

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

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

Vol. XLII

1er OCTOBRE 1913

No 10

## TRIBUNE LIBRE

### UNE MISE AU POINT — REPONSE A " LA CLINIQUE "

Mon intention n'est pas de répondre aux injures parues à mon adresse dans le journal " La Clinique ". Ceux qui me connaissent et qui sont au courant des méthodes de Monsieur le docteur François de Martigny, l'inspirateur de l'article et de son scribe Monsieur le docteur Villecourt, l'auteur de l'article, savent à quoi s'en tenir.

Pour les autres, rétablissons les faits.

A la réunion de juillet 1912 du Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P. Q., le Dr François de Martigny en partance pour l'Europe sous quelques heures obtint la faveur d'ajouter son nom à celui du regretté docteur Hervieux qui devait être autorisé d'appuyer de l'autorité du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P. Q. l'invitation de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord à l'Association des Médecins de langue française d'Europe de venir tenir l'une de ses prochaines réunions à Montréal.

Cette invitation était celle de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord et seul son Président Hervieux avait autorité de la transmettre.

Ce que désirait alors le Dr F. de Martigny était l'apostille du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P. Q. : lettres de créances officielles qui sont toujours utiles en Europe à ceux qui savent s'en servir.

A sa réunion de juillet 1913, le Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P. Q. prenait connaissance d'un envoi du Dr François de Martigny contenant: un compte de \$425.00 pour frais de voyage et un volumineux rapport à être inséré dans le Bulletin du Collège.

Le comité de créance ayant rejeté le compte, Monsieur le docteur François de Martigny consentit à le retirer.

Quant au rapport, le trouvant trop volumineux, pas scrupuleusement exact, et sans intérêt spécial pour les membres du Collège qui en avaient pris connaissance, d'ailleurs, plusieurs mois auparavant par les journaux politiques, je priai le Dr François de Martigny de se désister de sa demande et de n'inscrire au Bulletin que les conclusions. Sur son refus, la discussion s'engagea et le vote fut pris avec le résultat que l'on sait.

Monsieur le docteur François de Martigny qui, à ce que l'on dit, avait usurpé le principal rôle dans une affaire où le Bureau du Collège des Médecins n'était que secondairement intéressé, n'a pu me pardonner, comme je m'y attendais d'ailleurs, de ne pas avoir, par mon silence, été complice de son... (pour être charitable)... son enfantillage.... Car c'est un enfant terrible que Monsieur le docteur François de Martigny.

*Inde irae*..... avec Monsieur Villecourt et Shakespeare à l'appui.

“ O François ! prends ton vole, si tu te sens des ailes.  
Mais, Vilcourt, quel que soit l'éclair de tes prunelles  
N'espère pas, si haut que ton âme ait monté,  
T'envoler au delà de ta mentalité.”

RODOLPHE BOULET.

## REVUE GENERALE (1)

### QUELLE PLACE DOIVENT OCCUPER EN PRATIQUE LE SALVARSAN ET LE NEO-SALVARSAN DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS ?

La syphilis est peut-être la maladie qui a le plus profité de méthodes scientifiques modernes. Depuis la découverte du *treponema pallidum* par Schaudinn et Hoffmann, depuis que Roux et

(1) Le journal de médecine et de chirurgie pratiques, de Paris, fait une excellente revue de la question - Nous la reproduisons en entier dans l'intérêt tous. Elle est signée Dr. Cimon, de d'Uriage.

Metchnikoff ont montré la possibilité de l'inoculation des produits syphilitiques au singe, de nombreux expérimentateurs ont fait porter leurs recherches sur la syphilis. Et l'on peut dire qu'actuellement peu de points restent obscurs concernant l'étiologie, la pathologie, l'anatomie pathologique et le diagnostic de cette maladie.

Quant à son traitement, avant même les recherches auxquelles nous faisons allusion, il était parfaitement bien réglé et il donnait des résultats dont la constance ne se retrouvait dans aucune autre maladie. Ce traitement était pour ainsi dire érigé en code, et les médecins du monde entier obéissaient pour la plupart à cette manière de législation instituée par Fournier.

Cependant les expérimentateurs orientaient leurs recherches dans une direction plus moderne. Ils s'efforçaient de trouver soit un vaccin, soit un sérum qui ferait sortir la thérapeutique de la syphilis de la voie un peu empirique qu'elle suivait depuis des siècles. L'on se disait que si un jour quelque méthode détrônait le mercure, elle nous viendrait certainement des laboratoires de biologie. Aussi ce fut un étonnement universel lorsqu'on apprit que c'était un chimiste qui venait de découvrir un traitement radical de la syphilis, et que le mercure était remplacé, non par un sérum ou un vaccin, mais par un autre métal, l'arsenic. A vrai dire, l'idée est ancienne d'employer l'arsenic dans le traitement de la syphilis. Mais l'idée nouvelle, originale, géniale on peut dire si elle s'était réalisée, avait été de chercher une combinaison organique assez puissante pour tuer d'un coup tous les germes pathogènes et assez peu toxique pour que le malade puisse la supporter sans dommage. Après de longues et très belles recherches, Ehrlich crut pouvoir donner au monde médical un sel d'arsenic, le salvarsan, qui, sous le nom de "606", connut une fortune sans exemple dans l'histoire de la thérapeutique. Ce chiffre, immédiatement adopté par les malades et les médecins, indiquait que le salvarsan était la 606<sup>e</sup> combinaison d'arsenic réalisée et essayée dans le laboratoire du célèbre professeur de Francfort.

Ces recherches continuent d'ailleurs. Le génie d'Ehrlich vient de nous donner un 914<sup>e</sup> sel, le néosalvarsan qui, à notre avis, réalise un grand progrès sur son aîné.

Même parmi les médecins, les esprits scientifiques sont rares : l'histoire du "606," s'il en était besoin, en donnerait une preuve éclatante. A peine ce médicament était-il employé depuis quelques mois que deux courants contraires d'opinion se formèrent et

le "606" était jugé définitivement quoique différemment. Pour les uns, il fallait l'abandonner à tout jamais; pour les autres, c'était un devoir d'abandonner toute autre médication. Pour les uns, il fallait le supprimer; pour les autres, il supprimait la syphilis. Et d'une maladie dont l'évolution dure des années, on entendait dire qu'elle était radicalement guérie parce qu'elle était restée sans manifestations apparentes pendant quelques mois. Il n'est pas jusqu'au tabès et à la paralysie générale dont les rémissions furent données pour des guérisons légitimes. Inversement, un certain nombre d'observateurs réunissaient les cas malheureux et en faisaient un faisceau d'arguments qui, à leur avis, devaient entraîner la condamnation des sels d'Ehrlich.

A côté de ces juges un peu hâtifs, beaucoup expérimentaient sans bruit et attendaient, pour dire leur opinion, de s'en être fait une. Et comment se faire une opinion en partielle matière, sinon en voyant les faits par soi-même? La littérature médicale est tellement encombrée d'interprétations contradictoires, qu'il semble qu'il faille se dire avec H. Fabre, qu'en ce cas comme "en bien des cas, il est excellent d'ignorer; l'esprit garde sa liberté d'investigation et ne s'égare pas dans des voies sans issue suggérées par la lecture."

Aussi n'essayons-nous pas de résumer en une revue générale l'immense littérature que possède déjà le "606" et qui continue. Il serait impossible d'en tirer les conclusions pratiques qui seules nous intéressent ici. Nous ne risquerions que de donner la pénible impression de désordre anarchique qu'ont éprouvée tous ceux qui se sont occupés de cette question.

Si nous l'abordons cependant, c'est que le temps commence à faire son œuvre, que beaucoup de bons esprits semblent se mettre d'accord sur certains points et surtout que notre tâche est singulièrement facilitée par un travail considérable de M. Brocq paru dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (décembre 1912). Le même journal (numéro d'avril 1913) publie en outre un procédé imaginé par M. Ravaut et qui simplifie d'une singulière façon la technique des injections de néo-salvarsan. Beaucoup de médecins avaient été en effet rebutés par les difficultés réelles, mais assurément exagérées, de la technique de la préparation du "606." Et puisque jusqu'à l'eau distillée devenait, mélangée au salvarsan, un dangereux toxique, ils jugeaient préférable de s'en tenir à des méthodes moins brillantes mais plus sûres.

\* \* \*

Il nous semble que maintenant, avec le néo-salvarsan, et surtout avec la simplification de sa préparation imaginée par Ravaut, les médecins, même non spécialisés, ont en main une arme nouvelle et puissante contre la syphilis. Quant aux circonstances où cette arme doit être employée, l'article de M. Brocq nous les expose en détails et nous n'aurions garde de ne pas nous en inspirer.

Mais auparavant, nous ne craignons pas de le dire, nous sommes persuadé que l'on peut, en toute conscience, continuer à traiter les syphilitiques par le mercure, l'iodure et l'hygiène. Qu'on nous comprenne bien: l'emploi du salvarsan n'est pas un devoir, comme peut l'être celui du sérum antidiphthérique par exemple.

Si le salvarsan ou le néo-salvarsan ne sont pas indispensables, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont souvent extrêmement utiles. Personne ne nie maintenant leur action rapide, étonnante souvent, sur le chancre, les plaques muqueuses, les ulcérations syphilitiques. Il est hors de doute qu'ils n'auraient pas tardé à remplacer les anciennes méthodes, s'ils ne provoquaient des accidents, quelquefois des plus sérieux. La question est donc, non pas de discuter l'indiscutable valeur bactéricide des sels d'Ehrlich, mais bien leur toxicité, ou, si l'on ne veut pas se servir de ce mot, les accidents que l'on observe à la suite de leur emploi.

\* \* \*

Ces accidents, dont les causes sont obscures ou tout au moins encore très discutées, nous semblent pouvoir être divisés en deux catégories: ceux qui actuellement sont évitables à peu près à coup sûr, et ceux qui peuvent survenir malgré toutes les précautions possibles.

Dans le premier groupe, nous comprenons à la fois les accidents les plus bénins et les cas de mort. Ces accidents bénins consistent en bouffées de chaleur, turgescence du visage, douleur épigastrique, congestion générale bientôt suivie de pâleur et de chute de la tension artérielle. Ce tableau clinique, très bien décrit par M. Milian sous le nom de *crise nitritoïde*, survient pendant ou peu de temps après l'injection. Quelque impressionnante qu'elle soit,

cette crise nitritoïde ne dure que quelques instants et disparaît sans laisser de traces. On sait maintenant qu'elle est due à un excès de soude dans la préparation de l'injection. Le néo-salvarsan, soluble dans l'eau, sans adjonction de soude, ne donne pas lieu aux crises nitritoïdes.

Nous pensons également que l'on peut éviter les cas de mort qui ont malheureusement assombri les premières statistiques du salvarsan. Le Dr G. Hügel, dans un travail fait à la clinique du professeur A. Wolff, de Strasbourg, a pu en réunir 200 cas. Ces désastres ont été observés surtout lorsque, poursuivant l'idée théorique d'Ehrlich, on cherchait à obtenir par de fortes doses, la stérilisation radicale de la syphilis. En employant des doses modérées, que nous indiquerons, de pareilles éventualités ne sont pas à craindre.

Nous ne connaissons pas, par contre, de moyens d'éviter les accidents qui forment notre seconde catégorie. Les uns sont de peu d'importance: fièvre, céphalée avec ou sans vomissements, diarrhée, urobilinurie. Ils surviennent dans le courant des premiers jours qui suivent l'injection. La fièvre est pour ainsi dire constante après la première injection chez les malades vierges de tout traitement et elle serait due à la destruction en masse des tréponèmes. Si on peut parfois l'éviter en pratiquant selon la recommandation de M. Ravaut, avant l'administration de l'arsénobenzol, quelques injections mercurielles, ce n'est pas dans tous les cas et il n'est pas rare de l'observer même après la deuxième ou la troisième injection. Mais ces accidents ne sont pas très graves et, en somme, ils ne sauraient fournir un argument important contre le salvarsan.

Il n'en est malheureusement pas de même d'une série d'accidents, inévitables aussi et imprévoyables dont la caractéristique est de frapper le système nerveux. Ces effets neurotropes du salvarsan et du néo-salvarsan surviennent soit rapidement, soit quelques semaines ou même quelques mois après les injections. Quelle que soit la théorie qu'on invoque pour les expliquer — qu'on les attribue à un effet toxique du médicament, à une localisation syphilitique, à une sensibilisation du système nerveux, à une excitation des tréponèmes par une dose insuffisante — il n'en reste pas moins que ces accidents existent et qu'ils sont fréquents. Ils se traduisent tantôt par une paralysie d'un des nerfs craniens,

tantôt par des radiculites, tantôt par des phénomènes méningés. Il est remarquable que ces accidents ne se produisent pour ainsi dire jamais chez les malades traités dès l'apparition du chancre et que leur maximum de fréquence s'observe au cours de la période secondaire. M. Ravaut pense que ces phénomènes n'atteignent que les malades dont le système nerveux est déjà atteint et cela d'une façon quelquefois inappréciable en clinique.

Le "neurotropisme" du salvarsan qui "dirige pour ainsi dire la syphilis vers le système nerveux" (G. Hügel) fait peser une lourde hypothèque sur ce médicament. Et beaucoup de bons esprits ont pu se demander s'il ne prépare pas pour l'avenir une génération de tabétiques et de paralytiques généraux.

On le voit, le problème est très difficile à résoudre. En fait, chacun le résout selon son tempérament; les esprits hardis se prononcent plus volontiers en faveur du salvarsan. Les esprits timorés ou ceux qui ont un souci plus profond de la santé de leurs malades, soit une conscience plus étroite de leur responsabilité professionnelle, restent fidèles aux vieilles méthodes.

\*

\* .

Il serait possible, nous semble-t-il, de donner, pour les praticiens, une ligne de conduite qui, sans être brillante, comme toutes les solutions qui s'en tiennent au "juste milieu," a du moins le mérite d'être basée sur des arguments aujourd'hui hors de contestation.

Nous avons vu en effet que les accidents nerveux ne s'observent pour ainsi dire jamais au moment du chancre. D'autre part, tous les syphilitiques sont maintenant d'accord pour dire que la guérison radicale de la syphilis est impossible dès l'invasion des symptômes secondaires. Ne semble-t-il donc pas logique de conclure que l'arsénobenzol doit être employé au moment du chancre et seulement à ce moment, alors que, sans risque de provoquer des accidents graves, on donne au malade une chance de guérir définitivement? Mais la question n'est peut-être pas aussi simple. La possibilité de stériliser la syphilis, même à la période primaire, n'est encore qu'une hypothèse, et, aux cas de guérison radicale publiés jusqu'ici, il manque encore l'épreuve du temps. D'autre part, l'emploi du "606" ou du "914" ne doit pas être systématiquement rejeté en dehors de la période primaire et, par exemple, on

doit y avoir recours pour des manifestations syphilitiques rebelles au mercure, notamment pour les ulcérations de la syphilis maligne précoce. Il est évident encore que, même au moment du chancre, on ne doit pas employer les nouveaux médicaments s'il existe une contre-indication organique: âge avancé, hypertension excessive, artério-sclérose marquée, lésions du fond de l'œil, albuminurie (non syphilitique), cachexie d'origine quelconque, tuberculose à tendance hémorrhagique. Il peut surgir, on le voit, des quantités de cas cliniques et nous ne pouvons mieux faire que de suivre le plan adopté par M. Brocq dans le mémoire déjà cité et où sont prévues la plupart des éventualités qui peuvent se présenter dans la pratique courante.

\*

\* \*

*Premier cas. — Il s'agit d'un malade qui vient consulter avec un chancre syphilitique net mais au début de son évolution, sans aucune trace d'infection secondaire.*

Dans ces conditions, dès que le diagnostic est certain, il faut employer le salvarsan ou le néo-salvarsan à hautes doses. Quelques syphiligraphes n'hésitent pas à faire des injections de 60 centigrammes de salvarsan et de 90 centigrammes de néo-salvarsan, et de répéter ces injections 3 ou 4 fois à 5 ou 7 jours d'intervalle. M. Brocq s'en tient à *des doses plus faibles, calculées en moyenne à raison de cinq milligrammes de salvarsan et à 7 milligrammes et demi de néo-salvarsan par kilogramme de poids corporel.*

Nous rappelons que M. Ravaut, recommande, pour éviter la fièvre de bactériolyse, de faire, avant l'administration du sel arsénical, 4 ou 5 injections mercurielles.

Mais ensuite, que faut-il faire? Il est de la plus grande prudence de considérer les malades comme guéris et de ne plus leur faire suivre aucun traitement. Cette conduite est dangereuse même si on fait de temps en temps une réaction de Wassermann. Il est en effet d'observation courante de voir des sujets présentant des lésions syphilitiques dix ans, vingt ans et plus après le chancre, alors que la syphilis, pendant ce long intervalle, ne s'était manifesté par aucun symptôme apparent. On est donc mal fondé de s'appuyer, pour parler de guérisons définitives, sur des cas dans lesquels, après le chancre, aucun accident ne s'est montré à la suite

de l'emploi du salvarsan. D'autre part, la réaction de Wassermann, si elle a une valeur à peu près absolue quand elle est positive, ne donne que des probabilités quand elle est négative.

Il faut donc conclure qu'*actuellement nous n'avons aucun moyen sûr de déclarer que les syphilitiques sont guéris*. Dans ces conditions, il est prudent de continuer à les soigner non seulement à titre préventif, mais plus encore peut-être pour empêcher d'évoluer des lésions viscérales et notamment des lésions du système nerveux qui commencent souvent à bas bruit et qui menacent gravement l'avenir des malades.

On doit donc, pendant trois ou quatre années, instituer le traitement mercuriel comme si on n'avait pas fait d'injections de salvarsan, et cela même s'il n'y a aucun accident visible et même si la réaction de Wassermann est négative. Il est bien clair que s'il survient un accident on le traitera aussi longtemps et aussi intensément qu'il le faudra. En pratique, on peut donc se passer de la réaction de Wassermann pour la direction du traitement pendant les quatre premières années de la syphilis. Nous verrons dans un prochain paragraphe comment on doit comprendre le traitement des syphilitiques anciens.

*Deuxième cas. — Il s'agit d'un malade en pleine infection syphilitique secondaire.*

A cette période on doit employer le salvarsan ou le néo-salvarsan quand le mercure n'agit pas ou agit mal, quand on est en présence des ulcérations de la syphilis maligne précoce ou d'accidents contagieux rebelles.

En dehors de ces cas, il n'est pas indispensable d'avoir recours aux sels d'Ehrlich : avant leur emploi on guérissait fort bien les accidents secondaires de la syphilis. Mais il y a peut-être un certain avantage à faire au moins, comme le pense M. Brocq, une série d'injections de salvarsan : " 1° à tout syphilitique secondaire qui n'a pas été traité ; 2° à tout syphilitique secondaire qui, ayant été traité par le mercure, présente encore des accidents ; 3° à tout syphilitique secondaire qui, bien qu'ayant déjà été traité par le salvarsan, puis par le mercure, voit survenir encore des accidents syphilitiques rebelles ou récidivants."

Quant aux syphilitiques qui, au cours de la période secondaire ne présentent pas d'accidents, il n'est ni indispensable, ni utile de leur faire suivre un traitement par les nouvelles méthodes.

Lorsque, pour une raison quelconque, on s'est décidé à faire une série d'injections d'un des sels d'Ehrlich à un syphilitique en période secondaire, il est prudent de le mettre ensuite au traitement mercuriel classique. Les raisons que nous en avons données, à propos du chancre, gardent ici une valeur égale sinon plus grande.

*Troisième cas.* — *Il s'agit d'un malade atteint d'accidents tertiaires.* — On sait que la plupart de ces accidents guérissent bien par le traitement mixte, mercuriel et ioduré.

Quelques-uns cependant se montrent rebelles, comme le syphilome en nappe de la cavité buccale, les syphilides psoriasiformes palmaires ou plantaires, parfois même certains accidents viscéraux d'autres, par leur siège et leur rapidité d'évolution, peuvent devenir dangereux lorsqu'ils atteignent par exemple le voile du palais, le pharynx, le larynx. Dans ces conditions, le salvarsan est clairement indiqué. On peut d'ailleurs combiner les deux méthodes: "donner tout d'abord mercure et iodure de potassium et, si les résultats se font quelque peu attendre, recourir au salvarsan." (Brocq).

De nombreux malades atteints de tabès ou de paralysie générale ont été soignés par le salvarsan. La plupart des neurologues ont renoncé à cette méthode chez les paralytiques généraux, malgré la démonstration par Levaditi de la présence de nombreux tréponèmes dans le cerveau de ces malades. Comme le mercure, l'arsenic ne paraît avoir d'autre résultat que d'aggraver les symptômes. Pour les tabétiques, après une période d'engouement, beaucoup de syphiligraphes et de neurologistes sont revenus au traitement mercuriel.

*Quatrième cas.* — *Il s'agit d'un syphilitique ancien, qui depuis fort longtemps n'a pas eu d'accidents syphilitiques, qui ne présente aucun phénomène morbide, mais chez lequel on trouve un Wassermann positif.* — Depuis quelques années on est très souvent consulté par d'anciens syphilitiques qui, à l'occasion de troubles quelconques ou même par simple curiosité, se sont fait faire un examen de sang qui a révélé une réaction de Wassermann positive. Que faut-il leur conseiller?

Avec H. Brocq il faut distinguer trois cas:

A. — Si le malade veut se marier, il vaut mieux lui faire subir un traitement antisiphilitique. Le salvarsan ne présente alors

aucune supériorité sur le mercure. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'il ne faut pas s'acharner à obtenir une réaction de Wassermann négative, et il nous paraît fort sage de permettre le mariage après deux nouvelles années de traitement mercuriel, même si la réaction reste positive, à condition, bien entendu qu'il s'agisse d'une syphilis datant d'au moins dix ans et d'un syphilitique ne présentant aucun suigne de lésion cutanée ou viscérale.

B. — Le malade déjà marié veut avoir un enfant. S'il n'a pas eu d'enfants auparavant, il faut s'en tenir aux indications précédentes, et, en outre, faire faire une réaction de Wassermann à sa femme, et, si cette réaction est positive, " instituer chez la femme un traitement antisiphilitique avant de permettre une grossesse."

Si le malade a déjà eu des enfants syphilitiques ou que sa femme ait fait des fausses couches, les règles que nous venons de donner sont plus impérieuses encore et peut-être dans ce cas serait-il permis d'avoir recours au salvarsan chez le mari et chez la femme. En tous cas, il faut prescrire un traitement mercuriel d'au moins deux années avant de permettre une nouvelle grossesse.

Au contraire, si le malade a déjà eu des enfants bien portants, on peut être moins sévère, tout en recommandant un traitement préalable pour se mettre à l'abri de toute surprise.

C. — Le malade ne veut pas se marier et ne veut pas avoir d'enfant. La question revient à celle-ci: " Faut-il toujours, dans tous les cas, traiter un ancien syphilitique dès que le Wassermann devient positif chez lui, et faut-il continuer à le traiter toujours jusqu'à ce que son Wassermann soit négatif." Il est très délicat de répondre à cette question. On sait que chez certains malades la réaction de Wassermann redevient positive chaque fois qu'on cesse le traitement. Chez d'autres au contraire elle devient et reste négative. La ligne de conduite la plus sage est, semble-t-il, de soumettre ces malades à un traitement mercuriel et ioduré pendant quelques mois. Si, à la fin de ce traitement, le Wassermann est encore positif, il faut avant tout rassurer les malades et se contenter de leur faire deux fois par an une série d'injections ou de frictions mercurielles. Nous ne serions pas éloigné d'ajouter que, même si le Wassermann est négatif, il est prudent et en tous cas sans inconvénient, de ne pas abandonner complètement tout traitement et de faire tous les ans ou tous les deux ans une légère cure mercurielle.

\* \*  
\*

En ce qui concerne la direction du traitement de la syphilis, *toute question de diagnostic étant écartée*, la réaction de Wassermann soit positive ou négative. Plus tard, nous pensons qu'il est aussi illusoire de conclure à l'inutilité de toute thérapeutique sous prétexte que la réaction est négative, que de poursuivre, par un traitement prolongé, la disparition d'une réaction continuellement positive. Il convient cependant de faire une exception: elle concerne les candidats au mariage ou, mieux, à la paternité. Chez de tels sujets, une réaction positive doit commander un traitement sérieux comme nous venons de l'exposer plus haut, d'après M. Brocq.

Si au cours de cette chronique, nous n'avons pas été aussi net et aussi catégorique que nous l'aurions désiré, c'est que "la question du traitement de la syphilis par le salvarsan n'en est qu'à la période d'étude. On ne saurait pour le moment poser les conclusions fermes, et il faudra de longues années d'observation patiente et minutieuse pour fixer les indications, les doses et le mode d'emploi de ce nouveau médicament dans les divers stades de la syphilis acquise et héréditaire."

\*  
\* \*

Nous avons dit plus haut que nous préférions, *pour la pratique courante*, le néo-salvarsan au salvarsan. Le néo est en effet soluble dans l'eau sans adjonction de soude et supprime, de ce fait, une action toxique très importante. En outre M. Ravaut a eu l'idée d'utiliser la grande solubilité de ce sel dans l'eau distillée et de l'injecter en solution concentrée. De cette façon, il supprime une autre action sinon toxique, du moins nocive: celle de l'eau distillée injectée en masse.

Nous croyons intéressant pour les praticiens de donner, d'après M. Ravaut, la technique des injections intra-veineuses concentrées de néo-salvarsan.

Cette technique est très simplifiée grâce à un petit dispositif très simple construit par M. Robert. "Le tube dans lequel est livré le néo-salvarsan a une capacité de 10 centimètres cubes; au moment de faire l'injection on le brise et l'on verse lentement sur

la poudre la quantité d'eau nécessaire. Cette eau est contenue dans une ampoule en verre dur, elle est stérilisée et bi-distillée le matin même. . . La solution se fait très rapidement. Lorsqu'elle est complète nous l'aspirons au moyen d'un aspirateur-filtre. C'est un tube en verre qui s'adapte sur la seringue et qui contient à son intérieur un tampon de gaze. Cet appareil peut servir d'agitateur pour activer la solution, mais surtout à l'aspirer et à empêcher l'entrée dans la seringue de débris de verre ou de toute autre poussière. L'expérience nous a montré que cette filtration, bien que grossière, était absolument nécessaire. L'injection est ensuite pratiquée comme d'habitude dans une veine du bras " avec toutes les précautions d'usage.

Cette technique, outre l'avantage qu'elle a de supprimer soude et eau en grande quantité, permet d'utiliser les ampoules d'eau distillée depuis plusieurs semaines. Elle met donc les injections de néo-salvarsan à la portée des praticiens qui ne peuvent avoir d'installation spéciale; elle rend possibles les injections à domicile grâce à la simplicité de l'instrumentation. Pour toutes ces raisons enfin, elle fait entrer pour la première fois le néo-salvarsan dans la pratique de la médecine coloniale.

---

## NOUVELLES

---

### PREPARATION ANTI-RHUMATISMALE. — LE " 844."

Le " 606 " a été suivi du " 914 " plus connu sous le nom de néosalvarsan. On annonce maintenant le " 844," qui, il est vrai, n'est pas destiné à combattre la syphilis, mais le rhumatisme articulaire.

M. le Dr Boissart, dans la *Gazette des Praticiens* de Lille), nous donne à ce sujet quelques renseignements tirés du *Munchener medizinische Wochenschrift*. D'après les recherches et les expériences de Lœnig, ce nouveau médicament, dont le nom exact est un peu long (c'est, en effet, le phényldiméthylpyragolonamidomethanesulfonate de sodium qu'il s'appelle), aurait une action remarquable pour juguler les douleurs articulaires, faire tomber la fièvre et rendre aux jointures leur liberté. La statistique de l'au-

teur qui porte sur quarante-trois observations de cas aigus montre que toujours la température était tombée au cinquième jour. Dans sept cas, elle avait même disparu plus tôt, entre le deuxième et le troisième. L'amélioration des autres symptômes est parallèle à la chute de la température et se fait dans le même temps. De plus, les récidives seraient moins fréquentes et moins longues.

Le "844" présenterait des avantages nombreux. Il n'amènerait pas en effet d'éruption cutanée, ni de bourdonnements d'oreille, de vertiges, comme en produit parfois le salicylate de soude après un usage prolongé. Son absorption n'est suivie d'aucune crise sudorante fatigante et ne présente aucune contre-indication. Les cardiopathies ne sauraient en rien empêcher son emploi; bien plus, grâce au "844," Lœnig aurait vu des endocardites et des péricardites guérir totalement, bien que la prudence soit nécessaire dans ces cas suivant l'auteur lui-même.

La néphrite n'est pas non plus une contre-indication de ce nouveau médicament qui s'élimine par les urines. Il aurait été employé sans aucun inconvénient au cours de cette complication alors qu'existait une forte albuminurie. La présence du "844" dans les urines peut se caractériser par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer qui donne au liquide une coloration violette.

Dans d'autres cas que le rhumatisme articulaire aigu, l'auteur a eu aussi de bons résultats: rhumatisme, scarlatine, myosites, névralgies intercostales et sciatiques, zona, céphalalgies, etc., ont été tous améliorés et le médicament s'est montré très bon analgésique.

La posologie est la suivante. Chez l'adulte on donnera par jour de 4 à 8 grammes et par fraction de 0,50 centigrammes à 1 gramme. Lorsque l'amélioration se sera produite on diminuera la dose, trois fois un gramme dans le courant de la journée, mais on continuera à faire prendre le médicament assez longtemps, 8 ou 10 jours, le malade restant au lit. Chez l'enfant, suivant l'âge, on diminuera la dose de moitié ou du tiers.

Ce médicament est-il un véritable spécifique du rhumatisme articulaire? Il est encore difficile de le dire puisqu'on ne peut se baser actuellement sur des statistiques importantes et un usage prolongé. Se subsistera-t-il au salicylate de soude? Cela semble peu probable.

---

## ALCOOLISME ET CRIMINALITE (1)

Dans un travail remarquablement documenté et très heureusement présenté sur les *Méfais sociaux de l'alcoolisme*(2), M. le Dr Maurice Laveau consacre un chapitre à l'influence de l'alcoolisme sur la criminalité, dans lequel il a réuni un certain nombre de statistiques montrant l'influence de l'intoxication aiguë, c'est-à-dire, de l'ivresse aiguë, sur la perpétration des crimes.

C'est ainsi qu'une enquête faite en Wurtemberg a montré que les 3/5 des condamnés pour crimes alcooliques sont des individus qui ont eu une ivresse passagère le dimanche. Il s'agit de la déviation occasionnelle vers la criminalité du travailleur, de l'employé, de l'étudiant. Et voici des faits précis permettant d'isoler le facteur absolu alcool et établissant solidement l'influence de ce toxique dans la genèse du crime.

Le juge Otto Pang (de Zurich) a montré que les jours de la semaine où l'on boit beaucoup sont les jours où la criminalité par coups et blessures se montre la plus forte: sur 141 condamnations, il a trouvé que l'acte avait été commis: le samedi, 18 fois; le dimanche, 60; le lundi, 22; le mardi, 13; le mercredi, 11; le jeudi, 10; le vendredi, 7.

Le docteur Mathei (de Dantzig) a signalé que sur 207 cas de coups et blessures observés pendant une période de six mois, 27.5 p. 100 se sont produits le dimanche, 18.6 p. 100 le samedi, 16.4 p. 100 le lundi; soit 62.8 p. 100 pour ces trois jours, les 37.2 p. 100 restants étant répartis sur les autres jours de la semaine. Lombroso a signalé que, sur 2,178 crimes, 58 p. 100 avaient été commis le dimanche soir.

En Norvège, où les débits sont fermés du samedi soir au lundi matin, la proportion pour 100 des arrestations pour ivresse et délits en connexion avec l'ivresse est infiniment plus forte tous les jours de la semaine et notamment le lundi que le dimanche ainsi que le montre un tableau fait pour les différentes villes du royaume: Christiania, Bergen, Drontheim, Stavanger, Sarpsborg.

En Ecosse et en Irlande, on a vu également la criminalité du dimanche diminuer fortement depuis que la fermeture complète des débits d'alcool est obligatoire ce jour.

(1) *Journal de Méd. et de Chirurgie pratiques*, 25 juillet 1913.

(2) Thèse de Bordeaux, chez Destout.

Une criminalité de nature nettement alcoolique est celle qu'on trouve chez les étudiants en Allemagne. Malgré les bonnes conditions sociales de ces jeunes gens, leur éducation morale soignée et le milieu favorable dans lequel ils ont vécu, on constate que leur criminalité est aussi sauvage et aussi brutale que celle de la classe ouvrière. C'est une criminalité artificielle d'origine purement toxique. D'après les plus récentes statistiques allemandes, ce sont les ouvriers et les étudiants qui fournissent le plus de crimes alcooliques.

De cette étude il est facile de conclure que l'alcoolisme est un des facteurs principaux de la criminalité; les expériences sociales de suppression temporaire ou définitive des boissons alcooliques et la chute immédiate et concomitante du taux de la criminalité en ont fourni dans ces dernières années la preuve définitive. En Norvège, de 1843 à 1879, après les efforts considérables faits dans ce sens, le chiffre des condamnations s'abaisse de 249 pour 100,000 habitants à 189. Dans l'Etat de Victoria, de 1890 à 1894, la dépense en alcool a baissé de 6,730,430 litres à 3,750,181 litres; dans le même temps le chiffre des arrestations a baissé de 38,590 à 25,500, la proportion des arrestations était de 1 pour 61 habitants en 1890; elle n'est plus que de 1 pour 161 en 1894. Inversement à Bruxelles, de 1886 à 1889, le nombre des débits s'est élevé à 2,458,563; pendant le même temps, tandis que le chiffre de la population reste à peu près stationnaire, le total des poursuites après cette augmentation du nombre de débits s'élève de 4,168 à 21,630 (Legrain). Cette intoxication exerce son influence criminogène soit directement en poussant l'ivrogne aux actes les plus répréhensibles, soit indirectement en produisant l'influence mentale et la dégénérescence des descendants.

Voici d'autres chiffres intéressants :

M. Lafont, maire de Firminy, qui a entamé avec les marchands de vin de sa ville une lutte retentissante, vient de faire à l'École des hautes études sociales une conférence sur les rapports de la criminalité dont nous extrayons quelques statistiques. (*Temps.*)

Voici d'abord les chiffres communiqués au Congrès des médecins aliénistes de Bruxelles par MM. Ley et Charpentier, et relatifs aux arrestations policières dans l'Etat du Nord-Dakota (Etats-Unis). Ils sont bons à rappeler.

Neuf mois avant la prohibition de l'alcool :

	Six petites villes	Sept grandes villes
Ivresse . . . . .	319	1,492
Coups, batailles . . . . .	223	535
Autres causes . . . . .	192	1,545
Totaux . . . . .	<u>734</u>	<u>3,572</u>

Neuf mois après la prohibition :

Ivresse . . . . .	66	302
Coups, batailles . . . . .	60	435
Autres causes . . . . .	108	699
Totaux . . . . .	<u>234</u>	<u>1,436</u>

Voici maintenant l'Etat de Birmingham, où la prohibition a été adoptée en 1908 :

	1906	1907	1908
Ivresse . . . . .	<u>1,277</u>	<u>1,434</u>	<u>396</u>
Outrages aux mœurs . . . . .	1,147	912	602
Coups et blessures . . . . .	792	738	463
Meurtres . . . . .	56	65	29
Mendicité . . . . .	31	17	2
Vol . . . . .	633	618	537
Jeu . . . . .	479	441	261
Vagabondage . . . . .	361	398	267

Par contre, l'abandon des mesures prohibitives provoque immédiatement la recrudescence de la criminalité.

Dans l'Etat de New-Hampshire, après une période de prohibition, au cours de laquelle la population des asiles de correction était descendue au chiffre de 473, on reprend le régime de la licence: l'année suivante, la même population correctionnelle comptait 838 individus, et ce chiffre montait au total de 2181 après quatre années de licence.

Après avoir communiqué ces chiffres à son auditoire, M. Lafont expliqua pourquoi l'on doit considérer les statistiques comme ne

donnant du fléau de l'alcoolisme qu'une idée inférieure à la réalité. Il cita l'exemple du département de la Gironde pour lequel la consommation, par habitant et par an, d'alcool pur — le seul dont se préoccupe le fisc — est indiquée comme étant inférieure à 3 litres, tandis que si l'on tient compte de l'alcool de vin, cette consommation atteint 30 litres — dix fois plus! Des exemples du même genre, ajouta l'orateur, pourraient être cités en matière de répression de l'ivresse: en France, la plupart des délits de cet ordre se trouvent transformés presque inévitablement en rébellion ou outrages aux agents de la force publique, tapage nocturne, etc.

C'est pourquoi, selon M. Lafont, le bon sens et la franchise permettent mieux encore que l'examen des statistiques, de juger les progrès incessants de l'alcoolisme.

(*Gazette des hôpitaux.*)

---

#### A L'UNIVERSITE HARVARD ET A L'ECOLE TECHNIQUE DU MASSACHUSETTS

Ces deux grandes institutions ont résolu, d'un commun accord, de fonder une école spéciale d'hygiène dans le but de former des diplômés qui auront des connaissances spéciales en hygiène et qui pourront occuper des positions lucratives soit comme officiers de santé, membres des conseils d'hygiène, secrétaires, agents ou inspecteurs délégués de grandes organisations sanitaires.

Nous avons déjà, dans la Province de Québec, à l'Université Laval, une institution identique à celle de nos confrères américains, fondée par le Premier Ministre actuel, Sir Lomer Gouin sur les instances du doyen Lachapelle. Les résultats sont bons et nous en augurons de meilleurs encore dans l'avenir, car nous sommes au début. Le public commence à ouvrir les yeux sur ces questions et il accepte d'assez bonne grâce la direction d'hommes compétents qui essaient de le protéger en promulguant des lois qui intéressent la santé publique.

Comme ici, cette école donnera des cours théoriques et pratiques sur toutes les matières qui touchent à l'hygiène nationale et locale. Les qualifications requises pour l'admission à ces cours sont les suivantes: il faut être diplômé d'un collège, d'une école de sciences ou d'une école technique, c'est-à-dire avoir des

notions suffisantes de physique, chimie, biologie, français ou allemand. Contrairement à nous, on n'exige pas que l'élève soit médecin, malgré qu'on le conseille fortement.

Le conseil de direction de cette nouvelle école est composé comme suit :

Directeur : Professeur Milton Rosenan (Harvard).

Membres : Prof. Whipple (Harvard).

Prof. Sedgwick, de l'école technique du Mass.

---

#### DISPOSITION CONGENITALE AU CALCUL MENTAL

M. le Dr Huntziger, ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Dr Benon, à l'asile de la Loire-Inférieure, un maniaque ayant des dispositions remarquables pour le calcul, a rapproché ce cas des observations de quelques calculateurs prodiges et a fait à ce sujet une étude des plus intéressantes (1).

M. Huntziger rappelle d'abord les cas de certains calculateurs célèbres : Fuller, le calculateur nègre qui ne savait ni lire ni écrire et mourut à 80 ans sans avoir jamais rien appris ; Buxton, son contemporain (1762), ouvrier qui avait la manie du calcul et qui, au théâtre ne s'intéressait en rien à l'action, mais comptait le nombre des pas dansés, 5,202, ou le nombre des mots prononcés par les acteurs 12,445, chiffre reconnu exact ; puis Dase qui, chose rare, fut utile à la science, Mondeux, etc... De plus il donne *in extenso* les observations d'Inaudi, le plus connu peut-être de ces prodiges que Charcot présenta à ses leçons ; de Fleury, calculateur-prodige aveugle-né, observé par M. Desruelles à l'asile d'Armentières et enfin du sujet Jean C..., âgé de 53 ans, entré récemment à l'asile Saint-Jacques de tantes. C'est un maniaque, ou plutôt un hypo-maniaque, peu intelligent, d'une ignorance complète, sachant à peine lire, et ne pouvant écrire des chiffres. C'est cependant un calculateur émérite, bien que n'ayant pas l'envergure d'Inaudi, ayant tout appris par lui-même et s'étant forgé seul, sans maître et sans conseil, une technique particulière.

Voici quelques-uns des problèmes proposés par M. Huntziger

(1) Thèse de Paris ; chez Ollier-Henry, analysée dans Revue de médecine et chirurgie pratique, Paris, mars 1913.

à ce malade, problèmes posés autrefois à Inaudi et à Fleury et comment il les résout: il y a là une analyse psycho-physiologique bien curieuse à observer.

1er problème. — Combien y a-t-il de secondes en 39 ans 3 mois et 12 heures ?

Jean donne le résultat en 32 secondes (Inaudi donne le résultat en 3 secondes et Fleury en 1,15".)

2e problème. — Combien y a-t-il de secondes en 30 années ? Réponse en 14 secondes.

Nous demandons à Jean de nous raisonner son opération voici comment il procède:

“ Je sais par cœur que, dans un an, il y a 31,536,000 secondes. Je retire de ce chiffre 1,536,000 et je multiplie les 30 millions qui restent par 30 années. Cela me fait 900 millions; je multiplie encore 30,000 par 30, ce qui me donne 900,000, et enfin les 6,000 secondes par 30 = 180,000. J'additionne tous ces produits et j'arrive au total général de 946 millions quatre-vingt mille secondes.

Comme on le voit, le malade fait quatre multiplications et une addition, c'est-à-dire en tout cinq opérations et cela ne lui demande que 14 secondes.

3e problème. — La surface du globe est de 40,000 kilomètres carrés, combien cela fait-il d'hectares ?

Réponse en 4 secondes: 160 milliards.

Raisonnement: Je multiplie  $40,000 \times 40,000 = 1$  milliard 600 millions. Par kilomètre carré, il y a 100 hectares; je multiplie 1 milliard 600 millions par 100.

4e problème. — Après la guerre de 1870 on a traité pour 5 milliards. Si ces milliards étaient en pièces de 5 francs, combien cela ferait-il de kilos ?

Réponse: 25 millions de kilos. Temps: 27 secondes.

5e problème. — 343 mille mètres, combien fait-il de pieds ? (Un pied = 33 cm. 33).

Réponse en 7 secondes: 1,029,000.

Raisonnement: il y a trois pieds par mètre; je multiplie 300,000 mètres par trois, puis 40,000 mètres par 3 et enfin 3,000 mètres par trois, et j'additionne les trois totaux.

6e *problème*. — Combien faut-il avoir d'âge pour avoir 1 milliard de secondes ?

Réponse en 48 secondes : 31 ans, 8 mois, 15 jours, 17 heures, 16 minutes, 40 secondes, à raison de 365 jours par an ; je ne tiens pas compte des années bisextiles.

7e *problème*. — Quel âge faut-il avoir pour avoir 343 millions de secondes ?

Réponse en 23 secondes : 10 ans, 10 mois, 24 jours, 1 heure, 46 minutes, 40 secondes.

Raisonnement : Je sais d'avance le nombre de secondes qu'il y a en une heure, en 24 heures, en un mois de 30 jours, en une année de 365 jours. Je calcule 10 ans par exemple et suivant que le chiffre que j'obtiens est plus fort ou plus faible que le chiffre demandé je fais des calculs croissants ou décroissants en importance pour arriver au total que l'on me pose. Dans le cas présent je calcule pour 10 ans. A 31,536,060 secondes par an cela me donne 315,360,000. Je déduis ce chiffre de 343 millions et il me reste 28 millions. Je cherche, toujours par tâtonnements, combien le nombre des secondes d'un mois est contenu dans ce chiffre et j'obtiens 10 mois, mais il me reste encore 2,080,000 secondes qui contiennent 24 fois le chiffre de secondes par jour et ainsi la suite jusqu'à ce que je trouve le résultat final.

M. Huntziger fait remarquer que cet homme, qui ne connaît que sa table de multiplication et rien de l'arithmétique, a des procédés très voisins sinon identiques à ceux de ses devanciers. Inaudi et Fleury calculaient de la même façon. Ces procédés, ils les ont créés chacun séparément : c'est une preuve de la juste remarque que Mitchell a faite que chez les calculateurs *naturels*, les méthodes ne sont jamais celles de l'arithmétique usuelle ; mais elles se sont développées progressivement par essais, observations et abréviations, et elles sont assez voisines les unes des autres.

Il est à noter que la plupart des calculateurs prodiges sont nés dans les conditions sociales analogues, dans des milieux pauvres et même misérables, n'ont eu en général que la mémoire des chiffres et n'étaient pas doués intellectuellement. Presque tous sont même restés des ignorants durant leur vie.

---

## EXEMPLE A SUIVRE A PROPOS DE MORTALITE INFANTILE

---

On a annoncé récemment que, pour remédier dans une certaine mesure à l'affaiblissement de la natalité, la ville de Toulouse venait d'instituer la "Maternité secrète."

La ville de Toulouse n'est pour rien dans cette heureuse et intéressante innovation, qui est due à l'initiative de l'ancien préfet, M. Paul Vigué et du Dr Lautré, inspecteur de l'assistance publique. Elle fut sanctionnée le 29 septembre 1911, par le Conseil général de la Haute-Garonne, qui avait été saisi, en même temps, du vœu qu'avait émis à ce sujet le Comité départemental de la protection des enfants du premier âge.

On demandait au département de prendre à sa charge l'hospitalisation de toute femme reconnue enceinte qui désirerait, en attendant ses couches, être admise dans une maternité secrète ou dans un refuge-ouvroir dans le but d'éviter autant que possible les manœuvres abortives ou les infanticides.

Le département s'est mis d'accord avec la Commission administrative des hospices civils de Toulouse et, depuis le mois de janvier 1912, toute femme justifiant par un certificat qu'elle est enceinte et qui, pour des raisons personnelles ne peut se faire inscrire au compte de l'assistance médicale gratuite et veut conserver le secret de sa situation, est hospitalisée à la Maternité au compte du chapitre du "domicile de secours départemental."

De même que tout enfant paraissant âgé de moins de sept mois est reçu au bureau d'abandon ouvert, sans aucune pièce ni justification, de même toute femme reconnue enceinte par la sage-femme ou le médecin du service est admise désormais à la Maternité, au compte du département, sans avoir à fournir la moindre pièce d'identité. On lui demande seulement de déposer, en entrant, son état civil sous pli cacheté, de façon, en cas de décès, qu'on puisse faire à la mairie la déclaration exigée par la loi.

Voici, d'ailleurs, les trois articles essentiels de l'arrêté du préfet de la Haute-Garonne du 2 janvier 1912 :

Article premier. — Toute femme enceinte qui, munie d'un certificat médical établissant son état de grossesse, demandera à être hospitalisée sans qu'il soit procédé à la recherche du domicile de secours, pour y garantir le secret de sa situation, devra se présenter à M. l'Inspecteur de l'Assistance publique qui, sur le vu du

certificat médical, lui remettra un ordre d'admission à la Maternité.

Art. 2. — Ces malades seront hospitalisés au compte du département et la dépense en résultant sera imputée sur l'article 3 du chapitre 9 du budget (Malades ayant le domicile de secours départemental).

Art. 3.—Les femmes qui ne voudront pas se faire reconnaître, devront néanmoins placer dans une enveloppe cachetée les indications relatives à leur état civil nécessaire pour faire, en cas de décès, la déclaration légale à l'état civil. Cette enveloppe sera remise à l'administration des hospices et reprises à la sortie.

C'est au cinquième et sixième mois de la grossesse que se fait cette hospitalisation et un grand progrès social, dont les résultats ne pourront être profitables à la collectivité, est de la sorte réalisé.

Durant l'année 1912, vingt femmes ont fait leurs couches à la Maternité secrète, et on en a reçu six autres depuis le 1er janvier 1913. Leur entretien est revenu au département à cent soixante francs par tête environ, en calculant le prix de la journée payé aux hospices, prix qui varie entre deux francs et deux francs quatre-vingt-dix.

L'exemple du département de la Haute-Garonne ne saurait manquer d'être suivi.

---

## SOCIETES

---

### ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

*Séance 8 septembre 1913.*

Présidence: Dr J. A. Barolet.

Proposé par le Dr J. Marion, secondé par le Dr C. Bernard que M. le Dr J. A. Côté de St-Alexis de Montcalm soit accepté comme membre de l'Association. Adopté.

Puis l'on reprend la discussion sur la syphilis et à la suite de l'expression d'opinion de quelques membres, il a été résolu, au sujet de la prophylaxie de cette maladie, spécialement pour ce

qui concerne l'opportunité du licenciement et de la réglementation des maisons de prostitution, de ne prendre aucune action: les données scientifiques, sociales et morales ne fournissant pas actuellement les éléments suffisants pour se former une opinion définitive.

Ensuite l'on continue la discussion, — ajournée à la dernière séance, — sur l'usage abusif que la plupart des familles font des remèdes brevetés; et les membres cherchent les moyens de réprimer, ou du moins de restreindre cet abus.

Le Dr Lippé rapporte que tout dernièrement, au cours d'un traitement qu'il avait à faire suivre à l'un de ses patients, atteint d'une maladie grave, il fit accidentellement la découverte que son malade, — sur la recommandation de voisines zélées qui avaient formé leur instruction médicale sur la page aux annonces des journaux politiques, — prenait subrepticement l'une de nos drogues brevetées les plus "poussées" dans notre province avancée.

Le Dr Laurendeau s'élève aussi fortement contre cet usage de plus en plus répandu chez nos gens. "Il y a, dit-il, de curieux trous, de singulières lacunes, dans l'organisation de notre corps social. A grands frais, notre société nomme et paye des inspecteurs de lait, de produits alimentaires, etc., puis elle punit sévèrement quiconque met un peu d'eau dans le lait du commerce, ou quelques pincées de poudre inepte dans le poivre, du sucre raffiné dans le sirop d'érable, etc., toutes substances inoffensives; et cependant elle laisse impunément empoisonner ses membres par les faiseurs de drogues brevetées; plus que cela, elle les encourage presque à annoncer sur les pages les plus en vedettes de nos quotidiens. A mon sens, il y aurait deux choses à faire pour combattre cette affection sociale: 1° Faire l'éducation du peuple; 2° Réglementer la fabrication des médecines brevetées.

Au médecin est dévolue la tâche d'éduquer le public sur les dangers des médecines brevetées; lui faire comprendre qu'il achète ces drogues, comme un aveugle achèterait des tableaux; que non seulement il paye ces médecines sans avoir aucune garantie quant à leur valeur, mais que de plus il paye toutes les annonces des marchands d'orviétan, qui couvrent nos journaux.

Enfin Messieurs, il faudrait que par un mouvement d'ensemble, par la voie des sociétés médicales, des collèges provinciaux, la

profession exerçat une puissante pression sur nos législateurs fédéraux, pour obliger les fabricants de médecines à mettre au long la formule entière et exacte du contenu, sur le contenant de chaque bouteille ou de chaque paquet offerts au public. Le brevet couvrirait la propriété de la formule, mais l'exposé de cette formule fournirait au public les moyens de se défendre contre l'exploitation et de plus démontrerait l'honnêteté du fabriquant. Il y a là une tâche considérable à entreprendre, un travail ardu à conduire à bonne fin; il y a là une question sociale et humanitaire."

A la prochaine réunion, l'Association essaiera de tirer des conclusions pratiques de cette discussion.

La Commission nommée à la dernière séance, pour faire l'examen et la revision du tarif médical du district, fait rapport. Après avoir pris communication de ce rapport, l'Association décide de faire imprimer ce projet de tarif et de le soumettre à tous les médecins du district.

L'on procède alors à la nomination des officiers, lesquels sont élus à l'unanimité dans l'ordre suivant: Président, Dr J. Marion; Vice-Président, Dr G. Desrosiers; Secrétaire-Trésorier, Dr A. Laurendeau; Comité de régie, MM. les Drs J. P. Laporte et J. Marion; Comité de déontologie, MM. les Drs G. Desrosiers, W. Gaudet, J. Shepperd, et J. A. Barolet; Comité de charlatans, MM. les Drs C. Bernard, D. Shepperd, et A. Geoffroy.

Le secrétaire fait rapport qu'il a en mains et à la banque une somme de \$400.00 au crédit de l'Association.

Et la séance est levée.

Albert LAURENDEAU, Sec.-Trés.

---

### NOMINATIONS

La Faculté de Médecine a nommé le Dr Rhéaume, chirurgien de l'Hotel-Dieu depuis quelques mois, professeur de chirurgie expérimentale, et le Dr Raoul Masson de l'Hôpital Ste-Justine, professeur de pédiatrie, pour succéder au regretté Dr Séverin Lachapelle.

Nous applaudissons à ces deux excellentes nominations, nous l'avons appris trop tard, nous en parlerons plus longuement dans le prochain numéro.

## ANALYSES

### MEDECINE

Le signe des spinaux dans la pleurésie, dans *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Paris, juin 1913 (1).

M. le Dr Ramond qui l'a décrit pour la première fois en 1910, revient aujourd'hui, dans la *Presse médicale* (n° 40), sur quelques particularités de ce signe et montre de nouveau le parti qu'on peut en tirer.

Qu'est-il en réalité: une contracture musculaire réflexe des muscles spinaux, tendant à immobiliser le thorax et la plèvre malades, et comparable, en somme, à celle qui accompagne toute inflammation des séreuses: contracture des muscles de la nuque et du rachis dans la méningite, contracture des muscles intercostaux dans la pleurésie (Pottinguer), contracture des muscles abdominaux dans la péritonite, contracture des muscles péri-articulaires dans les arthrites.

Pour bien observer le signe des spinaux, le sujet doit être debout ou assis, dans la *rectitude complète*, la moindre inclinaison du tronc amenant tout naturellement la tension ou le relâchement des muscles spinaux. S'il y a pleurésie, on constate dans la région lombaire, au-dessous de la douzième côte en dehors de la colonne vertébrale, là où les muscles spinaux forment un faisceau musculaire épais, la contracture de ces muscles, qui constitue le signe des spinaux. Cette contracture est visible à l'œil nu, et perceptible au toucher. A l'œil nu, les masses musculaires forment une saillie plus ou moins prononcée, une sorte de relief qui tranche sur les plans adjacents. Au toucher, les muscles spinaux sont durs, donnant la sensation de caoutchouc dur, et de plus forment *une masse élargie*; normalement dans la rectitude du tronc, les muscles spinaux ont environ un à deux travers de doigt de diamètre transversal, quand on les palpe au-dessous de la douzième côte, de part et d'autre de la ligne médiane. Au cours de la pleurésie, ce diamètre transversal atteint la largeur de trois à quatre travers de doigt. Donc *saillie, dureté et élargissement* des muscles, tels sont les caractères objectifs du signe des spinaux.

(1) Nous en avons déjà parlé dans L'UNION, mais nous y revenons à cause de son importance. A. L.

Ce signe peut être uni ou bilatéral. Le plus souvent il est très marqué du côté malade, beaucoup moins du côté opposé. Fréquemment cependant, il existe accentué des deux côtés. Il s'agit alors de la contracture vicariante des muscles du côté sain, ou bien d'un épanchement bilatéral. M. Ramon a insisté à plusieurs reprises sur la fréquence de la pleurésie double. Dans ces conditions, l'épanchement est abondant d'un côté, peu marqué de l'autre, si bien que l'épanchement léger passe presque toujours inaperçu. Cependant l'intensité du signe des spinaux à ce niveau et les résultats de la ponction exploratrice ont permis à M. Ramond de constater des cas nombreux d'épanchement double de la plèvre.

Mais la simple constatation de la contracture des spinaux ne doit pas entraîner l'affirmation de l'épanchement, avant plus ample informé. Cette contracture est banale; elle existe fréquemment en dehors de la pleurésie; et pour lui donner toute son importance, il faut éliminer tout d'abord les causes ordinaires de sa production. C'est pour avoir omis cette précaution élémentaire que beaucoup d'auteurs en sont venus à discuter toute valeur au signe des spinaux.

La contracture des spinaux peut exister sans pleurésie à l'état normal et à l'état pathologique. A l'état normal, elle s'observe chez quelques individus très vigoureux, habitués à porter de lourdes charges, chez les portefaix par exemple; ou bien au cours de la lordose exagérée de certaines femmes. A l'état pathologique, elle se produit au cours de tout processus douloureux régional: contusion lombaire, inflammation méningée, chondrale ou osseuse de la colonne vertébrale lombaire, lumbago, rhumatisme sacro-iliaque, névralgies dorso-lombaire, sciatique ou costale inférieure, lésions rénales et hépatiques douloureuses, péritonites généralisées, etc. Mais ce sont là toutes circonstances faciles à préciser; si aucune d'elles n'existe, le signe des spinaux prend alors toute sa valeur, et il signifie qu'il y a pleurésie.

Ce symptôme est précoce dans son apparition; il s'observe bien avant tout autre signe. Il est arrivé bien souvent à M. Ramond chez un patient se plaignant de douleurs thoraciques très vagues, sans aucune des manifestations pleurétiques habituelles, de prédire quinze jours et plus à l'avance l'apparition d'une pleurésie. Inversement, le signe des spinaux survit plusieurs semaines ou mois

à l'affection causale. Dans un cas, il l'a vu subsister trente-cinq mois après la guérison clinique d'une pleurésie séro-fibrineuse classique.

M. Ramond conclut que ce symptôme nouveau, sans avoir peut-être toute la valeur que quelques enthousiastes ont voulu lui donner malgré lui, mérite de prendre place parmi les signes physiques de la pleurésie. Mais pour lui reconnaître toute son importance, il faut élaguer toutes les causes banales susceptibles d'amener la contracture musculaire, lombaire. Ce travail d'élimination dûment effectué, le signe des spinaux acquiert toute son importance. Grâce à lui, on pourra dépister des épanchements cliniquement inappréciables; et on verra ainsi que la pleurésie séreuse, en comptant tous les cas à très faible épanchement, est peut-être la plus fréquente des affections thoraciques; et que, loin d'être le plus souvent unilatérale, elle est fréquemment bilatérale.

---

**Rapport de l'appendicite et de la pneumonie, dans *Revue de Méd. et de Chirurgie pratiques*. Paris, mars 1913.**

Il y a déjà longtemps que l'on a remarqué la fréquence des cas dans lesquels il semble bien qu'il y ait une sorte de sympathie entre l'appareil pulmonaire et l'appareil appendiculo-cæcal: il en résulte parfois des formes atypiques d'appendice qui rendent le diagnostic fort difficile. M. le Dr Daussy vient d'étudier des cas de ce genre à propos de plusieurs faits observés dans le service de M. Chastenet de Géry (de Nantes (1) et établit ainsi qu'il suit les diverses formes du *syndrome abdominal* rappelant celui de l'appendicite et pouvant accompagner la pneumonie.

Tout d'abord, il y a certains cas dans lesquels la pneumonie, surtout chez les enfants, s'accompagne d'une douleur assez vive dans la région abdominale pour qu'on ait pu croire à une appendicite, au point que certains malades ont été opérés chez lesquels on a reconnu l'intégrité de l'appendicite. En étudiant ces faits, Mirande a cherché à démontrer que ces phénomènes fonctionnels et anormaux sont comme une sorte de transport d'une douleur dans un point non malade, en somme localisation anormale du point de côté pneumo-coccien. Cependant, ces faits paraissent en réalité assez rares, et les cas où l'appendice est plus ou moins touchés sont

beaucoup plus fréquents : et alors on peut observer deux ordres de faits dans lesquels la pneumonie et l'appendicite peuvent coexister.

Ou bien l'*appendicite* peut n'être qu'une *localisation de la pneumococcie*.

Ou bien l'*appendicite* peut favoriser le développement de la pneumonie.

Le mécanisme par lequel l'*appendicite* se compliquerait de pneumonie est encore mal connu.

Il semble qu'il faille attribuer un rôle important à la *vaso-dilatation pulmonaire*, si commune dans les maladies de l'intestin, et peut-être, à l'action favorisante de la *toxi-infection intestinale* sur le développement du pneumocoque.

Mais au point de vue clinique, les pneumonies avec phénomènes abdominaux peuvent être rangées en deux groupes assez nettement tranchés.

Si, dans l'un comme dans l'autre, le syndrome abdominal attire tout d'abord l'attention :

1° Dans l'un : *la pneumonie reprend vite toute son importance symptomatique, et les troubles observés du côté de l'abdomen s'atténuent et disparaissent rapidement ;*

2° Dans l'autre : *l'appendicite tient sans cesse le premier rang et la pneumonie n'apparaît ou n'est reconnue que tardivement. Elle peut même passer inaperçue, tant elle est anormale dans sa symptomatologie, aussi bien physique que fonctionnelle.*

Les cas de la *première catégorie* sont en général *peu graves*. Les cas de la *seconde* comportent au contraire un *pronostic très sévère*.

Par conséquent, pratiquement, il conviendra de surveiller l'*appendice des pneumoniques* qui souffrent du ventre, et d'ausculter attentivement le *poumon* dans tous les cas d'*appendicite*.

En présence d'un pneumonique avéré avec symptomatologie abdominale on donnera sans hésiter une médication adéquate.

Il faut se rappeler qu'un tel pneumonique demande une surveillance étroite, et que sa région appendiculaire doit être l'objet d'une très grande attention. A la moindre alerte, ne pas hésiter et opérer. Le pronostic, dans des cas semblables, si l'on sait intervenir à temps, sera extrêmement favorable pour l'enfant surtout, chez qui la pneumonie est en général bénigne.

Quant aux *appendicites menacées de pneumopathies*, elles doi-

vent être opérées et traitées ensuite comme des pneumonies et ces malades qui sont trop souvent des septicémiques seront soumis à l'usage de l'huile camphrée à haute dose, des toni-cardiaques, de l'électrargol, etc.

---

**La bradycardie ictérique**, dans *Revue de Méd. et de Chir. pratique*.  
Mars 1913.

On sait que le ralentissement du pouls dans l'ictère est assez fréquent, mais que ce symptôme a été expliqué diversement. M. le Dr Battesti a fait dans le laboratoire de M. le professeur Arnoz (de Bordeaux) des recherches qui lui ont permis de préciser certains points intéressants de son histoire.

Mentionnée pour la première fois par Bouillaud, en 1864, la bradycardie ictérique a fait depuis l'objet de nombreux travaux. Elle ne se montre pas dans tous les ictères; elle n'a jamais été signalée dans la cirrhose de Hanot, dans les cholémies diverses, dans l'ictère grave, dans le cancer du foie. Corbel l'a trouvée une fois sur cinq dans l'obstruction calculuse; elle se montre de préférence dans les ictères infectieux et surtout dans l'ictère catarrhal.

On l'a attribuée à l'imprégnation du cœur par les sels biliaires (Feltz et Ritter, Rohrig, Ranke, Schlack, Lowit), qui paraissent agir surtout sur le myocarde ou du moins sur le système nerveux intra-cardiaque, comme l'ont montré les expériences sur la grenouille.

Cette bradycardie oscille entre 60 et 40 à la minute, elle apparaît en général dans les premiers jours de l'ictère catarrhal, atteint son maximum à la convalescence, puis disparaît progressivement. Elle est instable, très nette en position couchée, elle s'atténue assez fortement dans la station verticale.

Elle est très régulière; ainsi que le dit Esmein, le pouls ictérique est sans "manques ni pauses", à pression abaissée, marquant 12 à 13 au sphygmomanomètre de Potain.

Les cliniciens diffèrent d'opinion sur la nature intime de la bradycardie ictérique; les uns ne voient en elle qu'une fausse bradycardie, c'est-à-dire cette forme dans laquelle le ralentissement du pouls n'est qu'apparent et relève seulement de contrac-

tions cardiaques affaiblies, avortées, impuissantes à donner une pulsation sensible au doigt ou au sphygmographe alors que dans ces derniers temps on l'a considérée plutôt comme une véritable bradycardie. M. Battesti, qui donne dans son travail de nombreux tracés sphygmographiques, se rallie à cette dernière opinion.

Au point de vue clinique, il est intéressant de savoir que le pronostic de l'ictère n'est pas assombri par l'apparition de la bradycardie. Celle-ci disparaît parallèlement à l'intoxication biliaire.

Il est bien rare que cette bradycardie ictérique soit assez prononcée pour qu'on ait à se demander s'il ne faut pas agir sur ce symptôme. Cependant la chose peut se présenter. Toutefois la bradycardie ictérique ne doit pas être traitée spécialement. On pourra, si le cœur est trop faitgué, donner des cardio-toniques (huile camphrée, spartéine); mais on s'abstiendra de donner de la digitale, qui risquerait d'accroître la pause déjà trop longue du myocarde.

---

#### CHIRURGIE

**Les nouvelles méthodes de traitement de la péritonite aiguë, dans**  
*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juin 1913.

La péritonite aiguë, qui autrefois était une sorte de *noli me tangere*, peut au contraire, depuis les modifications qui ont été faites depuis quelques années dans son traitement, être l'occasion de très beaux succès chirurgicaux. Avant de revenir sur son traitement par l'éther que nous indiquions dans notre dernier numéro, signalons un important travail de M. le Dr Gary, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bourges, qui vient de montrer dans un article des *Archives de Médecine militaire* (février 1913) en quoi consistaient ces modifications et de publier un certain nombre de cas personnels dans lesquels il les a appliquées avec succès. Ces faits, bien que d'ordre purement chirurgical, intéressent à un haut degré tous les praticiens.

Ce sont les chirurgiens américains qui ont tout d'abord donné des statistiques extrêmement remarquables, résultant de l'emploi de ces nouvelles méthodes.

C'est ainsi qu'en 1904, Fowler publiait un relevé de 100 cas avec 67 p. 100 de succès.

En 1906, Murphy apportait à la réunion de l'Association médicale américaine, à Toronto, une statistique de 36 cas de péritonite diffuse avec 97 p. 100 de succès.

En 1908, Wowler donnait à l'Association américaine de chirurgie, à Richmond, une deuxième série de 51 cas de péritonite diffuse avec 49 guérisons, soit 96 p. 100 de succès; et la plupart des chirurgiens présents au Congrès accusaient des résultats tout aussi brillants. Moynihan (de Leeds) déclarait, en effet que " ses opérés qui mouraient tous avant l'emploi de la méthode de *Foyer-Murphy*, guérissaient tous maintenant.

Ces résultats, d'abord accueillis avec un certain scepticisme ont cependant été confirmés et on apprécie maintenant beaucoup mieux les méthodes qui ont permis de les obtenir.

A l'heure actuelle, tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que les remarquables résultats de ces méthodes dans le traitement d'une affection aussi grave que la péritonite aiguë sont dus, avant tout, à la *précocité* de l'intervention. C'est le grand mérite des chirurgiens américains d'avoir démontré par la multiplicité de leurs succès qu'elle constituait l'élément capital de la guérison.

C'est ainsi que la statistique publiée par Murphy en 1908, avec 96 % de guérisons, ne comprend que des péritonites diffuses opérées avant la 40e heure. Les 15 guérisons obtenues par Fowler en 1909 dans 15 cas de péritonite diffuse d'origine appendiculaire ont été fournies par des malades opérés dans les premières 24 heures.

Il y a donc " indication primordiale " à opérer vite, dès le diagnostic de péritonite aiguë établi. Ce diagnostic, parfois délicat, est généralement possible, surtout dans le milieu militaire où le malade se présente le plus souvent au médecin dès le début des accidents et où, dans l'immense majorité des cas, c'est l'appendice qui est la cause.

D'ailleurs, il existe deux signes d'une grande importance indiquant la généralisation de la péritonite: c'est, d'une part, la contracture réflexe de défense de la paroi musculaire, plus ou moins étendue suivant les cas, c'est d'autre part un phénomène sur lequel insiste le professeur Delbet, à savoir l'immobilisation du diaphragme. On peut dire que le péritoine est enflammé si le ma-

lade présente le type respiratoire supérieur, le type costal, et s'il s'ingénie à ne pas mouvoir son diaphragme.

Un autre point essentiel pour arriver à un bon résultat est la suppression la plus rapide possible de la lésion causale, qu'elle tienne à l'appendice, à la vésicule, à une perforation, etc.

Enfin, il y a dans les soins post-opératoires deux conditions particulières, qui paraissent être primordiales et ont transformé les résultats obtenus.

La première est désignée, sous le nom de " position de Fowler," position élevée de la tête et du tronc, préconisée dès 1900 par les Frères Fowler.

Les chirurgiens qui l'utilisent sont unanimes à lui reconnaître une action des plus favorables sur l'évolution des accidents.

Cette action paraît surtout d'ordre physique. En relevant le tronc du malade, la position " demi-assise " (dénomination actuelle de la position de Fowler) donne au bassin une déclivité marquée, qui permet aux liquides septiques de se collecter dans le pelvis, c'est-à-dire dans la zone péritonéale inférieure où la résorption est à son acmé, par suite la plus dangereuse, et elle contribue à diminuer ainsi l'intoxication de l'organisme.

Elle présente encore beaucoup d'autres avantages sur lesquels nous ne pouvons insister.

Très facilement acceptée par le malade qu'elle soulage rapidement, elle est simple, pratique, efficace et applicable à tous les cas.

On peut la réaliser partout sans aucun appareil coûteux ; M. Gary, imitant la technique employée par le Dr Témoin (de Bourges), conseille le procédé suivant :

Le lit du malade est placé en position décline à l'aide de deux cales qui soulèvent les pieds de tête de 35 à 40 centimètres au-dessus du sol. On met sous les cuisses du patient un drap d'alèze roulé qu'on fixe de chaque côté du lit afin d'empêcher le glissement du malade, dont les pieds viennent, en outre, s'appuyer sur un traversin roulé dans un drap et placé au fond du lit.

Ce dispositif très simple est applicable immédiatement après l'opération chez le malade encore endormi et réalise une déclivité de 45° environ, suffisante pour permettre aux liquides pathologiques intra-péritonéaux de se collecter dans le petit bassin.

Cette position doit être conservée sans interruption pendant plusieurs jours, 4 à 6 en moyenne.

La seconde condition qui vient compléter le traitement de la péritonite aiguë, est réalisée par la méthode de Murphy.

Ce chirurgien, modifiant le mode d'administration habituel du sérum artificiel, a recours à la voie rectale pour combattre efficacement l'intoxication de l'organisme par des doses élevées de sérum, atteignant 8 à 12 litres, que cette voie permet de faire absorber facilement dans les 24 heures.

Sous l'influence de cette absorption considérable, l'état général s'améliore, le pouls se relève, la sécrétion urinaire augmente, etc.

Cette injection rectale doit se faire sans pression, goutte à goutte, le bœck se trouvant élevé de quelques centimètres seulement au-dessus du plan du lit; on injecte ainsi, en somme, un litre de sérum, par heure. Le sérum sera chaud, à une température voisine de celle du corps, évitant ainsi de réveiller le péristaltisme rectal qui expulserait le liquide.

Murphy pratique l'injection d'une façon continue pendant 2 ou 3 jours, jusqu'à ce que le malade paraisse hors de danger. Afin d'éviter les accidents de saturation: mictions fréquentes, sueurs abondantes, œdème malléolaire, bouffissure des papuières, qu'on a quelquefois signalés, Moynihan, Goldberger, Témoin, donnent une injection d'une durée de deux heures et la suspendent pendant le même laps de temps pour la reprendre ensuite. C'est la pratique que M. Gary a suivie pour ses opérés. %

Les résultats obtenus sont tout à fait remarquables et M. Témoin a vu des malades qu'il croyait perdus comme ressuscités par ce traitement.

Les méthodes de Fowler et de Murphy ont relégué à un plan secondaire certains procédés fort prônés naguère dans le traitement de la péritonite aiguë, tels que le lavage et le drainage du péritoine, procédés abandonnés par beaucoup de chirurgiens, sauf dans des cas exceptionnels.

L'application de ces méthodes a permis à M. Gary d'amener à la guérison les quelques cas de péritonite "libre" qu'il lui a été donné d'observer en 1911, tous, sauf un, d'origine appendiculaire.

Du 1er janvier au 31 décembre 1911, il a pratiqué 19 laparotomies: 1 pour épigloïte aiguë; 6 pour appendicite à froid; 12 pour appendicite à chaud. Ces 19 malades ont guéri.

Ces observations témoignent de l'excellence de l'opération "précoce," à cette période qui précède la généralisation de la périto-

nite et que caractérisent cliniquement la douleur localisée et la contracture réflexe de défense de la paroi abdominale. Elles montrent qu'il existe déjà, à ce moment, une inflammation intense et un exsudat purulent plus ou moins abondant.

Cette opération "précoce" représente l'élément capital de ce véritable trépied thérapeutique, qu'elle constitue avec la position Fowler et la méthode de Murphy dans le traitement de la péritonite aiguë.

Grâce à l'application de ces méthodes nouvelles, le pronostic de cette redoutable affection a subi une heureuse transformation et ne peut que bénéficier de leur généralisation.

---

#### THERAPEUTIQUE

L'huile camphrée à hautes doses en thérapeutique, par MM. M. ARRIVAT et H. ROZIÈS, dans *Gazette des Hôpitaux*, 12 juin 1913.

Une méthode récente, digne d'être connue et appliquée tant par le médecin que par le chirurgien, consiste à substituer, aux injections d'huile camphrée à petites doses, l'introduction dans l'organisme, par la voie hypodermique, de quantités élevées de ce médicament. On entend, d'une façon générale par quantités élevées d'huile camphrée des doses supérieures à 20 centimètres cubes par vingt-quatre heures et administrées à intervalles réguliers, par injections de 5 à 20 centimètres cubes.

**ACTION DU CAMPBRE.** — Si, à doses faibles, le camphre est un excitant, puis un sédatif du système nerveux, à fortes doses il semble qu'il ait deux actions bien différentes: 1° c'est un excitant du système nerveux et un tonicardiaque; 2° ce serait aussi un antiseptique et un antitoxique (Baudet). A ce titre, il aurait en particulier une action spécifique sur le bacille de la pneumonie: c'est un destructeur de pneumocoques. Cette action est démontrée: 1° par les expériences de Seibert (de New-York) et de Schleffer qui constatèrent l'arrêt de cultures pures de pneumocoques ayant reçu 1/10 000 de camphre; 2° par les faits de Welsh: le lapin, que tue en trente-six heures une injection intraveineuse d'une

émulsion de pneumocoques, guérit si l'on fait suivre l'inoculation d'une injection d'huile camphrée répétée les jours suivants. Notons cependant que cette action élective du camphre sur le pneumocoque est mise en doute par J. Lafon (thèse de Paris, 1911 : Pneumonie des vieillards), et par Drouin dans sa thèse de Bordeaux, 1912.

Il est classique d'écrire que le camphre s'élimine par trois voies : 1° les poumons ; 2° les urines ; 3° la sueur. L'odeur de camphre de l'haleine des malades (Seibert, Bandet) prouve l'élimination par la voie respiratoire. L'élimination par les urines est admise par Scudéry, mais jamais Trousseau, Pidoux, Hoffman net plus récemment Baudet n'ont pu déceler la présence du camphre dans l'urine des malades injectés.

*Toxicité.* — Le camphre est peu toxique. Les accidents classiques consistant surtout en anxiété respiratoire et agitation ont été rarement observés. En tout cas ils sont de courte durée et de terminaison rarement fâcheuse. Nous avons eu l'occasion de constater une anxiété respiratoire passagère à la suite d'une injection de 40 centimètres cubes d'huile. Seibert, Oppenheim et Crépin qui ont injecté des vieillards, Esser et Wurtz qui ont appliqué la méthode chez des enfants, même chez des nourrissons, n'ont jamais noté d'incident. Cependant à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le docteur R. Moricheau-Beauchamps (de Poitiers) a apporté une observation d'intoxication, la première, par l'huile camphrée à hautes doses chez une tuberculeuse de soixante ans. La quantité de camphre injectée était de 1 gr. 20 c. en vingt-quatre heures. L'intoxication se manifesta par un rythme couplé du cœur et pouls bigéminé, troubles à rapprocher de ceux produits sur le cœur par la digitaline et le salicylate de soude. Certains malades, traités par Laffon, vieux pneumoniques, ont succombé "complètement asthéniques." La méthode ne serait donc pas absolument inoffensive et exigerait, dans certains cas, en particulier chez des malades âgés, des précautions, telles que celles proposées par Seibert : renouveler aussi souvent que possible jour et nuit l'air de la chambre ; laisser entre deux injections un intervalle de plusieurs heures.

*Contre-indications.* — En résulte-t-il, pour la méthode, des contre-indications ? L'âge n'est pas une contre-indication (Oppen-

heim, Wurtz), les lésions hépatiques pas davantage et Seibert a pu sans inconvénient administrer le camphre à doses massives chez un malade atteint de cirrhose hépatique. Seules les lésions rénales méritent attention: Lafon a traité sept femmes ayant des antécédents de néphrite chronique; trois sont mortes et l'auteur recommande dans ses conclusions "de ne pas injecter plus de 15 centimètres cubes par jour aux malades dont les reins fonctionnent mal."

TECHNIQUE. — A. *Instrumentation*. — Peu complexe: nécessite une seringue et la solution d'huile. La seringue aurait une capacité de 5 à 20 centimètres cubes. Baudet recommande la seringue de Roux; le docteur Laffon la seringue métallique ou le modèle de Luer. La solution la plus communément employée sera l'huile camphrée à 1/10 du Codex. Seibert, Oppenheim et Crépin, Lafon employent une solution à 20 p. 100, Janowsky à 25 p. 100. Cathelin préfère l'huile camphrée et éthérée à 1/10, plus fluide et plus aisément injectable. Nous nous sommes toujours adressés à la solution à 1/10. L'idéal serait d'avoir à sa disposition des ampoules d'huile stérile de 10 ou 20 centimètres cubes représentant chacune 1 à 2 grammes de camphre.

B. *Dose*. — Elle sera d'au moins 20 centimètres cubes et ne dépassera pas 100 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Chaque injection sera de 5 à 20 centimètres cubes. Cependant, dans des cas très urgents, nous avons pratiqué des injections de 40 et même de 50 centimètres cubes sans incident. D'une façon plus particulière, la dose variera suivant l'âge du malade. 1° Chez l'adulte, Baudet injecte 20 centimètres cubes dans les cas ordinaires, 50 et même 100 centimètres cubes dans les cas graves et cela par injections de 20 centimètres cubes. 2° Chez les nourrissons, Wurtz (de Strasbourg) injecte par vingt-quatre heures jusqu'à 8 centimètres cubes d'une solution à 10 p. 100. Chez un enfant de cinq ans, Esser a injecté 12 grammes en cinq jours. 3° Chez le vieillard, Seibert, Oppenheim, Crépin, Lafon injectent par vingt-quatre heures 15 à 20 centimètres cubes d'huile à 20 p. 100, soit 3 à 4 grammes de camphre; Janowsky, 15 à 20 centimètres cubes d'huile à 25 p. 100. Nous avons toujours injecté, chez les vieillards, des doses inférieures aux doses administrées aux adultes, de bons résultats, sans accident aucun, de doses atteignant 50 centi-

mètres cubes par vingt-quatre heures. Ajoutons que cette dose sera répétée tous les jours; il sera bon de laisser entre deux injections un intervalle de trois heures au moins.

C. *Injection*. — Elle sera précédée du badigeonnage iodé de la région. Seibert, Esser, Baudet parlent d'injections sous-cutanées. Nous avons toujours pratiqué l'injection intramusculaire à la fesse. L'injection sera poussée lentement, l'huile ne pénétrant que lentement dans les tissus. Elle sera suivie d'un léger massage de la région. Bien faite, elle est peu douloureuse et bien supportée.

APPLICATIONS DE LA MÉTHODE. — Elles comprennent des applications: 1° *chirurgicales*; 2° *médicales*.

A. *En chirurgie*. — 1° On s'est adressé à l'huile camphrée à doses élevées pour traiter le *shock*, soit *postopératoire*, soit *posthémorragique*. Baudet en a eu, dans ces cas, de bons résultats. Nous-mêmes en avons retiré un excellent bénéfice soit après des opérations longues et pénibles, soit chez des malades anémiés par de longues ou importantes hémorragies. En gynécologie, associée au sérum physiologique, l'huile à hautes doses pourra rendre bien des services pour aider au relèvement de l'état général après les hémorragies de la délivrance ou de l'avortement.

2° Dans les grandes affections chirurgicales, l'huile camphrée a pu donner à Baudet des résultats surprenants. Nous-mêmes, dans un cas de lymphangite diffuse du membre supérieur chez un malade porteur d'un phlegmon des gaines négligé et qui présentait de la fièvre à grandes oscillations, avons, par des doses élevées de camphre, associé aux grands bains de bras, obtenu une rapide amélioration. Une lymphangite du thorax par infection d'une plaie opératoire de cancer du sein non réunie avec hyperthermie, cœur mou et facies grippé a également rétrogradé par les injections d'huile, alors que localement on se contentait de pansements antiseptiques.

3° Dans les *péritonites*, l'injection d'huile camphrée mérite d'être essayée. Au Congrès de chirurgie de 1911, lors de la discussion du traitement des péritonites aiguës, le professeur Tédénat

commandait, en même temps que le Fowler-Murphy(1) l'injection quotidienne de la 30 centimètres cubes d'huile camphrée. Dans le service de Cestan, Baudet doit, à l'huile camphrée à hautes doses, dans les cas de péritonites, de véritables résurrections (*Revue int. de méd. et de chir.*, 1912; *Province médicale*, 25 mars 1911, p. 129). Au cours de l'acte opératoire, rappelons ici les heureux résultats que peut donner, dans les péritonites ou menaces de péritonite, le "vernissage de la séreuse" préconisé par Hirschell (de Heidelberg) [*Münch. med. Woch.*, 1910] et, après lui, par Lenormant (*Presse méd.*, 27 mai 1912) et Pfannensthiel au Congrès allemand de chirurgie.

4° Chez les *urinaires infectés*, Cathelin s'est toujours bien trouvé des injections de camphre à doses élevées. Son assistant F. Patry les recommande en urologie, dans le *Monde médical* du 15 mars 1912, page 250.

5° Enfin dans les affections *respiratoires* et *cardiaques postanesthésiques*, l'huile camphrée peut être appelée à rendre de signalés services. Nous avons vu trois cas de broncho-pneumonies éthérées dont une bilatérale, tous trois très sévères avec fièvre élevée, pouls misérable, dyspnée intense et cyanose, guérir après avoir été traitées par des doses d'huile camphrée atteignant 50 et même dans un cas 80 centimètres cubes par jour. Chez une malade opérée de hernie étranglée et présentant de la myocardite grave avec tendance à la syncope et hypothermie, nous avons obtenu le relèvement du pouls et la guérison.

2° EN MÉDECINE. — Ici l'utilité de la méthode s'affirme aussi grande. Sans insister sur les tentatives d'injections intrapleurales que Delbet a condamnées à la Société de chirurgie [8 nov. 1911], nous signalerons les excellents résultats obtenus dans les affections des voies respiratoires, les lésions cardiaques graves, au cours de maladies infectieuses et même dans la redoutable gastro-entérite infantile.

1° Dans les *bronchites* et *broncho-pneumonies grippales*, Seibert, médecin du "Saint-Francis Hospital" s'est bien trouvé de l'emploi répété du camphre à hautes doses.

2° Mais c'est dans le traitement de la *pneumonie* que la mé-

(1) Voir plus loin en quoi consiste cette méthode page 589.

thode trouvera sa principale indication et qu'elle a connu les plus beaux succès. Seibert le premier injecta des doses élevées de camphre à des pneumoniques graves. Il publia ses résultats à la Société allemande de médecine de New-York, en avril 1909; il a traité vingt et un malades et obtenu vingt et une guérisons (voir *Semaine méd.*, 22 sept. 1909, p. 455; *Münch. med. Woch.*, 7 sept. 1909; *Annales de Merck*, VTTT. A la maison de Nanterre, Oppenheim et Crépin essayent la méthode chez des vieillards; sur 16 cas, ils notent 9 guérisons (*Bull. Soc. int. des hôp. de Paris*, janvier 1910, n° 1, p. 33). Dans sa thèse inaugurale, le docteur Jules Lafon (pneumonie des vieillards, traitement par l'injection sous-cutanée d'huile camphrée à haute dose) rapporte 41 observations personnelles recueillies dans le service des vieillards de la maison de Nanterre et à la maison et à la crèche de la Seine dans le service du docteur Sapelier; il note 30 p. 100 de décès, "pourcentage inférieur à celui que l'on indique ordinairement pour la pneumonie des vieillards et qui oscille entre 43 et 64 p. 100." "D'ailleurs, si les résultats publiés sont loin d'être aussi brillants que ceux de Seibert, il faut se rappeler que la maison de Nanterre, où les malades ont été traités et les observations prises, est "un refuge pour les malheureux, les vagabonds, les uns alcooliques, les autres brightiques, presque tous artérioscléreux et tuberculeux." Esser (de Bonn) a, sur 13 cas, eu deux décès. Chez l'enfant, également, les bronchopneumonies toujours si graves peuvent être heureusement influencées par l'huile (Seibert, Esser).

3° Chez les *tuberculeux* pulmonaires même, les injections à haute dose d'huile camphrée ont pu rendre des services. Alexander (de Berlin) et Hienhaus, Walter Koch, Faure-Miller, Walland, Huchard l'ont employé à doses variables. Nous en avons noté, de bons résultats, à doses élevées, soit au cours de poussées évolutives, soit au cours de la bacillose pulmonaire chronique, après des hémotysies ou chez des malades fébriles.

4° Dans les *myocardites graves*, l'huile camphrée à hautes doses est recommandée par Janowsky (*Annales de Merck*, 1908, p. 74). Elle doit être préférée à la caféine qui surmène et surexcite le cœur, sans donner parfois les effets que l'on attend d'elle.

5° Au cours de *maladies infectieuses*, à forme adynamique, en

particulier dans la dothiéntérie, l'huile camphrée à hautes doses peut combattre l'hyperthermie, calmer la dyspnée, diminuer la stupeur. Janowsky la recommande dans ces cas et en vante les effets.

6° Enfin dans les *gastro-entérites aiguës*, Wurtz, médecin de la crèche de Strasbourg a donné à des nourrissons atteints d'entérite jusqu'à 0°80 de camphre par jour et cela sans provoquer de trouble. Dans un cas, il fit même jusqu'à 59 injections d'huile camphrée en dix jours (*Munch. med. Woch.*, 9 juin 1909). Seule ou associée aux injections de sérum marin, nous croyons qu'on peut en retirer un excellent bénéfice.

CONCLUSIONS. — En résumé la méthode des injections d'huile camphrée à hautes doses a donné, entre toutes les mains, en médecine et en chirurgie, d'excellents résultats. Nullement complexe, elle est de technique facile et immédiatement applicable en tout lieu. Elle ne peut inspirer de la part du praticien, aucune méfiance. Elle n'invoque point de vertus transcendentes, elle n'utilise pas des remèdes mal connus ou insuffisamment expérimentés; elle a simplement recours au remède populaire, par exemple, le camphre de Raspail. Certes ce n'est point une panacée universelle, le remède à tous les maux vainement cherché jusqu'alors et enfin découvert; mais seulement une arme précieuse qui a pu donner à tous ceux qui se sont adressés à elle et la préconisent aujourd'hui des résultats surprenants et, dans des cas désespérés, de véritables résurrections. Elle commence à être connue du praticien, journallement appliquée par lui dans la clientèle des villes ou des campagnes; elle fait tous les jours de nouveaux adeptes. Simplicité de technique, innocuité, efficacité incontestable; elle ne présente que des avantages. C'en est assez pour expliquer l'engouement qu'elle provoque, et qu'elle mérite.

---

**Paralysie infantile aiguë** (*polyomyélite antérieure aiguë*), dans  
*Paris Médical*, par HERZEN.

*Au début*: recourir aux révulsifs: pointe de feu, ventouses sèches sur la colonne vertébrale, vésicatoires en lanière sur les gouttières vertébrales.

Administrer un *purgatif léger*.

Pratiquer des injections hypodermiques d'*ergotine* (10 à 20 centigrammes, trois fois par jour):

Ergotine .....	1 gr. 50
Eau distillée bouillie.....	10 gr.

Injecter 2 à 3 centimètres cubes par jour, pendant plusieurs jours de suite.

Donner la *teinture de ciguë et d'aconit* en potion:

Teinture de ciguë.....	} àà V gouttes
— d'aconit.....	
Eau de laurier-cerise.....	5 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	} àà 40 —
Eau distillée.....	

Par cuillerée à café, de 2 en 2 heures (J. Simon).

Ordonner en même temps le *chlorhydrate de quinine* à dose assez élevée: 30 à 50 centigrammes par jour en deux fois.

*Envelopper d'ouate* les membres paralysés.

*Après la période aiguë* (seconde période): pratiquer des *frictions chaudes et stimulantes*.

Beaume de Fioravanti.....	100 gr.
Alcoolat de lavande.....	50 —
Teinture de noix vomique.....	20 —
Pour frictions.	

Recourir, dès que la période de régression commence, mais pas avant, à l'*électrothérapie*: courants continus de faible intensité (5 à 10 milliampères); pôle positif sur la colonne vertébrale, pôle négatif sur le membre paralysé; séances quotidiennes de 5 à 10 minutes.

Ne pas surmener les membres paralysés par l'électrisation, les frictions et le massage et s'occuper davantage de l'état général.

Ordonner les *bains sulfureux*, les *bains salés*, les *frictions stimulantes générales*.

A l'intérieur, donner la *noix vomique*, la *strychnine*, les *glycérophosphates*, le *cacodylate de soude* ou de *fer*.

Teinture de noix vomique: 10 gr.

1 goutte 5 fois par jour, dans un peu de lait, pendant 8 jours consécutifs. Suspendre pendant une semaine et recommencer. (Comby).

Prescrire le *sulfate de strychnine* aux doses suivantes:

De 6 à 15 mois .....	1/5 à 1 mgr.
De 15 mois à 3 ans.....	1 à 1/2 —
De 5 ans à 10 ans.....	1 à 2 —
Par jour,	
Sulfate de strychnine.....	5 mgr.
Sirop de sucre.....	100 cc.

(1 cuillerée à café =  $\frac{1}{4}$  mgr. de strychnine); 2 à 6 cuillerées à café p. jour.

Chez les enfants plus âgés:

Sulfate de strychnine.....	1 gr.
Phosphate de soude.....	5 gr.
Eau tistillée.....	100 —

2 à 3 cuillerées à café par jour, selon l'âge des enfants (6 à 10 ans) (Le Gendre).

A la troisième période (*poliomyélite chronique*): insister sur l'*électrisation* (courants interrompus et continus), pendant plusieurs mois de suite. Employer de préférence les courants à intermittences éloignées.

Ordonner le *massage* et s'attacher à rééduquer les groupes musculaires qui n'ont pas été atteints, mais qui, par suite des positions vicieuses ou de l'immobilité, présentent un certain degré d'atrophie.

Faire prendre des *bains salés*.

Prescrire une *alimentation fortifiante*, faire prendre l'*huile de foie de morue*, le *phosphate de chaux*, les *glycérophosphates*, le *cacodylate de soude*.

Faire des frictions avec le *liniment de Rosen*:

Alcoolat de genièvre.....	90 gr.
Essence de girofle.....	}    44 5 —
Huile de muscade.....	

Recourir à la *chirurgie* et aux *appareils orthopédiques*, pour corriger les déformations.

Pratiquer des manœuvres de *gymnastique* avec des appareils spéciaux.

*En cas de pied bot paralytique*: faire porter des bottines à tuteurs, pour prévenir les déviations; mais une fois celles-ci établies, pratiquer, selon le cas, des *ténotomies*, le *redressement forcé*, l'*opération de Phelps*, la *tarsotomie postérieure* et l'*arthrodèse tibio-tarsienne*, pour corriger la déformation.

Dans certains cas (pieds bots ballants), avoir recours aux *greffes tendineuses*.

---

#### OBSTÉTRIQUE

**Pronostic éloigné de l'albuminurie des femmes enceintes**, par LE-PAGE, dans *Revue de Médecine et de Chirurgie pratiques*. Mai 1913.

M. Lepage recherche dans quelle mesure une femme, ayant présenté à une grossesse de l'albuminurie et des accidents relevant de l'auto-intoxication gravidique, aura à redouter la réapparition des mêmes accidents lors d'une grossesse ultérieure. Dans son étude, il laisse de côté les observations des femmes chez lesquelles l'albuminurie a été un phénomène tardif, sans gravité réelle pour elles et pour l'enfant, né seulement un peu maigre et un peu prématurément; il rejette également les observations de femmes nettement brightiques, chez lesquelles la gravidité n'était pas la cause des lésions rénales. Il retient seulement les observations de femmes albuminuriques qui ont présenté les complications suivantes: 1° accès éclamptiques; 2° accidents ayant nécessité l'interruption de la grossesse; 3° mort du fœtus *in utero*; 4° décollement prématuré du placenta.

Les observations de Lepage mettent en relief ce fait déjà connu que le pronostic éloigné de l'albuminurie est beaucoup plus bénin

pour les femmes appartenant à la clientèle de la ville que pour celles qui fréquentent les hôpitaux, différence qui tient aux meilleures conditions d'hygiène et le soins où se trouvent les femmes de la première catégorie.

M. Lepage envisage successivement le *pronostic* pour la mère et pour l'enfant.

*Pronostic pour la mère.* — Dans la majorité des cas, l'albumine ne réapparaît pas lors d'une autre grossesse si, dès les premiers mois, la femme est surveillée et se soumet aux prescriptions hygiéniques et diététiques qui lui sont indiquées.

Dans des cas rares, l'albumine réapparaît dans les dernières semaines de la grossesse, mais la femme ne devient pas éclampsique.

Dans certains cas, exceptionnels, les grossesses répétées contribuent à entretenir un état morbide du rein.

*Pronostic pour le fœtus.* — Il dépend de la façon dont la mère supporte une nouvelle grossesse. Le plus habituellement, les fœtus naissent vivants; quelquefois ils sont expulsés prématurément et présentent un développement inférieur à la normale.

*La conduite à tenir est la suivante:*

Lorsqu'une femme présente au cours d'une grossesse, généralement la première, des accidents graves d'auto-intoxication, elle doit être surveillée particulièrement pendant les grossesses ultérieures et dès les premiers mois de la grossesse.

Il convient de surveiller la femme au double point de vue de la quantité et de la qualité des urines, dans lesquelles, au moins une fois par semaine, l'albumine doit être recherchée avec soin. Il importe tous les mois, surtout dans les trois derniers mois de la grossesse, de faire faire une analyse complète des urines.

Le régime alimentaire doit se composer presque exclusivement de lait et d'eau. Le régime lacto-végétarien peut être permis quand les accidents n'ont pas été très graves. Le régime déchloruré est conseillé lorsqu'il y a rétention chlorurée.

On peut autoriser le régime blanc (lait, pâtes, viandes blanches), lorsque la femme intoxiquée lors d'une grossesse a pu mener à bien une ou plusieurs grossesses.

L'hygiène générale doit être surveillée de près. La femme doit éviter la fatigue, toute cause l'exposant aux intempéries et aux refroidissements.

Il est utile de surveiller la tension artérielle, et, s'il y a lieu, de pratiquer une ou plusieurs saignées.

*En résumé*, le pronostic est d'autant plus favorable que la femme est mieux surveillée pendant la grossesse et qu'elle suit plus rigoureusement les conseils qui lui sont donnés.

Les cas d'*albuminurie récidivante* pendant la grossesse (en dehors des grossesses évoluant chez les brightiques) sont exceptionnels.

— Ajoutons que cette question si intéressante vient de faire l'objet de la thèse d'un des élèves de M. Lepage, M. le Dr Hiblot, qui a réuni dans son travail inaugural un grand nombre de documents importants et d'observations de longue haleine permettant de résoudre autant que faire se peut ce grave problème. (1)

---

**Traitement de la migraine**, dans *Revue de Méd. et Chir. prat.*  
Juin 1913.

M. le Dr Hirtz a consacré dans le *Traité de thérapeutique de Robin* un long article au traitement de la migraine (1). Nous lui empruntons quelques indications relatives au traitement de l'accès.

En présence d'une crise migraineuse, la première indication à remplir est de la faire avorter. Le médicament qui compte le plus de succès à son actif est l'antipyrine. Il faut la prescrire sous forme de cachets de 50 centigrammes associée à une dose égale de bicarbonate de soude. Le malade prendra un cachet toutes les demi-heures, sans dépasser 3 ou 4 grammes d'antipyrine.

Le bicarbonate de soude a pour but d'augmenter la tolérance de l'estomac. L'efficacité de l'antipyrine sera surtout manifeste si elle a été administrée à jeun.

(1) On peut consulter ces thèses à la bibliothèque de la Faculté de Médecine à Montréal.

(1) Chez Vigot frères.

Chez quelques malades, l'hémicranie s'accompagne d'un état nauséux si prononcé et si pénible qu'on ne saurait songer à leur faire ingurgiter le moindre médicament. On emploiera alors l'antipyrine en lavement à la dose de 3 ou 4 grammes dans 100 grammes d'eau bouillie. On pourra encore faire une injection sous-cutanée d'antipyrine à laquelle on ajoutera un peu de chlorhydrate de cocaïne pour atténuer la douleur de cette injection, ordinairement très vive :

Antipyrine .....	5 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,15 centigrammes
Eau distillée.....	10 centimètres cubes.

Un centimètre cube contient 50 centigrammes d'antipyrine. Faire de une à quatre injections, chaque injection à une demi-heure d'intervalle.

L'association de la caféine à l'antipyrine augmente l'activité de celle-ci.

Antipyrine.....	9 grammes
Caféine.....	0,90 centigrammes
Acide citrique.....	0,10 —

Mêlez et divisez pour 20 cachets; chaque cachet contient environ 0,50 centigrammes d'antipyrine. On prendra de 2 à 4, un toutes les demi-heures (Gilbert-Yvon).

(Cette préparation a une formule très analogue dans un produit spécialisé appelé *migrainine*).

L'antipyrine n'a pas toujours un effet héroïque: de plus, certains sujets la supportent fort mal. Elle peut provoquer de véritables manifestations toxiques (intolérance gastrique, éruptions, troubles urinaires).

Il faut donc savoir la remplacer par d'autres préparations également efficaces.

Parmi les analgésiques, M. Hirtz conseille l'*acétanilide* ou *antifébrine*, qu'il est prudent de ne donner qu'à doses fragmentées, sous forme de petits cachets de 10 centigrammes, jusqu'à 3 ou 4 par jour, à une heure ou une demi-heure d'intervalle.

On peut l'associer à d'autres médicaments comme dans la formule suivante:

Acétanilide .....	0,10 centigrammes
Phénacétine.....	0,10 —
Valérianate de quinine.....	0,05 —

Pour un cachet: 3 semblables à prendre en deux heures.

Bien d'autres substances ont été recommandées dans la migraine. M. Hirtz introduit le cannabis indica dans la formule suivante:

Extrait de cannabis indica.....	0,15 centigrammes
Phénacétine.....	0,05 —
Acétanilide.....	0,05 —
Excipient.....	Q. S.

Pour une pilule n° 30.

On prendra une tous les quarts d'heure, jusqu'à soulagement. S'arrêter à six pilules.

Autre formule:

Pyramidon.....	0,15 centigrammes
Caféine.....	0,10 —

Pour un cachet, — 3 à une heure d'intervalle.

Le *Paullinia sorbilis*, dont l'action est due à la caféine qu'il renferme peut être donné sous forme de cachets de 0,50 centigrammes de poudre. On associe ce médicament à l'antipyrine et au bromure de potassium.

Poudre de Paullinia sorbilis.....	0,50 centigrammes
Antipyrine.....	0,50 —
Bromure de potassium.....	0,50 —

Pour un cachet n° 4.

Prendre chacun de ces 4 cachets au début de l'accès à une heure d'intervalle.

L'aspirine et le salicylate de soude ont aussi compté quelques succès.

Le bleu de méthylène est certainement efficace: on le prescrira à la dose de 0,10 centigrammes, quatre fois par jour. Lewy lui associe de la noix muscade afin d'éviter l'irritation de la vessie.

Bleu de méthylène.....	} àà gr. 10 centigr.
Noix de muscade pulvérisée.....	
Pour une capsule gélatineuse n° 10. 4 capsules par jour.	

Pour une capsule gélatineuse n° 10, 4 capsules par jour.

Traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant par la méthode de Ferrier (récalcification), dans *Revue de Méd. et Chir. pratiques*. Juin 1913.

M. le Dr Galliot rapporte dans les *Archives de médecine des enfants* (n° 4) traiter depuis trois ans, à la consultation de l'hôpital Rothschild un bon nombre de petits malades par la méthode de Ferrier et avoir obtenu de très bons résultats, tout à fait comparables à ceux qui ont été cités par divers auteurs.

Tous ces petits malades traités sont des enfants pauvres, forcés de demeurer, pour des raisons extramédicales, dans leur famille à Paris; ils n'ont donc pas quitté l'atmosphère malsaine de la grande ville, ou peu s'en faut (quinze jours à trois semaines pendant les vacances), et on a pu ainsi les suivre régulièrement.

M. Galliot n'a eu à traiter que peu de tuberculoses pulmonaires graves; il a eu surtout l'occasion d'essayer la méthode chez des petits malades à la première ou à la deuxième période de leur tuberculose pulmonaire, ou bien atteints d'adénopathie trachéo-bronchique.

Il a donc employé le régime indiqué par Ferrier, sans la moindre suralimentation, et voici les doses de poudre réminéralisatrice ordonnées :

Carbonate de chaux.....	}	20 à 30 centigrammes	
Phosphate de chaux.....			
Chlorure de calcium.....		10 à 20	—
Magnésie calcinée.....		3 à 10	—
Arrhénal.....		1 à 3	—

suivant l'âge, pour un cachet; on en donnera deux à trois par jour, et ceci constamment pendant des mois et des mois.

Toutefois il a ajouté à cette médication l'*huile de foie de morue*, médicament classique de la tuberculose, mais qui est exclu du régime par Ferrier. Cependant, quoique Ferrier proscrive les substances grasses, il a pensé qu'il fallait faire une exception pour l'huile de foie de morue dont les propriétés thérapeutiques sont bien connues. En raison de sa composition, elle ne risque pas, surtout en petite quantité, d'entraver ni de surcharger les fonctions hépatiques.

En outre il entre, dans sa composition, des lécithines et des

composés organiques à base de phosphore, d'iode, de brome, de soufre, fort propres à la réminéralisation de l'organisme.

Quoi qu'il en soit, les petits malades qui suivirent cette méthode en ont tiré un bénéfice appréciable; de l'ensemble des observations de M. Galliot, il ressort nettement que le régime de Ferrier, en y adjoignant l'huile de foie de morue, a eu une influence heureuse sur la tuberculose pulmonaire infantile.

On a constaté un arrêt dans le développement du processus bacillaire. L'action la plus remarquable est l'amélioration manifeste et évidente de l'état général. Les enfants qui maigrissaient et se cachectisaient avant le début du traitement, quelques-uns suralimentés, d'autres gorgés de sirops et de produits divers, vivent maintenant et *vivent* relativement bien.

Ils augmentent de poids; leur croissance se fait à peu près régulièrement; il y a bien quelque anicroche de-ci, de-là, mais en général ils ont la vie des enfants de leur âge.

La méthode paraît donc recommandable; dans les milieux pauvres, elle est pour ainsi dire la seule possible, et de toute façon, elle peut être toujours utile et susceptible de rendre bien des services.

---

**Injection de solutions isotoniques, chlorurées et glucosées, dans *Revue de Médecine et de Chirurgie pratiques*. 10 mai 1913.**

Il est maintenant classique de faire des injections de solutions isotoniques, chlorurées ou glucosées, quand on se trouve en présence de certains cas chirurgicaux, obstétricaux ou médicaux: shock opératoire, grandes hémorrhagies, infections graves surtout chez les typhiques, oligurie (par exemple chez les intoxiqués par le sublimé), etc.

La voie intra-veineuse est de moins en moins employée. On ne cherche plus à réaliser ce "lavage du sang", à l'aide de 1, 2 ou même 3 litres d'eau injectés dans les veines. Et cette méthode n'est plus usitée que dans les cas urgents, hémorrhagies graves par exemple, ou dans le choléra, comme l'a proposé depuis longtemps M. le professeur Hayem.

La voie sous-cutanée est communément employée. On injecte 200, 300, 400 ou 500 c.c. au plus. La solution chlorurée doit

être à 7 ou 8 pour 1000, la solution glucosée à 47 gr. pour 1000 pour réaliser l'isotonie. Il est indispensable de se servir de glucose chimiquement pur, sinon l'on s'expose à provoquer de la douleur, de l'érythème et même des empâtements.

Mais la voie sous-cutanée a aussi ses inconvénients. Pour peu qu'on injecte un volume notable, il se produit un gonflement qui gêne le patient et souvent le fait souffrir, au point que l'on ne peut recommencer une nouvelle injection dans une région antérieurement injectée. En outre le liquide est vite absorbé et, chez les hypertendus, cette masse de liquide peut provoquer un à-coup vasculaire qui n'est pas sans danger. Enfin, M. le professeur Hutinel a signalé les réactions fébriles qui sont souvent consécutives à l'injection sous-cutanée de sérum artificiel chez les tuberculeux.

Pour toutes ces raisons, il est intéressant et très utile de signaler une nouvelle voie d'introduction aussi efficace, plus facile et mieux tolérée: c'est la voie intra-rectale.

Cette méthode, employée surtout par les Américains et les Anglais, commence à être utilisée à Paris, principalement chez MM. les professeurs Quénu et Chauffard. Un simple bock à injections vaginales y suffit. La canule vaginale est simplement remplacée par une sonde rectale. Il est indispensable, d'une part, que le bock soit placé à une faible hauteur (cinquante centimètres au plus au-dessus du plan du lit), et d'autre part, que l'écoulement du liquide se fasse goutte à goutte. Pour atteindre ce résultat, on règle le débit soit avec le robinet qui est en général adapté à l'appareil et vendu avec lui, soit, si l'on n'a pas de robinet, en faisant au tube de caoutchouc un nœud que l'on serrera progressivement jusqu'à ce que l'on obtienne un écoulement en gouttes rapides. Quand tout est bien réglé, on introduit doucement la sonde préalablement bien vaselinée. Cinq cents grammes de liquide doivent s'écouler en une heure environ.

En procédant de cette façon, on ne provoque aucun phénomène de défense, et l'absorption est complète. Il va sans dire que l'on peut utiliser, suivant les indications, les solutions chlorurées ou glucosées, celles-ci principalement chez des malades dont la perméabilité rénale aux chlorures est imparfaite. Cette méthode sert aussi à faire absorber un médicament quelconque:

urotropine dans la fièvre typhoïde, dans les pyélo-néphrites gravidiques, par exemple.

Sous l'influence des instillations rectales, la langue s'humidifie, les urines deviennent plus abondantes et plus claires, les malades éprouvent un bien-être tel qu'il n'est pas rare qu'ils réclament spontanément de nouvelles instillations.

On comprend les énormes avantages de cette méthode qui permet de renouveler aussi souvent que l'on veut l'introduction du liquide thérapeutique sans provoquer de douleur et sans ralentir ni les à-coups vasculaires ni les réactions fébriles.

---

L'ipéca à petites doses dans les troubles digestifs chez les enfants, dans *Revue de Méd. et de Chir. pratiques*. Paris 1913.

M. Rousseau Saint-Philippe a fait à l'Académie une communication sur certains phénomènes morbides que l'on observe assez fréquemment chez les enfants, phénomènes persistants et qui disparaissent facilement par l'emploi de la teinture d'ipéca administrée l'une façon particulière. Selon lui, il existe chez les enfants de dix-huit mois à deux ans, trois et même quatre ans et plus, des troubles digestifs qui, par leur allure, leur durée et leur résistance, arrivent à constituer une véritable maladie: ce sont la constipation, l'atonie intestinale, l'inappétence, la dyspepsie et l'asepsie, avec leurs conséquences, l'intoxication, la dénutrition, l'anémie, la dystrophie et l'atrophie.

Quand on manie beaucoup d'enfants, on est frappé du grand nombre d'"intestinaux" qui vous sont présentés — et aujourd'hui tout autant qu'autrefois — sous un aspect presque uniforme, avec un type morbide ne variant que par d'insignifiants détails. Ce type est, à peu de chose près, le suivant:

Enfant de dix-huit mois à deux, le regard triste, la physionomie souffreteuse et maussade, les sclérotiques teintées de jaune et, autour du nez et de la bouche une "moustache", bilieuse très nette. L'amaigrissement est marqué; le ventre souvent gros contraste avec le reste du corps. Ce ventre est douloureux à la pression, sonore à la percussion, surtout au niveau du caecum et du côlon transverse qui sont augmentés de volume. L'estomac est

tantôt dilaté, tantôt normal. Le foie, très sensible au toucher, est, lui aussi, tantôt turgescant, tantôt normal. Les urines rares, un peu hautes en couleur, à odeur ammoniacale, contiennent le temps en temps des amas de phosphates et d'urates, sans éléments étrangers. Le pouls est petit, profond, rapide. Le cœur bat fort. Dans l'après-midi, la température s'élève légèrement pour retomber assez vite. La peau est sèche, comme parcheminée. Le sommeil est lourd, incomplet, coupé de cauchemars. Ces enfants n'ont pas d'entrain; à la marche, ils se disent tout de suite las et demandent qu'on les porte. Ils sont anémiés, faibles, languissants; ils arrivent même à présenter une apparence de cachexie qui effraye et fait craindre la tuberculose.

Au point de vue des fonctions digestives, voici ce qui se passe habituellement: inappétence à peu près complète, — la boulimie est exceptionnelle, — langue sèche, saburrable; haleine forte à odeur d'acétone; constipation opiniâtre, interrompue de temps en temps par des débâcles; selles dures, décolorées et crayeuses, sauf pendant les périodes des crises, où elles deviennent mucilagineuses, glaireuses, sanguinolentes et horriblement fétides. On a l'habitude de dire alors, par abus de langage, que ces enfants sont atteints d'*entérite*, comme si le mot d'*entérite* n'entraînait pas l'idée de *diarrhée*, laquelle donne son cachet à la maladie.

Mais ici ce qui donne à cet état son caractère particulier, c'est plutôt la constipation, la paresse intestinale, l'atonie, l'acholie avec toutes leurs conséquences d'intoxication, d'anoxhémie, de dystrophie et d'atrophie.

Or il semble bien que dans ces états particuliers ce soit le foie qui souffre le plus et qu'il y ait insuffisance de la sécrétion biliaire avec toutes ses conséquences.

C'est en se fondant sur ces vues théoriques que M. Rousseau Saint-Philippe a été amené à avoir recours dans des conditions bien précises à un antiseptique physiologique, à l'*ipéca*, dont on connaît l'action sur la sécrétion biliaire et qui agit si merveilleusement, non pas seulement dans la dysenterie proprement dite, mais aussi dans l'entéro-colite, la colite dysentérioriforme.

C'est sous la forme de *teinture*, à doses très légères, mais d'une façon prolongée, qu'il emploie ce médicament, en ayant toujours le soin de prévenir les familles qu'il ne s'agit pas d'effet vomitif,

ni même nauséux. Ses observations s'élèvent à l'heure qu'il est à une centaine environ; le résultat ne s'est presque jamais démenti; il est rapide, souvent heureux et jamais nuisible. Le remède est commode à administrer, il est accepté facilement et, par-dessus le marché, d'un prix combien modique!

On commence très doucement: au début, une goutte matin et soir, dans très peu d'eau sucrée — une cuillerée à café — longtemps (une demi-heure, une heure) avant chacun des deux principaux repas, jamais le matin tout à fait à jeun. On augmente d'une goutte matin et soir, chaque jour, jusqu'à ce qu'on ait atteint, suivant l'âge, le chiffre de cinq, de dix, de quinze et même de vingt gouttes matin et soir, soit une quarantaine de gouttes dans les vingt-quatre heures.

Sous l'influence du remède, la constipation diminue peu à peu pour cesser définitivement, les selles deviennent jaunes ou marron, l'appétit reparaît — et avec lui les couleurs, les forces, l'entrain — et aussi, progressivement, l'embonpoint. Bref, c'est toute la nutrition qui se relève, comme le soleil après un long orage.

Il importe seulement de ne pas cesser trop vite le traitement. Les crises reviennent encore de temps à autre, provoquées par une indigestion, mais en s'éloignant de plus en plus. Il faut revenir à la médication, et la donner parfois pendant un, deux, trois ou même quatre mois. Il faut donc prolonger l'emploi de l'ipéca jusqu'à guérison parfaite et surtout ne pas le remplacer par des toniques qui sont nuisibles chez les enfants dont les voies digestives ne sont pas en bon état.

Il faut ajouter que chez les enfants, le régime doit être varié et étendu, que le lait doit être supprimé ou tout au moins modifié par le mélange et remplacé en partie par des laitages et des entremets légers et même, un peu plus tard, on peut ajouter au régime un peu de viande crue de mouton. On restitue ainsi au foie ses fonctions perdues.

---

## RHINOLOGIE

**Sarcome naso-pharyngien** guéri par "l'Electrocuprol", par P. JACQUES, de Nancy, professeur agrégé, chargé de clinique oto-laryngologique à la Faculté, dans *Revue Médicale de l'Est*, 15 avril et 1er juin 1913.

L'auteur, en deux communications successives à la *Société de Médecine de Nancy* (séances du 26 février et du 9 avril 1913), rapporte l'histoire d'un malade âgé de 38 ans, mécanicien, porteur d'un sarcome ayant envahi la presque totalité du cavum rhino-pharyngien à droite et qui fut tout d'abord opéré, avec un succès temporaire, puis récidiva.

La tumeur, examinée au laboratoire, apparut comme un sarcome globo-cellulaire à marche rapide, et la récurrence avec de graves symptômes locaux amena rapidement l'amaigrissement, puis l'état cachectique. C'est dans cet "état désespéré" que l'auteur eut l'idée de pratiquer des injections intra-fessières d'Electrocuprol.

Dès les premières injections, qui furent de 10 c.c., il observa la cessation des crises épileptiformes qui compliquaient gravement la maladie. Un mieux général ne tarda pas à se faire sentir. L'alimentation devint possible, et les céphalées gravatives qu'éprouvait le malade disparurent.

Un arrêt de la médication fit réapparaître certains de ces symptômes. Mais une reprise régulière de la médication amena ensuite progressivement la régression de la tumeur et le relèvement de l'état général.

L'auteur présenta le malade, à la *Société de Médecine de Nancy*, une première fois presque guéri après neuf injections.

puis, un mois et demi après, complètement guéri après douze injections.

"Une tumeur cliniquement et histologiquement des plus malignes, écrit P. Jacques, récidivée et devenue inopérable, a subi, sous nos yeux, une régression rapide sans aucun traitement local, sous l'influence d'injections intra-fessières d'Electrocuprol." Et l'auteur écrit encore: "J'ignore ce que l'avenir réserve à ce ma-

lade, mais le fait subsiste de la disparition anatomique d'une tumeur très maligne, sous l'influence d'injections de cuivre colloïdal faites à distance et n'ayant, par suite, pu agir que par le modification des humeurs."

---

**Sarcome récidivé du Pharynx traité avec succès par le cuivre colloïdal**, par P. JACQUES, de Nancy, dans *Extrait de la Revue Médicale de l'Est*, Nos du 15 avril et 1er juin 1913.

Le 9 septembre dernier se présentait à la consultation de mon service le nommé P... Henri, âgé de 38 ans, mécanicien à Lunéville. Souffrant depuis dix semaines environ de la gorge, il avait fait un séjour à l'hôpital de Lunéville, où on l'avait inutilement soumis à différentes médications. Puis, devant les rapides progrès de la maladie, notre confrère Bichat, considérant l'affection comme au-dessus des ressources de la chirurgie, m'adressait, pour le satisfaire, le malade, en me priant d'agir comme je l'entendais.

L'inspection montrait le voile du palais fortement distendu et abaissé par une tumeur lisse et élastique, remplissant presque totalement le cavum rhinopharyngien et faisant corps avec la gouttière pharyngée droite. L'amygdale de ce côté avait pivoté sur son axe et regardait en avant: elle était étalée à la surface de la tumeur, mais relativement la région de la fossette de Rosenmuller droite. La respiration nasale était abolie à droite, très embarrassée à gauche. Déglutition plus gênée que douloureuse. Lancées intermittentes dans l'oreille droite. Amaigrissement et anémie rapidement progressifs. Empâtement rétroangulaire.

Après l'échec d'une cure spécifique d'essai instituée à Lunéville, je résolus de tenter l'extirpation par voie buccale du néoplasme, sans me faire d'ailleurs aucune illusion sur la durée du résultat opératoire. A travers le voile incisé je pus extirper avec l'amygdale une masse de tissu friable d'apparence sarcomateuse, du volume d'un gros œuf, non encapsulé. Le rhinopharynx put être entièrement désobstrué; mais je dus respecter des traînées néoplasiques infiltrées autour de la trompe vers les espaces laté-

ro-pharyngien et maxillo-pharyngien. Le voile put être réuni, malgré une excision partielle. Choc nul et guérison rapide : le malade put quitter l'hôpital au bout de dix jours. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome globocellulaire à marche rapide. (Prof. Hoche.)

Dès le mois de décembre, ainsi qu'il fallait s'y attendre, les accidents avaient reparu et j'étais sollicité par la famille pour une nouvelle intervention. J'écrivis alors au médecin pour lui exposer l'impossibilité où j'étais de tenter un nouvel effort chirurgical et le prier d'insister sur une cure arsénicale ou de conseiller la radiothérapie. Mais la situation continuant à empirer rapidement, je dus, sur les pressantes instances de l'entourage du malade, brave ouvrier et père de quatre enfants, me résigner à le reprendre au service, bien décidé du reste à me refuser à une nouvelle opération.

A ce moment (12 janvier), la cicatrice vélopalatine était distendue par une nouvelle tumeur de consistance ferme, remplissant de nouveau le cavum, obstruant le nez et descendant le long de la gouttière pharyngée vers l'hypopharynx. De plus la tuméfaction rétromaxillaire, qui s'était notablement affaissée après l'opération, avait reparu plus forte et plus étendue, donnant la sensation d'un envahissement de toute la loge parotidienne.

Le malade présentait des troubles névropathiques, dus vraisemblablement à l'englobement par la tumeur des nerfs pneumogastrique, sympathique, hypoglosse et glosso-pharyngien : nouées, gêne des mouvements de la langue, dysphagie mécanique. De plus il était depuis quelque temps sujet à des accès caractérisés par des douleurs de tête en coups de marteau, une perte de connaissance assez brève accompagnée de cyanose de la face, de ralentissement considérable du pouls et de convulsions localisées. Enfin il se plaignait de céphalées gravatives avec exacerbations paroxystiques dans la région pariétale droite. Amaigrissement rapide ; teint cachectique. Le cas était, on peut le dire, désespéré.

Sans grande illusion, je dois le dire, je fis à ce moment pratiquer une série d'injections intrafessières d'Electrocuprol avec trois tubes de 10 c.c. envoyés à titre d'échantillon par les Laboratoires Clin, de Paris. Cette médication nouvelle parut avoir

pour résultat immédiat d'arrêter les crises épileptiformes. Après la troisième piqûre le patient déclara se trouver sensiblement mieux: l'alimentation était un peu plus aisée et les céphalées moins fortes.

La médication ayant été interrompue faute de médicament, une crise réapparut. J'e priai alors les Laboratoires Clin de m'adresser de nouvelles ampoules d'Electrocuprol et, avec la provision qu'on eut l'amabilité de mettre immédiatement à ma disposition, le traitement fut repris et continué jusqu'à ce jour. Les injections sont faites de quatre en quatre jours. Chacune d'elles est suivie d'une poussée thermique aux environs de 38° et d'une réaction douloureuse gênant la marche pendant deux ou trois jours.

A partir de la quatrième injection des modifications objectives commencèrent du côté de la tumeur buccale. Un ulcère superficiel apparut au point le plus tendu, au-dessous de la cicatrice vélopalatine, en même temps que la coloration générale de la muqueuse se modifiait, passant du rouge vif au rose lie de vin, et que diminuait la tension.

Puis, petit à petit, la tumeur s'affaissa en se détendant progressivement, modification très appréciable au toucher et perceptible aussi bien du côté des téguments, en arrière de l'angle du maxillaire. La langue reprit sa mobilité entravée. L'air commença à passer par la fosse nasale gauche. Cependant l'ulcère pharyngien s'était approfondi et le fond semblait constitué par un tourbillon énorme, dont le malade répétait tantôt par le nez, tantôt par la bouche, des débris fétides.

L'appétit demeura longtemps médiocre ou nul, malgré un relèvement manifeste de l'état général.

A l'heure qu'il est, neuf injections ont été pratiquées et le patient, profondément prostré il y a six semaines, a repris courage et confiance. La voix, naguère étouffée, est redevenue claire, tout en conservant un caractère amygdalien prononcé. L'alimentation est facile. Les céphalées ont cédé et le malade ne se plaint plus que de légères souffrances dans la région sous-maxillaire, où l'on perçoit à la palpation quelques petits ganglions. Objectivement la tumeur est très diminuée de volume et paraît en voie d'élimination.

Il serait manifestement prématuré de parler de guérison. En dépit de l'amélioration évidente de l'état local et de l'état général, des accidents peuvent survenir encore, une repullulation tardive s'observer, ainsi que des métastases lointaines. Il n'en reste pas moins acquis un fait extrêmement intéressant: c'est qu'une tumeur cliniquement et histologiquement des plus malignes, récidivée et devenue inopérable, a subi sous nos yeux une régression rapide, sans aucun traitement local, sous l'influence d'injections intrafessières d'Electrocuprol.

Du train où vont les choses, je ne désespère pas de pouvoir, dans quelques semaines, vous représenter le malade, cette fois entièrement guéri.

---

#### PHARMACOLOGIE

##### Le traitement de la fièvre typhoïde par la teinture d'iode.

###### *Formule du Dr Magonty:*

Iode.....	0.02 gramme 10 centigramme.
Iodure de potassium.....	2 grammes.
Eau distillée.....	240 grammes.

2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

###### *Formule de Raynaud:*

Teinture d'iode.....	XX à XXV gouttes.
Iodure de potassium.....	0 gramme 01 centigr.
Eau .....	150 grammes

A prendre en 24 heures.

###### *Formule de Lafitte (de Santiago):*

Iode métallique .....	0 gramme 10 cent.
Iodure de potassium.....	1 gramme.
Gaiacol .....	2 grammes.
Glycérine pure.....	10 grammes.

Préparation à utiliser en quantité variable pour faire des injections sous-cutanées, d'ailleurs douloureuses.

*Formule de Cavazzani:*

Teinture d'iode.....	XX à XXV gouttes.
Iodure de potassium.....	1 gramme.
Eau sucrée.....	$\frac{1}{2}$ litre.

A prendre en 24 heures.

*Formule de X. Arnozan et J. Carles:*

Teinture d'iode.....	XV à XXV gouttes.
Vin de quinquina au Malaga.....	90 grammes
Ou du lait.	

A prendre en 24 heures.

*Formule de Pérez (de Ténériffe):*

Teinture d'iode.....	III à XV gouttes.
Rhum ou cognac.....	5 à 10 grammes.
Eau sucrée.....	30 à 60 grammes.

A prendre en 4 fois dans les 24 heures.

*Formule de Vernier (d'Hyères):*

Teinture d'iode.....	} à LXXX gout. de chaque
Solut. d'acide arsénieux à 1/1000.....	
Iodure de potassium.....	0 gr. 05 à 0 gr. 10 centi.
Sulfate de strychine.....	0 gramme 01 centigr.
Eau distillée bouillie.....	500 grammes

Un verre à liqueur toutes les 3 heures;  $\frac{1}{2}$  heure avant chaque prise de 250 grammes de lait.

## BIBLIOGRAPHIE

Le numéro du 6 septembre 1913 du *Paris Médical*, publié par le professeur Gilbert, est entièrement consacré à l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et la stomatologie.

Voici le sommaire :

L'Ophtalmologie en 1913 (*Revue annuelle*), par le Dr F. Terrien, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Considérations cliniques sur l'ophtalmie granuleuse, par le Dr H. Truc, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — L'Oto-Rhino-Laryngologie en 1913 (*Revue annuelle*), par le Dr M. Grivot, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — La Stomatologie en 1913 (*Revue annuelle*), par le Dr Ch. Schaefer, dentiste des hôpitaux de Paris. — Les suppurations d'origine dentaire de la région palpébro-lacrymale, par le Dr Paul Fargin-Fayolle, dentiste des hôpitaux de Paris. — *Chronique scientifique*: Du déterminisme de la forme sur le vol et la vitesse de l'oiseau, par le Dr Joseph Cousin. — Ambroise Paré, chirurgien-dentiste. — Agents physiques et sensations. — Intérêts professionnels. — Curiosités. — La médecine au Palais. — Silhouettes médicale. — La médecine humoristique. — La médecine dans l'art. — Diététique. — Formules thérapeutiques. — Revue de la Presse française et de la Presse étrangère. — Revue des revues mensuelles. — Revue des Congrès. — Nouvelles. — La vie médicale. — Memento de la quinzaine. — Cours.

(*Envoi franco de ce numéro de 100 pages in-4, avec figures contre 1 franc en timbres-poste de tous pays, adressés à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris*).

---

**Traitement de la syphilis par le Sérum Organique du Dr L. C. QUÉRY.** (Observations Cliniques). En vente à la Librairie Maloine, 25-27, Rue de l'École de Médecine au Laboratoire de Sérothérapie spécifique et de Microbiologie, 97, rue de Vaugirard, Paris. Prix: 2 frs.

Ce petit volume vient à son heure. Il fixera l'opinion sur la question si controversée de la Sérothérapie et les observations qu'on y trouve, émanées de Confrères qui ont fait sur leurs ma-

lades l'application du sérum de Quéry, montreront aux incrédules qu'il n'est plus impossible de rendre la raison aux paralytiques généraux et l'usage de leurs membres à des tabétiques qu'on sauve aussi de la cécité.

---

## SUPPLEMENT

### DES CHIFFRES CONCERNANT LES PHYCACOGÈNES

“ Une statistique de 6,324 cas traités par les phylacogènes et par des médecins avec 5,270 guérisons, soit 83%, vient d'être publiée par la Maison Parke-Davis & Co.

Ces chiffres impressionnent très favorablement.

S'il en est parmi les médecins qui attendent encore des preuves de l'efficacité des phylacogènes, un pourcentage de 83% de guérisons devra les convaincre et faire disparaître leur scepticisme.

---

On peut affirmer que le médecin prescrit plus fréquemment un tonique que tout autre médicament, excepté peut-être un purgatif.

Un grand nombre parmi eux ne se plaignent que de débilité générale à la suite de fatigue et de surmenage. Ce sont ces malades qui sont constamment chez les médecins, c'est à ceux-là qu'il faut donner un tonique qui les relève et les maintienne dans cet état où ils peuvent résister aux infections.

Le “ Pepto-Mangan ” (Gude) est le tonique idéal qui, non seulement développe l'appétit, mais reconstruit le sang.

Il est d'un goût agréable, n'irrite pas l'estomac et ne constipe pas.

---