

Pages Missing

Le

Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDECINE

SANTE

CHIRURGIE

THERAPEUTIQUE

Sommaire

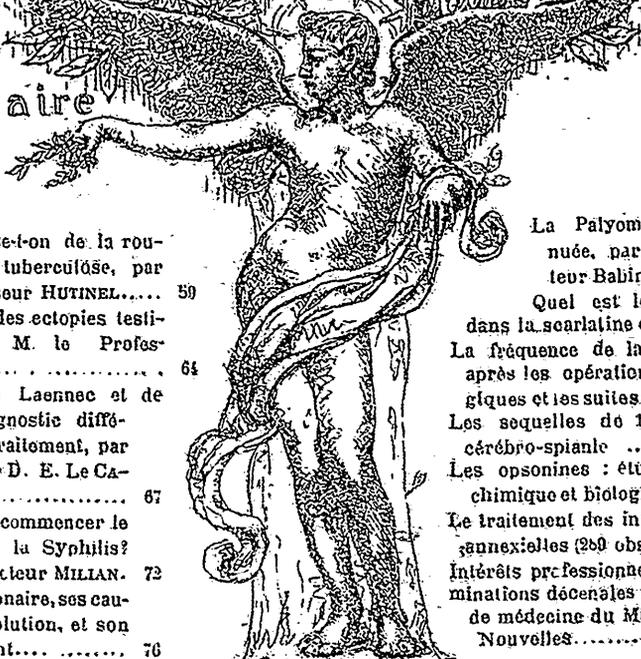
Comment passe-t-on de la rougeole à la tuberculose, par M. le Professeur HUTINEL..... 59

Le traitement des ectopies testiculaires, par M. le Professeur BERGER..... 64

La cirrhose de Laennec et de Hanot, le diagnostic différentiel et le traitement, par M. le Docteur D. E. Le CAVELIER..... 67

Quand faut-il commencer le traitement de la Syphilis? par M. le Docteur MILLAN. 72

L'œdème pulmonaire, ses causes, son évolution, et son traitement..... 76



La Palyomyélite atténuée, par M. le Docteur Babinski..... 77

Quel est le pronostic dans la scarlatine compliquée? 78

La fréquence de la thrombose après les opérations gynécologiques et les suites de couches..... 80

Les sequelles de la méningite cérébro-spinale..... 82

Les opsonines : étude physico-chimique et biologique..... 85

Le traitement des inflammations annexielles (289 observations)... 87

Intérêts professionnels : Les nominations décennales de la faculté de médecine du Montréal..... 102

Nouvelles..... 107

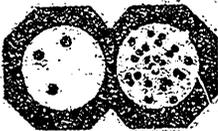
SCIENCE

H. M. Hébert 1909

LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LTÉE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
 La seule contenant les oxydases du sang.
 ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

DEPOTS

SIROP : une cuillerée à soupe à chaque repas
 pour le Canada Rouzier Frères, 63, Notre-Dame Est, Montréal
 pour les Etats-Unis Feugera & Cie, 90, Beckmann Street, N. Y.

Rougeole et Tuberculose

Par M. le Professeur HUTINEL

(Suite)

Les lésions tuberculeuses, au cours de nos dix autres autopsies, ont présenté d'autres modalités.

Dans un certain nombre de cas, il s'agissait de poumons présentant les lésions habituelles de la broncho-pneumonie, plaques violacées, saillie des lobules, zones atelectasiées par places, hépatisation ; ailleurs, splénisation ; enfin, lésions d'emphysème, etc. ; mais on trouvait en plus un noyau tuberculeux et quelques ganglions tuberculeux dans le médiastin.

Dans un cas, il existait de multiples noyaux tuberculeux dans le poumon, à côté d'une broncho-pneumonie absolument banale.

D'autres fois on trouvait un noyau caséux ou un ganglion tuberculeux avec, tout autour, une couronne de noyaux plus jeunes attestant la dissémination récente, le tout associé à des lésions banales d'ordre infectieux, dont la constatation est à peu près la règle et dont le rôle est certainement important dans l'éclosion et la généralisation de la tuberculose.

Enfin, si la lésion avait évolué plus longuement, il existait des noyaux disséminés ou confluents de broncho-pneumonie caséuse ; et même, chez les enfants déjà plus grands, de larges foyers de ramollissements ou de véritables cavernes plus ou moins étendues.

Il faut éviter de confondre, sur la table d'autopsie, avec des

lésions tuberculeuses, certaines formes de broncho-pneumonies, que j'ai appelées pseudo-tuberculeuses, et qui peuvent anatomiquement et cliniquement revêtir le masque de la tuberculose : le poumon, dans ces cas, est gros, lourd ; il présente de multiples foyers de broncho-pneumonie, ramollis au centre, simulant un nodule tuberculeux au début de sa caséification ; l'organe dans les mains, on hésite encore ; mais pressez-le et vous voyez le pus sortir par les petites bronches.

Par contre, dans quelques cas, vous n'aurez pas soupçonné cliniquement la tuberculose, et vous aurez la surprise de la constater à l'autopsie.

Ainsi peuvent se rencontrer, à la suite de la rougeole, tous les degrés des lésions tuberculeuses, pulmonaires, depuis la fine granulation jusqu'à la fonte massive, suivant que le processus a eu une évolution rapide, subaiguë ou chronique, cette dernière se rencontrant surtout, chez l'enfant déjà grand.

Parallèlement à ces lésions pulmonaires, on peut trouver d'autres localisations tuberculeuses ; Lugol citait des adénopathies cervicales, Rilliet et Barthez des ostéites, des arthrites tuberculeuses : on peut donc dire que cette tuberculose ne se cantonne pas dans les organes internes, mais qu'elle peut aussi prendre l'allure de la tuberculose chirurgicale.

Ne croyez pas que la rougeole fasse fatalement exploser une tuberculose latente, ou active obligatoirement une tuberculose antérieure, et cela surtout s'il s'agit, au lieu d'une tuberculose pulmonaire, d'une tuberculose osseuse ou articulaire ; dans certains cas mêmes les localisations pulmonaires ne sont pas modifiées.

D'ailleurs, chez tous les enfants tuberculeux, il existe à peu près d'une manière constante des ganglions caséux du médiastin, et cependant ces lésions ne sont pas toujours réactives par les poisons morbilleux. Pourquoi ? Affaire d'ancienneté, sans doute ; peut-être s'agit-il de lésions déjà cicatrisées, à peu près éteintes ? Quoi qu'il en soit, il importe dès le début de bien connaître cette action assez capricieuse de la rougeole sur la tuberculose.

Quand la rougeole exerce son action sur la tuberculose, comment les faits se présentent-ils ?

Voici un exemple : il s'agit d'un enfant chétif, pâle, à longs cils, à cheveux rouges ; c'est un suspect, mais il ne présente pas de signes nets de tuberculose. Il a une rougeole normale, l'éruption se fait bien, puis la température tombe ; on croit l'enfant guéri, lorsque 4 à 5 jours après le thermomètre remonte et se met à osciller ; à l'auscultation, on trouve des symptômes fluxionnaires assez nets, et des modifications de timbre dues à une adénopathie médiastine ; la tuberculose, latente jusque-là se démasque ; la température oscille pendant plus d'un mois, et maintenant, évolution rare, l'orage paraît se calmer et l'état général s'améliorer. Notons que même ces jours-ci cet enfant ne réagit ni à l'intradermo-réaction, ni à la cuti-réaction ; il est encore sous le coup de l'action empêchante de la rougeole.

Les faits ne se présentent pas toujours ainsi : la tuberculose n'éclate pas seulement chez des affaiblis ou des tuberculeux à l'état latent, souvent elle se présente chez des enfants de belle santé apparente, porteurs néanmoins d'une tuberculose que rien ne dénonce, et chez eux parfois elle évolue rapidement vers la mort.

En règle générale, lorsqu'après une rougeole normale ayant évolué sans complications, et dont la défervescence s'est bien faite, on constate une élévation de la température survenant 5 ou 6 jours plus tard, sans qu'elle soit expliquée par une otite, par une vulvite, par une broncho-pneumonie, par des troubles intestinaux, ni par une suppuration quelconque, il faut redouter la tuberculose.

Il pourra s'agir, et ce sera le cas le plus fréquent, d'une tuberculose pulmonaire ; l'auscultation orientée vers ce diagnostic permettra alors de constater de l'inégalité de la respiration, des bouffées de râles disséminés un peu partout ; parfois on notera seulement de la dyspnée, quelquefois on ne trouvera rien ou presque rien, et malgré tout il faudra suspecter quand même une localisation tuberculeuse quelconque, méningée surtout, qui ne s'affirmera que plus tardive-

ment, comme je viens d'en constater un exemple très net avec un médecin de la ville.

La tuberculose peut se démasquer suivant d'autres modalités.

Un enfant fait une rougeole supposée normale ; on attend en vain la défervescence, la température reste élevée, les lèvres, le nez restent secs, l'abattement est toujours profond ; rien n'explique la prolongation de cet état ; à l'auscultation on ne trouve rien de spécial, et cependant quelques jours plus tard, on constate dans les poumons l'existence de quelques râles, comme au début d'une broncho-pneumonie, mais rien de bien net, ni de bien franc ; plus tard apparaissent des symptômes d'adénopathie médiastine, la fièvre persiste et l'enfant ne tarde à succomber. A l'autopsie on trouve des lésions banales de broncho-pneumonie associées aux lésions tuberculeuses que nous avons étudiées.

Parfois l'enfant peut entrer de plein pied dans la phthisie ; celle-ci succède sans interruption à la rougeole et évolue plus ou moins vite.

Enfin, chez d'autres enfants, assez longtemps après la rougeole, on voit apparaître des adénopathies cervicales, des lésions osseuses ou articulaires dont l'origine peut être rattachée à la rougeole. Ces constatations nous engagent à être sceptiques en ce qui concerne l'amélioration des tuberculoses locales qu'on a constatées après la rougeole et dont on trouve quelques faits rapportés par les anciens auteurs. On peut dire plutôt qu'il est toujours dangereux pour un tuberculeux de contracter la rougeole.

L'importance de ces faits comporte comme conclusion la nécessité d'un diagnostic précoce : or ce diagnostic est parfois difficile, surtout à cause de l'existence des formes de broncho-pneumonies que j'ai appelées pseudo-tuberculeuses.

Vous vous rappelez sans doute un enfant qui à la suite d'une rougeole, fut atteint de cette forme de broncho-pneumonie, dont la nature streptococcique et non tuberculeuse fut démontrée à l'autopsie, et qui est resté assez longtemps dans notre service, salle Bouchut ; cachectique, la peau sèche, les

extrémités cyanosées, il présentait des ganglions aux aines, aux aisselles ; l'auscultation révélait une respiration inégale, des râles sous-crépitaux aux bases ; le tableau était tel que la plupart d'entre vous affirmaient la phtisie, tandis que d'autres pensaient à des lésions banales dues à des germes associés, à évolution lente. Le diagnostic dans ces cas est bien difficile, néanmoins la connaissance de cette forme de broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse est utile. Bien que très grave le pronostic en est moins sombre que celui de la tuberculose ; jusqu'à un certain point on peut espérer la guérison, par suite d'un changement d'air et de milieu, par l'exposition au grand air, au soleil ; ajoutons qu'il ne faut espérer qu'une guérison relative, car l'enfant conserve une susceptibilité spéciale des voies respiratoires, et parfois de la dyspnée, de la dilatation des bronches.

En résumé, la rougeole est toujours un incident fâcheux pour un enfant en puissance de tuberculose : elle ne la fait pas fatalement exploser, mais trop souvent elle lui donne une impulsion terrible qui peut se traduire par de la granûlie. Cette tuberculose n'est d'ailleurs pas influencée seulement par la rougeole : elle l'est aussi par les infections secondaires post-rubéoliques si fréquentes dans le milieu hospitalier : l'association d'infections secondaires et de tuberculose, en particulier de streptocoques et de bacilles de Koch, se traduit par un regain d'activité du bacille tuberculeux ; le réveil d'une tuberculose latente dans ces conditions comporte à brève échéance le pronostic le plus sombre, et cela d'autant plus que l'enfant est moins âgé.

Du traitement je ne vous dirai que deux mots : il est celui de la tuberculose et comporte surtout l'indication du repos, de l'aération, et d'une hygiène générale bien entendue.

Un régime carné trop abondant forme des caractères agressifs, rudes, violents, impulsifs, passionnés.

L'ectopie testiculaire de l'adulte

Par M. le Professeur BERGER

Un garçon de 20 ans, atteint d'ectopie testiculaire inguinale du côté gauche avec hernie pour accomplir son service militaire et demande à être débarrassé d'une infirmité qu'il estime déshonorante. On perçoit chez lui le testicule sous forme de noyau ovoïde au niveau de l'orifice inguinal externe et, commeau est large, on peut faire rentrer le testicule dans l'intérieur du trajet. Quand le malade tousse, la paroi abdominale bombe au niveau de la partie inférieure du côté gauche ; les doigts perçoivent une impulsion qui les repousse.

Souvent l'ectopie testiculaire nécessite une intervention, non plus pour des motifs d'amour-propre, comme chez le malade actuel, mais en raison d'accidents graves : douleurs, crises d'étranglement avec torsion du testicule, qui simulent des accès d'étranglement herniaire. On sait, en effet, que ces crises d'étranglement testiculaire peuvent conduire à des accidents graves : hémorragie et gangrène. A côté de l'étranglement par torsion, il faut noter l'étranglement par inflammation. Un adulte contracte une blennorrhagie ; une orchidépididymite se déclare sur le testicule ectopié et comme ce testicule est bridé dans le trajet inguinal, il s'étrangle, détermine des douleurs vives avec anxiété et tous les signes de l'étranglement interne. Parfois même, si la communication persiste entre la tunique vaginale et la cavité péritonéale, une péritonite aiguë peut faire suite. Un étudiant en médecine est mort dans de semblables conditions.

Le testicule ectopié ne subit pas que des atteintes inflammatoires ; il peut être envahi par des dégénérescences néoplasiques : cancers ou sarcomes. La concomitance d'une her-

nie est habituelle, celle-ci étant déjà formée ou en imminence de formation ; la communication entre la cavité vaginale et péritonéale n'est point toujours indispensable pour qu'une hernie se produise ; parfois, il y a oblitération entre les deux cavités, et le trajet du conduit n'est plus dessiné que par un cordon fibreux. Cependant, une petite hernie se remarque à la partie supérieure du conduit. Ce cordon fibreux, vestige du canal vagino-péritonéal, est fort important, car c'est lui qui empêche souvent la descente du testicule.

L'opération à pratiquer consiste à la fois à tenter la cure radicale de la hernie et à fixer le testicule dans les bourses. Seulement, on ne peut toujours atteindre ce dernier résultat. Il arrive que le testicule soit fixé dans sa fausse position, que le canal déférant soit trop court. En pareil cas, si le sujet est adulte et que l'affection remonte à l'enfance, autant vaut pratiquer la castration ; car un pareil testicule est d'ordinaire mal développé et est resté à l'état embryonnaire. On ne risque rien de l'enlever. Chez un jeune sujet, au contraire, il faudrait le laisser ; car le travail de la puberté est capable de compléter le développement d'un testicule mal formé jusque-là. Dans le cas d'ectopie double, ectopie inguinale, d'un côté, ectopie abdominale de l'autre, mieux vaut ne pas intervenir. L'ablation d'un de ces organes en état de malformation risquerait fort de provoquer chez le sujet l'apparition des signes qui caractérisent les castrats, danger auquel il est déjà trop exposé, du fait de ses deux organes imparfaits, mais qui parviennent, par leur double action combinée, à empêcher la perte complète des attributs de la virilité.

Chez les enfants, on n'opèrera pas trop jeune. Si la hernie n'est pas trop grosse, il y a tout avantage à attendre ; l'évolution de la migration du testicule pourra s'opérer par la suite. On patientera donc jusqu'à la cinquième année. Avant cet âge, les parties sont trop grêles, et puis l'opération n'est pas sans danger. Elle donne une mortalité de 1 0/0, ce qui compte, pour une intervention qui n'est nullement urgente. Au-dessus de la cinquième année, au contraire, la mortalité est nulle.

Jusqu'à cinq ans, on fera porter à l'enfant un bandage en fourche qui maintienne la hernie tout en ne comprimant pas le testicule. Si, avant cet âge, la hernie s'étranglait, on aurait vite fait de la réduire par la chloroformisation. Par contre, on ne reculera pas trop longtemps l'opération. A la puberté, le testicule devra, si possible, avoir réintégré les bourses ; sinon il risque de se mal développer.

L'opération consiste en une ouverture large du trajet inguinal, dans l'isolement du conduit vagino-péritonéal ou du cordon fibreux qui en tient lieu et dans la résection haute de ce conduit après ligature au catgut. Le testicule étant libéré de toutes ses adhérences, on cherche à le faire descendre dans les bourses qu'on dilate à cet effet. On le fixe par des points de suture et, pour empêcher qu'il remonte, le cordon en état d'élongation sera lui-même fixé par des points de suture. Des chirurgiens ont proposé de faire passer le testicule ectopié dans les bourses normales du côté opposé. Pareille opération est inutile, car il est toujours possible de préparer au testicule une loge dans les bourses du côté de l'ectopie.

Et puis, il n'est peut-être pas sans inconvénient, pour le fonctionnement du testicule sain, de lui adjoindre dans sa loge un testicule mal développé. La tunique vaginale est disposée pour recevoir un testicule et non deux.



Chaque individu et chaque peuple sont influencés par l'action séculaire des régimes suivis, et lorsqu'une alimentation exagérée a, par un long atavisme, créé tel appétit, telle habitude, tel tempérament, telle fonction et peut être tel organe, ce n'est que graduellement quel'on doit la modifier et introduire des rations physiologiques normales qui conserveront à la race tout son pouvoir de croissance, de développement et de reproduction.

Le Traitement des cirrhose du foie

LA CIRRHOSE DE LAENNEC

La cirrhose du foie décrite par Laënnec est une *inflammation chronique et diffuse du tissu conjonctif périlobulaire* où se ravivent les capillaires du système-porte. La cellule hépatique est d'abord irritée par ce processus pathologique, puis sa nutrition entravée finit par être partiellement ou totalement détruite. Le foie qui à la première période est uniformément *agrandie, lisse, dur avec un rebord mousse* devient à la deuxième période *atrophie, rétracté, inégale, plus résistant et hérissé de granulations* plus ou moins saillantes. La prolifération du tissu conjonctif conduit la cellule hépatique à l'atrophie complète et à la dégénérescence graisseuse.

La suppression de la circulation de nombreux capillaires amène une dilatation veineuse, une stase péritonéale, une tuméfaction de la rate et la formation d'ascite lorsque la circulation collatérale compensatrice n'est pas suffisante. Il coexiste un ictère léger lorsque l'ampoule de Vater est obstruée par un catarrhe duodénal : ce fait est exceptionnel.

LA CIRRHOSE DE HANOT

La cirrhose hypertrophique de Hanot est l'inflammation des *ins canicules biliaires* du foie. Le tissu jeune, embryonnaire qui prolifère à l'intérieur du lobule est moins rétractile que dans la cirrhose atrophique, la cellule se dilate, sa physiologie est pervertie, l'auto-intoxication, la cholémie se produit et le foie est fortement augmenté de volume. La rate et les ganglions lymphatiques sont tuméfiés, non par stase, comme dans la cirrhose atrophique, mais bien par un processus inflammatoire hyperplasique. L'ictère d'abord léger s'accroît lentement et persiste durant toute la durée de la maladie. Il n'existe pas ordinairement d'ascite. Assez souvent ces malades ont de la fièvre, un pouls lent, de l'urobilinurie, de l'indoxylurie et des hémorragies, en particulier des hématoméses.

Le pronostic est moins grave que dans la cirrhose de Laënnec, la cellule hépatique, n'étant pas détruite par la sclérose, peut se régénérer lorsque la thérapeutique réussit à arrêter la marche de l'affection.

Ces deux différentes lésions locales, produites par diverses causes toxico-infectieuses, d'auto-intoxications ou par suractivité des ferments hépatiques, présentent une phase commune d'hyperfonctionnement du début auquel on peut appliquer le même traitement physiologique. Tant que dure la première période d'hypercolie, qui est beaucoup plus prolongée

gée dans la cirrhose hypertrophique que dans celle de Laënnec, l'on doit faire une thérapeutique *eupeptique, aseptique et sédative*. L'alimentation ne sera pas composée exclusivement de lait, dont on a abusé depuis longtemps, car l'on sait que 15 minutes après son ingestion il provoque un écoulement de la bile; nous avons dit ailleurs qu'il ne convenait pas aux hyperchlorhydriques comme aliment unique. Le régime eupeptique consiste à utiliser et à diminuer les sécrétions gastriques et hépatiques et à faire usage de préparations lactées au sagou, tapioca, riz, et aux farines de maïs, de lentilles, d'haricots, etc. (voir les régimes des hyperchlorhydriques, p.).

Le blanc d'œuf peut être donné, mais le jaune est contre-indiqué à cause de sa richesse en cholestérine qui est un stimulant de la cellule hépatique; pour la même raison, il faut prévenir toute dénutrition considérable de la cellule nerveuse par un excès de travail cérébral ou de préoccupations psychiques qui déversent dans la circulation une trop grande quantité de cholestérine.

L'asepsie cutanée est réalisée au moyen d'une douche tiède en pluie très fine prise le matin, et d'une friction aromatique faite sur tout le corps, le soir au coucher. La coprostase qui irrite la cellule hépatique, tant par voie *réflexe* que par *ré-tention* des toxines, sera combattue par des lavements à l'eau tiède, à la glycérine ou à l'huile d'olive, exceptionnellement on donne un laxatif d'environ 12 grammes (3 1/2 drachmes) de sulfate de soude.

Les gargarismes et les douches nasales préviendront la plus légère infection. L'eau sulfatée, l'eau distillée ou bouillie prise chaude à dose d'environ 200 grammes (6 1/2 onces) matin et soir avant les repas, est un des meilleurs sédatifs du foie et de l'estomac.

Une compresse froide, appliquée durant deux heures par jour, sur la région hépatique, active la circulation, décongestionne l'organe et empêche la destruction exagérée de l'hémoglobine. La médication sédative du foie et de l'estomac sera constituée par l'administration durant six jours de la

jusqu'au moment où l'on donne (jusqu'au moment où l'on donne) 40 gouttes trois fois par jour avant les repas ou de la teinture de belladone à dose de six à huit gouttes avant les repas ; puis, durant six jours on donne matin et soir 3 milligrammes (1/20 de grain) de calomel et l'on fait durant 10 à 15 jours un traitement à l'arséniate de soude à dose de une à deux gouttes après les deux principaux repas.

Comme sédatif des fonctions glyco-géniques l'on prescrit, deux ou trois fois par semaine, 50 centigrammes (8 grains) d'antipyrine ou 1 à 2 grammes (15 à 30 grains) de bromure de sodium. Cette première période passe souvent inaperçue pour le malade qui néglige sa santé et pour le médecin qui ne sait pas reconnaître un début de cirrhose du foie.

A la deuxième période le tableau symptomatique change le diagnostic s'impose, il existe de l'insuffisance hépatique, peu d'urée et beaucoup d'uro-érythrine dans les urines, les garde-robes sont décolorés et l'on trouve 20 0/0 de matières grasses dans les fèces au lieu de 5 0/0 chiffre normal, les indications thérapeutiques sont tout l'opposé de celles de la première période. L'estomac participe à la dyspepsie intestinale et devient hypochlorhydrique, le régime alimentaire sera donc celui de l'hypo-peptique (voir, p.), le lait écrémé, bouilli ou stérilisé, le babeurre, le képhir, les œufs brouillés, le jus de viande, etc., et contre l'anorexie, les amers, le quassia, la noix vomique, la gentiane, le codurango, la strychnine, etc., au besoin il faut favoriser la digestion des albuminoïdes par la papaine, et celle des féculents par les diastases.

L'eau gazeuse chlorurée sodique convient mieux à cette période qu'à la précédente ; les douches froides de courte durée, données matin et soir seront suivies de frictions aromatiques, les lavements froids remplaceront les injections chaudes. Lorsqu'il existe dans la région hépatique des douleurs spontanées ou provoquées, l'on fait tous les cinq ou six jours l'application de vingt à trente pointes de feu qu'on saupoudre d'acide borique et qu'on recouvre de gutta-percha.

La cellule hépatique sera tonifiée par l'opothérapie du foie de jeune veau riche en ferments, coupé en petits mor-

ceaux, que l'on fait macérer durant trois ou quatre heures dans de l'eau distillée ou bouillie, au lieu de l'eau salée qui empêche la dissolution de plusieurs substances, et l'on donne cette macération à dose de 120 à 180 grammes (4 à 6 onces) deux fois par jour par la bouche ou trois fois par jour en injections rectales; durant dix jours, l'on prescrit une cuillerée à thé de poudre d'extrait de foie, deux fois par jour, puis l'on revient à la macération, cette opothérapie peut être prolongée durant trois mois. Pour retarder la marche du processus pathologique, il faut stimuler les fonctions des cellules encore normales, au moyen du calomel donné à plus forte dose que dans la première période, soit 1 à 3 centigrammes (1/6 à 1/2 grains) avec 6 centigrammes (1 grain) de bicarbonate de soude, une ou deux fois par jour durant 10 à 15 jours par mois; 25 centigrammes (4 à 5 grains) de phosphate de soude et de benzoate de soude, 8 à 10 gouttes de combretum ou une infusion de boldo ou de jaborandi 2 grammes (30 grains) dans 1/2 litre d'eau sont d'excellents stimulants du foie et peuvent être utiles aux diverses phases de cette deuxième période de la cirrhose.

La pilocarpine en injections hypodermiques à dose de 6 milligrammes (1/10 de grain) tous les trois ou quatre jours durant quatre semaines nous a données des résultats très favorables.

Le bon fonctionnement de l'intestin et des reins peut retarder très longtemps l'apparition de l'ascite, lorsqu'il se produit il est inutile de laisser le malade se fatiguer, s'épuiser à porter un épanchement abondant il est préférable de faire une évacuation moins complète du liquide mais plus fréquente afin de venir en aide au rein et à la formation d'une circulation collatérale, après chaque ponction l'on fait une compression douce au moyen d'un bande abdominale.

Au régime déchloruré l'on ajoute une médication diurétique qui ne fatigue pas le rein comme la lactose à dose de 30 grammes (1 once) dans 1/2 litre d'eau bouillie à prendre dans la journée. Au besoin pour le cœur l'on donne 25 centigrammes (4 grains) de théobromine à toutes les quatre

heures durant quatre jours, à ce moment la *cure de raisin* par quantité d'une livre tous les trois jours durant douze jours, est souvent agréable et favorable au malade.

L'iodure de sodium à dose de 18 centigrammes (3 grains, trois fois par jour, est indiqué dans la cirrhose atrophique dans le but d'agir contre la prolifération des tissus conjonctifs. La thiosinamine a aussi donné dans certains cas des résultats merveilleux ; l'on sait que cette allylsulfocarbamide a la propriété de ramollir et de dissoudre le tissu fibreux pathogénique sans toucher au tissu normal ; on peut donc donner dans cette forme de cirrhose atrophique des injections sous-cutanées de 2 à 3 centimètres cubes de thiosinamine à 4 p. 100, tous les deux jours dans la région hépatique, s'il n'existe aucune contre-indication d'anciens tubercules sclérosés.

Lorsque cette médication est suivie d'un résultat favorable, tous les grands symptômes d'insuffisance hépatique disparaissent après la cinquième ou sixième injection.

Dans la cirrhose de Laënnec à forme capsulaire, le traitement médical est souvent sans effet et il est alors recommandé de recourir à une intervention chirurgicale.

L'omentopexie, proposée par Talma (Utrecht), a donnée quelques guérisons et plusieurs améliorations. Cette opération consiste à créer des adhérences entre l'épiploon et la paroi abdominale, afin de diriger vers les veines caves le sang que la barrière hépatique retient dans la veine-porte.

D^r D. E. LE CAVELIER

Paris, le 3 avril 1909.

On a écrit depuis longtemps que si quelques milliers d'Anglais tiennent dans l'obéissance 200 millions d'Hindous c'est qu'ils mangent de la viande alors que ces derniers se nourrissent principalement de ris.

Quand faut-il commencer le traitement de la syphilis

La coutume veut qu'on attende l'apparition de la roséole ou des accidents secondaires avant de traiter les syphilitiques.

C'était la loi absolue il y a quelques années ; c'est encore elle qui règle la ligne de conduite de la plupart des médecins et même des spécialistes en syphiligraphie.

La raison de cette pratique illogique et qui n'a d'analogie nulle part (car en général le médecin n'attend pas la période d'état pour soigner ses malades), tient à la difficulté du diagnostic du chancre et à la crainte qu'on a de décréter la vérole chez un individu au simple vu d'une petite écorchure souvent bien insignifiante. Le médecin tient à s'entourer de toutes les garanties.

Cette pratique, pour être prudente, n'en est pas moins très préjudiciable aux malades. Elle inflige au patient les désagréables et souvent pénibles manifestations des accidents secondaires : la céphalée, l'insomnie, la fièvre, les phénomènes généraux d'épuisement et de lassitude, les éruptions si impressionnantes et si malpropres du corps et du visage (roséole, syphilides papuleuses), l'alopecie révélatrice, les ulcérations linguales douloureuses, les plaques muqueuses amygdaliennes, les laryngites qui brisent la voix, etc.

Si encore ces différentes manifestations cédaient facilement au traitement, le mal ne serait qu'à moitié grave, mais il arrive souvent qu'elles lui sont très rebelles, surtout lorsque la roséole a été peu évidente et qu'on a dû reculer encore la mise en marche du traitement. Qui n'a vu, au cours de sa pratique, des plaques muqueuses amygdaliennes, des laryngites, des lésions unguéales secondaires, des syphilides

acnéiques résister pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois aux traitements les plus intensifs ?

La mise en vigueur du traitement au moment des accidents secondaires seulement, laisse s'établir la septicémie syphilitique, c'est-à-dire laisse le virus se répandre abondamment dans l'organisme et dans tous ses territoires : nerveux, viscéraux, muqueux, etc. C'est là une chose mauvaise, car l'observation montre que les accidents tertiaires surviennent de préférence dans les régions qui ont été visitées par le parasite au moment de la période secondaire. *En empêchant cette invasion générale de l'organisme par un traitement institué dès l'apparition du chancre, on empêche presque à coup sûr ces manifestations.*

C'est là, on en conviendra, un avantage énorme et que démontrent les faits : lorsqu'on institue un traitement mercuroriel suffisamment intensif (injections de calomel ou d'huile grise par exemple) dès le début du chancre, ou en tout cas un temps suffisant avant la date présumée de l'apparition de la roséole, soit au maximum 20 jours après le début du chancre, on est certain de ne pas voir survenir de roséole, qu'il n'y a jamais d'alopécie, et que les quelques accidents secondaires qui peuvent survenir, sont absolument réduits au minimum : c'est donc là, pour le médecin, la conduite idéale.

* *

Pourquoi ne la suit-on pas plus volontiers ? A cause de la difficulté du diagnostic, comme nous le disions plus haut, car il y a des chancres présentant les caractères du chancre syphilitique qui sont quelquefois des chancres mous, et enfin il arrive de temps à autre qu'il est absolument impossible de porter un diagnostic certain sur une ulcération douteuse. « Quand on a vu cent chancres, disait M. Fournier, on se croit très fort pour le diagnostic ; quand on en a vu mille, on devient plus circonspect. » Cela est surtout vrai les tout premiers jours du chancre où l'ulcération n'a pas encore revêtu ses caractères typiques. Et l'on doit dire au malade : Revenez dans quelques jours, revenez plus tard et pendant ce

temps l'on perd du temps et le malade s'affole, s'inquiète, ne mange plus, dort mal ; bref, syphilitique ou non, vit dans des trances épouvantables qui nuisent à sa santé générale.

Aujourd'hui, semblables hésitations ne sont plus permises. On connaît le microorganisme de la syphilis, le *treponema pallidum*, et la constatation de sa présence dans une plaie cliniquement douteuse est un *signe pathognomonique* de la nature syphilitique de cette plaie.

On devra donc le chercher chaque fois que la question de nature d'une plaie de la verge sera mise en question.

La découverte du tréponème date déjà de plusieurs années (1905) et l'on n'a guère songé à en profiter pour courir à la solution du problème que nous venons de soulever. Cela tient à ce que les méthodes de coloration jusqu'alors employées étaient longues et délicates, et aussi à ce qu'il fallait une grande éducation de l'œil pour trouver le parasite dans les frottis où il est si mal coloré. Aujourd'hui, grâce à l'ultramicroscope, on peut voir rapidement et sans coloration, le *tréponème vivant et très facilement reconnaissable* dans des sucs qui s'échappent des accidents syphilitiques qu'ils soient chancres ou accidents secondaires ; la technique et partant la question se trouvent donc très simplifiées. Tandis qu'autrefois par les méthodes de coloration, on trouvait le tréponème 1 fois sur 3 ou 4 chancres syphilitiques, on peut aujourd'hui, par l'ultramicroscope, l'y découvrir d'une manière absolument constante. Sur 30 chancres syphilitiques, j'ai par ce procédé, trouvé 30 fois le tréponème : c'est dire l'excellence de la méthode et il est possible aujourd'hui de porter *rapidement et en toute sûreté* le diagnostic de chancre syphilitique dans presque tous les cas.

Il me paraît même indispensable de confirmer le diagnostic clinique par l'examen ultramicroscopique *dans tous les cas*, et non pas seulement dans les cas douteux. Comme, en effet, le traitement appliqué avant la roséole empêche à coup sûr les accidents secondaires, il pourrait surgir dans l'esprit du médecin traitant, comme dans celui du malade, des doutes sur la réalité de la maladie dont il est atteint. Une

preuve bactériologique indiscutable est seule capable de dissiper toutes les incertitudes et de donner la conviction de la nécessité d'une thérapeutique prolongée.

CONCLUSIONS

Les conclusions suivantes me paraissent devoir actuellement s'imposer, au sujet de la conduite à tenir en présence d'une syphilis au début :

1° Le traitement de la syphilis doit être institué dès l'apparition du chancre.

C'est le seul moyen d'empêcher l'éclosion des accidents secondaires et de juguler réellement cette maladie.

2° Il faut être absolument certain du diagnostic de chancre syphilitique avant d'entreprendre la cure mercurielle. L'examen bactériologique seul, l'examen *ultramicroscopique en particulier*, rapide et sûr, capable de donner une réponse *positive immédiate* dans chaque cas, s'impose donc en présence de tout chancre, quand bien même le diagnostic clinique de chancre syphilitique paraîtrait évident, et à plus forte raison dans le cas d'ulcération de la verge dont la nature est douteuse.

D^r MILIAN

Un régime trop exculsivement végétal affaibit la vigueur, diminue l'énergie adoucit, assouplit ou détruit les volonté. La nourriture n'a-t-elle pas transformé le loup et le chat sauvage, dangereux carnivores, en chien et chat domestiques?

L'œdème pulmonaire

L'œdème pulmonaire consiste en une transsudation du plasma sanguin et d'un certain nombre de globules rouges à travers les parois des vaisseaux capillaires dans le tissu conjonctif interstitiel et dans les alvéoles pulmonaires. Ce symptôme peut n'être qu'un trouble transitoire de congestion par atonie ou paralysie vaso-motrice et par faiblesse du myocarde. Lorsqu'il apparaît à la suite d'intoxication par l'alcool, l'adrénaline, l'iode, etc., il est la manifestation de troubles cardio-pulmonaires et bulbaires. On observe les cas d'œdème pulmonaire quelquefois chez les hystériques, mais le plus souvent dans le brightisme et l'aortite. Chez les malades ayant un plus faible développement du tissu fibro-élastique, cette affection apparaît plus fréquemment que chez d'autres comme complication d'une infection aiguë, soit de rhumatisme articulaire, de fièvre typhoïde, de rougeole, soit de grippe ou de scarlatine (compiquée de néphrite). Lorsque l'on fait chez ces malades prédisposés l'évacuation trop rapide d'un liquide pleurétique, on peut voir survenir cette complication. Ce syndrome est souvent la cause de mort subite ou le phénomène ultime que l'on observe dans les maladies chroniques du cœur, des poumons et des reins.

Le traitement de l'œdème pulmonaire est subordonné à celui de la maladie primitive. Dans l'œdème aigu par vasodilatation, l'on fera toutes les trois heures des injections sous-cutanées d'un milligramme (1/60 grain) de strychnine et de 16 milligr. (1/4 grain) de sulfate de spartéine toutes les quatre heures. S'il existe de l'hypertension artérielle ou une dilatation du cœur droit on aura recours à une saignée de 200 à 300 grammes (6 à 10 onces). Contre l'hyposthénie cardiaque, on fera des injections de spartéine ; on donnera 5 à 10 gouttes de digitaline, toutes les trois ou quatre heures durant deux

jours, et l'on recommandera l'opothérapie hypophysaire à dose de 10 centigrammes (2 grains) toutes les trois heures. Lorsque la saignée générale est contre-indiquée, l'on pourra diminuer l'hypertension capillaire pulmonaire par l'application de deux ou trois ventouses scarifiées ou d'une dizaine de ventouses sèches ou au moyen d'un purgatif énergique à l'élatérium, à l'eau de vie allemande ou en donnant un lavement à la glycérine. Pour rétablir l'équilibre osmotique des liquides de l'organisme, on pourra prescrire, 6 centigrammes de chlorure de calcium à prendre toutes les deux heures, durant quatre à cinq jours. La thérapeutique est généralement impuissante contre l'œdème pulmonaire qui survient à la dernière période des maladies chroniques; les injections sous-cutanées d'éther, de strophanthine, de caféine, etc., ne peuvent que retarder le dénouement fatal.

D^r ELLE

Polyomyélite atténuée

Par M. le Docteur BABINSKI

Une jeune fille de vingt-trois ans a été atteinte subitement, il y a neuf mois, d'un malaise avec fièvre. En même temps apparaissait une paresse du membre inférieur droit. Aucune autre paralysie, pas de troubles sphinctériens, pas de troubles trophiques, à peine une légère atrophie des muscles de la jambe du côté atteint. Intelligence parfaite; on ne note nul autre trouble que celui de la marche. Celle-ci, du côté malade, s'effectue en step-pant. La cuisse se relève fortement, la pointe du pied est tombante. Une parésie des muscles antérieurs de la jambe produit ce trouble qui ne s'observe que dans les cas de maladie organique. Aucun trouble fonctionnel ne se comporte de cette manière. A l'examen on trouve le réflexe rotulien diminué et le réflexe achilléen aboli. Ce dernier réflexe qui dépend du domaine du sciatique est fort important: dans le tabes il disparaît souvent avant le réflexe rotulien. L'examen électrique montre une réaction de

dégénérescence partielle : abolition de l'excitabilité faradique du nerf et faradique du muscle. L'excitabilité galvanique du muscle est lente, non augmentée comme dans d'autres réactions de dégénérescence.

Deux hypothèses peuvent être soulevées comme cause de cette paralysie : une névrite périphérique et une polyomyélite. L'absence de douleurs et de troubles de sensibilité, le début brusque éloignent l'idée d'une névrite, et c'est dommage. Car avec le diagnostic de polyomyélite, la maladie est plus longue et une électrisation persévérante peut seule activer quelque peu le retour à l'état normal.

Pronostic de la scarlatine compliquée de rougeole

M. Gouget a réuni 407 cas de rougeole post-scarlatineuse, dont la mortalité a été du tiers exactement. La bronchopneumonie est la grande cause de la mort et sa fréquence est attribuée à la facilité avec laquelle se réalise l'auto-infection descendante grâce à l'infection du milieu bucco-pharyngé.

M. Gouget, cependant, ayant eu, dans son Pavillon d'enfants scarlatineux, 39 cas intérieurs de rougeole, les a tous vus guérir et n'a pas observé une seule bronchopneumonie. Pourtant 9 de ces malades n'avaient pas plus de deux ans et 23 étaient encore sous le coup de diverses complications de la scarlatine, dont 10 angines pseudo-membraneuses ou ulcéreuses, quand la rougeole a éclaté ; ce qui contre quelle faible part doit revenir à l'auto-infection descendante, dans la pathogénie de la bronchopneumonie morbilleuse. M. Gouget attribue ces heureux résultats aux bonnes conditions hygiéniques de l'hôpital, à l'antisepsie, et surtout à l'isolement précoce (grâce au signe de Koplick) et individuel des malades.

— M. Louis Martin a pratiqué à l'hôpital Pasteur l'isole-

ment individuel, et, sur 8.000 malades traités, il n'a observé qu'un seul cas de contagion intérieure. L'isolement individuel est bien supérieur à l'isolement par-salles. La mortalité des rougeoleux à l'hôpital Pasteur a été extrêmement faible : 4 p. 100. Cette statistique porte sur 700 cas de rougeole. Deux cents enfants au-dessous de deux ans ont donné une mortalité de 10 p. 100, de deux à dix ans la mortalité fut de moins de 2 p. 100, et, chez les adultes, de 2 p. 100. C'est surtout pour la rougeole que l'isolement individuel donne de bons résultats.

— M. Dufour a pratiqué aussi l'isolement individuel dans la rougeole : il n'a eu que très peu de cas de contagion intérieure. Il attribue aussi ce résultat aux soins hygiéniques pris par le personnel, aux fréquents lavages des mains. La statistique fut très bonne. Sur un grand nombre d'adultes traités il n'en a vu mourir qu'un de sa rougeole ; chez les tout jeunes enfants, la mortalité fut de 12 p. 100.

— M. Chantemesse fait remarquer qu'il faut tenir compte, dans ces appréciations, du nombre de personnes entrant en contact avec les malades. D'autre part, si, dans la rougeole, il n'y a pas besoin d'aération, au contraire, dans d'autres infections, l'aération est utile et, à ce point de vue, dans la fièvre typhoïde par exemple, les grandes salles sont préférables aux petites.

Les Chinois, les Japonais, de toutes les nations du centre de l'Asie nourris presque exclusivement de riz et de légumes, ont des constitutions et des tempéraments bien différents des Français, des Anglais, des Allemands et des Canadiens.

Sur la fréquence de la thrombose après les opérations gynécologiques et les suites de couches.

Par M. HOFMEIER

Le présent article est encore une protestation contre la manière de faire de Krönig. Hofmeier critique la statistique qu'a produite Bürkhard, élève de Krönig, au sujet des thromboses consécutives aux opérations pour fibromes. Cette statistique porte sur 12 cas de thrombose avec 6 morts, après 236 extirpations de myomes utérins ; l'accident serait dû à ce que les femmes ont été trop longtemps maintenues au lit après l'intervention. Or Hofmeier, en examinant avec soin les 12 cas de mort rapportés par Bürkhard, remarque que, chez 3 malades, il y avait péritonite généralisée ; que, chez 8 autres, il y avait eu pendant la maladie des signes d'infection évidente ; enfin, que dans le dernier cas, il s'agissait d'un fibrome à développement énorme de veines qui, à la suite de l'opération, présenta quelques signes de réaction thermique. Il est donc inadmissible de prétendre, avec Krönig, que les 12 cas de thromboses sont dus au repos au lit prolongé ; on peut seulement dire : 12 malades ont été infectées au cours de leur opération, et la thrombose qui s'est produite chez elles en est la conséquence. Chez une seule malade, il est possible que l'embolie, survenue subitement au 14^e jour, soit due aux troubles mécaniques de la circulation.

A la statistique de Bürkhard, Hofmeier oppose une suite de 289 opérations pour fibromes, avec seulement 6 cas de thrombose et 5 morts, soit moitié moins pour un nombre plus considérable de malades ; chez 5 malades il y avait eu des signes d'infection. Ainsi, en réunissant les deux statistiques, on ne trouve, sur 525 cas, que 2 morts par embolies pour lesquelles on pourrait peut-être invoquer la théorie de la thrombose par stase de Krönig. C'est là un chiffre bien faible, et rien ne prouve encore que le lever précoce pourrait le réduire à zéro.

Les opsonines :

Etude physico-chimique et biologique

Par M. le Docteur MILHIT.

On sait que les opsonines sont des substances solubles contenues dans les sérums, qui exagèrent la phagocytose et la rendent plus efficace. Pour les déceler et les doser, on met en présence *in vitro* leucocytes, sérums et microbes, et on compte le nombre de microbes phagocytés en un temps donné dans des mélanges de taux connu.

M. Milhit consacre la première partie de sa thèse à l'exposé de la technique utilisée pour la recherche des opsonines et à la discussion des critiques qu'on peut adresser à la méthode de Wright, comme en suscite nécessairement toute méthode délicate qui met en jeu plusieurs facteurs variables.

Il passe en revue les différents facteurs intervenant dans le mécanisme de l'opsonisation et aborde la question de la nature, de l'origine et de la spécificité des opsonines. Ici, la complexité des réactions et la difficulté d'interprétation rendent les conceptions générales très précaires. Il semble que les opsonines soient en relation avec le complément et les ambocepteurs des sérums, tout en s'en distinguant ; pour M. Milhit, elles doivent exister dans le plasma circulant à l'état de préopsonines, transformables en opsonines par l'action de substances, de principes provenant des organes hématopoiétiques.

La spécificité des opsonines paraît réelle, mais relative : le sérum d'un animal immunisé contre un bacille favorise, dans une mesure largement prédominante, la phagocytose de ce bacille et est sans grande action sur la phagocytose d'un autre microbe.

C'est surtout par ses observations sur le sérum des typhiques que l'auteur a été amené à se faire une opinion sur

maintes questions d'opsonisation. Il a étudié, au cours de la dothiéntérie, les variations de l'indice opsonique suivant le traitement, par la balnéation, par le sérum de Chantemesse, la valeur diagnostique et pronostique de l'indice opsonique, etc.

Dans la troisième partie, sont groupés les résultats fournis par la recherche des opsonines dans différentes maladies: sporotrichose, diphtérie, tuberculose, etc.; la quatrième a trait à une critique d'ensemble de la méthode opsonique et de ses applications.

L'auteur y reconnaît d'abord le manque de précision et de rigueur scientifique de cette méthode, exposée, comme tout procédé basé sur les variations de phénomènes biologiques, à de très nombreuses causes d'erreur.

Cependant on peut attendre de la recherche des variations de l'indice opsonique d'intéressantes indications d'ordre diagnostique et surtout pronostique. En effet, par la méthode opsonique, on apprécie le pouvoir phagocytaire d'un sérum. On traduit ainsi d'une manière visible la résistance que le malade oppose à l'infection. Si tout se ramenait à la phagocytose dans la lutte soutenue par l'organisme infecté, les résultats de la méthode opsonique seraient parfaits. Mais la phagocytose n'est qu'un des moments de la résistance; en connaître le degré, n'est juger que d'une partie du pronostic, le reste dépendant du mode de résistance de l'organisme à l'intoxication.

Imparfaite, mais utile au point de vue pronostic, la méthode opsonique trouve son utilité dans l'interprétation des diverses thérapeutiques appliquées à une maladie. On sait le rôle que Wright lui fait jouer pour établir sa thérapeutique des vaccins microbiens. M. Milhit la considère comme le seul moyen actuel pour apprécier les modifications subies par l'organisme sous l'influence d'une médication quelconque, au moins en ce qui concerne le pouvoir phagocytaire. Appliquée à l'étude du sérum antityphique, elle a permis de constater que, dans les 48 heures qui suivent l'injection, l'indice opsonique augmente considérablement.

L'intérêt qui s'attache à l'étude des opsonines est grand, encore que celle-ci, par les difficultés de sa technique, semble destinée à rester une pure méthode de laboratoire.

Du traitement des inflammations annexielles

Par M. le Docteur KAARSBERG (Copenhague)

Kaarsberg rapporte 280 cas d'annexite opérés par lui. Il les divise en 3 groupes, suivant qu'ils étaient suppurés, non suppurés ou tuberculeux. Dans les deux premiers groupes il s'agit le plus souvent d'affection puerpérale ou gonococcique, la première donnant lieu à un envahissement plus considérable des ligaments.

Le premier chapitre étudie des *inflammations non suppurées*. Elles doivent d'abord être traitées par l'expectation ; ce qui est difficile, c'est de choisir le moment d'intervenir ; il faut se méfier des exagérations et de l'hystérie, et considérer l'âge de la malade ; si la tumeur atteint le volume d'un œuf de cane, en dehors de l'empâtement périphérique, il vaudra mieux opérer.

Le traitement expectatif consistera d'abord dans le repos au lit pendant trois ou quatre semaines. Il ne faudra faire le curettage qu'exceptionnellement. Sur le col on emploiera le formol à 30 0/0, la glycérine ichtyolée ; sur le ventre, les enveloppements chauds ou un thermophore à air chaud ou électrique pendant une heure. Dans les inflammations chroniques le massage est à recommander ainsi que la cure thermique.

Avant d'intervenir, il faut envisager le risque de l'insuffisance ovarienne. Étudiée dans 88 cas, elle se manifeste par de la chaleur et des sueurs, accompagnées de nervosité et de

lassitude, parfois de larmes incessantes ; ces phénomènes diminuent, en général, au bout de 1 à 3 ans : l'emploi d'extrait d'ovaire a parfois réussi. Il faut, le plus possible, faire une opération conservatrice. Kaarsberg a fait 96 opérations de ce genre : dans 11 cas, il a vu survenir ultérieurement une grossesse. Parmi les contre-indications à une intervention à une intervention est l'infection possible ; elle a causé la mort de deux malades opérées conservativement. Parfois aussi peuvent se développer des kystes séreux ou sanguins qu'il faut enlever plus tard. Sur deux cas où l'intervention conservatrice fut faite par le vagin, il fallut faire une fois la laparotomie immédiate pour hémorragie, et l'autre malade dut être réopérée un an plus tard pour une récurrence du côté opposé.

La castration bilatérale fut pratiquée 20 fois : dans 2 cas il persista des douleurs ; 2 fois fut faite l'hystérectomie en même temps (avec une mort par septicémie). 27 hystérectomies vaginales totales ont donné 2 morts, l'une de péritonite, l'autre d'hémorragie et deux résultats imparfaits.

Dans 5 cas, survint ultérieurement une éventration.

— Dans le chapitre consacré aux *annexites suppurées*, Kaarsberg montre l'utilité de l'intervention malgré l'évolution favorable qui peut se faire spontanément. Sur 112 malades, 5 sont mortes d'une rupture de pyosalpinx ; 8 autres ont succombé après la laparotomie, dont 5 de septicémies, 1 de pneumonie, 1 d'œdème pulmonaire, 1 d'iélu paralytique. Si la collection n'est accessible que par la laparotomie, il faut attendre que la température soit tombée ; si on peut, au contraire, l'atteindre par le vagin, il faut faire la colpotomie. Sur 25 cas ainsi traités, 2 seulement durent être laparotomisés peu après ; 3 autres le furent également plus tard ; à part deux malades qui souffrent encore un peu, les autres sont complètement guéries.

73 pyosalpinx ont été traités 51 fois par la castration unilatérale, 20 fois par la castration bilatérale, 2 fois par la castration avec hystérectomie, 2 fois la castration fut faite par voie vaginale : c'est là une opération dangereuse, car une des

malades mourut d'hémorragie post-opératoire. L'hystérectomie avec castration vaginale a été faite 12 fois avec succès.

— Les *lésions tuberculeuses* peuvent guérir spontanément. Si elles suppurent, il faut intervenir : plus on arrive tôt et plus on peut être conservateur. On fera en même temps le curettage, car la muqueuse utérine est très souvent envahie (10 fois sur 18). Sur 28 cas, Kaarsberg compte 12 castrations unilatérales, 4 doubles, 9 extirpations abdominales totales, 3 vaginales, 2 malades sont mortes de tuberculose ; 3 sont incomplètement guéries ; les autres sont en bon état, quelques-unes avec des fistules.

Imperforations de l'hymen

Par M. le Docteur GUINARD, *chirurgien de l'Hôtel-Dieu*

Mesieurs, M. le Docteur Lavocat, nous amène dans le service une jeune fille de 15 ans et demi qui s'est présentée à lui dans les circonstances suivantes. Cette fillette, très sujette depuis quelques mois à des épistaxis, est prise il y a plusieurs jours d'une hémorragie nasale si abondante que sa mère envoie chercher le D^r Lavocat. Celui-ci arrête l'hémorragie ; mais ne se borne pas avec raison à cela, et se met en devoir d'examiner l'enfant à fond, pour s'assurer qu'une cause organique n'est pas l'origine de ces épistaxis répétées. Ses investigations portant très judicieusement tout d'abord sur le foie, il s'aperçoit que le ventre est très saillant. A la palpation, il trouve une énorme tumeur pyriforme qui dépasse l'ombilic : cette tumeur dont la petite malade ne s'est jamais plainte, est molle, rénitente et même fluctuante. Elle donne l'impression d'un utérus gravide à deux mois. C'est dans ces conditions que le D^r Lavocat m'amène sa malade à l'Hôtel-Dieu, le 23 avril. Après avoir fait les mêmes constatations que

notre confrère, j'apprends que cette enfant n'a jamais été réglée. Il y a deux ans, elle a été prise brusquement de violentes douleurs dans le ventre, pour lesquelles on a appelé le remplaçant du D^r Lavocat. Pensant à une crise d'appendicite, on a institué le traitement classique, et au bout de huit jours tout est rentré dans l'ordre. Depuis cette époque, il n'y a plus eu de phénomènes péritonéaux : ce n'est qu'en insistant qu'on finit par apprendre que la malade a souvent depuis deux ans, quelques sensations de pesanteur et de tiraillements dans le ventre. Elle nous dit, en outre, qu'elle a des envies fréquentes d'uriner et même que depuis quelques semaines elle a quelques difficultés pour la miction.

Deux diagnostics usuels se présentaient tout d'abord : le kyste dermoïde de l'ovaire avec des accidents de torsion du pédicule pour expliquer la crise douloureuse du début, ou une tuberculose du péritoine. Les signes physiques et l'état général de la malade permettaient d'éliminer de suite la tuberculose. Quant au kyste dermoïde, je crus pouvoir l'éliminer aussi en raison de l'absence de douleurs. Je pensai donc à une imperforation de l'hymen et à une rétention des règles, en un mot à un hémato-colpes.

Sur le lit à speculum, le diagnostic fut confirmé immédiatement. La vulve était parfaitement bien constituée. Poils du pubis très fournis, grandes et petites lèvres bien développées, clitoris et capuchon clitoridien tout à fait normaux. Mais en écartant les grandes lèvres, on voit une voussure bleuâtre qui fait saillie en avant comme une petite tête d'enfant pendant l'accouchement : la comparaison est d'autant plus juste qu'à chaque sanglot de la patiente, cette voussure s'accroît et bombe en avant comme si la paroi allait se rompre. La tumeur est bleuâtre sur les côtés, et la membrane qui la recouvre est comme translucide avec une teinte un peu opaline : mais sur la ligne médiane on voit une bride rosée qui unit la colonne inférieure du vagin à l'urètre.

D'un coup de ciseau en travers je fends largement l'hymen et il sort violemment environ un litre et demi (au moins), d'un liquide épais, poisseux, brun, absolument semblable,

comme je l'avais annoncé, à une crème au chocolat bien liée. Il était facile de voir avec le doigt que le liquide était contenu dans le vagin extraordinairement distendu en arrière d'un hymen imperforé.

Ces faits-là ne sont pas très rares, puisque j'en ai observé déjà deux autres, qui vont être publiés dans la thèse de mon interne M. Brésard. Mais comme on en parle très brièvement dans nos classiques, je crois utile d'appeler votre attention sur quelques particularités qui les concernent.

Un premier trait commun à toutes les observations, c'est que le diagnostic n'est jamais fait que deux ou trois ans après le début des accidents. Les malades viennent consulter le médecin pour des douleurs abdominales vagues, s'exacerbant de temps en temps sans périodicité bien marquée. D'autres fois, comme dans l'observation précédente, c'est pour des épistaxis qu'on est appelé. Enfin, le plus souvent, c'est pour des troubles de la miction, rétention d'urine, ou envies fréquentes d'uriner. Si l'attention n'est pas attirée du côté de la vulve, on peut d'autant plus aisément passer à côté du diagnostic, qu'on hésite à faire le toucher vaginal chez des fillettes. Dans une de mes observations on soignait la jeune fille pour de la péritonite tuberculeuse avec ascite enkystée.

Le second point à faire ressortir, c'est qu'autrefois l'ouverture de l'hymen imperforé infectait le vagin distendu et donnait lieu à des accidents formidables d'infection purulente. Actuellement, l'incision simple suivie de quelques lavages, amène constamment la guérison. D'autant mieux qu'il s'agit 9 fois sur 10 d'hématocolpos et non d'hématométrie. La dilatation de l'utérus par le sang en pareil cas est, contrairement à ce qu'on a cru, une véritable rareté.

Sur la physiologie de l'orifice iléo-cæcal

M. P. Alglave exposé le résultat de ses recherches sur la physiologie de l'orifice iléo-cæcal. La fermeture de l'orifice iléo-cæcal sous l'influence de la réplétion du cæcum par les gaz ou les liquides paraît dépendre : 1° du jeu des lèvres de la valvule iléo-cæcale et des éperons iléo-cæcaux ; 2° du mode d'incidence plus ou moins oblique de l'iléon sur le cæcum et du mode d'enroulement de la pointe du cæcum, un moyen de fermeture automatique.

Les viscères étant en place, l'injection d'air ou d'eau, faite du côlon transverse vers le cæcum, sur 70 cadâvres frais, a montré que l'orifice iléo-cæcal se fermait au passage de l'air du cæcum vers l'iléon dans 84 p. 100 des cas, et au passage de l'eau dans 52 p. 100 des cas, l'injection ayant été faite, doucement. Chez 16 p. 100 des sujets, l'air et l'eau passent facilement du cæcum dans la fin de l'iléon. Chez 32 p. 100 l'eau peut passer faiblement.

Quand il y a « suffisance » à la fermeture, plus la distension du cæcum est grande, plus la fermeture devient hermétique jusqu'à la rupture du cæcum.

On peut souvent réséquer une lèvre de la valvule iléo-cæcale et quelquefois les deux sans nuire à la fermeture. Celle-ci existe souvent avec des valvules moulées plus ou moins détruites, par exemple, par des ulcérations tuberculeuses.

La suffisance à la fermeture paraît diminuer avec l'âge, et elle est plus constante chez l'enfant que chez le vieillard.

— M. Küss rappelle que d'après des expériences de M. Robin sur le vivant, les conditions de pression ont, entre autres, une grande importance pour la perméabilité de la valvule.

Accidents consécutifs à la vaccination



Dans un travail fort intéressant sur ce sujet, M. le D^r Gigneste étudie non seulement les accidents provoqués par la vaccination sur le sujet vacciné, mais de plus attire l'attention sur ceux qui peuvent survenir chez les sujets mis en contact avec les enfants vaccinés. Ces cas d'hétéro-infection sont loin d'être rares.

Une statistique récente de Blochmann (1904) en révèle 120 cas en Allemagne, dans les vingt dernières années ; en France, bien des cas de cette nature ont été rencontrés par les médecins, mais un travail de synthèse à ce sujet fait complètement défaut. La « transmission vaccinale », non celle qui est produite de bras à bras, par le transport du virus dans la méthode jennérienne, et dont les accidents fort graves n'ont plus, aujourd'hui, qu'un intérêt historique, mais la transmission vaccinale produite par transfert, dû au contact et aux souillures des plaies cutanées ou d'affections de la peau, par la lymphé vaccinale, chez des sujets de l'entourage, constitue une des formes les plus graves des accidents secondaires à la vaccination.

Comme il fallait s'y attendre, l'observation montre que les mères qui soignent leurs enfants, les bonnes d'enfants, les nourrices sont le plus souvent frappées par la transmission vaccinale. Dans une statistique dressée par Blochmann, on voit que, dans 65 cas, ce sont les mères ; dans 5 cas, les nourrices ou les bonnes d'enfants ; les pères et autres membres de la famille sont atteints beaucoup plus rarement.

Les lésions produites atteignent particulièrement certains organes : dans 9 cas, ce sont les organes génitaux ; dans 30 cas, il se produit des affections oculaires extrêmement graves.

Dans une autre série (20 cas), on a constaté la contagion sur des enfants *non vaccinés*. Dans un de ces (Kosmak, 1904), la peau du nourrisson infecté était intacte ; la maladie fut assez bénigne, mais laissa de profondes cicatrices. Dans les autres cas (10 cas), les enfants étaient eczémateux et, à la suite de la transmission vaccinale, l'infection s'étendit partout, occasionnant des accidents graves, parmi lesquels cinq décès. Dans un cas de Dieter (1893), l'enfant devint complètement aveugle.

On a pu constater ainsi que dans les cas où la vaccine a été reportée sur la peau d'enfants eczémateux, non vaccinés, c'est-à-dire dans des cas très fréquents, la mortalité a été de 25 p. 100, un peu plus de la moitié de la mortalité infantile de la variole la plus grave.

En résumé, quand on vaccine un enfant, il ne faut pas oublier que d'autres sujets dans la même famille, enfants ou même adultes, peuvent être contagionnés par ce vaccin, surtout s'ils portent des plaies ou des éruptions eczémateuses pouvant servir de porte d'entrée à cette contagion. Les parents doivent donc être prévenus afin qu'ils ne fassent pas, par exemple, comme dans le cas cité par Blochmann et rappelé par M. Gineste dans lequel un enfant eczémateux non vacciné fut baigné dans la même eau que son frère vacciné récemment et succomba à une éruption vaccinale généralisée.

La toux aboyante chez l'enfant

Par le Professeur L. BAUMEL.

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'une petite maladie entrée depuis quelques jours à peine dans nos salles, mais dont vous avez à coup sûr remarqué la toux bruyante spasmodique, d'aspect vraiment spécial.

Nous avons appelé cette enfant de douze ans l' « aboyeuse », et de fait les quintes de toux qu'elle présente ressemblent de façon étonnante aux aboiements rauques d'un chien.

C'est il y a trois semaines que l'enfant a commencé à tousser en pleine santé, sans cause apparente et sans qu'aucun symptôme pulmonaire (autre qu'un peu d'adénopathie trachéobronchique) puisse être perçu à l'auscultation. En même temps et depuis la date la petite malade refuse de s'alimenter et aurait, nous dit-on, sensiblement maigri.

Dans ses antécédents héréditaires nous trouvons d'ailleurs une mère nerveuse, un père facilement coléreux.

L'enfant elle-même est de santé habituellement bonne; pas de maladies antérieures à signaler, à part une bronchite à 4 ans, la coqueluche à 6. Notre petite malade reconnaît elle-même pleurer souvent sans raison, se réveiller quelquefois au milieu de la nuit avoir des cauchemars pénibles. Elle paraît pourtant n'avoir jamais présenté d'accidents nerveux convulsifs.

A l'heure actuelle, surtout quand on l'approche ou quand elle se sent observée, l'enfant est prise de véritables quintes de toux spasmodique, bruyante, par brusque contraction de tous les muscles expirateurs même accessoires, et surtout du diaphragme. Au moment de son entrée dans le service, l'enfant avait jusqu'à 30 à 40 quintes par jour; depuis que nous la suivons, les spasmes se sont espacés, deviennent progressivement moins intenses et moins prolongés. D'ici peu nous observerons probablement la guérison.

A quel type clinique rattacher, Messieurs, cet ensemble symptomatique. Quelles en sont les causes? Quel doit en être le traitement?

La toux aboyante n'est guère mentionnée dans les traités classiques de pédiatrie. C'est pourquoi j'ai cru devoir attirer particulièrement votre attention sur le fait que nous avons actuellement sous les yeux.

Ce qui nous donne la clef du diagnostic chez notre petite

malade, c'est à coup sûr l'examen de son état général, la surveillance de ses attitudes, de son caractère. Par quelques légers mouvements saccadés, spasmodiques, des membres ou de la face, il est possible en effet de porter chez l'enfant que je vous présente le diagnostic de chorée légère, classique, de Sydenham. A cette chorée à symptomatologie assez fruste, s'ajoute la toux aboyante que nous constatons.

Quelles sont donc les causes? Quelle est la pathogénie de l'ensemble clinique réalisé?

Tout d'abord, à coup sûr, l'hérédité. Cet enfant, de par ses antécédents héréditaires nettement nerveux, est uné prédisposée aux névroses. C'est là un point sur lequel il est même inutile d'insister.

Mais pourquoi, héréditairement nerveuse, cette enfant de 12 ans réalise-t-elle aujourd'hui seulement la névrose que nous constatons? Toute une série de causes peuvent être sans doute invoquées.

Cette enfant est une *anémique* chez laquelle vous trouverez sans peine, aujourd'hui encore, les signes classiques de l'anémie: pâleur de la face et des muqueuses, souffles vasculaires, souffle jugulaire. Fatiguée par une croissance très rapide, à cause aussi de son appétit capricieux et d'une assimilation sans doute imparfaite, l'enfant a réalisé brusquement cet état d'anémie. Je vous montre souvent, Messieurs, l'anémie comme se trouvant à la base de toute une série d'états pathologiques de l'enfance. Mais cela me semble surtout vrai quand il s'agit des accidents nerveux de la seconde enfance. *Sanguis moderator nervorum*: ce vieil adage médical restera toujours vrai. L'anémie a donc joué un rôle étiopathogénique réel dans l'histoire pathologique de notre aboyeuse.

Mais sur ce système nerveux débile et excitable par l'hérédité névropathique et l'anémie actuelle que présente cette enfant, sont venues encore agir toute une série de *causes d'irritation périphérique* productrices de réflexe.

Tout d'abord l'état saburral des voies digestives, manifesté par une constipation chronique et un appétit capricieux. Le

gros foie que présente cette enfant, comme toute vraie anémique, semble d'ailleurs devoir encore intervenir ici pour maintenir cet état gastro-intestinal. La précocité et le développement de cette enfant nous font penser à l'évolution probable et à peu près certaine des dents de 13, 14 ans, si j'en juge par la douleur que provoque à la face externe le simple contact de la gencive droite à ce niveau.

Vous m'avez vu, Messieurs, interroger l'enfant et l'examiner au point de vue de l'état de tout son appareil génital, et je vous signale qu'à côté de la vulvite, de la vulvovaginite constatée, nous avons été frappés, au lit de la petite malade, des douleurs utéro-ovariennes très vives que déterminait la simple pression abdominale, surtout à droite. En même temps que ces symptômes nous permettent de rapprocher jusqu'à un certain point la toux anormale présentée par cette enfant de la toux utérine si bien décrite par Courtis, je pense que de telles causes génitales doivent agir comme irritatives de la sensibilité générale.

Enfin, Messieurs, l'enfant que je vous présente se plaint de violentes céphalées très fréquentes. Douleurs de tête de croissance, disent les auteurs. Sans doute, mais comment la croissance agit-elle à ce point de vue autrement que par les névralgies que cause si souvent l'évolution ou la carie dentaires méconnues?

Au point de vue même de l'état pulmonaire présenté par cette enfant, il est probable que l'adénopathie trachéo-bronchique, à elle seule, est une épine provocatrice importante des accès de toux que vous constatez : toux coqueluchoïde que toute la série des causes énumérées modifie dans son allure clinique.

Notre *traitement* s'est borné à modifier l'alimentation pour enrayer les troubles digestifs, à prescrire un régime liquide ou demi-liquide, plus directement assimilable. Des toniques généraux (sirop de quinquina, 40 gr.); des reconstituants (arséniat de soude, 0,07 centigr. pour 300, une cuillerée à soupe par jour); phosphate de chaux (solution de lait et phosphate à 5 0/0, 40 gr.); des sédatifs du système nerveux.

(bromure, 1 gr.). Des lavages et peut-être des injections au permanganate à 4 0/00 vont modifier l'état vulvo-vaginal.

Telle est notre thérapeutique; dans quelques jours, toutes causes irritatives réflexes disparaissant, l'enfant, je l'espère, verra cesser les accidents pour lesquels on nous l'a amenée et qui se sont déjà, en très peu de temps, considérablement atténués.

Le rein croisé

Par M. le Professeur ALBARRAN

Rein croisé, c'est-à-dire deux reins du même côté avec uretères ouverts à leur place normale. M. Albarran a vu un fait de cet ordre. Une femme accusait des douleurs dans le rein droit. Deux sondes garnies d'un mandrin métallique pénètrent dans les uretères et montrent à la radiographie deux reins superposés, le supérieur gros, l'inférieur plus petit. M. Albarran opère, fixe le rein supérieur et les douleurs disparaissent.

Parfois, au lieu d'un rein croisé, il peut n'exister qu'un rein unique, pourvu d'un uretère unique et parfois de deux uretères placés l'un à côté de l'autre.

Quand il existe deux reins du même côté, le cathétérisme urétéral laisse couler une urine qui offre des caractères de composition identique des deux côtés; de plus, comme un des reins est toujours plus petit, le rein sain peut donner peu de liquide, tandis que le rein malade, qui est plus gros, en laisse filtrer beaucoup plus. Le palper, de plus, laisse percevoir des irrégularités, une courbe onduluse sur le bord interne du rein dans les cas de rein croisé. Ce sont là signes de présomption. Le cathétérisme des uretères et la radiographie autoriseront des renseignements plus précis.

PHLÉBITES
ENFLURES & FAIBLESSES
DES JAMBES

V A R I C E S

Les *Bas élastiques perfectionnés de A. CLAVERIE* sont tissés spécialement pour chaque cas particulier, et sur les mesures exactes.

Ils procurent, dès leur application, un soulagement immédiat et l'arrêt instantané de tous les symptômes.

SEULS ils fournissent une pression rationnelle, c'est-à-dire *uniforme, régulière et invariable* et mettent de ce fait le malade à l'abri de toute complication dangereuse.

D'une souplesse et d'une douceur universellement reconnues et appréciées, les *Bas Élastiques perfectionnés de A. CLAVERIE* se moulent étroitement sur la jambe et se portent sans aucune gêne.

Ils permettent l'exercice des professions les plus pénibles, même de celles qui exigent de longues marches ou la station debout prolongée.

Recommandés par les sommités médicales à cause de leur élasticité précise, de leur confection soignée, de leur solidité à toute épreuve, ils constituent le seul traitement vraiment sérieux et vraiment efficace des dilatations variqueuses.

A. CLAVERIE

Spécialiste-Breveté

234, Faubourg Saint-Martin, 234

PARIS

MAISON LA PLUS IMPORTANTE DU MONDE ENTIER

Succursale de MONTREAL

Directeur : M. ANDRÉ CLAVERIE

970, Rue Saint-Denis

Téléphone : Est 6304

Opinion légale

concernant l'examen médical

Saint-Jérôme, 1^{er} Mars 1909.

A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE TERREBONNE.

Messieurs,

A votre séance du 17 décembre dernier, 1908, la résolution suivante a été passée :

Il est proposé par le D^r M. Quimet, secondé par le D^r Dazé, que la Société Médicale du District de Terrebonne, consulte l'Avocat Thibaudeau Rinfret relativement à la légalité du tarif de \$ 5.00 chargé aux compagnies d'assurance à stock pour chaque examen médical; et que dans le cas où l'Avocat Rinfret décidera en faveur de ladite société, il soit loisible à la société de poursuivre les Compagnies d'assurance qui refusent de payer \$ 5.00 pour chaque examen médical après avoir été notifiée par avis écrit que tel est le nouveau tarif de la Société Médicale du District de Terrebonne.

Je trouve dans les Statuts Refondus de la Province de Québec, Section 3983, au Chap. 4^{me}, du Titre 10 qui traite des professions libérales, la clause suivante relative aux Médecins et Chirurgiens.

3983. — De temps en temps quand l'occasion le demande, le Bureau Provincial de Médecine fait des règlements concernant :...
4. — le tarif des prix payables dans les villes et campagnes relativement aux avis en matière de médecine, d'art obstétrique, ou de chirurgie, et relativement aux soins ou à l'accomplissement de toute opération ou à toutes médecines qui ont été prescrites ou fournies.

Pour être valable, ce tarif doit être approuvé par le lieutenant-Gouverneur en conseil, et ne peut entrer en vigueur que six mois après sa publication et après la publication, une fois dans la *Gazette Officielle de Québec*, de l'arrêté en conseil l'approuvant.

Ce tarif ne dispense en cas de poursuite, de la preuve des avis, soins, prescriptions, remèdes et autres choses y mentionnées, d'après les lois actuellement en vigueur.

Par les informations que j'ai prises auprès de votre secrétaire, j'ai appris que le Bureau Provincial n'a pas fait de règlements de ce genre et qu'il n'existe aucun tarif officiel pour les médecins dans la province de Québec.

Dans les circonstances, le montant qu'un médecin a le droit de charger devient donc une question de preuve dans chaque cas, cela dépend de l'importance et de l'étendue des services rendus.

Si les médecins qui font partie de la Société Médicale du District de Terrebonne sont d'opinion que l'examen médical fait pour une Compagnie d'assurance à stock, y compris le rapport fait à la Compagnie, vaut \$ 5.00, ils ont certainement le droit de charger ce montant.

Au cas d'une poursuite intentée contre une Compagnie d'assurance en recouvrement de ce montant, le médecin réussirait certainement à obtenir un jugement de la Cour en sa faveur, sur preuve faite devant le Tribunal par d'autres médecins, que l'examen en question vaut la somme de \$ 5.00.

Si cependant, il a été dans l'habitude des médecins de faire cet examen pour \$ 4.00, je considère qu'il est de toute nécessité que les Compagnies d'assurance soient préalablement notifiées par avis écrit qu'à l'avenir, la somme de \$ 5.00 sera chargée, car l'acceptation de la somme de \$ 4.00 jusqu'ici par les médecins pourrait justifier les Compagnies d'assurances de ne payer que cette somme, jusqu'à avis d'un changement.

Ce qui précède concerne le droit que possède chaque médecin individuellement. Je n'ai pas le moindre doute que, s'il chargeait \$ 5.00 pour un examen médical à une Compagnie d'assurance, après avoir notifié cette dernière que ce sera désormais son prix, ce médecin réussirait à obtenir ce montant devant les Tribunaux.

Je comprends en plus, (quoique la résolution ne le dise pas), que ce serait l'intention des médecins faisant partie de la Société

Médicale du District de Terrebonne, de s'entendre pour, à l'avenir, charger ce prix uniformément.

Je ne vois rien dans la loi qui défende une pareille entente. Le Code criminel défend bien les combinaisons entre négociants pour restreindre le commerce ; mais le cas n'est évidemment pas assimilable à celui qui nous occupe. Une pareille entente ne serait donc pas d'après moi illégale.

Il ne resterait qu'à savoir de quelle façon elle pourrait être mise en vigueur au cas où quelqu'un des membres l'enfreindrait. Cette entente évidemment, reposerait surtout sur la bonne foi et la loyauté des membres de la Société. Mais c'est là sortir de mon domaine et entrer dans une question qui regarde surtout les membres de votre Société.

En ce qui me concerne, je n'ai plus qu'à me borner à résumer comme suit : vous avez le droit de charger \$ 5.00 à une Compagnie d'assurance et une entente pour rendre ce prix uniforme dans le District de Terrebonne ne me paraît pas illégale.

Veillez me croire,

Votre bien dévoué,
Signé : T. RINFRET.

Les nominations Décénales de la Faculté de Médecine de Montréal

Tous les médecins de langue française, tant au Canada, aux Etats-Unis qu'en France, applaudissent de tout cœur aux progrès de la médecine au Canada, et tous ont appris avec un sentiment de vive satisfaction la nouvelle d'une organisation plus complète de la Faculté de Montréal. Tous nos confrères de la province de Québec qui s'intéressent à nos succès professionnels et à notre honneur national sont heureux de présenter leurs félicitations aux nouveaux professeurs.

Le problème de l'enseignement de la médecine dans notre province, doit être un sujet d'étude très sérieux de la part de nos Sociétés médicales, particulièrement en ce moment de la refonte de nos lois, de l'organisation d'une cinquième année et de la création d'un bureau central d'examineurs. Il nous faudra aussi étudier les motifs qui provoquent ces nominations en séries, tous les dix ans : L'enseignement de la médecine suffit-il à sa tâche durant neuf années et fait-il subitement faillite à la dixième ? Il est du devoir de tous les médecins de se préoccuper de nos intérêts professionnel et nationaux, d'étudier le programme de nos Facultés et de voir et de savoir si les portes de nos Ecoles sont ouvertes ou fermées à ceux qui possèdent des qualités et des aptitudes réelles à l'enseignement. Il n'est pas indifférent aux médecins de connaître comment se font les nominations des Professeurs et des Agrégés (1) et d'être au courant des examens que l'on exige de ces candidats. Nous étudierons bientôt comment se fait le choix des internes dans nos hôpitaux, ou plutôt comment il ne se fait pas, car un grand nombre de ces candidats appellent ces nominations le *scandale de l'Internat*.

Nous donnerons aujourd'hui quelques chiffres pouvant orienter l'organisation de nos Facultés de médecine :

Nom de la Faculté	Nombre de Professeurs	Nombre d'Etudiants (1)
Berlin	109	1.182
Bonn	48	227
Breslau	66	272
Halle	40	200
Königsberg	52	228
Strasbourg	46	228
Heidelberg	52	293

Sans faire aucune comparaison avec les Universités allemandes ou françaises qui ne craignent pas de multiplier les services officiels, les cliniques ou les polycliniques et de faire les nominations d'agrégés selon les besoins, nous rappellerons seulement que chez nous les nominations précédentes en séries ont été faites par notre Faculté de médecine de

Montréal, il y a plus de dix ans, au lendemain de la lettre suivante qui fut publiée dans la *Presse*:

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Depuis quelque temps, on parle beaucoup du dévouement des professeurs de la Faculté de Médecine, à la cause de l'enseignement médical. Le dévouement à une cause s'apprécie par les sacrifices qu'on s'impose pour la servir. J'aimerais à savoir quels sacrifices pour l'enseignement, la Faculté a jamais contés à ses professeurs.

Il faut reconnaître que la Faculté de Médecine est une corporation privée, absolument indépendante de l'Université Laval. Ce n'est pas du tout comme dans la chanson :

*Or, Célestin, c'est Floridor,
Et Floridor, c'est Célestin.*

La Faculté de Médecine, c'est toujours l'ancienne Ecole de Médecine et de Chirurgie Victoria, exploitée comme une ferme en Beauce au bénéfice exclusif de la majorité de ses professeurs.

Ce n'est ni le temps, ni le lieu d'entrer dans les détails de la distribution, entre professeurs, des revenus qu'apporte, chaque année, le grand nombre d'élèves qui suivent les cours; mais je puis dès maintenant affirmer, ici, que cette distribution ne se fait pas, avec tout le désintéressement que comporte un dévouement bien entendu à la cause de l'enseignement de la médecine parmi nous : les professeurs ont pignon sur rue, tandis que l'Ecole de Médecine, quoique logée dans les bâtisses universitaires, aux frais de NN. SS. les évêques, vit au jour le jour, n'a pas un liard de capital, nonobstant son rapport annuel considérable.

Je ne reproche pas à Messieurs les professeurs leur grande ou petite aisance... C'est leur droit de faire ce que bon leur semble des ressources de l'Ecole..... Je constate seulement ce fait, que — l'argent est tout d'un côté.

J'aurais honte d'aborder cette question si je n'avais la certitude d'être l'écho fidèle de beaucoup de bons esprits de

la profession et si je n'y étais provoqué par ce projet de fondation de chaires universitaires. Je souscris bien à cette idée fondamentale du projet d'intéresser la population canadienne française à la création de chaires d'enseignement.

Mais, le public comme compensation indispensable aux sacrifices qu'il s'imposera, ne demandera-t-il pas plus de désintéressement de la part des professeurs ? Ne voudra-t-il pas qu'à l'indépendance mal entendue de chaque Faculté succède un esprit de solidarité, de cohésion personnifié par un conseil universitaire supérieur commun où les intérêts financiers et autres des diverses Facultés se soutiendront : un conseil universitaire qui prévientra les fautes et les erreurs que l'ambition, l'humeur chagrine et la mégalomanie de certains membres de la Faculté de médecine, par exemple, leur font commettre.

Le public souscrira pour une université nationale compacte, marchant à la lumière de l'enseignement catholique dans la voie du progrès et sous une direction unique.

La Faculté de médecine telle qu'organisée actuellement, est tout simplement une corporation privée à fin d'enseigner la médecine au bénéfice exclusif de ses membres, tout comme une société commerciale exploite la vente d'un article au profit de ses associés. L'enseignement de la médecine, ici, est à la hauteur d'une industrie.

D^r DEPLIN

Une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité forme des constitutions débiles, des tempéraments mal équilibrés, des caractères irascibles, mécontents de tout, incapables d'un travail sérieux, intellectuel ou manuel. Ces personnes se fatiguent rapidement, recherchent l'excitation de stimulants alcooliques et tournent facilement à l'ivrognerie.

A propos de la note commune

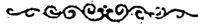
La note commune pour les opérations chirurgicales et les consultations médicales sauvegarde à la fois les intérêts matériels et la dignité du corps médical.

Cette question intéressante vient de faire un grand pas. A l'assemblée générale de l'Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest de Paris, tenue le 31 mai dernier, le Conseil d'administration a proposé au vote de l'assemblée un rapport de notre confrère, le D^r Gouffier, concluant très nettement en faveur de l'application de la note commune pour tous les membres de l'Association. Après avoir repoussé le quantum du cinquième, puis du quart que plusieurs d'entre nous avaient proposé, elle fixa au tiers des honoraires du chirurgien, honoraires des aides déduits, la part d'honoraires devant revenir au médecin traitant. Elle décida ensuite que le malade a le droit de connaître la part d'honoraires attribuée au médecin et au chirurgien. La question des honoraires médicaux, au cas de consultation médicale, a été ajournée à une assemblée ultérieure pour avoir le temps de la mieux étudier.

L'application du principe de la note commune est un acte de justice. Entre les mœurs anciennes, où, le chirurgien recevant des honoraires élevés, le médecin traitant pouvait ne pas toucher d'honoraires, et les mœurs nouvelles, où la dichotomie clandestine, allant parfois jusqu'aux deux tiers des honoraires du chirurgien, peut, en raison de la dureté des temps, faire chavirer les consciences, il y a place pour des mœurs intermédiaires, qui seront, avec la note commune, les mœurs de demain. Sans être l'objet d'aucune suspicion, le médecin recevra, ouvertement et devant tous, la rémunération légitime de sa peine et de sa responsabilité.

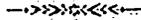
D^r Louis RÉNON

Nouvelles



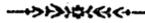
Ligue anti-tuberculeuse. — Un bel exemple de générosité vient d'être donné en Allemagne par Mme von Rath, qui, l'an dernier, créa, en mémoire de son mari, la « Fondation Adolphe von Rath » qu'elle dota d'un capital de 500,000 marks dans le but de nourrir gratuitement les tuberculeux.

Cette année, Mme von Rath a offert 125,000 marks à la Fondation Robert Koch; ce don va servir, en premier lieu, à étudier le problème de la contagion de la tuberculose par le lait, problème qui vient de susciter des discussions si passionnantes au Congrès de Washington, entre le professeur Robert Koch et les savants français et américains.



Le bilan chirurgical du foot-ball. — Le *Boston medical and surgical Journal* vient de publier un article très intéressant de MM. Edward, H. Nichols et Frank, L. Richardson sur les accidents d'ordre chirurgical survenus à l'équipe de foot-ball de Harvard pendant les trois dernières années. Malgré que de nouvelles règles aient été imposées pour rendre ce jeu moins dangereux, le nombre des fractures, des luxations, des contusions est encore très élevé, et, en 1908, on compta 34 cas chirurgicaux sur une équipe de 75 joueurs.

Universités allemandes. — Pendant le dernier semestre d'hiver, les 21 Universités de l'Empire allemand comptaient 48,718 étudiants immatriculés, dont 1,077 femmes. Le nombre des étudiants était, l'année dernière, de 46,471; en 1895 de 31,677; en 1888 de 28,651 et en 1878 de 19,040. D'après les *Hochschule Nachrichten* (janv.), ce serait l'Allemagne qui, en Europe, compterait, dans les Universités, le plus grand nombre d'étudiants. Viendraient ensuite la France avec 32,000, l'Autriche-Hongrie avec 30,000, l'Angleterre avec 25,000, l'Italie avec 25,000.



Lundi 8 février, la « Société Médicale de Montréal » convoquait tous les médecins à l'étude des moyens prophylactiques contre la propagation des maladies vénériennes. La résolution suivante a été adoptée : 1° Examen médical des prostituées; 2° Hospitalisation et isolement des personnes contaminées; 3° Education de la jeunesse sur le péril vénérien; 4° Formation d'une Société de prophylaxie morale et sanitaire.



Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les
SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. 3° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
 2° Au Bromure de Sodium. 4° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rijouteusement Josées. 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés — FLACON: 5 fr.

Maifon HENRY MURE, A. GAZAGNE, 1^{er} de 1^{re} classe, gendre et succ^r, Port Saint-Esprit (Gard).