans les selles de fibres conjonctives non attaquées par les sucs digestifs.

Etat général—plutôt bon, apparence quelquefois d'une bonne santé. Se plaignent de palpitations, de dyspnée d'angoisse. Ces malades sont souvent gras.

(1) Cours de pathologie interne du Dr LeSage. — Résumé synoptique à l'usage des E. E. M. de Laval.

Examen physique : douleur à la palpation, surtout à la région du pylore ; estomac dilaté et ptosé, souvent à cause d'un trouble de la tonicité générale et d'un état spasmodique du pylore très mobile. L'examen à jeun ramène peu ou pas de liquide, pas de débris alimentaires, ou bien un liquide hyperacide contenant un excès d'acide chlorhydrique (gastrosuccorée).

L'examen du suc gastrique, après repas d'épreuve révèle une augmentation de l'acide chlorhydrique. — Pas de fermentations secondaires.

Evolution vers l'ulcère et plus tard le cancer possible. — Peut guérir avec un traitement approprié.

Examen physique : estomac augmenté de volume, voussure épigastrique, peu douloureux à la palpation ; dilaté et ptosé à cause d'un relâchement dans les tuniques de l'estomac. Descend en bas de l'ombilic, vers l'arcade pubienne. Sensation de clapotage 10 à 12 hrs après les repas. Quelquefois douleur à l'appendice xiphoïde à cause de l'hypéresthésie du plexus solaire. L'examen à jeun ramène constamment du liquide infecté contenant des débris alimentaires non digérés.

Le suc gastrique — est diminué. — L'acide chlorhydrique libre est nul — Hcl combiné est diminué ou absent — l'acidité totale est diminuée ou disparue. Beaucoup de fermentations secondaires.

Evolution: disparaît avec la maladie qui l'a causée, peut évoluer vers l'hypersthénie, l'hyperchlorhydrie si associée à la néphrite chronique, ou bien vers la grande dilatation indélébile de l'estomac, la sténose lente du pylore... le cancer éloigné ?

LES ICTERES (1)

Définition :—Syndrome commun à un grand nombre d'affections du foie. Caractérisé par une coloration jaune spéciale des téguments et des muqueuses, due à la présence anormale dans le sérum sanguin et les tissus de la matière colorante de la bile.

DIVISION

Deux grandes classes :

1. Ictère d'origine hépatique (biliphéique.)
2. Ictère d'origine sanguine (par hémolyse.)

I

ICTERE D'ORIGINE HEPATIQUE (biliphéique)

(a) *Causes* : obstruction complète du cholédoque qui empêche l'évacuation de la bile dans l'intestin : calculs, lithiase intra-hépatique, parasites, angiocholécystites, cancer des voies biliaires, de l'ampoule de Vater ; pancréatites scléreuses hypertrophiques, cancer de la tête du pancréas à travers laquelle s'engage le cholédoque ; compression du voisinage par : adénopathies du hile du foie, tumeurs du sein, etc.

Symptômes : — *Coloration jaune de la peau* (citron-verdâtre, olivâtre, presque noire) — même coloration de la sclérotique, muqueuse sublinguale, voile du palais, commissures labiales, ailes du nez, front, cou. (Examiner le malade en plein jour).

(1) Résumé synoptique à l'usage des E. E. M. Cours de pathologie interne par le
DR LESAGE,

—*Décoloration des selles*: grisâtres, cendrées, argile, plâtre, mastic, odeur fétide, présence de graisses non émulsionnées.

—*Les Urines* sont fortement colorées—24 heures avant la peau, (jaune marron, verdâtres ou noires), le volume en est diminué, densité plus élevée, réaction acide.—Présence de pigments biliaires décelée par la réaction de Gmelin (l'acide nitrique au contact de l'urine la colore en vert, bleu, violet ou jaune, le vert indique la présence de pigment biliaire.

—*Le Sang* présente la même réaction que l'urine, à cause de la présence de la bile dans le sérum et les humeurs. Les globules rouges sont diminués comme nombre, déformés, leur résistance est diminuée.

—*La peau*: prurit avec ou sans lésions particulières: prurigo-eczéma, xanthélasma des paupières.

Tube digestif: inappétence, dégoût pour les aliments, surtout les substances grasses, bouche amère, langue saburrale, soif vive, vomissements q q f.

—*Le cœur* est touché dans son rythme, il est ralenti, bradycardie, bradysphygmie, dilatation du cœur droit.

—*La rate* est hypertrophiée.

—*Les poumons* présentent des signes de congestion fugace ou disséminée surtout à la base droite.

—*Le système nerveux* est touché: irritabilité, ou bien apathie, tristesse, mélancolie.

—*Xanthopsie*, héméralopie passagère ou permanente.

—*La Nutrition* est mauvaise, amaigrissement, affaiblissement, etc.

Evolution possible vers la cirrhose biliaire, ictère grave, pancréatite hémorragique, stéato-nécrose, etc.

—*Traitement*: (a) médical d'essai, si insuccès, (b) chirurgical.

II

ICTERE D'ORIGINE SANGUINE (par hémolyse)

Définition: Syndrome causé par une destruction exagérée des globules rouges et une transformation de leur hémoglobine en bilirubine qui passe dans le sang et produit l'ictère.

—*Causes*: Les maladies infectieuses: pneumococcies, streptococcies, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, certaines maladies chroniques: syphilis, cirrhoses, malaria, certaines formes d'anémies peu connues appelées perniciosuses; divers ictères v. g., ictère grave, etc. Toutes ces maladies provoquent l'altération des hématies par un mécanisme identique, et l'ictère apparaît.

—*Physiologie et pathogénie*: Cette conception dérive de l'expérience bien connue de Bordet et Gengou, de l'Institut Pasteur:

En injectant à un lapin des hématies qui proviennent de l'homme, le sérum de ce lapin devient toxique pour le sang de ce même homme: il dissout ses hématies, il les hémolyse.

Dans ce cas-ci, les hématies de l'h. injectées au lapin s'appellent *antigène*; la substance nouvelle secrétée dans le sérum du lapin qui dissout les hématies de ce même homme s'appelle *sensibilisatrice ou anticorps*, qui produira l'hémolyse en présence du complément. Il y a une hémolyse normale physiologique qui élimine en les dissolvant au fur et à mesure les globules vieilles et altérés.

Ces globules vieilliss et altérés agissent dans notre sang de la même manière que les hématies de l'homme chez le lapin : ce sont des *antigènes* qui provoquent la formation d'un *anticorps* ou sensibilisatrice qui *hémolyse les hématies altérés ou vieillis seulement*. Cette hémolyse physiologique met en liberté une certaine quantité de bilirubine qui est excrétée au fur et à mesure par les voies biliaires.

Cette bilirubinémie normale est bien mise en évidence par les colorations variées de la peau à la suite d'une ecchymose, de fatigues, d'excès de travail, d'abus des plaisirs, de veilles prolongées, d'infractions aux règles de l'hygiène.

Si la destruction des globules est accélérée ou augmentée par une maladie toxique, infectieuse ou autre, qui les altère, l'équilibre est rompu.

Les toxines microbiennes altèrent les globules rouges, ceux-ci (antigène) provoquent la formation d'un anticorps ou sensibilisatrice qui les dissoudra, d'où la transformation de leur hémoglobine en bilirubine et ictère consécutif, par bilirubinémie exagérée. Mais si l'hémoglobine est rapidement dissoute et en grande quantité, elle ne pourra pas être toute entière transformée en bilirubine ; elle sera éliminée en nature par la voie rénale, nous aurons donc de l'ictère avec hémoglobinurie, comme cela arrive dans les empoisonnements par le chloroforme, le plomb, l'essence de thérébentine.

Symptômes : La peau a une teinte jaune paille, quelquefois terreuse. Coloration sub-ictérique des téguments.

Les selles ne sont pas décolorées parce que les voies biliaires sont libres. Elles sont quelquefois très fortement colorées, (polycholies, cholémies familiales homoglobinuries paroxystiques.)

Les urines sont acholuriques (pas de pigments biliaires (vert) parce que le pigment s'élimine par les voies biliaires libres, et ne s'accumule pas dans le sang en quantité suffisante pour franchir la barrière rénale. L'urobilinurie (pigment rouge brun) est la règle ici. L'urobiline dérive de la bilirubine : urobilinurie dans les cas légers ; homoglobinurie dans les cas graves.

Le sang : anémie qui varie avec l'intensité de l'ictère : diminution du nombre des globules rouges à 1,500,000, fragilité excessive, auto-agglutination. Aspect foetal de la moëlle des os longs, formation de nouvelles hématies, qui ont tantôt une forme irrégulière, granuleuse et un diamètre anormal, de qualité inférieure.

Le sérum a perdu ses propriétés hémolytiques sur le sérum humain normal parce que la sensibilisatrice développée sous l'influence des globules altérés ne peut agir que sur ceux-ci exclusivement.

Le Prurit, l'amaigrissement et la bradycardie font défaut.

La rate est hypertrophiée par accumulation des débris des globules détruits. Elle augmente ou diminue parallèlement à l'hémolyse.

Sidérose - du foie, des reins, etc, par dépôt du fer mis en liberté à la suite de la transformation de l'hémoglobine en bilirubine.

Les signes généraux sont en rapport avec l'intensité de l'hémolyse : digestion, nutrition, etc.

Evolution possible vers l'hémoglobinurie paroxystique, l'anémie dite pernicieuse, le purpura hémorrhagique, l'ictère grave, etc.

Traitement. Médical : le fer et associé aux injectives sous-cutanées de sérum ino-tonique.

NOUVELLES

UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

"The American College of Surgeons"

Jusqu'à l'an dernier il n'existait pas en Amérique d'institutions ayant l'autorité et les pouvoirs d'accorder un diplôme de chirurgien à ceux qui en ont les qualités.

Toutes les écoles de médecine, il est vrai, décernent des titres qui permettent à leur porteur d'exercer indifféremment et la médecine et la chirurgie ; mais il est généralement admis, dans tous les pays, qu'il faut des études et un entraînement technique additionnels pour se livrer consciencieusement à l'exercice de la chirurgie.

Mais le public en général et la profession médicale elle-même ne connaissent pas toujours les qualifications de ceux qui peuvent légalement s'afficher comme chirurgien, mais qui n'en ont pas la compétence. C'est pour suppléer à cette lacune que le "Clinical Congress of Surgeons of North America" a pris l'initiative d'un mouvement qui a abouti à la fondation de l'"American College of Surgeons".

Quatre-cent-cinquante chirurgiens éminents, recrutés dans tous les centres universitaires de l'Amérique du Nord, se sont réunis à Washington, le 5 mai 1913, et ces chirurgiens, représentant toutes les branches de la chirurgie et les spécialités chirurgicales, sont devenus les membres fondateurs de cette association internationale.

A cette assemblée le comité d'organisation a formulé ses règlements et les officiers ont été élus.

* * *

L'objet du Collège est d'élever le niveau de la chirurgie, de fournir une méthode dans le choix de ses membres et de formuler un plan qui indiquera au public et à la profession que le chirurgien, porteur du titre qu'il accorde, est spécialement qualifié pour exercer la chirurgie.

Je passe sous silence le rouage administratif, qui me paraît parfait.

Le membre du Collège est désigné sous le nom de "Fellow of the American College of Surgeons". Il est autorisé et encouragé à ajouter à son nom les lettres "F. A. C. S'."

Du choix des membres. — Tous les membres fondateurs, qui avaient été recrutés d'une façon judicieuse, sont devenus par le fait même "Fellows". D'autres chirurgiens, pour certaines raisons valables bénéficient du même privilège.

Voici maintenant les conditions à remplir pour devenir candidat éligible :

1° Se livrer exclusivement à l'exercice de la chirurgie.

2° Avoir exercé la chirurgie ou une spécialité de la chirurgie depuis au moins cinq ans.

3° Répondre à une longue série de questions, dont voici les principales :

Identification complète. Quelle école, académie, collège ou université le candidat a fréquentés. Degrés universitaires. Dans quels hôpitaux il a été interne, résident ou assistant.

Dans quels hôpitaux il a rempli des fonctions, et dans les hôpitaux de quelle capacité. Fait de l'enseignement dans une école de médecine de quelle capacité. Quelles autres fonctions le candidat a-t-il remplies.

Quelles études supplémentaires (post-graduate), poursuivies en Amérique ou en Europe.

Quelles sont les positions officielles qu'il a occupées.

Combien d'années dans l'exercice d'une spécialité.

Quelles sont les recherches ou les expériences faites par l'aspirant. De quelles sociétés savantes il est membre.

Donner les titres des volumes et des contributions à la littérature médicale et chirurgicale dont il est l'auteur, avec la date et l'endroit de la publication.

Donner les noms de cinq chirurgiens éminents, comme parrains, dont trois au moins habitent le même état ou la même province.

* * *

Comme vous pouvez le constater le questionnaire est assez sérieux, et ce n'est pas le premier venu qui peut le remplir à la satisfaction du comité de régie.

Le candidat heureux doit aussi offrir des qualifications morales. Une des principales, qui intéresse plus particulièrement notre profession, c'est de s'engager sur son honneur à ne jamais faire de *dichotomie*, et à ne jamais percevoir d'honoraires pour un confrère.

Le mot *dichotomie*, qui est pourtant inscrit dans les lois morales du "Collège des Médecins" de notre Province, ne semble pas compris de tous les médecins. Je saisisrai l'occasion qui m'est offerte pour en dire quelques mots dans le prochain numéro de "L'Union".

Le porteur du titre de "Follow" pourra donc désormais être considéré, par la profession et par le public, comme offrant les plus grandes garanties de compétence et de moralité.

Nous encourageons fortement nos collègues conadiens-français à s'unir à nos compatriotes anglais et à nos amis des Etats-Unis pour collaborer à faire de l'"American College of Surgeons" l'association chirurgicale la plus sérieuse et la plus puissante, non seulement de l'Amérique mais du monde entier.

Z. RHÉAUME.

25 Avril 1914.

UNIVERSITE LAVAL. — FACULTE DE MEDECINE.

HOTEL-DIEU DE ST JOSEPH

Ave. des Pins, Montréal.

CLINIQUE MÉDICALE

Cours de Vacances portant sur les procédés les plus nouveaux de diagnostic et de traitement des affections médicales les mieux étudiées dans ces dernières années.

Un cours de vacances sera donné à l'Hôtel-Dieu du 6 au 18 juillet 1914, sous la direction de M. le professeur J. J. GUÉRIN, par MM. les Docteurs E. LATREILLE, de la Faculté de Paris, et G. H. BARIL, chimiste expert, chargés de cours à l'Université Laval, médecins et pathologistes de l'Hôtel-Dieu, avec le concours de MM. les Docteurs G. Lahaise, bactériologiste, chargé de cours à Laval,

C. Saint-Pierre et A. Paré, prosecteurs à Laval et assistants pathologistes à l'Hôtel-Dieu.

Ce cours comprendra 12 leçons de clinique médicale et de thérapeutique avec présentation de malades, investigations cliniques et applications des traitements à l'ordre du jour, démonstrations sur spécimens pathologiques et préparations histologiques, épreuves radiographiques et projections; et 12 conférences techniques suivies de travaux pratiques de laboratoire (*bactériologie, chimie, hématologie, cytologie*) exécutés par les élèves sous la direction des professeurs et de leurs assistants.

Seront admis à ce cours MM. les Médecins qui se seront inscrits avant le 4 juillet 1914. Le droit d'inscription est fixé (*frais de laboratoires compris*) à \$25.00. Le nombre des élèves est limité à 12. On peut s'inscrire dès maintenant (directement, par lettre, chèque ou mandat-poste) au secrétariat de l'Hôtel-Dieu, Ave. des Pins, Montréal.

Horaire.

Le matin à 10 heures: (*Amphithéâtre*) clinique médicale, traitements.

Le soir à 2 heures: (*Laboratoires*), conférence, travaux pratiques.

PROGRAMME.

LUNDI, 6 JUILLET. — *Les maladies infectieuses aiguës* procédés généraux de diagnostic et de traitement (*les sérums, les vaccins; les lipoides, les hormones; l'immunité, les états anaphylactiques*).

Généralités techniques, fièvres typhoïde, applications des réactions d'immunité à son diagnostic (*séro-diagnostic*), hémoculture.

MARDI, 7 JUILLET. — *Les accidents syphilitiques* et leurs traitements actuels: 606, 914, Gudy1, Mercure (*Indications, Contre-indications, Troubles toxiques, Techniques*).

— *Syphilis*, recherche du tréponème (*colorations, ultra microscope*) Wassermann, Noguchi, Hermann-Perutz.

MERCREDI, 8 JUILLET. — *La tuberculose pulmonaire*, formes anatomo-cliniques. La tuberculine, la cuti-réaction, le séro-diagnostic. Traitement chimiothérapique, opothérapique, biologique.

— *Les crachats* (examen chimique, bactériologique, cytologique). Les urines des tuberculeux et la réaction de Moritz-Weitz.

JEUDI, 9 JUILLET. — Les nouvelles méthodes de traitement applicables aux diverses *affections de la plèvre* thoracentèse, injection d'air, de gaz, de liquides modificateurs, auto-sérothérapie.

— *Les liquides pathologiques*, épanchements pleurétiques ascitiques. Le liquide céphalo-rachidien (chimie, bactériologie, cytologie). *Le pus* (gonocoque), etc.

VENDREDI, 10 JUILLET. — *Les méningites* basales, cérébro-spinales et spécifiques. (Ponctions et injections lombaires). *La paralysie infantile épidémique*.

— *La valeur fonctionnelle des reins recherchée par l'examen des urines* (caractères généraux des urines, conditions de prélèvement. Examen physique, les albumines urinaires, recherche et dosage).

SAMEDI, 11 JUILLET. — *La question des néphrites* (chlorurémique, azotémique, hypertensive).

— Polyurie expérimentale. Bleu de méthylène, Sucre phloridzique Azotémie, Elimination des médicaments, Examen microscopique des urines (sang et pus). Dosage des chlorures.

LUNDI, 13 JUILLET. — Les arythmies, les tachycardies, les bradycardies, le heart-block, l'électro-cardiographie, la viscosimétrie, la sphygmomanométrie.

— *La constante uréique d'Ambar*.

MARDI, 14 JUILLET. — Les syndromes morbides correspondant aux altérations pathologiques des glandes vasculaires sanguines (*surrénale, thyroïde, hypophyse*) et leur traitement.

— Le sang en clinique.

MERCREDI, 15 JUILLET. — *Le cancer*, état actuel de la question. Pathogénie, anatomie pathologique. Traitement (chimiothérapique, physiothérapique, opératoire).

— *La réaction d'Abderhalden* appliquée au diagnostic du cancer. Recherche du pouvoir antitryptique du sang.

JEUDI, 16 JUILLET. — *Goutte et diabète* (conceptions pathogéniques et traitements actuels). Les régimes et les eaux minérales.

— Les urines dans le diabète et la goutte: *sucres*, acétone, *dérivés glycosuriques, acide urique*.

Vendredi, 17 juillet. — Les insuffisances hépatiques. Les cholémies familiales et acquises. Les ictères simples aigus et chroniques. Les ictères choluriques, acholuriques, hémolytiques.

— La valeur fonctionnelle du foie et des urines. Bile, urobiline, rapports urologiques.

Samedi, 18 juillet. — Les gastro-entéropathies fonctionnelles et organiques. Epreuves radiographiques. Traitement médical. Indications opératoires.

— Exploration chimique de l'estomac, valeur fonctionnelle du foie et de l'intestin par l'examen des selles.

FORMULAIRE

LES MALADIES DE L'ESTOMAC

I. — *Hypertonie et hyperchlorhydrie.*

1° Contre la douleur.

Extrait de belladone.....	0 gr. 05 centigr.
Sirop thébaïque.....	20 grammes.
Eau fleur d'oranger.....	10 do
Eau distillée.....	q.s.p. 150 c.c.

A prendre en deux fois durant la journée.

ou bien :

Poudre de racine de belladone.....	0 gr. 02 centigr.
Magnésie hydratée	0 do 25 do
Craie préparée.....	} ii 0 do 50 do
Sous-nitrate de bismuth	

Pour un paquet No 20, 2 à 4 par jour.

2° Contre *hypersécrétion continue* (gastra-succorrée).

Elixir parégorique	10 grammes
Sirop belladone.....	30 do
Eau distillée.....	120 do

A prendre par cuillerée à soupe.

S'il y a *diarrhée*, donner :

Poudre opium.....	0 gr. 02 centigr.
Sous-nitrate de bismuth.....	0 do 75 do
Craie préparée.....	0 do 25 do

Pour un cachet : 3 à 6 par jour.

S'il y a *vomissements* donner :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 30 centigr.
do do morphine.....	0 do 20 do
Teinture de belladone.....	5 grammes
Eau de laurier-cerise.....	25 do

10 à 15 gouttes d'heure en heure.

Comme *anti-spasmodiques* de l'estomac *hypertonique* :

Extrait alcoolique de chanvre indien.....	0 gr. 02 centigr.
Poudre de feuilles de jusquiame.....	0 do 05 do

Pour une pilule : 4 à 8 par jour.

II. — *Hypotomie et Hypochlorhydrie* :

Médication apéritive :

Teinture de gentiane	} à 15 grammes.
do quinquina	
do quassias	

Une cuillerée à café dans de l'eau, une demi-heure avant le repas.

ou bien :

Teinture de colombo	} à 10 grammes.
do gentiane	
do d'ipéca	

20 gouttes dans un peu d'eau, une demi-heure avant le repas, 2 à 3 fois par jour.

Pour *activer la sécrétion et la motricité de l'estomac*.

1° Quassine amorphe.....	0 gr. 05 centigr.
Poudre condurango.....	0 do 30 do
Bic. soude.....	0 do 75 do

Pour un cachet : une demi-heure avant chaque repas.

2° ou bien :

Poudre de noix vomique.....	0 gr. 05 centigr.
Bicarbonat de soude.....	1 gramme.

Un cachet une heure avant le repas.

3° ou bien :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 05 centigr.
Eau.....	100 c.c.

Une cuillerée à café au début des deux repas.

On peut associer l'HCl :

Acide chlorhydrique.....	6 à 8 grammes.
Sirop limon.....	200 do
Eau distillée.....	800 do

Un verre à sherry au cours du repas.

Les ferments digestifs — dyspeptine, gastérine (sucs gastriques de chien et de porc) ; la pepsine, la papaine, la pancréatine, activent la digestion et agissent comme une véritable opothérapie (1).

(1) Ces formules classiques sont empruntées au *Livre du Médecin*. Maladies d'estomac, par Castaigne et Aubertin.

BIBLIOGRAPHIE

Æsculape. — Grande Revue mensuelle illustrée, 41, Rue des Ecoles, Paris. Le No: 1 fr. (Etranger: 1 fr. 50) (franco contre timbres-poste). Abon.: 12 fr. (Etranger: 15 fr.). — Sommaire du No de mars 1914.

Notes médicales sur l'œuvre de Vélasquez : les Nains et les Fous (8 illustr.), par le Dr H. Verdier. — Goût spécial de l'artiste pour les êtres morbides: nains, difformes, fous, bouffons; les parasites de la société: gueux, ruffians, ivrognes. L'artiste a compris aussi la psychologie, la distinction des rois, des princes, des infantes pensives.

Une gravure médicale allemande du XVIIIe siècle (1 illustr.), par G. Lavier. — Egalité de l'honneur et de la bête devant la mort.

Le docteur Caffé, médecin-major conspirateur sous la Restauration; son suicide par ouverture des veines dans sa prison (9 illustrations). par le Dr G. Ravarit. — Caffé, chirurgien-major des armées de l'Empire, cacha dans sa demeure le général Berton, auteur de la conspiration de Saumur contre Louis XVIII; dénoncé, condamné à mort, il s'ouvre les veines dans sa prison avec une lancette que son garçonnet lui apporta dissimulée dans ses cheveux bouclés.

Lépreux et léproseries des Comores (5 illustr.), par le Dr Laurent Moreau, méd. de la marine. — Le sort lamentable des lépreux de Mayotte, Anjouan, Mohélie, Grande-Comore, terres ensoleillées; mains mutilées, jambes pilons; la résignation d'âmes simples.

Le Sang de Vénus (1 illustr.). — Reproduction de l'œuvre fameuse de Glaize; la blessure de la déesse de l'Amour volant au secours du bel Adonis.

Notes historiques sur quelques collections scientifiques privées d'Angleterre (4 illustr.), par le Dr A. Satre. — Collections et musées scientifiques du vieux temps: pièces anatomiques, livres, gravures, instruments.... etc.

Deux statues de Vierges nourrices en Bas-Limousin (2 illustr.), par l'Abbé Echamel. — La Vierge nourrice de Bilhac, en granit, alimente à travers une échancrure du corsage l'enfant Jésus qui lui caresse naïvement le menton; la Vierge nourrice du Saillant de Voutezac, en bois et ses trois anges satellites grossièrement sculptés.

Les végétations adénoïdes de François II, roi de France; sa mort des suites d'une otite chronique suppurée (11 illustr.), par le Dr L. Courtadon. — D'Aubigné décrit François II enfant: "la face plombée et boutonée, l'haleine puante;" R. de la Planche dit qu'il ne crachait ni mouchait et qu'"une de ses oreilles faisait l'office du nez." L'otite se complique d'abcès du cerveau ou de mé-

ningite; le rôle possible du tempérament ardent de la jeune reine Marie Stuart dans la mort du roi.

Cain (1 planche hors-texte). — D'après une vieille gravure anonyme.

SUPPLÉMENT. — *La mort de Molière*. — *La poste à Evian en 1716*. — *La mort du Dauphin François, fils de François Ier (procès-verbal d'autopsie; lettre de Littré)*. — *La Maternité de Paris sous la Terreur*. — *La folie mystique du début du jansénisme aux convulsionnaires de St-Médard*. — *J.-J. Rousseau mourut de mort naturelle*. — *Création ou évolution?* — *L'Esculape du plateau de Maktar*. — *Quelques traitements occultes de la vieillesse*. — *Le secret de Mme Récamier*. — *Une fidèle amie de Louis II de Bavière dans sa folie*.

Dermatoses. Atlas du Dr Lucas, de Monte Carlo, et notes. D'après documentation par la photographie des couleurs (Procédé autochrome Lumine.)

Sous une forme très portative (dimension d'une carte postale), l'éditeur Maloine, 25, Rue de l'École de Médecine à Paris, nous présente le premier de quinze fascicules qui vont se succéder, consacré aux altérations pathologiques de couleur de la peau, des muqueuses, des organes tels que l'œil, l'utérus, etc.

C'est, pour un prix modique, puisque l'ouvrage ne coûte que 45 francs en souscription payable en trois versements de 15 francs, transporte chez le médecin toutes les richesses du musée de l'hôpital Saint-Louis complétées par une documentation d'après nature, chaque planche isolée, groupée provisoirement suivant l'ordre topographique, peut circuler ou être groupée dans un ordre quelconque.

Un texte sobre, dû au Dr Lucas et à des autorités telles que de Beurmann, Gougerot, etc., résume toutes nos connaissances actuelles.

Le succès colossal de l'ouvrage en France, son mouvement pour tous les praticiens étrangers qui ne sont en rien tributaires du texte français font que l'Atlas Lucas devient le livre de chevet indispensable au praticien, aux spécialistes, aux oculistes, gynécologues, etc., etc.

Il suffit pour le recevoir au fur et à mesure de l'apparition d'envoyer un mandat-poste de 45 francs ou de 15 francs pour les cinq premiers fascicules à M. Maloine, éditeur, 25-27 rue de l'École de Médecine Paris, en indiquant lisiblement le nom et l'adresse.

Études sur les résistances globulaires. — *Courbes de résistance aux solutions salines. Résistance globulaire à la saponine*, par le Dr Etienne MAY, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8, 5 fr. (Librairie Félix Alcan).

La première partie de ce travail comprend une étude des courbes d'hémolyses établies à l'aide d'une méthode dosimétrique. De telles courbes permettent d'apprécier la proportion des globules fragiles dans un sang donné; elles permettent en outre une étude précise de la résistance maxima: des recherches cliniques et expérimentales démontrent que l'augmentation isolée de la résistance maxima est liée à la présence dans le sang de formes jeunes, et permet ainsi de suivre la régénération songuine au cours des divers états anémiques.

Une seconde partie est consacrée à l'étude comparée de la résistance globulaire aux solutions hypotoniques et à la saponine. La résistance globulaire à la saponine est diminuée dans l'ictère, ainsi que chez les tuberculeux et les typhiques, toutes affections où la résistance aux solutions salines est habituellement augmentée. Chez les brightiques et les saturnins hypertendus la résistance à la saponine est tantôt augmentée, tantôt diminuée. Enfin elle n'est pas modifiée dans l'anémie pernicieuse, l'ictère hémolytique, et l'anémie cancéreuse.

L'étude comparée des solutions hypotoniques et de la saponine permet de distinguer deux variétés de fragilité globulaire: la première est de nature chimique et liée à des modifications dans le taux des liquides globulaires. La seconde paraît être de nature physique et dépendre d'altération dans l'état des colloïdes globulaires.

L'Enfant et son Médecin. — Guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'Enfance de 0 à 15 ans, par le Docteur Alfred BALL, ancien interne des Hôpitaux de Paris; assistant de consultation à l'hôpital Tronseau, inspecteur de la protection de l'Enfance du premier âge. (A. Maloine, Editeur, Paris). — In-8° 1914 cartonnée: 400 pages papier indien 6.50 fr.

La pratique Médicale nous a appris combien il était difficile de trouver au moment précis les renseignements, même succincts, qui sont souvent nécessaires dans la médecine infantile, tellement ils sont variés dans leur nature et par cela même disséminés dans des ouvrages absolument différents.

Le Docteur Ball a réuni dans le petit traité qu'il vient de publier à la Librairie Maloine, éditeur habituel du livre de médecine

pratique tout ce qu'il est indispensable de savoir en pédiatrie.

Petit, (format de poche) mais complet et très documenté (400 pages) il évitera aux praticiens bien des recherches et fixera bien des hésitations.

Renseignements d'urgence. Indications thérapeutiques. Administration, dosage des médicaments. Examen de l'Enfant. Hygiène; alimentation; Thérapeutique générale, Dictionnaire Médico chirurgical, contenant étiologie, symptômes, diagnostic et traitement de chaque maladie. Renseignements de toutes sortes: sur les séjours à la campagne, les stations thermales. Les établissements populaires, l'assistance, etc.... Deux tables alphabétiques complètent l'ouvrage et permettent de trouver rapidement le renseignement cherché.

L'arthritisme-diathèse à Vichy. — *Physiologie Pathologique et Thérapeutique Physiologique*, par E. GAUTRELET et H. de LALAUBIE. (A. Maloine, ésiteur, Paris, 1913).

Accumuler des documents scientifiques et collationner des observations, les publier dans les Sociétés savantes en des notes éparpillées..., est bien; grouper toutes ces données, les synthétiser, en tirer les conclusions qu'elles comportent..., est mieux. C'est précisément ce qu'ont voulu faire MM. E. Gautrelet et H. de Lalaubie quand, en une manière de livre jubilaire, ils ont groupé les matériaux amassés pendant trente années à Vichy et rédigé "l'Arthritisme-Diathèse à Vichy."

A vrai dire, c'est plutôt le sous-titre "Physiologie Pathologique et Thérapeutique physiologique" qui définit l'ouvrage et sa portée générale.

Quest-ce que l'Arthritisme? Comment se manifeste-t-il? Comment Vichy combat l'Arthritisme? Tels sont les trois points de vue embrassés successivement.

Dans leur Préface, d'ailleurs, les auteurs définissent heureusement leur programme: Montrer ce que c'est qu'une nutrition normale; comment celle-ci peut être viciée; faire toucher du doigt les causes de la dysfonction nutritive, en tant que relevant de l'Hyperacidité humorale et des troubles osmotiques; énumérer les différentes manifestations de l'Arthritisme et son Histoire; exposer les ressources de la Cure de Vichy et sa Pharmacodynamie!

C'est à l'aide d'une documentation digne de Chartistes, d'une argumentation dont la Philosophie ne le cède en rien à la Science, que MM. E. Gautrelet et H. de Lalaubie ont étayé leur thèse.

Aussi convient-il de les en remercier, de les féliciter, et de marquer d'une pierre blanche l'étape qu'ils ont voulu fixer de la Science à la recherche de la Vérité !

Le traitement de la syphilis en clientèle. L'indispensable en syphiligraphie, par le Docteur H. GOUGEROT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. In-8° 1914, (Bibliothèque Comment Guérir?) avec 72 figures noires formant 40 planches et 19 en couleurs en 12 planches hors-texte donnant la reproduction grandeur nature des principales lésions syphilitiques. A Maloine, éditeur, Paris. 10 fr.

Aucune branche de la médecine n'est plus immédiatement utile au praticien et ne soulève autant de problème difficile de diagnostic de thérapeutique, de pronostic et de déontologie que la syphilis. Malheureusement beaucoup de médecins se plaignent d'être forcés de chercher dans de gros traité trop riches en données théoriques, dans des manuels trop pauvres en indications thérapeutiques, dans des publications trop éparpillées, ce qui est indispensable à leur pratique de chaque jour. Il faut ajouter que ces dernières années ont vu naître des découvertes retentissantes qui ont renové la syphiligraphie (découvertes du tréponème, séroréaction de Wassermann) et des découvertes thérapeutiques qui ont jeté l'incertitude dans beaucoup d'esprits; une mise au point s'imposait donc, qui se gardât des enthousiasmes décevants.

M. le Dr Gougerot a essayé de répondre aux vœux des étudiants et médecins: retenir et résumer tout ce qui était utile en pratique, supprimer tout ce qui n'était pas indispensable: anatomie et histologie pathologiques, étiologie et statistiques, etc.

Pour répondre à ce but l'ordre et les matières de ce livre diffèrent profondément de ceux des traités classiques, les questions de pratique courante ont été particulièrement développées: *secret professionnel; manière de révéler le diagnostic de syphilis; conduite à tenir en présence des syphilitiques mariés; instructions générales thérapeutiques et hygiéniques à donner; conduite à tenir dans les cas de chancres douteux...; surveillance et traitement des syphilis latentes; diagnostic de début et prophylaxie des syphilis nerveuses; traitement préventif de l'hérédo-syphilis; syphilis et mariage; condition du mariage des syphilitiques et conduite du médecin, code sanitaire du syphilitique marié, traitement de la grossesse surveillance de la mère et de l'enfant, allaitement du nourrisson, etc...; examens et certificats des nourrices et nourrissons responsabilité civile et pénale en matière de transmis-*

sion de la syphilis diagnostic des syphilis latentes, méconnues latentes ou niées, etc.

Toutes les questions de pratique ont été, on le voit envisagées, sinon développées. L'auteur n'a pas la prétention d'avoir "inventé"; mais il a réuni des documents épars, synthétisé des opinions souvent discordantes, en un mot, résumé tout ce qu'il est indispensable de connaître de la syphilis en médecine pratique.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1914, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert Robin. 1 vol. in-8 de 372 pages. Cartonné: 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune: il réunit et étudie avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1913 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux; le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1914 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier: *acitrine, adaline, adamon, aléudrine, amphotropine, aponal, argaldine, atophan, azodoléine, bromphénine, crésatine, cymarine, digityete, diurène elbone, électrocuprol, électromartiol, électrosélénium, embarine, épinine, ervasine, éther, éthyl-phénylquinchonine, eusapyl, hédiosite, hexal, hexamékol, igebine, insipine, iodéol, iodosapol, iodostarine, kalmopyrine, krésatine, lactate de santalyle, lantol, leptinol, luminal, mélubrine, molyforme, monoformylmorphine, mucusane, myrimalide, narcophine, néo-bornyval, néo-salvarsan, neurocardine, noviforme, opsonogène, ortizon, paracodine, pellidol, péristaltine, phénylsulfophtaléine, phobrol, quinéonal, rhodalzide, ristine, séléniol, sélénium colloïdal, sibératoxyl, solargine, sublamine, systogène, tanaphtol, terpacide, tryène, uréabromine, urogénine, valamine, véronacétine, zébromal.*

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les *médicaments importants de ces dernières années*.

A propos de tous ces médicaments (et ils dépassent le nombre de 500) l'auteur a exposé tout ce que l'on doit savoir: la synonymie, la description, la composition, l'acte physiologique, les propriétés thérapeutiques, le mode d'emploi, les doses.

Hygiène scolaire, par les Drs H. MÉRY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et P. GENEVRIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1914, 1 vol. gr. in-8 de 800 pages avec 359 figures. Broché, 20 fr., cartonné cartonné 21 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Ce *Traité d'Hygiène scolaire* vient à son heure: la nécessité d'améliorations et de réformes dans l'organisation de notre enseignement se fait impérieusement sentir. L'inspection sanitaire des écoliers, leur éducation physique, l'allègement des programmes, une meilleure adaptation des méthodes d'enseignement, sont autant de questions dont la solution s'impose. Le médecin est plus que tout autre qualifié pour fournir un avis éclairé sur ces divers sujets, et c'est pour lui une nécessité que de posséder sur eux une suffisante documentation.

Les auteurs se sont attachés à apporter des notions précises et claires sur les questions dont la connaissance est indispensable à tous ceux qu'intéresse la pédagogie dans ses rapports avec l'hygiène: depuis longtemps d'ailleurs, aussi bien en France qu'à l'étranger, aucun ouvrage de cette importance n'avait été consacré à l'hygiène scolaire.

Après avoir étudié, dans une première partie de l'ouvrage, l'*Ecole*, avec son installation matérielle, et avoir surtout insisté sur l'éclairage, la ventilation et le chauffage, qui sont susceptibles de tant d'améliorations, les auteurs consacrent à l'*Ecolier* plusieurs chapitres où sont condensés et mis au point ces sujets: la croissance physique et la croissance psychique, l'alimentation, l'éducation physique, le travail intellectuel, le surmenage, les méthodes d'enseignement. L'examen médical de l'écolier termine cette seconde partie: les maladies scolaires, myopie et scoliose par exemple, et les affections pour lesquelles l'école peut être appelée à jouer un rôle prophylactique — la tuberculose latente entre autres — y sont l'objet d'une spéciale attention; l'étude des anormaux est faite d'une façon complète et originale.

La troisième partie apporte une vue d'ensemble sur l'organisation des *groupements d'écoliers*, écoles primaires et maternelles, internats, écoles de plein air et d'anormaux.

L'hygiène du maître et *l'inspection médicale des écoles* terminent ce volume par deux chapitres d'un intérêt tout actuel.

Le retard apporté à la publication du *Traité d'Hygiène scolaire* s'explique aisément quand on a parcouru l'ensemble de ces chapitres, et que l'on s'est rendu compte de la diversité des sujets auxquels les auteurs ont dû s'arrêter. Ce volume constitue en réalité une sorte d'encyclopédie, où se rencontre tout ce qui inté-

resse la santé physique, intellectuelle et morale des écoliers; c'est dire qu'il est susceptible d'intéresser les pédagogues et même les pères de famille tout autant que les médecins.

SUPPLEMENT

POUGUES

INDICATIONS CLASSIQUES — INDICATIONS NOUVELLES

Pougues est une de nos stations les plus anciennes. C'est aussi une des stations les plus complètement rajeunies par les travaux scientifiques récents et par les besoins modernes. Dans une étude d'ensemble sur Pougues, en 1914, il est donc logique d'étudier : 1° les Indications classiques et déjà séculaires; 2° les Indications nouvelles. C'est le plan que j'ai adopté dans un petit travail actuellement à l'impression. L'espace m'étant limité pour cet article, je ne puis que citer les indications classiques pour insister un peu plus sur les indications nouvelles.

INDICATIONS CLASSIQUES

Rien n'est plus instructif que de consulter les dossiers de 45 années d'observations que je tiens des Drs Janicot et Duviard, pour apprendre à connaître, vite et bien, toutes les ressources qu'offre aux malades notre Station Nivernaise. Aussi bien, tous les auteurs s'accordent à conseiller la cure de Pougues pour les maladies des organes sous-diaphragmatiques. Ce sont: les *Gastropathes*, en première ligne, qui ont formé de tous temps le gros de la clientèle de la Station. Parmi les spécialisations fonctionnelles incontestées, citons: l'*Atonie Gastrique* ou *Myasthénie*, la *Dyspepsie Neuro-motrice* et les *Dyspepsies Hyposténiques*. D'après le Professeur Robin (Leçon du 10 mars 1914), c'est à Pougues qu'on obtient les meilleurs résultats dans le traitement des fermentations gastriques. Viennent ensuite: les Maladies Intestinales (Atonie, Parésie, Entérite), les Maladies du foie (surtout à point de départ de gastrique), les Maladies des Reins (Lithiases phosphaturiques, oxalurique et urique). Parmi les spécialisations diathésiques: le *Goutte* avec *Dyspepsie*, le *Diabète Arthritique*, avec *fatigue générale* la *Chlorose*, les *Anémies*, enfin les Convalescences et la *Neurasthénie*. On admet, en crénologie, que le choix d'une Station dépend moins des maladies que des malades; pour un malade donné, il faudra trouver la dominante qui guide ce choix. L'A-

tonie, générale ou partielle, est la dominante qui commande une cure à Pougues.

Depuis l'époque romaine, où les habitants de la région venaient déjà à Pougues, depuis Pidoux qui sut attirer dans la Nièvre, à partir du XIV^e siècle et les rois et la Cour, tous, médecins ou malades, ont reconnu les propriétés digestives, mais essentiellement remontantes de nos Eaux. De même, du XIX^e siècle à nos jours, les Indications classiques d'une saison à Pougues n'ont jamais varié. Il suffisait donc de rappeler ces principales spécialisations fonctionnelles et diathésiques.

INDICATIONS NOUVELLES

Des acquisitions scientifiques récentes et les conditions de la vie moderne ont imposé les Indications nouvelles. Ces Indications reposent, dans l'ordre scientifique, sur: les propriétés physiques des Eaux, la recalcification, l'extension du traitement thermal aux Dyspepsies et aux Diathèses infantiles, l'héliothérapie et la marche réglée, etc.; dans l'ordre médico-mondain, si je puis m'exprimer ainsi, sur: le besoin impérieux pour la plupart des citadins d'une cure de désintoxication, tonique et reposante, et enfin sur les cures associées ou alternées. Grâce au grand tourisme et aux grandes facilités de déplacement, ces dernières sont devenues très fréquentes.

Je suis tenu d'être bref. On trouvera dans la brochure analysée ici les notions relatives aux propriétés physiques des Eaux Minérales. Elle est au courant des dernières leçons faites au Collège de France, en février-mars 1914. Retenons simplement que l'eau minérale nous apparaît aujourd'hui comme un tout singulièrement complexe; si elle est d'origine profonde, comme à Pougues, elle est caractérisée par des *Constantes physiques et chimiques* et elle constitue, au griffon, un véritable milieu vivant. Le transport a moins d'effets sur les Eaux froides que sur les Eaux d'une hauteur thermalité; mais l'Eau froide elle-même ne contient qu'à la Source l'intégrité de ses éléments. Il est très facile de mettre en évidence les réactions qui se produisent pendant et après la mise en bouteilles. Les Eaux excitantes empruntent leurs qualités à leurs propriétés physiques autant et plus qu'à leurs propriétés chimiques. On ne saurait considérer comme contradictoire ce fait qu'une saison à Pougues concilie la *stimulation organique avec un apaisement* nerveux remarquable. Il s'explique par le concours des autres éléments de la cure et par le meilleur équilibre physique et moral qui en résulte. Au surplus, le succès d'une cure dépend de conditions multiples, qu'on ne trouve réalisées qu'à la Station, et sur lesquelles il serait superflu d'insister.

Nos idées actuelles sur la Recalcification ont aussi souligné l'intérêt des Eaux bicarbonatées calciques, dont la Source de Pougues-

Alice est le type. Digestives et Recalcifiantes, elles favorisent avec la nutrition générale, le développement osseux: la *Croissance* constitue une indication nouvelle et formelle d'une saison prolongée à Pougues. Les lycéens dyspeptiques et nerveux et beaucoup d'adolescents s'en trouveront mieux que d'un séjour au bord de la mer. On tend à conseiller également dans les grossesses et l'allaitement une saison d'un ou deux mois dans notre Station calme, non surpeuplée, avec juste ce qu'il faut de distractions, avec un air très pur, une Eau tonique pour la mère, recalcifiante à la fois pour la mère et pour l'enfant.

Le Professeur Ausset insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à agir de bonne heure sur les *diathèses*, en dirigeant les enfants sur les Stations thermales. Les Sources de Pougues modifient les actes nutritifs des descendants d'arthritiques, *sans les débilités*. Elles sont donc supérieures, à ce dernier point de vue, à plusieurs Sources bicarbonatées sodiques.

Pour tous ces malades, comme pour ceux qui relèvent des Indications classiques, *Pougues-Bellevue* complète très heureusement *Pougues-Station*. *Bellevue* est située sur le *Mont-Givre*, à une altitude de 300 mètres. C'est une altitude moyenne idéale dans le traitement des *Anémiques et des Nerveux*.

On parvient du parc à Bellevue, par des pentes douces qui permettent de réaliser la cure de terrain d'Oertel modifiée. Bellevue est également un lieu de repos, très favorable à l'Héliothérapie méthodique. "La Dyspepsie a vécu," écrivait le Professeur Huchard, puisque, grâce à Bellevue, vous avez su réaliser la quadruple alliance antidyspeptique: l'eau, l'air, le régime et l'exercice. L'eau a fait ses preuves; les hôtels, très confortables (le Splendid Hôtel, etc.), observent les régimes; la végétation abondante permet une oxygénation parfaite. Quant à la marche, il est à souhaiter qu'elle soit un peu moins délaissée.

J'ai étudié ailleurs les cures alternées. J'ai publié aussi une petite brochure *Vichy-Pougues*, car mes baigneurs prennent d'eux-même l'habitude d'associer ces deux Stations. Qu'il s'abaisse de dyspeptiques, hépatiques, goutteux, diabétiques, il ne faut pas oublier que les *Congestifs doivent rester surtout à Vichy*, et les *As-théniques surtout à Pougues*. L'hypertension est une contre-indication formelle de Pougues et la pression artérielle est prise plusieurs fois pour chaque malade par les médecins de la Station.

Pougues et Vichy ont quelques indications communes, mais un plus grand nombre d'indications différentes, basées sur l'état général et sur l'état nerveux.

Le Professeur Robin est d'avis d'envoyer plutôt à Pougues les malades dont le rapport de l'acide phosphorique à l'urée est un peu trop élevée.

Enfin une cure à Pougues assure aux *intoxiqués, aux surmenés*

si nombreux de la vie moderne une franche stimulation organique avec apaisement nerveux par retour d'un meilleur équilibre physique et moral. C'est une cure qui convient à la plupart des citadins. Il est inutile d'ajouter que le traitement est complété, comme partout par l'hydrathérapie, l'air chaud, le massage, etc.

Les cures saisonnières sont devenues, dans la vie actuelle, une nécessité à la fois *physiologique et mondaine*. Les baigneurs sont tous bien documentés sur nos Stations. Au lieu de subir leurs caprices, le médecin doit pouvoir leur *imposer* un conseil éclairé et précis. Je désire que ce résumé — qui ne peut être plus court — suffise pour guider — en ce qui concerne Pougues — ceux de mes confrères qui n'ont pas le temps de lire les gros livres d'Hydrologie.

COMMENT EXPLIQUE-T-ON L'ACTION SPECIFIQUE DES SELS NATURELS "CUQUETS" CONTRE L'OBESITE ?

La plupart des auteurs modernes expliquent la production de la graisse par un fonctionnement défectueux du foie: cet organe a pour but, en effet, de débarrasser l'organisme des poisons formés durant la digestion et qui portent le nom de toxines: qu'il se produise un travail insuffisant du foie, il en résultera un empoisonnement général dû à l'accumulation de ces toxines dans le sang; le système nerveux se trouve atteint et les échanges nutritifs ne se produisent plus que difficilement, d'où cette accumulation de dépôts graisseux affectant spécialement les parties du corps plus dépourvues de représentants du système nerveux: le ventre, les hanches, les membres inférieurs.

Très souvent la prédisposition à l'embonpoint est due à l'hérédité; souvent elle se produit subitement à la suite de maladies infectieuses ayant porté atteinte au système nerveux, telles sont: la fièvre typhoïde, les fièvres paludéennes, etc., ou, pour la même raison, à la suite d'abus de boissons alcooliques sous toutes leurs formes: l'obésité des grands buveurs de bière n'a pas d'autre cause. Toutefois, et quelle qu'en soit la cause, la production du tissu graisseux est toujours corrélative d'une paresse des fonctions du foie et d'une production insuffisante de la bile que sécrète cet organe. Le bon sens populaire l'avait prévu, il y a fort longtemps, en disant des personnes douées d'un aimable embonpoint qu'elles "ne se font pas de bile," et, physiologiquement parlant, c'est l'absolu vérité.

La propriété essentielle des "*Sels Naturels Cuquets*" est d'être un parfait cholagogue (on nomme ainsi des médicaments susceptibles d'activer la sécrétion de la bile); celle-ci pénètre dans la circulation et dissout peu à peu toutes les matières grasses.

Par leur usage prolongé durant quelques semaines, les "*Sels Cuquets*" réforment ainsi les tempéraments lymphatiques pour leur donner, sans exagération, les qualités de résistance et de vigueur des tempéraments naturellement bilio-sanguins.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la cause intime de l'action spécifique des "*Sels Naturels Cuquets*," sur laquelle les avis sont partagés, il est démontré par l'expérience qu'ils font "sûrement" maigrir, et c'est là le point important.

Les divers traitements préconisés jusqu'à ce jour contre l'obésité peuvent se classer en deux catégories: d'une part des tisanes, des thés divers composés de plantes douées de propriétés purgatives et qui rentrent dans la classe des laxatifs, sans autre effet spécial sur le tissu adipeux; d'autre part des extraits organiques du corps thyroïde; l'action de ces médicaments est variable selon qu'ils sont ou non bien préparés. Dans le premier cas, ils produisent sur le cœur et la circulation générale des accidents graves; l'amaigrissement se produit souvent, mais accompagné de tous les symptômes d'une vieillesse prématurée; les rides s'accumulent, les cheveux blanchissent parfois presque subitement.

A l'inverse de ces préparations, les "*Sels Naturels Cuquets*" ne présentent aucun de ces dangers et, tout au contraire, ils sont des plus favorables à l'état général; sitôt les premiers jours de la cure, on remarquera une recrudescence de vigueur, la disparition complète de l'essoufflement et des palpitations, plus de goût pour la marche et les exercices. Vers la fin de la première quinzaine, l'effet du traitement devient visible: le ventre diminue, les tissus recouvrent leur élasticité, la taille et les hanches se dégagent, les lignes apparaissent plus sveltes et plus nettement dessinées. Il suffira de persévérer encore quelques semaines pour prévenir tout retour à l'envahisseur par suite d'une modification complète et définie du tempérament.

De ce qui précède, il est aisé de comprendre pourquoi la cure par les "*Sels Naturels Cuquets*" exclut tout régime spécial; il est nécessaire de donner à l'organisme toute sa vitalité par une alimentation réglée sur les principes de l'hygiène et de se guider uniquement sur son appétit.

Il suffira de ne pas manger avec excès, d'éviter l'abus de toutes les boissons alcooliques afin de ne pas entraver les fonctions du foie. On y aidera puissamment par l'usage des Eaux alcalines, Vichy ou Vals aux repas, mais modérément. Il est évident que la vie au grand air, la marche, l'hydrothérapie seront de précieux adjuvants, mais qui ne rentrent que dans "l'art de se bien porter" sans vouloir prétendre les imposer en système, ainsi qu'on a tenté de le faire dans le traitement de l'obésité.

Dr P. L...