

# 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. XLI

1er OCTOBRE 1912

No 10

## BULLETIN

### LA DISSEMINATION DE LA TUBERCULOSE DANS LES PLACES D'ETE ET DANS LES COLLEGES.

A aucune époque nous n'avons autant parlé de tuberculose, des dangers de la contamination, des moyens de s'en préserver et des possibilités d'en guérir lorsqu'on en est atteint.

Est-ce le hasard, est-ce l'acuité médicale plus grande, je ne sais, mais à chaque instant on découvre un tuberculeux avéré avec toutes les apparences extérieures de la santé, au sein d'une famille saine et sans histoire au point de vue héréditaire ou autre.

Ici, c'est une jeune fille au teint rose qui fréquente les bals et les "tea room," aux heures des "five o'clock." Elle consulte parce qu'elle a pris froid, dit-elle, la semaine précédente. Elle a un point de côté tenace et douloureux, et elle tousse un peu. Elle ne crache pas.

Vous l'examinez.

Elle a maigri depuis quelque temps: son corset n'est plus juste au corps comme auparavant, sa jupe tourne soudainement de droite à gauche, au mépris de toutes les règles de l'élégance et du chic moderne, l'appétit s'en va, les longues marches sont pénibles, et le lever est tardif, elle voudrait dormir encore.

A l'examen, vous trouvez un peu de fièvre, 99½, 100, même

101°. Il y a submatité à l'un des sommets, la respiration est rude, quelquefois saccadée, toujours superficielle.

Bref, vous avez devant vous une tuberculeuse avérée.

Surprise douloureuse des parents qui ne peuvent pas vous donner d'explications. Leur enfant a des amis dans les deux sexes.

“ Il y a bien, dit la mère, M. *Un Tel*, qui est mort l'année dernière et qui habitait au même hôtel, dans la même place d'eau où nous avons passé quelques semaines. Il était malade des poumons. Il était l'ami de ma jeune fille, mais ils se voyaient si peu.”

Interrogez alors cette jeune fille, à part, et elle vous dira non sans réticence ses longs tête-à-tête pendant que les parents jouaient au bridge, ses promenades en chaloupe, ses excursions fréquentes dans les montagnes, où on boit à la même source et dans la même tasse. Poussez plus loin, provoquez un simple aveu, elle vous répondra ingénument que, de temps en temps, on échangeait un baiser furtif derrière un éventail d'occasion ou un mouchoir contaminé.

Le voilà le foyer de contagion.

C'est là que cette jeune fille a pris cette maladie étrange, inexplicable chez elle et dans sa famille.

Et cette autre histoire d'un jeune homme robuste, dont les parents crèvent de santé.

Son appétit décline tout à coup, il maigrit, puis, peu à peu, sous le prétexte banal d'un rhume la toux s'installe, fixe, persistante, surtout le matin, sèche. Peu à peu, le rhume “ se détache ” ; lorsqu'il a craché pendant 20 minutes il se sent mieux durant tout le jour. Chaque matin, ça recommence. La mère inquiète, consulte enfin un médecin.

— Les signes cliniques ne laissent subsister aucun doute. L'examen des crachats vient confirmer cette enquête tardive : il y a de nombreux bacilles : le jeune homme est un tuberculeux à la deuxième période. On lui ordonne de prendre sa température. Chaque soir il fait 100, 101, ou plus. Il commence à comprendre pourquoi, depuis quelque temps il avait fréquemment des frissons. Il mettait tout cela sur le compte de sa digestion.

Mais pourquoi ce jeune homme est-il tuberculeux ?

Il a fait ses études dans un collège connu.

Y avait-il là des malades ?

Je n'en sais rien. Mais il est certain que cet enfant a été contaminé par un autre à son insu, et peut-être aussi à l'insu du premier malade lui-même. Car, combien de tuberculeux ignorent la cause de leur mal et l'inoculent à ceux qui les entourent et avec qui ils vivent avant d'en être prévenus eux-mêmes.

— Et ce troisième jeune homme de 18 ans, fils de père et mère sains. Il fait ses études dans un collège rural. On le ramène, un jour, à la maison, mal en train. La maladie prend vite l'allure d'une fièvre typhoïde. Mais la fièvre semble se prolonger indéfiniment, si bien que le diagnostic se pose : *typho-bacillose* ?

Le jeune homme se relève lentement, des râles persistent au poumon gauche. Bref, après un été médiocre, l'automne s'ouvre par une hémotysie. C'est bien de la tuberculose.

Avez-vous trouvé le mot de cette énigme ?

— Est-ce au collège que cette maladie a pris naissance ?

Et que d'autres faits instructifs à cet égard !

De tout cela, il faut conclure que la tuberculose est disséminée un peu partout, surtout dans les places d'été, et aussi dans les collèges.

Que le public se soucie peu de l'entourage qu'il fréquente au point de vue tuberculeux ; et que les propriétaires des grands hôtels ou des simples maisons de pension sont plus empressés d'exploiter que de protéger leurs clients.

Tout propriétaire d'hôtel ou de maison de pension devrait être très circonspect et ne recevoir que des personnes indemnes au point de vue pulmonaire.

Chaque collège, dans notre province devrait être soumis à une inspection rigoureuse tous les trois mois par un médecin inspecteur provincial, *compétent*, afin d'éliminer tout danger possible.

Cette réforme s'impose ici.

Les autorités des différents collèges comprendraient sans doute que ce serait une sauvegarde pour leurs professeurs et une recommandation publique si telles mesures sanitaires rigoureuses étaient prises afin que les parents puissent désormais y conduire leurs enfants en toute sécurité.

Je livre ces quelques réflexions au public médical.

Nos colonnes sont ouvertes à tout médecin qui voudra bien faire des suggestions dans ce sens.

Albert LESAGE.

## INTERETS PROFESSIONNELS

---

### TARIF MINIMUM OBLIGATOIRE

Monsieur le Rédacteur,

Confiant en votre indulgence, je me permets de vous demander l'introduction de cet article dans l'UNION MÉDICALE, où, sans doute, les médecins les plus humbles comme les plus dévoués peuvent communiquer au monde médical de notre province les observations et les suggestions qui leur surgissent au milieu de leurs misères professionnelles.

Je serais des plus heureux, si quelques remarques devaient avoir un certain retentissement auprès des têtes dirigeantes de notre corps médical.

Chaque année nous versons dans la caisse du Collège des Médecins la somme de quatre dollars, dont une forte partie est destinée à combattre et à mettre en brèche le charlatanisme éhonté qui, en certain endroit, selon la mentalité ambiante, l'emporte de beaucoup sur le prestige du médecin; cette lutte bien dirigée, je n'en doute pas, contre cette plaie sociale, n'a pas apporté, à mon sens, un résultat satisfaisant par le fait, sans doute que le revenu du Collège est insuffisant à encourir les frais de trop nombreuses poursuites.

Ne serait-il pas à propos alors d'exiger de chaque membre médical une plus forte somme annuelle afin d'assurer une plus consolante efficacité à l'enrayement de ce détestable fléau ?

Souffrant un jour de la concurrence déloyale d'un confrère qui, non content d'avilir la profession à l'état de vidangeur, par des honoraires ridicules venait dans ma paroisse faire de la sollicitation à domicile auprès de mes malades; je me suis adressé alors au Conseil de discipline; mais peine perdue; l'étrangeté des procédés qu'on exigeait de moi me fit abandonner ma plainte.

Je laisse à la réflexion des lecteurs ce que disait à ce sujet l'UNION MÉDICALE, du mois d'avril 1909.

“ Quel est le médecin, par exemple, qui se croyant lésé par un confrère, consentira à déposer \$25.00 ou \$100.00 en portant sa plainte devant le Conseil de discipline ? ”

Est-ce qu'une plainte assermentée ne serait pas suffisante ?  
Puisque le Collège des médecins est le gardien de la morale

professionnelle, pourquoi ne procéderait-il pas lui-même à une enquête sur réception de cette plainte assermentée ?

“ Pourquoi obliger un médecin lésé dans ses droits de supporter tous les frais de l’instruction avec la seule perspective dans bien des cas de frais à payer, dont la somme et la répartition sont laissées à la discrétion des juges ? (Voir la clause 123.)

En supposant que la plainte soit fondée, le plaignant peut être appelé à payer tous les frais encourus.

Cette clause est foncièrement injuste.

Il y a là comme on dirait au palais, un empêchement dirimant.

La commission a dit : nous aurons, désormais un Conseil de discipline.

J’ajoute : mais il ne fonctionnera jamais.

C’est une farce !

On nous objecte que le Collège ne peut pas encourir de nouveaux frais parce que ses revenus ne lui permettent pas.

Qu’on élève alors la cotisation annuelle ; car toutes les réformes que nous réclamons depuis longtemps, ne pourront jamais s’opérer si on est constamment acculé à déficit.”

Allons donc ! Quelle étrange conduite ! La profession médicale qui se donne tant de peines à soulager les différentes classes de la société ne s’impose pas le moindre sacrifice à panser les plaies intenses qui la rongent.

Tous les corps sociaux du Dominion, — corps de métier de toute sorte, le barreau, la chambre des notaires ont travaillé sans relâche à solutionner le relèvement de leur situation ; mais je ne crois pas que le corps médical de la Province de Québec ait donné toute la mesure qu’on s’attendait de lui, en vue de promouvoir une augmentation de tarif proportionnelle à la cherté de la vie tant dans les districts ruraux que dans les villes.

La pratique de la médecine, la plus noble, la plus belle, la plus philanthropique de toutes les professions est bien loin d’être rémunératrice en pièces sonnantes bien qu’elle nous tienne vingt-quatre heures par jour sur la sellette et nous oblige à de bien lourds sacrifices.

Qui d’entre nous n’a pas été arraché quelquefois et souvent au plaisir le plus pur d’une réunion de famille pour passer la nuit près du lit d’un malade ?

Le plus humble des ouvriers a sa liberté après ses heures de

travail qui est proportionnellement plus généreusement rémunéré que celui du médecin qui est censé être sous le harnais nuit et jour.

Après de longues et de pénibles années d'étude qui parfois ont réduit des parents à l'indigence, le nouveau médecin trop ivre d'espérance se trouve bien vite dans la désillusion. A l'âge où l'homme a bâti son intérieur et déjà amassé, je dirais même pour quelques-uns, une certaine aisance, le disciple d'Esculape ne fait qu'entrer dans la vie active; la fragilité et l'insuccès de ses procédés scientifiques le blessent encore moins que l'inquiétude de ses malades ne l'accable; mais ce qui le sollicite de dégoût au point de lui arracher des cris de découragement qui le font vieillir, ce sont ces basses manœuvres de certains confrères, qui pour quelques-uns, cuirassés d'une épaisse nullité exploitent, sans vergogne, l'ignorance du peuple au plus grand détriment du corps médical et au mépris des règles de la déontologie et de la solidarité professionnelles.

Pourquoi cet état de chose au sein de notre corps médical qui devrait, comme dans la Province d'Ontario s'aliéner le respect de tous et qui devient ici par quelques-uns de nos membres la risée du peuple ?

Où en est la cause ? si ce n'est dans cette compétition effrénée qui ruine la profession rurale, cette course au clocher entre médecins qui pour une popularité éphémère pratiquent la médecine pour des honoraires ridicules.

Ne croyez-vous pas alors que le tarif minimum obligatoire aurait bientôt aplani la situation en protégeant ceux-là même qui courent à leur ruine ?

La majorité des médecins ruraux que le sort n'a pas favorisé d'une riche liaison ou d'un héritage gémissent tous sur l'insuffisance de leur revenu et voient de jour en jour la gêne s'installer à leur foyer.

Il est grandement temps, ce me semble, de réagir.

Que de fois n'ai-je pas entendu de braves médecins se plaindre, qui, sous l'apparence d'une certaine aisance, cachaient de bien humiliantes privations ? Que voulez-vous, me disait l'un d'eux : je suis forcé de travailler presque pour rien pour apporter quelques sous à ma famille parce qu'une vieille *croûte* du voisinage travaille à vil prix pour contrôler la clientèle. Un jour j'ai ren-

contré une de ces nuisances professionnelles, de ces égoïstes inconséquents qui font encore des accouchements au prix ridicule de \$2.00, et qui courent à trois ou six milles de leur bureau pour un dollar, tout juste le salaire d'une vieille rosse, et je ne suis jamais parvenu à lui faire accepter une entente mutuelle en vue de relever le tarif de notre district.

Je lisais l'autre jour dans un de nos journaux quotidiens de Montréal qu'un jeune médecin gradué à l'Université Laval avait été condamné dans la Province d'Ontario à quatre mois de prison pour pratique illégale de la médecine après avoir déjà purgé une sentence d'un mois pour la même offense. Je ne me refuse pas à croire que le Conseil de discipline de notre province sœur aurait pu se montrer plus clément pour un ex-étudiant gradué d'une institution reconnue dans la Puissance du Canada. La loi reste loi; — *dura lex sed lex*; cette conduite ne saurait être blâmée, bien que ce médecin ne pratiquait pas le charlatanisme, mais qu'il utilisait sa science aux services de ses semblables.

Maintenant faites la comparaison; et dites-moi quand et combien de fois avons-nous vu dans notre province de semblables condamnations à l'endroit de nos charlatans récidivistes? Quand et combien de fois a-t-on vu le Collège des Médecins pour le maintien duquel nous contribuons tous, redresser un confrère insubordonné aux règles de la déontologie.

Dans cet humble article j'ai voulu faire voir les lacunes qui existent dans notre Conseil de discipline et faire saisir la nécessité d'un tarif obligatoire en vue d'obtenir la réciprocité professionnelle avec les autres provinces du Dominion. Réciprocité que nous ne pouvons jamais obtenir à moins de mettre notre tarif sur le même pied que celui de nos provinces sœurs.

La pratique de la médecine est au rabais dans la Province de Québec et est alléchante dans les autres provinces.

Donc, à nous de travailler fermement à la solution de ce problème

J. O. COTÉ, M. D.

St-Alexis, 22 sept. 1912.

*N. D. L. R.* — Il est certain que notre correspondant a raison sur tous les points. Mais tant que nous fabriquerons des médecins avec des candidats qui n'ont ni éducation ni instruction solides, tant que les examens ne seront pas plus sévères, et que la

profession médicale apparaîtra la plus abordable à tous les *minus habens*, les bons souffriront pour les mauvais, car le public est rarement qualifié pour apprécier la différence qui existe entre un bon et un mauvais médecin. La médecine est comme une marchandise à l'enchère, au plus bas le gâteau.

Je conseille aux médecins solides de maintenir quand même leurs prétentions. Le collège des médecins n'est qu'aux débuts de sa nouvelle organisation, peu à peu il pénètre plus loin dans la répression des abus, et il obtient beaucoup de succès.

Je conseille à nos correspondants de continuer la lutte par la plume. Nos colonnes leur sont ouvertes.

— En attendant l'Association médicale rurale me paraît le meilleur moyen de lutter contre tous ces abus. Que les médecins se groupent, et qu'ils se protègent contre les parasites, même ceux qui rongent notre société.

A. L.

---

## SOCIÉTÉS

### L'ASSOCIATION MÉDICALE DU DISTRICT D'OTTAWA.

La réunion régulière de l'Association Médicale du District d'Ottawa eut lieu à Masson, le 15 du mois d'août.

Présents: Messieurs les docteurs H. Viau, J. E. Champagne, J. Isabelle, R. Bélisle, Raoul Chevrier, J. E. Longpré, S. J. Sicard, J. Robillard, J. E. d'Amours.

M. J. Robillard agissait comme président.

Après l'audition des minutes de la dernière réunion ainsi que du rapport du Trésorier, M. le docteur Raoul Chevrier de Hull, est reçu membre de l'Association sur proposition de Messieurs R. Bélisle et J. E. Champagne.

#### *Lecture scientifique.*

*Aberration des idées chez les pseudo savants, vulgarisateurs du Transformisme de Lamarck, Darwin et Hackell, par le docteur J. E. d'Amours. Remis à plus tard, à cause de l'heure avancée.*



*Questions d'intérêt professionnel.*

Messieurs les docteurs R. Bélisle et J. Isabelle se plaignent d'un confrère licencié de ce district, qui pratique la médecine générale et affiche, en même temps, une spécialité. Ils allèguent, en plus, que ce médecin manque gravement à la discipline professionnelle en faisant une réclame ouverte dans les journaux quotidiens et hebdomadaires:

L'Exécutif répond que dès qu'on lui aura fourni les preuves à l'appui, l'Association se fera un devoir de soumettre le cas au Conseil de Discipline du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Proposé par le docteur J. E. Longpré, secondé par le docteur H. Vian, que cette plainte soit soumise, au plus tôt, à qui de droit. — Adopté.

Proposé par le docteur R. Chevrier, secondé par le docteur J. E. Champagne, qu'une copie de l'échelle de prix adoptée par l'Association, soit de nouveau, adressée à chacun des médecins du district, les priant de vouloir bien s'y conformer. — Adopté.

*Pratique illégale de la médecine.*

Proposé par le docteur R. Bélisle, secondé par le docteur R. Chevrier que le secrétaire soit autorisé d'avertir Madame Vve J. Beaudry, au No 46, rue St-Etienne, Hull, que si elle ne cesse pas immédiatement la pratique de l'art obstétrical, son cas sera rapporté au Collège des Médecins, lequel devra prendre des procédures judiciaires contre elle. — Adopté.

## VOEUX ÉMIS.

Les vœux suivants sont émis :

"I. — L'Association Médicale du District d'Ottawa félicite le Collège des Médecins d'avoir coopéré pour sa quote-part, à l'obtention d'un Bureau Fédéral, dispensateur de la Licence Interprovinciale. Elle se réjouit du choix de Messieurs Normand et Simard comme représentants de la province de Québec dans ce Conseil, et elle espère que ce Bureau fonctionnera avant la fin de l'année."

Plusieurs sociétaires font la remarque que quelques confrères se font fort de louer l'Association, tout en négligeant d'assis-

ter à ses réunions, et même de payer la contribution annuelle ; qu'ils semblent oublier que tôt ou tard, cette Association pourrait alors faire la sourde-oreille, pour leur faire expier cette négligence.

Ces remarques judicieuses sont longuement commentées par l'assemblée qui finalement émet le vœu suivant :

“ L'Association contracte, dès aujourd'hui, une dette sacrée avec ceux de ses membres qui l'aiment et la soutiennent. Elle saura user de son influence pour leur venir en aide, en toute circonstance où son appui sera réclamé.”

#### *Election des officiers.*

Sur proposition de Messieurs Bélisle, Viau, Isabelle, Longpré, Sicard, Chevrier et Champagne, les officiers suivants sont élus à l'unanimité :

*Président* : M. J. Robillard (Thurso).

*1er Vice-Président* : M. R. Bélisle (Hull).

*2e Vice-Président* : M. S. J. Sicard (Buckingham).

*Secrétaire-Trésorier* : M. J. E. d'Amours (Papineauville).

*Comité de Régie* : Messieurs Edm. Aubry, H. Viau, et J. E. Longpré.

La prochaine réunion aura lieu à Hull, en janvier 1913.

J. E. D'AMOURS,  
*Secrétaire-Trésorier.*

---

## CHRONIQUE

### COMMENT ON TRAITE LES ENFANTS.

Dans une petite *Revue Médicale* le Dr Ruffier nous dit ce qu'il pense des petits prodiges et du surmenage imposé à un très grand nombre d'enfants.

“ La puériculture, dit-il, prend les caractères d'une science précise.

Du fait qu'elle n'est que l'ensemble des règles d'hygiène à imposer aux organismes neufs, elle peut être à la fois rigoureuse et simple dans ses prescriptions. La thérapeutique de l'adulte, au contraire, restera longtemps encore compliquée, même confuse, en raison de la complexité des viciations fonctionnelles subies par

les organismes blessés par de multiples infections et de constantes fautes d'hygiène.

C'est parce qu'elle est simple et précise, parce que ses lois fondamentales peuvent se formuler en quelques mots, s'afficher même sous forme d'axiomes, que la puériculture convertit progressivement à ses dogmes toutes les classes sociales, même les plus indifférentes et les plus routinières.

Scientifiquement, il y a peu à ajouter à l'œuvre des Budin, Pinar, Dufour ; il n'y a plus qu'à répandre leur doctrine, pour sauver, après eux, des milliers d'existence.

Il est fâcheux, pourtant, que la puériculture limite si étroitement son action aux enfants du premier âge, aux nourrissons.

Car il arrive que l'enfant soumis jusqu'à deux ans aux meilleures règles d'hygiène, connaît par la suite la plus détestable éducation. Le fait est particulièrement fréquent dans les classes aisées, converties depuis plusieurs années à la puériculture la plus sévère. À deux ans, même trois ou quatre, les enfants sont fréquemment superbes, roses et frais, indemnes de toute tare entérique, échappés aux diverses fièvres éruptives.

Mais à ce moment, on condamne ces bambins pleins de vigueur, d'exubérance et de santé à une vie abominable.

On leur inculque de force tous les rudiments des connaissances humaines : des gouvernantes, pis encore, des pions, leur apprennent à la fois la lecture, l'écriture, l'anglais, l'allemand, la géographie ; à sept et huit ans, il en est qui font des "analyses grammaticales" et récitent des chronologies ! Par contre, si on les promène parfois, il leur est défendu de courir et même de jouer avec trop d'entrain. Dans les parcs et squares fréquentés par les enfants, les recommandations, objurgations et défenses des mères et des gouvernantes ont toujours pour but de réfréner l'ardeur au jeu ; il leur est défendu de "se mettre en nage" ; encore moins détériorer ses beaux habits. À ses jeux, restreints, l'enfant même à cinq ou six ans, ne peut consacrer souvent plus d'une heure par jour, alors qu'il pleure des matins entiers sur des "devoirs" et des "leçons."

Or le jeu, le mouvement, le travail musculaire sont des choses aussi indispensables à l'enfant que le bon lait au nourrisson. Ce n'est que par le jeu abondamment et énergiquement pratiqué pendant l'enfance que l'homme acquiert une bonne poitrine et un

cœur solide. C'est parce que tant d'enfants en sont privés — par principe — qu'à quatorze ou quinze ans la plupart des adolescents sont décharnés, anémiés, le dos voûté et la poitrine étriquée. Le pis est que le gavage intellectuel contre nature auquel on les a soumis prématurément les amène à dix-sept ou dix-huit ans — dès le fameux baccalauréat obtenu — à une insuffisance cérébrale égale à leur insuffisance corporelle.

De même qu'aux nourrissons on recommande le lait maternel et l'on défend la soupe, il faut, aux enfants de quatre à huit ans, imposer le jeu et interdire "les études."

Voici un sujet de méditation en l'honneur de l'exposition de l'enfance qui bat son plein.

---

## POESIES

---

### A L'AUTOMNE

Automne, je reviens à toi, ma sœur Automne,  
 A notre pâle amour ;  
 Je reviens à tes yeux dont la douceur m'étonne,  
 Après un long détour,

Après un grand voyage au pays de la joie,  
 Où trop longtemps j'aimai  
 Les Saisons dont la bouche odorante rougeoit  
 D'un sourire embaumé.

J'avais cru pour toujours laisser ta robe grise  
 Se perdre à l'horizon,  
 Parmi les lents brouillards qu'un soleil pâle irise  
 Autour de ta maison ;

J'avais cru pour toujours entrer au pays tiède  
 Où fleurit la gaieté,  
 Aux vallons du Printemps onduleux qui précède  
 Les plaines de l'Eté.

Mais je m'étais encore abusé sur moi-même :  
 Je n'étais pas joyeux ;  
 Le soleil m'a soudain, comme un ardent blasphème,  
 Blessé l'âme et les yeux.

Avril a brusquement ébloui ma paupière,  
Comme une immense fleur ;  
J'ai senti m'accabler août comme une pierre,  
Sous sa lourde chaleur.

Ah ! je ne suis pas né pour la vaine allégresse,  
Et je te goûte mieux  
Que le rire sonore et fou, subtile ivresse  
Des pleurs silencieux !

Et je reviens à toi, mélancolique Automne,  
A nos pâles amours ;  
Je reviens à tes yeux dont la douceur m'étonne,  
Automne, pour toujours !

Fernand GREGH.

---

#### DANS LES BOIS (1)

Je voudrais, dans les bois que l'automne dépouille  
Et par les tout petits sentiers capricieux,  
En un jour où l'azur unit la terre aux cieux,  
Marcher sur le tapis d'or flexible et de rouille.

Je voudrais respirer la fleur que l'aube mouille,  
Dont le parfum se meurt, arôme précieux ;  
Une dernière fois, réjouir mes deux yeux  
Au flot clair de la source avant qu'il ne se brouille.

Je voudrais m'en aller tout seul dans les forêts,  
Sous les arbres aux nids tristes d'adieux secrets,  
Dont les feuilles toujours tombent comme des larmes ;

Et là, jusqu'au délice et l'extase, goûter  
Dans la paix murmurante et profonde, les charmes  
De la mort magnifique et lente de l'été...

Albert LOZEAU.

---

(1) Dans le "Miroir des Jours".

## REVUE GENERALE

### PNEUMONIE (1)

Maladie infectieuse due au pneumocoque de Talamon-Frankel.

**Début.** — Courbature. Céphalalgie. Epistaxis. Elévation légère de température.

**Période d'état.** — Grand frisson unique, point de côté, toux sèche et pénible, crachats rouillés. Dyspnée; température élevée, 39°, 5, 40°; urines rares. Matité thoracique sur la zone malade. Vibrations exagérées. Souffle tubaire. Râles crépitants.

**Résolution de l'exsudat.** — Crachats plus abondants, sous-crépitations, fins, puis gros, abaissement de la température. Disparition de la dyspnée.

*Veiller aux complications:* pleurésie, endocardite, méningite, néphrite; localisations diverses du pneumocoque.

*Hygiène du malade et de l'appartement:* donner un crachoir, désinfecter les mouchoirs et le linge. Aérer largement. Pulvérisations de vapeurs d'eau chargée de thymol et d'eucalyptol.

Laver la bouche et les dents du malade deux fois par jour, changer son linge de corps souvent.

#### Traitement :

**Indications thérapeutiques.** — 1° DÉCONGESTIONNER les poumons énergiquement, soit par des cataplasmes chauds, soit par des ventouses. Chez les gens vogoureux, mettre des sangsues ou des ventouses scarifiées: saignée générale quand il y a des menaces d'asphyxie. Ne pas mettre de vésicatoires au début; donner des laxatifs.

2° SOUTENIR LE CŒUR. — Poudre de digitale en infusion, 0 gr. 50 à 0 gr. 60 pendant 2 jours; diminuer ensuite cette dose graduellement de 0 gr. 20 par jour; — ou bien solution au 1.000e de digitaline, xxx à L gouttes, et pendant 1 jour seulement. S'il existe une lésion organique du rein, lui préférer la caféine, 0 gr. 50 à 1 gr. 50, de préférence en injection. S'il y a insomnie et agitation, donner plutôt la théobromine, 2 gr. par jour, ou mieux la spartéine en potion, 0 gr. 03 à 0 gr. 10 par jour.

Sulfate de spartéine.....	0 gr. 50
Extrait fluide de kola. ....	5 gr.
Cognac .....	20 gr.
Sirop de capillaire.....	30 gr.
Eau de tilleul.....	100 gr.

2 cuillerées à soupe par jour.

(1) Dans Formulaire et Consultations médicales et chirurgicales (Le-moine et Gérant), chez Vigot Frères — 5ème édition.

S'il y a des irrégularités du cœur, mettre un sac de glace sur la région précordiale.

3° DIMINUER L'HYPERTHERMIE. — N'employer l'antipyrine, la quinine, la phénacétine que comme calmants et à petite dose, 0 gr. 50 à 1 gr., et non comme antithermiques ; il faut leur préférer les bains tièdes à 34°, de 10 minutes, et au nombre de quatre à huit par 24 heures. On peut faire aussi des enveloppements froids de 15° à 18° dans des draps humides, d'après la méthode classique. Durée de l'enveloppement, 30 minutes ; donner un grog chaud pendant ce temps.

4° AUGMENTER LA DIURÈSE. — Donner des boissons abondantes. S'il y a anurie, faire des injections de sérum artificiel répétées, mais non massives, matin et soir, de 250 centimètres cubes environ. Tisanes diurétiques. Se servir de préférence des diurétiques cardiaques, digitale, caféine, et faire précéder leur emploi de la décongestion des reins par des ventouses sèches ou scarifiées et le régime lacté.

5° ALIMENTATION. — Tonifier le malade par de l'alcool sous diverses formes, à la dose environ de 60 gr. par 24 heures, ou par du vin, de 250 à 400 gr., kola, coca.

Il faut l'alimenter abondamment par des liquides. Potages si possible, lait en abondance, œufs, peptone.

*Période de résolution.* — S'il n'y a pas d'albumine, de petits vésicatoires de 5 centimètres de côté au cas où la résolution est lente ; ou mettre des pointes de feu. Accélérer la diurèse.

**Chez les alcooliques.** — Donner davantage d'alcool ; insister sur l'opium, s'il y a de l'excitation ; soutenir les forces du malade.

Extrait d'opium.....	0 gr. 10.
Cognac.....	} à 50 gr.
Vin de Malaga.....	
Sirop diacode.....	
Eau de tilleul.....	

*Par cuillerées à soupe en 1 jour.*

**Chez le vieillard.** — Seules les ventouses sèches doivent être employées comme révulsion. Pas de kermès, qui, liquéfiant les exsudats dans des bronches aux muscles affaiblis sans qu'ils soient évacués, peut donner de l'oppression.

Donner de la nourriture abondante, de l'alcool, de la kola ou de la coca ; insister sur la caféine.

Ne pas donner de digitale, car elle s'élimine souvent mal.

S'il y a de l'insomnie, donner du sulfonal, ou du trional, ou du sirop de codéine ; pas de chloral qui paralyse les nerfs du cœur.

Boissons abondantes chaudes.

**Chez les enfants.** — *Cas graves.* — Donner des bains chauds de 34° à 37° toutes les 3 heures, jour et nuit, et de 10 minutes de durée, si la température est élevée, toutes les 4 heures dans les autres cas. Pas de médicaments, sauf des toniques du cœur, si ce dernier faiblit. Bains sinapisés dans les cas très graves. Alimenter par du lait et des potages de céréales, crème de blé vert. Boissons abondantes.

*Cas légers.* — Cataplasmes ou enveloppements humides autour du thorax, souvent renouvelés.

**Complications.** — *Délire.* — Donner des bains chauds à 35°, souvent répétés, 4 à 6 par 24 heures, et ne pas craindre l'adynamie. *Jamais de bains froids.* Faire l'enveloppement humide du thorax. Glace sur la tête.

Boissons abondantes, si la diurèse se fait mal ; si le rein fonctionne, donner du chloral ou, mieux, du sirop de codéine ou de narcéine. Chez les enfants, pas de médicaments calmants, les bains chauds (35° à 38°) toutes les trois heures suffisent à combattre l'ataxo-adynergie.

*Point de côté violent.* — Appliquer une ventouse sèche ou scarifiée, recourir ensuite à un petit vésicatoire. Cataplasmes sinapisés très chauds.

Si la dyspnée est violente par suite du point, donner de l'héroïne, 1 ou 2 cuillerées à soupe par jour de :

Héroïne.....	0 gr. 020.
Sirop d'œillets.....	10 gr.
Eau de menthe.....	80 gr.

*Adynamie.* — Injections de strychnine (0,002 à 0,005) (1) et de caféine, puis de sérum artificiel (150 gr. deux fois par jour). Lotions froides vinaigrées, rapidement faites, puis frictions à l'eau de Cologne. Ether. Potions stimulantes.

Teinture de cannelle.....	5 gr.
Cognac.....	30 gr.
Liqueur ammoniacale anisée.....	2 gr.
Sirop simple.....	50 gr.
Eau distillée de mélisse .....	70 gr.

(1) Equivalent à 1/30 gr. et 1/60 grain.



## ANALYSES

### MEDECINE

Incontinence d'urine symptomatique de la tuberculose rénale. — GEORGES CONSTANTINESCO. — *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, mai 1912, dans *Journal de médecine interne*, 30 juillet 1912.

Sur 52 observations personnelles de tuberculose rénale, l'auteur trouve 6 fois le symptôme d'incontinence nocturne d'urine, 2 fois comme symptôme de début, 2 fois au milieu des autres symptômes, au cours de la maladie, 2 fois après la néphrectomie du rein malade ; elle correspondait alors probablement à l'envahissement du deuxième rein.

Des amis de l'auteur lui ont fourni 6 autres observations inédites de cette incontinence d'urine occasionnée par la tuberculose du rein. Deux fois sur ces 6 cas, elle a été symptôme initial et prise pour une incontinence essentielle.

Dans ces douze observations qui se rapportent à 6 hommes et 6 femmes, d'un âge compris entre 15 et 38 ans, il n'y avait ni capacité réduite de la vessie, ni lésions de la vessie, ni incontinence datant de l'enfance.

L'auteur a dépouillé un grand nombre de thèses et de travaux parus depuis 1880.

L'incontinence d'urine, comme l'a prouvé Bazy, le premier, en 1905, peut être le symptôme initial de la tuberculose rénale, persister à côté de nouveaux symptômes, ou bien apparaître au cours de la maladie ou réapparaître après néphrectomie.

Dans les 12 observations de l'auteur, cette incontinence était nocturne. Dans d'autres cas, elle est nocturne et diurne. Elle s'accompagne ou non de pollakiurie.

Jadis la véritable cause de l'incontinence d'urine du tuberculeux était méconnue, même quand elle s'accompagnait d'hématuries ou de fréquence des mictions. On la considérait encore comme essentielle ou comme provoquée par des lésions de la vessie.

Ainsi, un homme d'aspect robuste, ayant bon appétit, ne présente que des hématuries et de l'incontinence : à l'autopsie, le

chirurgien est surpris de trouver une vessie saine et un rein tuberculeux (cas d'Estor).

Dans la plupart des observations, l'incontinence apparaît chez des sujets robustes et bien portants, en apparence ; elle est rebelle à l'électricité et aux injections épidurales... Au contraire, elle disparaît après la néphrectomie... Si elle avait été la conséquence de lésions vésicales, elle n'aurait pas été guérie aussitôt après l'ablation du rein. D'ailleurs, aujourd'hui la cystoscopie permet de vérifier que la vessie est saine.

Il existe donc bien une incontinence d'urine symptomatique de la tuberculose rénale, sans lésions vésicales et bien distincte de l'incontinence essentielle.

"... Il est probable qu'il s'agit d'un *réflexe rénal*, analogue à la pollakyurie nocturne et diurne constante de la tuberculose rénale."

Elle peut être le signe révélateur de la tuberculose du rein et précéder d'un temps très long (de quatre années) les autres accidents.

#### CHIRURGIE

**Tuberculose rénale bilatérale et néphrectomie.** — VICTOR ROCHET et LÉON THÉVENOT. — *Lyon chirurgical*, mai 1912, analyse dans *Journal de Médecine interne*, 10 août 1912.

Les auteurs, à propos de leurs observations personnelles, spécifient qu'ils regardent comme rein tuberculeux celui dont les urines sont inoculées au cobaye avec un résultat positif. Ils ne s'arrêtent pas à cette objection qu'il peut s'agir de simple bacillurie ; pour eux la bacillurie simple peut exister, comme probablement dans un de leurs cas, mais elle est exceptionnelle ; la bacillurie trahit généralement des lésions qui peuvent être légères, curables, mais aussi être persistantes et progressives. — Ceci dit, on peut envisager plusieurs catégories de tuberculose rénale bilatérale.

**PREMIÈRE CATÉGORIE.** — "Un rein est très malade, gros, nettement supprimé, et l'autre peu."

Les auteurs ont opéré 11 malades dans ces conditions ; la plus ancienne opération est du 17 avril 1908, la dernière du 28 novembre 1910. — De ces 11 malades, 5 sont morts. L'un, 3 se-

maines après son opération, par diminution progressive de la sécrétion urinaire ; le 2e, dix mois après l'opération, par généralisation de sa tuberculose ; le 3e, un an environ après l'opération, par la tuberculose urinaire ; le 4e, un an après l'opération, par maladie intercurrente ; le 5e, deux ans après la néphrectomie, sans s'être jamais bien rétabli, le rein laissé en place ayant continué à s'altérer. — 6 autres opérés sont vivants ; 2 vont très bien (4 ans après opération), 1 souffre parfois de son côté opéré, ses urines renferment du pus de temps à autre (1 an  $\frac{1}{2}$  après opération) ; les 3 autres ont des phénomènes de cystite paraissant liés (pour 2 d'entre eux) à l'infection de l'uretère correspondant au rein enlevé.

Cette première catégorie de tuberculose où un rein est très altéré et où l'autre l'est peu, admet trois sous-groupes.

*Premier sous-groupe.* Le rein très altéré ne compte plus au point de vue fonctionnel, mais ne constitue pas un danger pour l'organisme. — Chaque cas particulier demande sa solution spéciale. MM. Rochet et Thévenot n'admettent que la néphrectomie condaires et à la tuberculose de la plaie.

*Deuxième sous-groupe.* Le rein le plus malade occasionne de la fièvre, des phénomènes généraux. — Tous les chirurgiens sont d'accord pour l'enlever.

*Troisième sous-groupe.* Par suite de l'altération du rein le plus altéré, les malades sont cachectiques. — On peut parfois risquer la néphrectomie et obtenir des survies avec amélioration de l'état général et suppression des douleurs atroces de la cystite. On a encore comme ressource la ponction du rein pour enlever le pus.

**DEUXIÈME CATÉGORIE.** — Les deux reins sont peu touchés.

Dans ce cas, néphrectomie et néphrotomie sont injustifiées : pas d'organe dangereux à enlever, pas de pus à évacuer. "Aussi faut-il s'en tenir au traitement médical d'autant qu'il donne parfois au malade une survie d'une durée inespérée." Et les auteurs connaissent des sujets qui supportent leurs lésions depuis 8 et 10 ans.

**TROISIÈME CATÉGORIE.** — Les deux reins sont très malades.

Alors, le chirurgien n'intervient que s'il a la main forcée, par exemple (observations personnelles des auteurs), soit par des dou-

leurs intolérables, soit par des accidents de périnéphrite. La néphrectomie a toujours été suivie de mort plus ou moins rapide.

Par contre, la *ponction du rein* avec un gros trocart, pour évacuer le pus, peut rendre de grands services. Un malade, ainsi traité en 1908, présente encore pyurie et pollakiurie mais va et vient et s'alimente.

---

**Pathogénie de l'ongle incarné**, dans *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, juillet 1912.

M. le Dr Douvier a publié dans le *Dauphiné médical* (n° 2) une étude portant sur un certain nombre de cas d'ongle incarné desquels il résulte que cette lésion peut se développer dans des circonstances très différentes de celles qu'on invoque ordinairement pour son étiologie. Il cite en effet trois observations relatives à des malades qui, empêchés de quitter le lit et de se chauffer pendant plusieurs mois, furent atteints néanmoins d'ongle incarné. Le premier cas est celui d'une femme atteinte d'une phlébite, qui, sortant de son lit après plusieurs mois de repos, dut être opérée d'un ongle incarné.

Le second, atteint de coxalgie, ne marchait plus depuis un an quand il fut atteint d'ongle incarné double.

Le troisième est celui d'une personne de 30 ans qui dut rester 5 semaines au lit pour une bronchite et dut être opérée.

Un quatrième venait de rester 4 mois au lit pour une arthrite.

D'autres cas analogues sont encore cités par M. Douvier.

En lisant ces observations, on est frappé de cette circonstance: l'ongle s'incarne chez des gens *qui ne marchent pas, qui sont restés couchés des mois entiers*; le malade condamné le plus longtemps à l'immobilité, un an, a souffert de cette misère aux deux pieds. Cela ne paraît guère classique: tous les auteurs depuis Duputren font intervenir l'action des chaussures trop étroites ou mal conditionnées qui repoussent en dehors le gros orteil en appuyant sur son bord interne et tendent à effiler en pointe ce qui normalement doit s'étaler en éventail. Or, ces gens portaient des pantouffles larges ou même point de chaussures du tout, comme le malade de la deuxième observation. Il faut donc incriminer autre chose.

Or, il est à noter que tous les malades avaient été immobilisés par diverses maladies et que de plus ils avaient tous un pied aplati avec gros orteil large, en battoir. Dans ces organes, mal conformés et ainsi immobilisés, la circulation se fait mal: l'absence de mouvements des orteils crée des troubles de nutrition si bien qu'on pourrait admettre que l'ongle incarné est surtout dû à un trouble trophique provoqué par l'immobilité du gros orteil, qui, normalement, doit à chaque pas faire des mouvements de flexion et d'extension.

Cette passivité est plus prononcée lorsqu'il y a de l'affaissement de la voute plantaire et une manière défectueuse de marcher (les pieds en dehors) qui hâte l'ulcération des parties exubérantes contre l'ongle.

La conclusion est que les orteils doivent se mouvoir librement, leur immobilisation est cause de troubles trophiques, dont l'ongle incarné, c'est-à-dire l'ulcération des parties molles contre l'ongle, semble une des modalités.

---

#### SYPHILIGRAPHIE

Doit-on diriger le traitement de la syphilis d'après la réaction de Wassermann ? — Professeur CH. AUDRY. — *La Province médicale*, 29 juin 1912, analysée dans *Journ. de Médecine interne*, 10 août 1912.

I. — *La réaction de Wassermann est absente. Faut-il traiter le malade ?* Cette absence, d'après M. Audry, "ne doit exercer aucune influence sur le traitement."

En effet, — la réaction est absente chez un sujet porteur d'accidents et il est évident qu'il faut traiter ce malade, — ou bien le sujet n'a pas d'accident et l'on retombe sur le choix entre traitement opportuniste et traitement systématique. M. Audry est partisan du systématique.

Même dans la syphilis ancienne et latente avec Wassermann négatif, il conseille "les petits traitements iodo-mercuriels intermittents."

II. — *La réaction est positive. Quelle indication fournit-elle au sujet du traitement ?*

1° Le malade est porteur du chancre initial sans éruption : la séro-réaction n'influence évidemment pas le traitement.

2° Le malade a des accidents apparents : il faut le traiter. Inutile même de chercher la réaction.

3° Le malade n'a pas d'accidents apparents et la syphilis est récente. — La réaction positive " a la valeur d'un accident syphilitique." Donc, elle indique l'utilité d'un traitement intensif. — M. Audry conseille de rechercher la séro-réaction à la fin des deux premières années : " si elle est positive, on fera une cure intensive ; sinon non." Il ajoute qu'une syphilis normalement traitée, par des pilules et des frictions avec cures intensives seulement au moment des accidents, donne presque toujours un Wassermann négatif.

---

#### THERAPEUTIQUE

L'action diurétique de l'oignon, dans *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, juillet 1912.

Nous compléterons ce que nous avons déjà dit de l'action diurétique de l'oignon en reproduisant, d'après le *Journal de médecine de Bordeaux*, les indications que M. Carles a données à ce sujet à la Société de médecine.

M. Carles fait remarquer que les principes immédiats de l'oignon cru sont laxatifs et diurétiques. Mais si l'oignon cuit conserve ses propriétés laxatives, ses qualités diurétiques sont assez discutables. L'action diurétique serait donc due au groupe des principes volatils, qui constituent l'essence et qui disparaissent par la cuisson.

Or, comme cette essence manque totalement dans l'extrait d'oignon et ne passe qu'en partie dans le suc, il est assez irrationnel d'associer l'extrait de suc au bulbe contre l'hydropisie.

L'essence, dont on connaît l'action sur les glandes lacrymales, ne déterminerait-elle pas, même à faible dose, sur le rein des effets comparables. N'aurait-elle pas dans le tube digestif des propriétés antiseptiques ? On sait que l'adjonction de pulpe d'oignon cru à du moût de raisin arrête la fermentation. M. Carles donne ensuite la formule d'un vin d'oignons qui pourra rendre service aux cliniciens.

Sa composition est la suivante :

Oignon mûr et cru ordinaire.. . . . .	200 grammes
Miel blanc liquide.. . . . .	100 grammes
Vin blanc q. s., soit environ.. . . . .	700 grammes

50 grammes de vin contiennent 10 grammes d'oignon.

---

**La cure d'oignons chez une jeune fille, dans la *Clinique Infantile*,  
15 juillet 1912.**

M. Dalché, médecin des Hôpitaux de Paris, publie sur ce sujet, une fort curieuse observation.

Si l'on a reparlé dans ces derniers temps de la cure d'oignons, l'usage de l'oignon en thérapeutique remonte à longtemps. Il me suffira de dire que Lieutaud dans son traité de matière médicale le considère comme vermifuge et diurétique. Valmont de Bomare, dans son dictionnaire d'histoire naturelle, affirme qu'il est souverain dans plusieurs maladies et ajoute que dans la peste de Marseille, on l'a employé avec succès pour guérir les pestiférés. Enfin, bien plus près de nous, Dechambre insiste sur ses propriétés diurétiques, que l'on a expérimentées contre l'anasarque, l'ascite, et même le kyste de l'ovaire ; il l'a vu prescrire en décoction, sirop, suc exprimé et même vin d'oignon.

En effet, le goût personnel ne permet pas toujours d'ordonner les oignons simplement à manger, crus ou dans des préparations culinaires ; et c'est dommage, car c'est ainsi, peut-être, qu'ils sont le plus actifs.

Quoi qu'il en soit, c'est surtout contre les œdèmes, les épanchements ascitiques, les anasarques qu'ils semblent avoir le mieux réussi, au cours des cardiopathies, des maladies du foie ou des reins. On peut très bien les combiner au régime lacté, si bien que certains esprits sceptiques ont été portés à attribuer au lait les résultats que d'autres regardaient comme un effet de la cure d'oignons, dont l'efficacité, il faut bien l'avouer, demeure très discutée.

Entre autres observations personnelles, je puis citer l'histoire d'une jeune fille de 10 ans  $\frac{1}{2}$  d'un passé pathologique assez char-

gé: Atteinte d'urticaire, d'érythème noueux, puis, mordue par un chien suspect, subissant un traitement antirabique de vingt et une piqûres à Bordeaux, enfin recevant plus tard deux injections de sérum antidiphthérique pour une angine grave.

En décembre 1910, après quelques jours de malaises, elle est prise d'un œdème généralisé avec anasarque, et jusqu'au 16 août 1911, on constate dans ses urines, la présence de l'albumine qui monte progressivement de 0 gr. 86 par jour à 5 gr. 77. Je la vois le 17 août 1911: les urines sont tombées à moins de  $\frac{1}{4}$  de litre par jour. Cette enfant me présente un œdème généralisé avec épanchement ascitique, elle est obligée de garder le lit. Son pouls bat de 100 à 120. Mais l'auscultation du cœur et du poumon ne fait pas entendre de bruits anormaux. Le foie est gros.

Tout traitement a échoué; je la laisse à un régime lacto-végétarien et je prescris la cure d'oignons.

L'émission des urines augmente progressivement, malgré des crises de diarrhée, si bien que le 20 septembre, jour où je vois la malade pour le dernier jour, elle a émis un peu plus d'un litre.

Elle est tout à fait dégonflée, il n'y a plus d'œdème, et son poids en a diminué de six livres. Elle peut maintenant se lever et marcher; malheureusement, l'albumine persiste, elle a même très légèrement augmenté.

Tout se borne à la diurèse et à la disparition des œdèmes; c'est bien quelque chose, mais la néphrite n'a *pas rétrocedé*.

J'ajouterai l'expérience tentée par un médecin sur lui-même. Après avoir mangé des oignons en abondance pendant quatre repas consécutifs, il a constaté une polyurie indiscutable. Je reconnais qu'avant de tirer des conclusions plus affirmatives, de nouvelles recherches sont nécessaires, et je compte les entreprendre.

---

#### Sérothérapie antistreptococcique par voie buccale et en applications locales. Expériences concluantes de Ruppel.

Par une expérience de cinq à six ans, l'auteur a pu prouver que le sérum de Roux, pris par la bouche (quand il ne s'agit pas de diphthérie), a une action thérapeutique des plus heureuses sur une foule de processus infectieux: angines diphthériques ou streptococciques, influenza, broncho-pneumonie, érysipèles, iritis, ul-



cères de la cornée, infections oculaires traumatiques ou post-opératoires. Et jamais il ne provoque d'accidents d'aucune sorte.

Cette *sérothérapie paraspécifique* a ce grand avantage sur les sérums spécifiques qu'elle peut être appliquée dès le début de l'infection, ce qui est un point capital, car alors il n'y a pas encore d'intoxication profonde et il suffit d'un rien pour réveiller la résistance vitale de tous les tissus.

C'est pourquoi, en présence d'une infection quelconque, l'auteur juge bon de prescrire de suite une potion ainsi formulée :

Sérum antidiphthérique. ... ..	20 c. c.
Sirup de citron ou de framboise... ..	30 grammes
Eau. ... ..	150 —

et qui doit être prise par cuillerée à soupe toutes les heures, jusqu'au moment où l'examen bactériologique permettra de poser des indications précises pour l'administration de sérums ou de vaccins spécifiques. Bien souvent, cette première intervention aura amené la guérison; sinon, l'organisme, stimulé par cette médication essentiellement eutrophique et euphorique, réagira avec plus d'énergie aux injections de sérums ou vaccins indiqués.

**La radiothérapie dans la thérapeutique des adénites inflammatoires et tuberculeuses. Considérations sur son mode d'action.**—RENÉ DESPLATS.—*Journal des Sciences médicales de Lille*, 22 juin 1912, et *Journal de Médecine interne*.

*Adénites inflammatoires aiguës.* — L'auteur envisage les adénites qui surviennent à la suite d'infections locales. On les irradie lorsqu'elles disparaissent lentement ou bien quand elles compriment des organes voisins et occasionnent de la douleur ou de la dyspnée ou de la gêne de la déglutition. On irradie aussi avec résultats remarquables les bubons vénériens.

*Adénopathies chroniques indurées inflammatoires.* — Les premiers succès de la radiothérapie contre les adénites ont été remportés dans ces cas où le ganglion tuberculeux est à la première période de son évolution. Depuis lors, chaque jour, ils se sont confirmés.

Les grosses masses ganglionnaires non suppurées sont très sensibles aux rayons X. (En deux séances, une masse grosse comme une mandarine devient comme une noix et fond complètement à la troisième séance. (Observation de M. Desplats, 1905).

Quand les ganglions forment une chaîne, ils sont moins volumineux et réunis par une chaîne de périadénite. Dans ces cas, les rayons X agissent plus lentement que dans le cas précédent. "Il faut huit à douze séances de cinq unités H, échelonnées sur deux, trois ou quatre omis..." pour voir la périadénite se résoudre, puis les ganglions s'individualiser, puis se réduire à un petit noyau fibreux, roulant sous le doigt qui disparaît, le plus souvent au bout de quelques mois.

Jamais les rayons X n'ont provoqué la suppuration. Par contre, si elle a commencé à s'établir, ils l'activeront considérablement.

*Adénites subaiguës en voie de caséification.* — Les rayons ne provoquent pas la suppuration, mais ils l'activent. Donc on ne fera agir les rayons X sur un ganglion tuberculeux caseifié qu'après avoir enlevé le caséum. Si on peut l'enlever par une ponction capillaire ou une légère brèche au bistouri, le résultat esthétique, après irradiation, sera parfait. Si le caséum est trop épais, on peut modifier sa consistance avec de l'huile et ensuite ponctionner. Si "l'on se trouve en présence d'un ganglion ulcéré en pleine caséuse, qui est bien apparent et s'étale en surface, ... il faut éliminer le caséum..." avant de faire agir les rayons X qui amèneront une cicatrice "parfois visible, sans doute, mais aplatie et sans chéloïde."

*Adénites suppurées fermées.* — Dans la forme abcès froid, la peau n'est ni adhérente, ni rouge. On videra le pus et on fera suivre (Barjon, de Lyon) la ponction d'un lavage à l'huile goménolée à 20 ou 50 p. 100, à l'huile iodoformée à 5 p. 100, à la teinture d'iode pure, ou mieux avec un mélange renfermant 30 de goménol et 90 de teinture d'iode. On renouvellera ces lavages et on attendra que le pus soit complètement tari avant d'employer la radiographie.

Dans la forme abcès chaud, la peau est adhérente et rouge. Si on ne réussit pas à évacuer le pus avec une aiguille, on fait une légère ouverture au bistouri, on draine avec une petite mèche

de gaze pendant 2 ou 3 jours, puis on lave comme dans le cas précédent.

Dans les deux formes, "la radiothérapie fournit d'excellents résultats, tant au point de vue régression qu'au point de vue esthétique."

En vue du résultat esthétique final, pour garder intact le tegument il faut user de rayons filtrés à travers 1 millimètre d'aluminium et donner 5 ou 6 unités H en une ou plusieurs séances. Au bout de 3 ou 4 semaines on donnera une nouvelle dose de 5 à 6 H et ainsi de suite jusqu'à guérison.

*Adénites suppurées ouvertes.* — Dans ces adénites, à la suite de l'évacuation spontanée, il existe une fistule qui suinte indéfiniment ou bien la peau présente des ulcérations et des lésions lupiques; d'autres fois, à la suite d'une intervention sanglante, se forment de vastes ulcérations phagédéniques sans tendance à la cicatrisation ou bien d'énormes chéloïdes.

La radiothérapie guérira toutes ces lésions. Le traitement sera plus ou moins long, mais il tarira les fistules, cicatrisera les ulcères, fondra les chéloïdes. Le résultat sera plus rapide si, avant d'employer les rayons X, on a pris soin de nettoyer et de désinfecter les ulcérations.

---

#### PEDIATRIE

La teinture d'iode dans la fièvre typhoïde des enfants, dans la *Clinique Infantile*, 15 juillet 1912.

Dès 1892, M. Klietsch avait insisté sur les bons effets des préparations iodées dans la dotliéniérentérie infantile, en attribuant ces effets à l'action microbocide de l'iode se dégageant à l'état de liberté au niveau des lésions intestinales. De son côté, M. Ponticaccia (de Venise) a eu l'occasion d'expérimenter, d'une façon systématique, l'usage interne de la teinture d'iode dans la fièvre typhoïde infantile.

Les essais du médecin italien ont porté sur 23 malades observés à l'hôpital et dont l'âge variait de deux à onze ans; un d'entre eux succombait dix jours après son admission dans le service, avec le

diagnostic confirmé de fièvre typhoïde. C'est seulement pendant les quatre derniers jours de la vie qu'on avait eu recours à la teinture d'iode; aussi M. Ponticaccia estime-t-il que ce cas ne doit pas entrer en ligne de compte. Les 22 autres malades traités par le médicament en question dès le début, ou, tout au moins, pendant une longue période, ont tous guéri. De ce nombre 19 avaient présenté un diagnostic confirmé.

En ajoutant à ces 19 faits 8 autres appartenant à la clientèle privée de M. Ponticaccia et dans lesquels la maladie fut aussi certaine, on obtient un total de 27 cas de fièvre typhoïde, qui tous ont été traités par la teinture d'iode, sans donner un seul échec. Dans la plupart des cas il s'agissait de fièvres typhoïdes présentant certains caractères de gravité. Sous l'influence de la teinture d'iode, surtout dans les cas où celle-ci est administrée dès le début, l'affection tendrait à revêtir aussitôt des allures plus bénignes et plus régulières, en même temps que se trouveraient éliminées les complications qui contribuent généralement à aggraver le pronostic et à favoriser l'issue fatale.

Aux enfants âgés de deux à trois ans, M. Ponticaccia administre quotidiennement VIII gouttes de teinture d'iode; pour ceux de trois à quatre ans, la dose est de X gouttes: les patients les plus âgés reçoivent de XII à XVI gtes. Le médicament doit être continué sans interruption, jusqu'à la disparition complète de la fièvre et même après, pendant quelques jours encore, toujours à la même dose, sauf vers la fin, moment où il faut en diminuer progressivement la quantité. M. Ponticaccia fait prendre la teinture d'iode dans de l'eau édulcorée, celle-ci étant représentée par autant de dizaines de grammes que l'on donne de gouttes de teinture (VIII gouttes de teinture d'iode dans 80 grammes d'eau édulcorée, X gouttes dans 100 grammes d'eau, etc.). Ainsi administrée par cuillerées dans le courant de la journée ou dans les vingt-quatre heures, ce médicament est toujours facilement accepté et parfaitement supporté, sans donner lieu à aucun inconvénient. M. Ponticaccia s'abstient généralement de tout autre médicament (parfois, il prescrit seulement un peu de bromure, pendant quelques jours) ainsi que de l'emploi des bains, de l'application d'une vessie de glace sur la tête. Par contre, il insiste beaucoup sur les boissons aqueuses.

En se basant sur les résultats obtenus, il estime que la teinture

d'huile, employée naturellement à des doses plus élevées, serait également susceptible de rendre de bons services dans le traitement de la fièvre typhoïde chez l'adulte.

---

Les dangers des pommades camphrées fortes en rhinologie, chez les enfants, dans la *Clinique Infantile*, 15 juillet 1912.

De tous côtés, dans ces derniers temps, on a attiré l'attention sur les dangers très graves des préparations mentholées introduites dans les narines, chez les petits enfants; des accidents mortels ont été cités, et la prudence commande aujourd'hui de s'en tenir à la formule de L. Mayet (de Lyon): "Le menthol doit être proscrit de la thérapeutique infantile usuel."

Or, voici que le camphre, ou plus exactement *certaines préparations camphrées*, sont à leur tour accusées de sérieux méfaits. Certes, nombre de médecins emploient une huile camphrée en instillations nasales, et il faut bien avouer que l'huile camphrée au cinquantième ou au centième paraît inoffensive; l'huile camphrée officinale au dixième est elle-même d'un usage courant, sans que personne ait jusqu'ici signalé le moindre inconvénient. Mais il est indéniable qu'une *pommade camphrée au cinquième* peut provoquer les mêmes accidents que le menthol; l'exemple suivant, que vient de publier Maurice Perrin, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, suffit à le démontrer;

Un bébé de neuf semaines, bien constitué, sans prédisposition apparente à des accidents nerveux, est atteint de coryza; sa mère va demander conseil au pharmacien voisin, qui lui remet de la *vaseline camphrée au cinquième*, en lui conseillant d'en introduire plusieurs fois par jour gros comme une tête d'épingle dans chaque narine. (Il est à remarquer que cette vaseline camphrée avait la même teneur en camphre que la pommade camphrée officinale du Codex de 1908.)

Dès le lendemain, la mère se met en devoir d'exécuter la prescription du pharmacien, mais à peine la vaseline camphrée est-elle introduite, dans la première narine, que l'enfant s'agite, pâlit, et qu'avec une rapidité foudroyante se déroulent les accidents les plus angoissants. Un quart d'heure à peine après leur début,

M. Perrin trouve le bébé dans le collapsus complet, tout à fait froid, d'une pâleur extrême, respirant superficiellement, ayant un pouls imperceptible... , bref, dans un état capable de faire redouter une issue fatale prochaine. On l'enveloppe dans de l'ouate chauffée, on l'entoure de bouillottes, on lui fait respirer de l'éther à maintes reprises, on lui administre enfin quelques cuillerées à café d'une solution renfermant, pour 100 c.c. d'eau, 0 gr. 10 de caféine et 2 grammes d'acetate d'ammonique. Sciemment une heure et demie après, tout danger était écarté; le lendemain aucune trace ne subsistait de l'accident.

M. Perrin, après une enquête serrée, établit que le camphre seul peut et doit être incriminé en cette circonstance. Le camphre officinal appartient d'ailleurs au même groupe chimique que le menthol.

Peut-être faut-il prendre en considération la forme pharmaceutique en même temps que la concentration du médicament: on n'a jamais signalé d'accidents quand le véhicule est l'huile, et non la vaseline. Il est bien évident d'autre part que la question de dose absorbée n'a pas à intervenir dans l'observation actuelle. La quantité employée a été de beaucoup inférieure à celle qui est couramment et avec succès utilisée en injections sous-cutanées, même chez les nourrissons, pour combattre les menaces de collapsus et les tendances syncopales. Ce qui a fait tout le mal, c'est le contact du médicament avec une muqueuse nasale que l'inflammation rendait hypersensible, et qui a été le point de départ de réflexes extrêmement fâcheux.

Le petit malade supporta fort bien, dès le lendemain de l'accident dû au camphre, des instillations nasales d'huile boriquée (acide borique en poudre fine, en suspension dans l'huile dans la proportion de 4 pour 100, suivant la formule de Hutinel). Cette réparation est excellente et des plus recommandables.

---

**De l'usage intempestif et de l'abus des "farines alimentaires" chez l'enfant, dans la *Clinique Infantile*, 15 juillet 1912.**

Sous ce titre, M. Rousseau-Saint-Philippe, de Bordeaux, fait à l'Académie, une lecture dont voici les conclusions:

1° L'allaitement au sein reste toujours celui qu'il faut préco-

niser ; mais il faut, en même temps, recommander, à moins de contre-indication, de le prolonger le plus longtemps possible, et surtout plus longtemps qu'on ne le fait de nos jours ;

2° Il en est de même pour l'allaitement artificiel, pour le biberon. Il doit être continué aussi longtemps qu'une indication contraire ne viendra pas forcer à le suspendre ou à le remplacer ;

3° L'ablactation (ou sevrage) ne devra être faite que sous la direction du médecin ;

4° L'adjonction des farines — ou aliments hydrocarbonés — par lesquelles il faut commencer l'alimentation nouvelle doit être instituée à propos, avec mesure et prudence. Ces farines ne sont pas sans quelques inconvénients ; elles fermentent, et il convient d'en aider la digestion et l'absorption à l'aide de quelques artifices thérapeutiques ;

5° Le principal danger de cette alimentation par les farines, intempestivement ou abusivement employée, est d'amener la *constipation* ;

6° Il serait désirable que la farine destinée à l'alimentation de l'enfance fût préparée aseptiquement et servie en petites boîtes dosées pour la journée ;

7° La croissance régulière et la santé de l'enfant ne se constatent pas seulement par la balance, *par le poids*. Il y a d'autres éléments d'appréciation, que le médecin seul peut interpréter ;

8° L'élevage de l'enfant, à quelque classe qu'il appartienne, doit rester tout entier entre les mains du médecin ;

9° Il faut réagir contre cette tendance qui veut que l'on "pousse l'enfant, qu'on le fasse engraisser, qu'on le rende *fort, toujours plus fort*. L'enfant qui se porte le mieux n'est pas celui qui mange le plus, mais celui qui mange le mieux ;

10° L'alimentation seconde de l'enfance, pour être moins meurtrière que la première, n'en offre pas moins de réels dangers, et l'enfant d'un an à deux ans a besoin d'être surveillé et dirigé presque autant que l'enfant d'un jour à un an.

**Topiques divers contre l'impetigo, dans la *Clinique Infantile*, juillet 1912.**

Après avoir bien mis en valeur la nouvelle méthode de traitement de l'*impetigo* ulcéreux, par les badigeonnages, avec une solution de bleu de méthylène à 1/100, inaugurée avec succès par M. Variot, M. Plicque (*Bulletin médical* du 19 juin) passe en revue divers topiques dont l'emploi peut être fort utile dans cette dermatose infantile.

En cas de très forte inflammation on peut d'ailleurs faire céder l'emploi des attouchements au bleu de méthylène par les résolutifs habituels: cataplasmes de fécule cuite de préférence à l'eau boriquée, compresses de tarlatane fine et désapprêtée, en six doubles, trempées dans l'infusion soit de camomille, soit de fleurs de sureau, soit de racine d'aunée. Cette infusion peut s'additionner d'un centième d'acide borique. Les compresses seront toujours recouvertes d'un taffetas gommé.

Si le bleu de méthylène, même pur, était mal toléré, il est un autre antiseptique très ancien, le vin aromatique, qui, en applications permanentes, donne souvent des résultats très rapides et très bons.

Si les démangeaisons sont très vives, si l'enfant se gratte malgré toutes les précautions, la pommade suivante, du prof. William Dubreuilh, de Bordeaux, est excellente, à la fois pour calmer les démangeaisons et pour cicateriser.

Vaseline.. . . . .	50 grammes
Axonge.. . . . .	—
Oxyde de zinc.. . . . .	20 —
Acide salicylique.. . . . .	2 —
Acétate de plomb cristallisé.. . . . .	1 —

En montrant que la cause essentielle de l'envahissement impétigineux était l'inoculation par le grattage des microbes pyogènes provenant, soit de l'impétigo lui-même, soit d'un foyer quelconque de suppuration, soit même de la peau saine mais malpropre, le prof. Dubreuilh a indiqué la condition la plus importante pour le succès dans le traitement de l'impétigo. Si les précautions habituelles, pansements occlusifs très soignés, solutions émollientes, pommade à l'acide salicylique et à l'acétate de plomb ne suffisent



pas pour empêcher le grattage, on peut employer un moyen très simple et qui autrefois, dans le service du Dr Descroizilles, à l'hôpital des Enfants-Malades, réussissait fort bien.

L'enfant porte une chemise de nuit à manches un peu longues. On attache ensemble les deux extrémités de la manche droite et de la manche gauche. Chez les enfants les plus raisonnables on peut séparer les manches et laisser les mains libres pour la journée. Mais, à la moindre tentative de grattage et, en tous cas, dans la nuit, les manches sont réunies de nouveau. Très souvent les enfants, à moitié endormis, se grattent jusqu'au sang, si l'on néglige cette précaution.

Dans les familles, outre la contagion directe, l'impétigo est très souvent transmis par des objets de toilette (serviettes, peignes, savons, etc.) utilisés en commun. On ne négligera pas ce petit détail de prophylaxie.

Quand l'impétigo laisse après sa guérison des pigmentations brunes, M. Brocq regarde comme le meilleur moyen de les faire disparaître, une onction faite chaque soir avec la pommade suivante :

Calomel.. . . . .	1 gramme
Oxyde de zinc.. . . . .	6 —
Vaseline.. . . . .	12 —

Ces onctions doivent être continuées très petitement. Elles seraient également employées en cas de pigmentations bleuâtres laissées par le bleu de méthylène. Ce traitement complémentaire offre une réelle importance, chez les petites filles surtout.

---

#### Tolérance des nourrissons pour la morphine, dans la *Clinique Infantile*, juin 1912.

Généralement on considère l'emploi de la morphine comme défendu chez le nourrisson. A partir de l'âge d'un an, les classiques autorisent une dose journalière de 0,0005 dix-milligrammes à 0,001 milligr. par année d'âge. Du reste, on manque de documents pour établir quelle est au juste la tolérance du nourrisson à l'égard de la morphine. Aussi l'observation de M. Max Wichura, de Heilbronn (*Münch. med. Woch.*, n° 30), est-elle in-

téressante, car elle concerne un enfant de trois mois victime d'un empoisonnement morphinique.

Le bébé était très agité depuis quelques jours et avait des coliques presque continuelles avec accès spasmodiques. Le médecin consulté conseilla : lavages d'intestin, diète au thé léger, deux fois par jour 0,40 centigr. d'hydrate de chloral.

La nuit qui suivit fut calme, puis, le lendemain le père, au lieu de donner la solution de chloral, fit absorber à l'enfant — par erreur — une demi-cuillerée à café d'une solution de morphine à 1/100e appartenant à la mère. Etant donné que la cuiller à café contient 4 gr., on peut évaluer à 0,02 centigr. la quantité de morphine prise par le bébé. Un profond sommeil s'ensuivit. Une heure après, l'état de torpeur et la fixité du regard du petit être émurent les parents qui se rendirent compte de leur méprise et firent appeler le Dr Wichura. L'état était alors le suivant : figure légèrement rouge, perte de connaissance, sans aucune réaction ; pupilles étroites, ne réagissant pas. Spasmes musculaires. Respiration régulière, sans modification apparente, avec légers râles. Pouls plein, régulier, à 80-90.

Après un lavage complet de l'estomac, on prescrivit des frictions cutanées fréquentes et l'ingestion à petite dose de thé fort.

Quatre heures après : coma profond, respiration irrégulière, avec râles sternaux abondants. Visage légèrement pâle. Accès de cyanose. Pouls petit, à 90. Pupilles fixes, conjonctivite commençante. L'auteur procède à la respiration artificielle, à des frictions cutanées et à une injection sous-cutanée de 0,10 centigr. de caféine.

Enfin, après une période de refroidissement général, l'enfant acceptait quelques cuillerées de thé, douze heures après l'empoisonnement. Puis l'amélioration se poursuivit jusqu'à disparition complète des malaises le lendemain du jour où le médicament toxique avait été absorbé. A noter que s'il y eut des selles diarrhéiques, il ne se produisit à aucun moment le moindre vomissement.

Ce cas montre que la tolérance du nourrisson à l'égard de la morphine est plus grande qu'on ne le pense, puisque le bébé en question, âgé de trois mois, a pu prendre 20 fois la dose considérée comme tolérée par un enfant d'un an.

L'auteur ajoute qu'en thèse générale les doses maxima indi-

qu'ées pour les enfants en bas âge sont bien trop faibles. Ce serait le cas, en particulier, pour la codéine; il aurait, en effet, remarqué à plusieurs reprises qu'une dose de 0,02 de codéine ne paraissait pas avoir d'influence nocive sur les enfants d'un à deux ans atteints de toux d'origine pleurale. Or, la dose que l'on donne habituellement à cet âge est de 0,003 milligr. à 0,01 centigr.

---

#### UROLOGIE

**Traitement de la tuberculose urinaire**, par LEGUEU et CHEVASSU, dans *Archives générales de Chirurgie*, 25 juillet 1912. (*Congrès international de la tuberculose*. Avril 1912.)

La tuberculose urinaire est devenue essentiellement chirurgicale dès qu'il a été démontré que la tuberculose rénale en était l'origine. Si pénible que soit le sacrifice d'un rein, la néphrectomie est apparue comme le seul moyen efficace d'arrêter cette tuberculose dans sa marche fatale; l'opération est légitime toutes les fois que la tuberculose rénale est unilatérale, c'est-à-dire dans les 4/5 des cas environ.

Cette conduite radicale n'a pas été accueillie sans protestations. La notion générale des tuberculoses curables, la lenteur d'évolution d'un grand nombre de tuberculoses urinaires, leurs rémissions apparentes, font que beaucoup de médecins refusent de soumettre leurs malades à un sacrifice qui ne leur paraît pas nécessaire.

A l'heure actuelle, les deux méthodes s'opposent depuis un assez long temps pour qu'on puisse les juger d'après leurs résultats.

*Résultats du traitement chirurgical.* — La gravité de la néphrectomie est minime; en réunissant les statistiques globales de 23 chirurgiens, on obtient:

1539 néphrectomies avec 92 morts opératoires, soit 5,0 p. c.

Par morts opératoires, il faut entendre celles qui sont survenues pendant le premier mois qui suit l'opération.

Les statistiques globales de 12 chirurgiens très expérimentés sont suffisamment détaillées et prolongées pour bien permettre, en les réunissant, d'apprécier assez exactement les résultats éloignés de la néphrectomie. Cette statistique d'ensemble porte sur 708 néphrectomisés, dont certains ont été suivis jusqu'à 14 ans après l'opération.

Des 708 néphrectomisés :

151 sont morts.. . . . .	21,3%
557 sont vivants.. . . . .	78,7%

Les 151 décès se répartissent ainsi :

43 morts opératoires.. . . . .	7,1%
108 morts tardives.. . . . .	15,2%

Sur les 557 vivants on compte :

291 guérisons complètes.. . . . .	41,2%
58 guérisons.. . . . .	8,2%
185 guérisons incomplètes.. . . . .	26,2%
23 résultats mauvais.. . . . .	3,2%

Des 43 morts opératoires, 12 sont dues à l'insuffisance du rein conservé. Avec nos procédés actuels d'exploration rénale, c'est une cause de mort complètement évitable.

Des 108 morts tardives, les trois quarts environ (68) sont survenues dans l'année même de la néphrectomie; les autres s'échelonnent jusqu'à la 11e année.

91 fois, la cause de la mort tardive est spécifiée; 75 fois elle est due à la tuberculose (en particulier: poumon 28; rein conservé 17; méninges 11; granulie généralisée 11).

Les 291 guérisons complètes comportent, non seulement un excellent état général et l'absence totale de troubles urinaires, mais un examen détaillé des urines, n'y montrant ni pus, ni albumine. Pour beaucoup la guérison est en outre confirmée par l'examen cystoscopique de la vessie et l'inoculation négative des urines au cobaye. Ces 291 guérisons complètes s'échelonnent sur un espace de 14 ans; 269 datent de plus d'un an.

Les 58 "guérisons" diffèrent des "guérisons complètes" parce que l'état exact des urines n'y est pas spécifié. Elles s'échelonnent sur une période de 12 années; 48 datent de plus d'un an.

Dans les 185 guérisons incomplètes il persiste encore des troubles urinaires, dus à peu près constamment à la tuberculose vésicale préexistante à la néphrectomie. Ces 185 guérisons incomplètes s'étagent sur une période de 11 années; 162 datent de plus d'un an.

Les 23 survivants en mauvais état semblent destinés à mourir de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose du rein conservé; ces résultats mauvais s'échelonnent sur une période de 5 années.

*Résultats du traitement médical.* — En réunissant 6 statistiques globales et la statistique des "Médecins Suisses" on se trouve en possession de 738 observations de tuberculoses rénales dans lesquelles on n'a pas appliqué le traitement chirurgical et qui ont été traitées par des moyens médicaux divers, un certain nombre par la tuberculine.

Sur ces 738 tuberculoses rénales traitées médicalement, on trouve :

459 morts.. . . . .	61,9%
282 vivants.. . . . .	38,2%

Sur 282 malades décédés à une date connue, 247 sont morts dans les 5 ans, dont plus de la moitié dans les deux premières années; 37 survivent plus de 5 ans; 9 de ceux-ci dépassent 10 ans et meurent néanmoins de leur tuberculose.

Sur 231 vivants dont la durée de la survie est précisée, 169 vivent avec leur tuberculose rénale depuis 5 ans au plus; 62 vivent avec leur tuberculose rénale depuis plus de 5 ans; 22 de ceux-ci ont dépassé 10 ans.

Sur 178 survivants dont l'état est précisé, 142 souffrent de leur tuberculose rénale en évolution (16 sont malades depuis plus de 10 ans), 36 n'en souffrent pas.

Sur ces 36 tuberculeux du rein en apparence guéris, 3 seulement ont subi un examen urinaire permettant de confirmer leur guérison.

Sur ces 3 cas, 2 ont de l'albumine, un seul a des urines claires sans albumine.

*Résultats spéciaux du traitement tuberculinique.* — Pour juger de la valeur de ce traitement actuellement en vogue, il n'est pas possible encore de s'appuyer sur des statistiques globales suffisantes.

De la réunion de 184 observations provenant d'un grand nombre de sources différentes, il résulte que :

- 1° la plupart des malades sont améliorés dans leur état général;
- 2° beaucoup de malades présentent, au moins passagèrement, une amélioration de leurs troubles urinaires;
- 3° un certain nombre de sujets sont signalés comme guéris.

Trop de ces soi-disant guérisons n'ont été confirmées que pendant quelques mois; néanmoins, on peut relever 10 observations

dans lesquelles la guérison est suivie depuis plus d'un an, et semble complète en ce sens qu'il n'existe plus aucun trouble fonctionnel, que les urines sont claires et ne tuberculisent pas le cobaye. Ce que nous savons de l'évolution anatomique de la tuberculose rénale nous permet de supposer qu'il s'agit en pareil cas d'une exclusion rénale par oblitération urétérale.

Seule une malade de Wildbolz, chez laquelle on a pu constater, après trois ans de guérison, qu'une injection d'indigo était éliminée simultanément par les deux orifices urétéraux, peut être invoquée contre cette hypothèse.

*Conclusions.* — Le traitement médical peut améliorer les tuberculeux du rein, prolonger l'existence d'un certain nombre d'entre eux, mais il ne les guérit pas. Les rares guérisons mises sur le compte du traitement médical ne sont apparemment pas autre chose que des exclusions rénales, qui suppriment le rein comme une néphrectomie, et qui ne sont pas sans danger.

La néphrectomie guérit complètement un grand nombre de tuberculeux du rein, près de la moitié.

Un quart des néphrectomisés n'est qu'amélioré; la faute en est aux lésions vésicales préexistantes à la néphrectomie; ces améliorations pourraient être transformées en guérisons si les malades étaient néphrectomisés à un stade plus précoce.

Un quart des néphrectomisés succombe, en faible proportion (6 p. c.) à l'opération même, en grande partie à l'évolution continuée d'une tuberculose du poumon ou d'ailleurs.

La tuberculose urinaire semble donc comporter une triple indication thérapeutique:

1° Un traitement rénal — la néphrectomie — toutes les fois qu'il est possible et le plus tôt qu'il est possible.

2° Un traitement vésical — modificateur — toutes les fois qu'il est utile.

3° Un traitement général — antituberculeux — complément nécessaire de la néphrectomie, mais incapable de la remplacer.

**Des injections dans le traitement abortif de la blennorrhagie. Indications et conditions de réussite,** par le Dr CARLE (de Lyon), dans le *Progrès Médical*, 17 août 1912.

Il est à peu près démontré aujourd'hui que, sous certaines conditions, une blennorrhagie, traitée tout à fait à son début, peut être guérie en une quinzaine de jours. Ce qui signifie que, dans ce délai, toute médication étant cessée, le malade a pu se livrer à telle expérience qui certifie la guérison. Cette médication a regu le nom, un peu prétentieux peut-être, de traitement abortif. Employée couramment à l'étranger, trop longtemps abandonnée chez nous aux spécialistes douteux, cette médication a enfin acquis droit de cité dans notre pays, grâce aux nombreux travaux qu'elle a suscités, dans ces dernières années particulièrement.

Mais il est certain que son usage habituel est encore restreint au cercle étroit des médecins spécialisés. L'expérience quotidienne le prouve, ainsi que la lecture des classiques. Chaque jour, défile dans nos consultations publiques ou privées quantité de chaudières chroniques. Presque jamais, peut-on dire, le médecin qui les vit tout à fait au début n'a songé à utiliser cet excellent procédé d'attaque qu'est le traitement abortif, lequel aurait peut-être guéri en deux ou trois semaines et évité la chronicité.

Pourquoi ?

Telle est la question que je voudrais soulever en cette causerie ?

Et sans autre préambule, je ferai à cette question une triple réponse :

Le praticien n'emploie pas habituellement le traitement abortif de la blennorrhagie :

- 1° Parce qu'il ne croit pas à la réussite ;
- 2° Parce qu'il imagine ce traitement trop complexe ;
- 3° Parce qu'il ignore les *détails* de l'exécution, conditions absolument nécessaires de la réussite.

Je reprends chacun de ces points :

I. Le praticien a tout à fait le droit d'être sceptique à l'égard de ces médications abortives. Dans les classiques parus depuis 30 ans en France, non seulement je ne trouve aucun encouragement, ni aucun principe, mais encore il n'est question de ces médi-

cations immédiates que pour les critiquer ou les déconseiller. Nous sommes trop restés, à ce point de vue, sous l'impression des résultats un peu insuffisants de la méthode de Diday, laquelle est, par contre, toujours rappelée dans les mêmes ouvrages. Ce procédé, assez brutal, basé sur l'action d'une ou deux injections de nitrate d'argent à dose forte, a le double désavantage d'être douloureux et infidèle. Que notre maître lyonnais ait obtenu quantité de bons résultats à une époque déjà éloignée, où le *gonocoque* n'était pas là pour authentifier les écoulements, c'est compréhensible et excusable. Mais les successeurs et les imitateurs de Diday n'ont pas tardé à s'apercevoir qu'en présence de véritables blennorrhagies, les guérisons par ce procédé étaient, en réalité, assez rares. D'où condamnation systématique de tout essai de ce genre, et dans l'anathème proféré contre le nitrate furent englobés ses succédanés, protargol, ichtyargan, argentamine, argyrol, au fur et à mesure qu'ils apparaissaient sur la scène thérapeutique.

Ostracisme officiel, dont quelques auteurs (Engelbreth, Moran, Janet et moi-même) ont appelé en diverses publications datant déjà de plusieurs années et sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

II. Non sans raison également, le praticien juge que les médications qu'on lui offre ont le gros défaut d'être trop complexes, soit au point de vue de la technique, soit au point de vue de l'instrumentation.

Prenons quelques exemples: voici l'excellent ouvrage de Luys, sur la blennorrhagie, qui est le plus récent et le plus complet sur ce sujet. Si d'aventure un praticien veut se mettre au courant et feuilleter la question du traitement abortif, il trouve une série de médications, où les procédés les plus simples sont mis sur la même ligne que d'autres, complexes et pas plus sûrs, exigeant des tubes métalliques fenêtrés, des sondages, des écouvillonnages ou des uréteromèches. Si bien que, entre les procédés de Melun, Beetman, Cabot, Hugué, Boureau, etc., il ne sait plus à quelle méthode se vouer et abandonne la partie.

Un autre tort, à mon avis, est d'avoir présenté depuis vingt ans les grands lavages comme la seule médication, en dehors de laquelle le succès n'était pas possible. Les promoteurs de cette méthode, et Janet en tête, ont eu le gros mérite d'attirer l'attention sur cette question du traitement abortif, et de la rendre plus scientifique. Ils ont d'autre part créé et vulgarisé un procédé



qui a à son actif quantité de guérisons à toutes les périodes de la blennorrhagie, lorsqu'il est utilisé à bon escient. Mais si peu compliqué qu'il soit, il faut songer au praticien dont les minutes sont comptées et qui a bien d'autres préoccupations. Le grand lavage, dans les conditions du traitement abortif demande à être appliqué par le médecin lui-même et surveillé quotidiennement. Abandonné au malade, il aboutit trois fois sur quatre à un échec. C'est là une complication avec laquelle on doit compter, si l'on veut que le traitement abortif soit répandu comme il le mérite.

Et c'est pourquoi il ne faut pas prétendre, avec la majorité de nos confrères parisiens, qu'en dehors des grands lavages, il n'y a pas de salut. Je persiste à prétendre, comme je l'ai fait depuis six ans, dans une série d'articles, monographies et ouvrages classiques, que, dans les conditions les plus habituelles, que je préciserai tout à l'heure, on peut obtenir de très bons résultats avec de simples injections. Et voici que, récemment, au Congrès d'Urologie de 1910, Janet lui-même, père de la méthode, dont les disciples enthousiastes exagèrent quelquefois la pensée, reconnaît les succès souvent obtenus avec les injections d'argyrol. Bien d'autres furent de cet avis, que je ne cite pas, n'ayant pas la prétention de faire une revue générale. Mais comme pour toute méthode un peu active, cette réussite n'est possible que dans certaines conditions nécessaires et suffisantes, que je vais maintenant rappeler.

III. Car, il faut bien reconnaître que les insuccès sont la cause la plus ordinaire du découragement, même chez les mieux intentionnés. Il n'est rien de tel que d'avoir échoué deux ou trois fois pour déclarer avec conviction que la méthode ne vaut rien. Cela est quelquefois vrai, mais bien souvent l'expérimentateur est le coupable, parce qu'il n'a pas prêté assez d'attention aux *détails* de technique qui sont la condition absolument nécessaire du succès. Rappelons-les brièvement :

1° *Le blennorrhagie doit être tout à fait à son début, c'est-à-dire qu'elle n'est appréciable qu'à un œil cliniquement averti ou à un bon microscope. Quand la goutte jaune est déjà grosse comme une tête d'épingle en verre, quand le méat est aurolé de rouge, quand le chatouillement presque agréable du début s'est transformé en brûlure, il est trop tard ; ou plutôt le traitement*

peut encore se faire, mais en le prolongeant bien au-delà des limites indiquées, et ce n'est plus de l'abortif. Le mieux, en cas de doute, est de faire revenir le malade quatre heures après, n'ayant pas uriné, de cueillir la goutte muco-purulente, et de l'examiner au microscope. Le praticien, dépourvu de cet instrument, pourra se contenter de l'à-peu-près suivant: Faire revenir le malade à midi, d'abord, puis à 5 heures. Si la goutte muqueuse du malade est muco-purulente à midi, et déjà jaunâtre à 5 h., si ces symptômes coïncident avec un rapport 4 ou 5 jours auparavant, il est bien probable qu'il s'agit de blennorrhagie. Et surtout qu'il ne perde pas son temps à écouter son client qui affirme véhémentement que le rapport ne pouvait pas être suspecté. Tous les rapports sexuels le sont, et l'expérience des spécialistes nous empêche de croire à la vertu intangible, même de la femme de César.

2° *Commencer le traitement de suite.* S'assurer de ses yeux que le malade sait faire une injection. Cent fois je me suis aperçu que mon malade ignorait complètement cette technique, lors même qu'il la pratiquait depuis longtemps. La démonstration orale ne suffit pas. Et en cas de doute, pratiquez vous-mêmes les premières injections.

Assurez-vous que le patient est muni d'une bonne seringue de douze cent. c. de contenance. On s'obstine dans nos pharmacies à délivrer de ridicules seringues de 8 cent. cubes. Autant je crois inutile dans la plupart des cas d'aller taquiner un urèthre postérieur qui ne demande que la tranquillité, autant je crois nécessaire d'emplir complètement l'urèthre antérieur, de le distendre même quelque peu. Envoyé à qui de droit, c'est-à-dire à nos collaborateurs les pharmaciens et bandagistes.

3° *Le choix du sel* est important, mais pas essentiel. Je l'ai déjà dit plusieurs fois, le meilleur sel est celui dont on connaît le mieux le maniement. Et c'est pourquoi, en diverses publications, j'ai indiqué tantôt le permanganate de potasse (*La Clinique*, 9 août 1907) tantôt le protargol (*Province médicale*, 19 novembre 1910.) En principe, on peut dire que *tout à fait au début*, au premier jour, les antiseptiques, tels que permanganate, ichtyol ou résorcine, donnent des résultats suffisants. Dès que l'inflammation est un peu plus caractérisée, il est nécessaire d'employer les sels d'argent, protargol ou autre, en allant rapidement, comme je

J'ai indiqué par ailleurs, des doses faibles (1 p. 100) aux doses fortes, à la limite de ce que le malade peut supporter sans irritation (2 ou même 3 p. 100);

4° *Le mode d'emploi* de ces injections est autrement plus important à connaître. Je n'exagère pas en disant que la moitié des insuccès est due à ce que le praticien a oublié:

a) Que les injections doivent être répétées *quatre fois par jour*, et même plus; toutes les quatre heures environ, sauf irritation. Or, régulièrement, je trouve entre les mains de mes malades des ordonnances à prétention abortive dans lesquelles cette opération est classiquement conseillée matin et soir. Tout à fait insuffisant.

b) Que l'une au moins de ces injections, ou même deux si possible, *doivent être conservées très longtemps dans l'urèthre*. Neisser fait garder pendant une *demi-heure* la solution de protargol que l'on injecte avant de se coucher, moment qui est évidemment le plus propice. Il y a à mon avis quelque exagération, et nous n'obtiendrons pas ce délai chez nous. Les Français sont trop nerveux! Mais il faut prolonger de 5 à 10 minutes au moins cette injection vespérale. Ceci étant encore variable avec le malade, la sensibilité de l'urèthre, la réaction particulière à chaque cas, etc. (Voir pour tous ces détails: Carle, *Traitement abortif de l'urétrite blennorrhagique par les injections. Consultations médicales françaises*, n° 24, Poinat, éditeur.)

c) Il faut savoir *prolonger le traitement pendant le temps nécessaire*, ne pas se fier à l'assèchement immédiat, mais trompeur, qui suit les premières injections d'ichtyol, pas plus qu'il ne faut se désespérer en voyant le matin la grosse réaction d'allure purulente qu'engendre le protargol.

Et surtout ne pas changer trop tôt de traitement, sous prétexte que persistent quelques symptômes ou quelques gonocoques. Dans une très intéressante revue générale du Dr Montfort, de Marseille (*Revue clinique d'Urologie*, janvier 1912), qui a eu l'amabilité de citer un de mes articles, je lis que si l'on constate après la première séance ou l'une des suivantes, la présence du gonocoque, il vaut mieux abandonner les injections de protargol, et recourir aux grands lavages suivant la méthode de Motz. Eh bien! je crois

cette assertion trop absolue. Après les quatre ou cinq premières séances, les gonocoques peuvent encore se retrouver. Continuez, forcez les doses et les gonocoques disparaîtront.

S'ils persistent par la suite, combinez injections de protargol et grands lavages au permanganate. Car il y a, malgré tout, bien des chances pour que leur *repaire* se trouve encore dans l'urèthre antérieur, quelle que soit la participation de la portion rétro-sphinctérienne. Et s'il faut l'atteindre en cette région, il est douteux que le permanganate, antimicrobicide beaucoup plus faible que les sels d'argent, arrive à le détruire, si le protargol doit échouer. Mais les grands lavages seront, dans ce cas, un adjuvant très appréciable.

d) Enfin *ne pas abandonner son malade avant de s'être assuré de la guérison*. La sécheresse persistant 48 heures ne signifie rien. Il faut, avant de l'autoriser à la reprise de la vie normale, conseiller, quatre ou cinq jours après la cessation du traitement l'absorption de quelques boissons congestives, bière ou champagne, pratique condamnée par les purs scientifiques, mais très suffisante en réalité pour certifier, sans dommage pour l'urèthre, l'authenticité de la guérison.

---

#### OPHTALMOLOGIE

**Comment les malades doivent instiller un collyre**, par le Dr BOUTLAI, de Rennes, dans *La Clinique*, 30 août, 1912.

Il arrive à peu près journellement au médecin comme à l'oculiste d'être obligé de répondre à cette question: "Comment faut-il mettre les gouttes dans l'œil?"

Souvent on répond: "Le pharmacien vous donnera un compte-gouttes." Parfois (trop souvent) on ajoute: "Il vous montrera!"

Le pharmacien ne doit plus avoir à donner de compte-gouttes et n'aurait jamais dû avoir à montrer la façon de s'en servir.

Le meilleur des instruments pour l'instillation des collyres est encore à trouver, et c'est bien ainsi, car le mieux est de s'en passer.

Le tout d'ailleurs n'est pas seulement d'avoir un bon instrument, mais "il y a la manière" de s'en servir.

## 1° INSTRUMENTS.

1° Le *compte-gouttes*. — C'est un instrument parfaitement incommode, insuffisamment propre la plupart du temps, sinon dangereux, même quand il est amélioré par un petit embout tubulaire de caoutchouc souple.

Il augmente, il amplifie par sa longueur le tremblement qu'il est à peu près de règle de constater chez les malades qui sont obligés de se "se mettre des gouttes dans l'œil." Les gouttes, les "collyres" étant encore pour beaucoup une source de crainte et de frayeur très irraisonnée, mais non constante.

L'extrémité solide du compte-gouttes incite celui qui s'en sert à "forcer entre les paupières" qui se ferment instinctivement, comme nous ne le savons que trop, aussitôt qu'il s'agit d'explorer un œil.

Il donne enfin l'illusion que l'instillation a été bien faite, alors que le seul résultat appréciable fut l'inondation de la joue et l'instillation du collyre... entre les lèvres.

2° Le *cône de coton*. — On a beaucoup préconisé le cône de coton ainsi que le décrit le Dr Roche dans le *Marseille médical* :

"Prendre du coton hydrophile et le rouler grossièrement entre les doigts, effiler une des extrémités entre le pouce et l'index de façon à obtenir un cylindre de trois ou quatre centimètres de longueur terminé par un cône. L'on plonge dans la solution l'extrémité effilée et l'on attend quelques secondes. Quand le cône est bien imprégné de collyre on le retire. On n'a plus alors qu'à serrer fortement l'extrémité supérieure pour voir le collyre s'écouler lentement goutte à goutte."

Le gros reproche à faire à ce procédé n'est pas, comme l'on pourrait croire, son manque absolu d'asepsie; le malade y regarde et de plus près qu'on ne pense.

3° *Coton enroulé*. — Un peu de coton hydrophile enroulé sur une allumette ou mieux sur une épingle à cheveux, un fil de fer, est un procédé déjà meilleur.

D'abord on peut flamber l'épingle.

Ensuite on triture beaucoup moins le coton.

Enfin l'épingle et la main prenant un solide point d'appui sur la tempe et la joue permettent l'instillation prudente et certaine

du collyre dans l'angle de l'œil. Ainsi disparaît l'insuffisante précision du cône de coton et le danger du compte-gouttes.

Le point délicat est l'enroulement du coton. Il faut que le petit pinceau dépasse notablement la pointe de l'instrument, qu'il soit très lâche, pas serré du tout dans cette portion et au contraire très serré à l'autre extrémité afin qu'il adhère bien à l'épingle. Il doit former en quelque sorte un cône également, mais renversé.

S'il est bien fait, le moindre contact avec l'espace interpalpébral amènera l'aspiration du collyre.

3° *Le flacon stilligouttes.* — C'est un bon instrument facile à manier (sous quelque forme qu'il soit, et il y en a des modèles et des modèles), mais qui a deux inconvénients.

Il est d'abord d'un prix de revient assez élevé quand il s'agit des divers modèles créés par les oculistes.

Il est difficile à nettoyer quand il s'agit du modèle couramment employé (celui qui est formé de petites rainures avec un tube court d'appel d'air) et il ne fonctionne pas toujours très bien.

4° *Le flacon émeri.* — Le flacon ordinaire à simple bouchon d'émeri est encore l'instrument le plus pratique et le plus sûr.

Il est facile d'en trouver partout;

Son nettoyage est aisé puisqu'il suffit d'essuyer soigneusement le bord du goulot avant de s'en servir et cette précaution est très suffisante, les exigences d'une muqueuse palpébrale étant infiniment moindres que celles d'une séreuse péritonéale;

Mais il y a la manière.

## II. MANIÈRE.

La manière de faire l'instillation n'est pas tout absolument, mais peu s'en faut.

Ce qui doit nous préoccuper surtout dans l'instillation d'un collyre c'est que cette instillation... soit faite réellement.

La quantité de liquide instillé est beaucoup moins importante quoiqu'elle soit la préoccupation dominante du malade. Il faut le lui bien expliquer; car il a infiniment plus grande peur d'instiller trop de gouttes que de n'en pas instiller du tout. C'est ce qui se passe trop fréquemment.

*Comment instiller le collyre ?*

Asseoir le malade sur un siège à dossier bas, de façon qu'il puisse ramener fortement la tête en arrière; le faire étendre sur un lit ou un canapé est souvent beaucoup plus simple.

Appuyer alors ses deux mains sur le front et les tempes tenant entre elles le flacon (ferme) d'une main, le bouchon de l'autre, de façon que l'extrémité du goulot se trouve au-dessus de l'angle interne de l'œil.

Faire alors exécuter de tout petits mouvements de va-et-vient au bouchon dans le goulot et l'on aura ainsi un compte-gouttes de premier choix et d'une manœuvre excessivement plus facile encore qu'elle ne paraît.

Le malade n'aura plus qu'à entr'ouvrir son œil et l'instillation sera faite; et comme, encore une fois, le gros obstacle à l'instillation est le spasme à peu près constant des paupières, grâce à la position de la tête on pourra attendre, avec la plus parfaite patience, que le spasme veuille bien disparaître de lui-même si, comme il arrive, surtout quand il s'agit d'enfants, le sujet ne s'y emploie guère.

Une bonne précaution à prendre, en particulier, lorsqu'on emploie un collyre à l'atropine, est de *faire comprimer les points lacrymaux* par le malade lui-même.

L'extrémité de l'index appuyée fortement dans l'angle de l'œil, contre la racine du nez, remplira cette condition. On devra maintenir cette compression quelques instants après l'instillation.

*Combien instiller de gouttes ?*

La quantité de gouttes importe peu et cette question ne sera posée que par le malade. Il est bien évident qu'on ne lui confiera jamais que des collyres non dangereux et qu'on n'emploiera pas davantage de collyres à titre trop élevé.

---

**Rapport sur l'héliothérapie** (1). par M. Armand DELILLE, rapporteur à la *Société de Pédiatrie de Paris*, dans les bulletins de la Société, 11 juin 1912.

Un certain nombre des membres de cette Commission ont pu examiner *de visu* et sur place dans l'Institut d'héliothérapie du Dr Rollier, à Lupin, un grand nombre de malades traités par sa méthode, les autres ont observé des cas isolés revenus guéris après une cure plus ou moins longue, ou bien ont examiné les intéressantes photographies que nous soumettons aujourd'hui même aux membres de la Société.

Nous avons pu nous convaincre ainsi que la méthode héliothérapique donnait des résultats excellents, pour ne pas dire absolument merveilleux, ce qui serait la plus exacte expression de notre pensée, dans la plupart des cas de tuberculose chirurgicale. Nous ne parlerons en effet que de ces cas, et discuterons plus loin, en faisant quelques réserves, l'application de la méthode au traitement de la tuberculose pulmonaire.

C'est à l'école Lyonnaise, à Ollier et à Poncet, que l'on doit la première notion de l'action bienfaisante de la cure solaire dans le traitement des tuberculoses osseuses, en particulier dans les cas compliqués de fistules. Ajoutons que ces auteurs firent bientôt des disciples, et que nombre de médecins français, en particulier sur la côte méditerranéenne, eurent de beaux succès dans cet ordre d'idées et appliquèrent la cure de soleil, principalement locale, au traitement de nombreux cas ; d'autre part, Bouchard a démontré que la cure était applicable avec le plus grand succès, en montagne et en hiver. Malgré l'intérêt des recherches de ces précurseurs, il faut reconnaître que c'est à Rollier que revient le mérite d'avoir fait de l'héliothérapie une véritable méthode thérapeutique, qu'il a appliquée systématiquement et dont il a établi avec précision tous les éléments, limitant ses indications et ses contre-indications.

Avec cet auteur, l'héliothérapie n'a plus seulement été pratiquée pendant un temps limité, et sur une surface limitée du corps, il ne s'est plus agi de bain de soleil, mais de vie au soleil ; il a montré en effet que, pour obtenir des succès rapides et com-

(1) Présenté au nom de la Commission composée de MM. Apert, Armand-Delille, Mme Nageotte-Wilbouchewich, MM. Rist et Savariand.



plets, il fallait faire passer au malade, complètement nu, et la tête seule protégée, six et huit heures exposé aux rayons du soleil.

Pour arriver à cette insolation prolongée qui seule est efficace, il faut aller progressivement, et au point de vue du temps, et au point de vue de la surface exposée. Le commencement du traitement demande en effet des précautions attentives, sous peine de donner des insulations au malade et de déterminer chez lui des poussées fébriles. On commence en effet le premier jour par exposer au soleil les avant-bras et les pieds pendant 1 ou 2 séances de cinq minutes, puis on augmente progressivement la surface exposée et le temps d'exposition: 10 minutes, 15 minutes,  $\frac{1}{2}$  heure, et le nombre des séances. On peut arriver ainsi, suivant les cas, au bout de 15 jours à 1 mois, à exposer le malade complètement nu au soleil pendant une durée de plusieurs heures — qui arrive à celle de toute la durée de la journée — avec une interruption plus ou moins longue aux environs de midi suivant l'état du malade.

Sous l'influence de l'insolation, le malade se pigmente très rapidement; les bruns deviennent presque noirs, les blonds de couleur acajou.

Pour que la cure produise ses effets, il faut qu'elle soit faite dans une région où le soleil luise souvent; aussi la montagne est-elle particulièrement favorable en hiver; mais, de plus, l'altitude semble jouer un rôle incontestable, parce que la couche atmosphérique est moins épaisse et tamise par conséquent moins les rayons solaires.

Cependant nous croyons que le littoral marin peut permettre une insolation presque aussi efficace, à condition que le ciel y soit assez souvent et suffisamment découvert. Il est évident que notre Riviera est à ce point de vue fort propice. Un des principes de la méthode, nécessaire pour que la cure solaire ait toute son activité, est de mettre le moins possible d'appareils plâtrés et même de les supprimer complètement; comme on peut le voir par les photographies de Rollier, il n'emploie qu'exceptionnellement les corsets ou gouttières, et se contente d'appareils à extension très simples pour les jointures; pour les maux de Pott, il obtient la réduction progressive par le décubitus ventral plus ou moins modifié par les coussins.

Les états fébriles, sauf quand il y a de la tuberculose pulmo-

naïre, ne paraissent pas être une contre-indication à l'application du traitement, du moins quand il s'agit de fièvre, de suppuration due à des fistules, seule la fièvre liée à des poussées aiguës n'est pas avantageusement modifiée par le traitement.

Les photographies qui sont exposées ici permettent de se rendre compte des résultats absolument merveilleux que j'ai pu pour ma part constater *de visu*; j'ai vu, lors de mon voyage à Lupin, la plupart des petits malades qui sont représentés ici.

Les résultats les plus frappants sont en effet, comme je le disais dans une précédente communication :

1° La rapide transformation de l'état général, le malade prend rapidement un aspect de santé florissante.

2° Le rapide tarissement des fistules, et le riche bourgeonnement qui produit l'oblitération et la cicatrisation complète des plaies.

3° La rapide résorption des fongosités et la *restitutio ad integrum*, avec retour de toute la liberté des mouvements articulaires.

Rollier en effet ne pratique jamais d'intervention sanglante, il se garde bien entendu de faire aucun grattage; or, il obtient toujours des guérisons sans ankylose, le retour des mouvements articulaires se fait spontanément, sans même qu'il ait à faire de la mobilisation.

Les admirables résultats de cette méthode, qui, il est vrai, commence à être pratiquée sur le littoral méditerranéen, en particulier, ainsi qu'à Arcachon, à St-Malo et à Berck par un certain nombre de nos confrères, mais peut-être avec encore un peu trop de timidité, nous engageant à formuler les conclusions suivantes :

1° L'héliothérapie paraît être à l'heure actuelle un des moyens les plus puissants de thérapeutique de la tuberculose dite chirurgicale; elle doit remplacer la thérapeutique chirurgicale et s'impose dès le début d'une manifestation ostéo-articulaire ganglionnaire et péritonéale.

Comme elle ne peut être pratiquée à Paris, à l'hôpital, sous le ciel toujours chargé de vapeurs, de fumées et de poussières qui empêchent la pénétration des rayons lumineux, il y a lieu de soumettre nos petits malades à cette cure, aussitôt la maladie diagnostiquée, soit dans les stations marines, qui ont par elles-mêmes un rôle si efficace dans la simulation de l'état général et la guérison du processus tuberculeux, soit dans une station d'altitude

spécialement aménagée, et, à défaut, en plaine. Nous croyons donc que l'héliothérapie est un complément nécessaire de la cure marine et qu'elle doit être appliquée systématiquement dans tous les hôpitaux marins, comme on a commencé à le faire, un peu trop timidement, depuis quelques années sur notre littoral méditerranéen et océanien.

Nous pensons, d'autre part, que nombre de nos stations marines n'ayant pas, dans la mauvaise saison, une insolation suffisante, par suite des brumes et des brouillars malheureusement trop fréquents et trop abondants sur nos côtes de la Manche et même de l'Océan, il y aurait intérêt à créer en France, surtout pour l'hiver, une station d'héliothérapie en altitude. Nos régions montagneuses de la Savoie et du Dauphiné, qui possèdent des alpages entre 1,200 et 1,800 mètres, se prêteraient merveilleusement à une organisation de ce genre, et nous souhaitons de voir se réaliser la création d'un ou mieux de nombreux établissements de ce genre, soit par l'initiative privée, soit par l'administration de l'Assistance publique, et nous émettons le vœu que des études pratiques soient faites en vue d'une création d'une station au moins à titre d'expérience, car le succès en est certain, puisque la méthode a fait ses preuves sur plusieurs centaines de malades déjà guéris chez Rollier.

Un point cependant demande une étude spéciale et quelques réserves. Malgré ces très intéressants résultats obtenus à la Maubega par le Dr Malgat qui connaît admirablement les indications de la méthode, malgré aussi un certain nombre de succès obtenus par Rollier, nous croyons que l'héliothérapie ne doit être appliquée qu'avec la plus grande prudence dans le traitement des tuberculoses pleurales et surtout pulmonaires. Dans ces cas en effet, son action si vive provoque des processus congestifs, qui non seulement peuvent déterminer des hémoptysies, et de la fièvre, mais peuvent aussi dans certains cas réveiller une évolution plus ou moins latente; nous croyons donc, qu'à l'heure actuelle, l'héliothérapie doit être réservée aux cas suivants: ostéo-arthrites, péritonites, adénites tuberculeuses, tuberculoses cutanées, et que même dans les cas d'adénopathie traché-bronchique, ce traitement ne devra être institué qu'avec grande circonspection.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Annuaire général des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.** 1<sup>re</sup> Edition, 1912, par R. VILLECOURT, médecin.  
— Administration et rédaction : 86, Avenue Laurier, Ouest, Montréal.

— Le Dr Villecourt vient de publier un annuaire qui est appelé à rendre de grands services.

Notre confrère a eu l'idée originale de publier dans une édition simple, avec 200 exemplaires d'une édition de luxe, tous les renseignements concernant l'exercice de la médecine dans la province de Québec et au Canada, ainsi qu'aux États-Unis et au Mexique. Il donne en même temps le nom, l'adresse, et même quelques rares photographies des médecins de langue française qui exercent sur ce vaste territoire.

A ces renseignements, il ajoute des chiffres officiels sur le mouvement de la population française dans les différents centres, accompagnés de quelques notions générales d'histoire et de géographie.

Ce livre représente une somme de travail très considérable tant à cause de la variété que de la complexité du sujet.

— Il y a bien, ici et là, quelques erreurs, quelques omissions involontaires, mais nous ne pouvons pas en tenir compte au Dr Villecourt. Tout cela sera corrigé et augmenté dans la prochaine édition, malgré ces paroles malheureuses et injustes de l'introduction où l'éditeur... "regrette que tous ceux qui auraient dû avoir leurs portraits dans ce livre n'aient pas cru nécessaire de me donner leur adhésion et montrer pour une fois que leur patriotisme et leur clairvoyance sont au-dessus des mesquines questions de personnalité"...

— Si un grand nombre se sont abstenus de donner leur photographie, c'est qu'ils voulaient, avant tout, créer un mouvement d'ensemble et non un effort particulier qui ressemblât plutôt à une réclame disgracieuse qu'à un bulletin général de renseignements.

Maintenant que nous savons où nous allons, nous serons plus pressés. Il ne faudra pas en tenir compte à ceux qui se seront abstenus.

Nous croyons que le Dr Villecourt a bien fait de marcher, quand même. Il recueillera bientôt des adhésions nombreuses

qui feront de son annuaire un tout compact et véritablement représentatif.

LA RÉDACTION.

---

**Les Opiomanes**, mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium. Étude médico-littéraire, par le Dr DUPOUY, médecin de l'Asile de Charenton. Préface du Professeur RÉGIS. 1 vol. in-8, 6 fr. (Librairie Félix Alcan).

Il existe un nombre d'ouvrages sur la morphinomanie ; il en est peu et point même pour ainsi dire, en France tout au moins, sur l'opiomanie.

Le Dr Roger Dupouy a entrepris cette étude des opiomanes et, après avoir esquissé l'histoire de l'opium et la psychologie si particulière des toxicomanes, il décrit successivement les mangeurs, les buveurs et surtout les fumeurs d'opium, à l'aide de documents puisés pour beaucoup à Paris même. Les fumeurs d'opium, en effet, n'existent pas seulement dans nos colonies, ils envahissent lentement la métropole et particulièrement nos ports.

L'œuvre du Dr Roger Dupouy étudie en détail les prétendues jouissances et les réels méfaits de l'opium ; elle analyse son ivresse liturgique et raffinée, sa rêverie euphorique et immatérielle, mais passive et stérile ; elle dévoile les troubles physiques qui surgissent fatalement et met à nu l'aboulie, la veulerie et la perversité morale des intoxiqués chroniques ; elle montre leur déchéance progressive et leur effroyable fin... ; elle dénonce le charme perfide du décor, l'influence captivante de la contagion et le rôle peu glorieux du grand Trafiquant qui empoisonne ses clients.

Toute une partie de l'ouvrage est, d'autre part, consacrée à l'étude psychologique de quelques opiomanes célèbres, Thomas de Quincey, Coleridge, Edgar Poë, Baudelaire, Barbey d'Aurevilly... et à la critique de notre littérature moderne de l'opium.

Ajoutons enfin qu'une préface du distingué professeur de Bordeaux, E. Régis, contribue à faire de ce livre "une œuvre tout à la fois de saine science et de haut patriotisme." Et cette œuvre, clinique, sociale et littéraire, nourrie de faits nets et précis, enrichie d'observations curieuses et exactes, intéressera à la fois les médecins, les sociologues et les letterés.

Le numéro du 7 septembre 1912 de *Paris Médical*, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré à l'Ophthalmologie, l'Oto-rhino-laryngologie et la Stomatologie.

Voici le sommaire :

L'Ophthalmologie n 1912 (*Revue annuelle*), par F. Terrien, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Le Strabisme et son traitement, par le Dr Monthus. — Les lésions oculaires dans les fractures du crâne, par le Dr Cautonnet. — L'Oto-rhino-laryngologie en 1912 (*Revue annuelle*), par le Dr Grivot. — Technique par les Drs Lemaître et Ballerín. — La Stomatologie en 1912 (*Revue annuelle*), par le Dr Schœffer. — Désinclusion, par le Dr Fargin Fayolle. — *Actualités médicales*. — Une agence de renseignements, par le Dr Dopter. — *Chronique des livres*. — *Chronique*. — Daviel et l'extraction de la cataracte, par le Dr Truc. — *Variétés*. — L'Oto-rhino-laryngologie dans le passé, par le Dr Grangée. — Histoire de l'art dentaire chez les Grecs, par le Dr Soulé. — *Silhouettes médicales*, par Bils. — *La médecine humoristique* : La surdité. — *Formules thérapeutiques*. — *Revue hebdomadaire de la Presse française*. — *Revue de quinzaine de la Presse étrangère*. — *Intérêts professionnels*. — *Nouvelles*. — *La vie médicale*. — *Cours*. — *Memento de la quinzaine*.

(Envoi franco de ce numéro de 90 pages in-4 avec figures contre 1 fr. en timbres-poste de tous pays.)

---

**Manuel pratique de Kinésithérapie, fascicule II : H. STAPFER.**  
*Gynécologie*. 1 vol. in-8° avec 12 figures dans le texte, 4 fr.  
 (Librairie Félix Alcan).

Le volume *Gynécologie*, qui vient de paraître à la Librairie Alcan, fait partie d'un *Manuel de Kinésithérapie* qui se complète pour les multiples branches de cette science par la publication successive de divers fascicules (Wetterwald, Mesnard, Rosenthal, Hirschsberg, Durey, Zander, Leroy). La *Gynécologie* est l'œuvre de Stapfer. Depuis le *Traité* de 1897, aucun livre complet n'avait été publié sur le sujet. L'auteur y résume une pratique de vingt ans qui a confirmé toutes ses espérances du début. Tout en s'attachant à la méthode originelle qu'il considère comme su-

péricure, il ne néglige point les autres pour les louer ou les blâmer.

Au point de vue historique et bibliographique, l'ouvrage est documenté avec rigueur, sans que cette documentation prenne plus de place qu'il ne conviendrait à un *Manuel pratique*, et l'on peut dire que le chapitre réservé à l'histoire n'est pas une superfoetation, ni l'étalage de connaissances faciles à acquérir avec les *Annales*. Même dans ce chapitre, l'auteur s'est placé au point de vue philosophique, physiologique et clinique qui caractérise tout le fascicule.

Les idées et les démonstrations de Stapfer ne se restreignent pas à une spécialité. Elles dominent toute la gynécologie et seront certainement un jour la base de cette science.

---

*Æsculape*, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro: 1 fr. Abonnement: 20 fr. avec prime de remboursementnet (Etranger: 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Etranger: 15 fr.). A. ROUZAUD, Editeur, 41, Rue des Ecoles, Paris.

*Sommaire du No d'août 1912.*

*Les Derviches Tourneurs et Hurleurs* (3 illustr.), par le Dr L. Libert. — Prières, hurlements, danses ; les versets de Allah, langoureux puis douloureux ; les guérisons de malades.

*Le Myseticisme d'un anatomiste du XVIIe siècle* (4 illustr.), par le Dr H. Bouquet. — La Jeunesse de Jean Swammerdam ; amour de la médecine et des sciences naturelles. Antoinette Bourignon, sa laideur, son bec de lièvre, son mysticisme ardent et sa soif de prosélytisme ; son influence néfaste sur le grand anatomiste : il vend ses collections, interrompt ses travaux.

*Le Toubib* (2 illustr.), par le Dr A. Epaulard. — Le médecin populaire marocain au Souq ; les ventouses scarifiées à la nuque ; les "remèdes de cheval."

*Comment on empoisonnait au XVIIe Siècle* (10 illustr.), par le Dr L. Courtadon. — Le poison des Borgia ; l'arsenic et ses composés ; les chemises empoisonnées ; les bagues à poison ; l'augmentation de virulence des poisons par leur séjour sur des cadavres en putréfaction.

*La leçon d'anatomie*, gravure du grand artiste anglais Hogarth. Caractéristique de son talent et de son "humour."

*Formulaire de l'embaumement chez les anciens Egyptiens* (5 illustr.), par A. Gayet. — Le savant égyptologue à qui nous devons la mise à jour de la nécropole d'Antinoë dit ici le rituel des funérailles. Liqueurs et parfums ; substances conservatrices ; paroles à prononcer ; l'huile, le baume, l'ongle d'or, le maillot funèbre.

*Le lait desséché* (4 illustr.), par le Prof. Porcher (de Lyon). — "Le lait desséché, c'est la vache dans le placard."

*Hôpitaux pour Bêtes* (5 illustr.), par Desormonts. — Où d'intéressantes petites bêtes viennent chercher la guérison de leurs entérites. Opérations chirurgicales, laboratoires ; considérations philosophiques. Les toutous, les kikis et leurs mémères.

SUPPLÉMENT. — *La structure de la matière*. — *Pasteur et la vaccination antirabique*. — *La mission du Dr Loir en Afrique Australie*. — *L'électricité nourrissante*. — *Le droit des tombeaux*. — *Icare*. — *Le Dr Loir en Australie*. — *L'archéologie du cuivre*. — *Pour avoir une belle voix*. — *Comment S. Luc rapporte les guérisons obtenues par le Christ*. — *Châteaubriand était-il hystérique ?* — *La simulation des guérisons*. — *La soif européenne*. — *Toujours Ricord*. — *J.-J. Rousseau est-il mort assassiné ?*

---

Les origines de la trépanation décompressive. Trépanation précolombienne, trépanation des Kabyles, trépanation traditionnelle, par le docteur J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, membre de l'Institut, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu. In-8 grand-jésus de 136 pages, avec 32 fig. G. Steinheil, éditeur, Paris. Prix, 5 fr.

Ce livre montre l'évolution entre la trépanation préhistorique, la trépanation des sauvages et l'ouverture du crâne inaugurée par la clinique moderne. Depuis trente ans bien des progrès ont été accomplis, surtout dans les lésions crâniennes traumatiques, et cependant pour les maladies non traumatiques la trépanation exploratrice n'est pas encore assez souvent pratiquée.

---



## SUPPLEMENT

---

### LE POUVOIR ANTI-TOXIQUE.

Depuis quelques années on exige un pouvoir antitoxique plus fort sous un volume plus petit. Les fabricants ont vite répondu au désir des médecins et ils se sont empressés de leur procurer un sérum antidiphthérique très-puissant sous un volume moindre qu'auparavant. Qu'on lise sur la couverture de ce numéro de notre journal, l'information que donne la maison Parke-Davis. Les grosses doses continuent d'être en usage dans les cas sévères, mais elles sont mieux échelonnées (de 500 à 10,000 unités). De fait les petites doses concentrées sont préférables aux mêmes doses plus diluées, car elles causent moins de dégâts, localement.

Il est bon de remarquer que le sérum n'a perdu, ainsi, aucune de ses qualités, comme certains médecins le croient. Débarrassé de tous les déchets inutiles il ne contient que les éléments doués du pouvoir antitoxique.

Sous un volume moindre, il possède une activité égale.

---

### FIEVRE TYPHOÏDE.

Dans la fièvre typhoïde, il y a généralement des lésions intestinales ; mais il y a des cas où le tube gastro-intestinal est indemne. Comme toutes les maladies infectieuses, l'économie entière est empoisonnée par les toxines, aussi est-il important que les médecins le sachent, car le traitement, dans ces cas, ne donnerait pas les résultats attendus. Il faut surveiller tous les organes. Un typhique doit habiter une chambre bien éclairée, et bien ventilée. Il doit boire, même s'il est inconscient, ou qu'il ne le demande pas.

Une des conséquences de cette maladie infectieuse est l'émaciation ; aussi faut-il la combattre par une nourriture facile à digérer et susceptible de combler les déficits.

*La Bovinine* est la nourriture idéale dans ces cas. L'antisepsie intestinale joue un rôle de plus en plus efficace, mais l'antithermie par les bains d'éponge et la glace et la nourriture sont au premier plan dans le traitement de cette maladie.

“ Que la glace est formellement nuisible dans l'appendicite et qu'elle ne devrait jamais être employée, ” est la déduction logique du Dr A. M. Fauntleroy, chirurgien de la Marine des Etats-Unis, qui base son opinion à la suite de soixante-dix opérations qu'il a faites.

Comme la morphine, la glace non seulement cache la vraie condition, mais encore diminue l'hyperémie, la leucocythémie et favorise le stase dans la partie sur laquelle elle est appliquée. Ce qui semble évident pour l'application de la glace dans l'inflammation de l'appendicite doit être considérée comme vrai dans le cours des inflammations en tout endroit où elles se manifestent.

Il doit être évident que la grande chaleur humide est l'agent thérapeutique logique dans le traitement de l'inflammation, puisqu'elle augmente l'hyperémie et la leucocythémie et qu'elle diminue le stase, dans la partie sur laquelle elle est appliquée.

L'évidence convaincante de la convenance de l'antiphlogistine, de son utilité et au-dessus de tout cela de la confiance qu'il mérite comme agent thermique dans le traitement de l'inflammation est appréciable de la meilleure façon quand il est appliqué épais et très chaud sur la partie affectée.

---

**De la médication kératinisée “ méthode de Unna (de Hambourg) modifiée ” ou enrobage spécial de pilules médicamenteuses dans le but d'obtenir la mise en liberté du médicament dans l'intestin et non dans l'estomac, par M. Le Dr PHILIPPE, dans *La Clinique*, août 1912.**

Nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs la très intéressante thèse du Dr Philippe (de Yyon) sur la kératinisation.

Ce mot désigne une façon d'envelopper certains médicaments pour leur faire parcourir sans dommage pour eux-mêmes, sans trouble pour les organes traversés, toute la partie supérieure du tube digestif et les amener ainsi directement à leur absorption dans l'intestin.

Cette idée ingénieuse n'est pas de l'auteur de la thèse mais de Unna (de Hambourg), le dermatologue bien connu.

Unna pensait qu'il était possible, grâce à une faible enveloppe,

d'épargner aux malades le goût et l'odeur parfois repoussante de certains médicaments.

Cependant la question du goût et d'odeur est relativement peu importante si l'on songe à l'estomac.

Nombreux sont les médicaments qui altèrent le jeu normal des fonctions digestives : les uns produisent une action irritante locale bien sensible sur la muqueuse gastrique, tels sont : l'arsenic, l'acide salicylique, les composés mercuriques, etc. D'autres nuisent à la fonction peptique proprement dite, tels sont les purgatifs de tout genre, les ferrugineux, les divers iodures ou composés iodés, etc.

Enfin, il est une catégorie de médicaments qui doivent arriver dans l'intestin avec leur maximum de concentration pour produire le maximum d'effet possible. De ce nombre se trouve la trypsine ou pancréatine, dont le rôle, si actif et si indispensable à la digestion intestinale, est nul dans l'estomac,

Le séjour des médicaments dans la cavité stomacale est donc le plus souvent nuisible. Si l'on excepte quelques médicaments spéciaux et plutôt rares tels que les vomitifs et le bicarbonate de soude, les autres ne devraient pas traverser l'estomac.

On sait combien il importe d'alimenter certains malades tout en leur donnant une médication active : on donne aux tuberculeux les préparations arsenicales ou cacodyliques tout comme aux anémiques les préparations ferrugineuses. Et cependant combien de fois le praticien n'est-il pas obligé de suspendre la médication parce que le malade, à tort ou à raison, et peut-être le plus souvent à tort qu'à raison, se plaint de son estomac ?

La voie hypodermique et la voie rectale peuvent sans doute être utilisées, mais ce n'est qu'à titre exceptionnel et transitoire.

Soustraire les médicaments à l'action nuisible du suc gastrique et obtenir la mise en liberté des principes actifs dans l'intestin, siège de l'absorption, constituait une solution très séduisante du problème mais aussi très difficile à résoudre.

On tenta de la réaliser en enveloppant son principe actif dans une couche de graisse ou de beurre de cacao pour terminer par une couche de graisse ou de beurre de cacao pour terminer par outre les avantages signalés plus haut, la possibilité d'agir d'une façon topique sur la muqueuse intestinale et de modifier le cours de la maladie dans la fièvre typhoïde, le choléra, la dysenterie, etc.

Ewald suivit Unna dans cette méthode et donna lui aussi, une formule de kératinisation.

Depuis cette époque de nombreux procédés ont été indiqués et les traités de pharmacologie donnent comme inaltérables dans le suc gastrique et solubles seulement dans le suc intestinal certaines substances telles que le teannocol, le tannoforme, la tannalbine, etc. Les enrobages pratiqués avec ces produits ne donnent pas de bons résultats. Le salol non plus; d'autre part, il n'est pas un corps indifférent.

La formule de Unna est trop compliquée, bien que préférable à toutes celles indiquées ci-dessus. D'autre part, les pilules ainsi préparées sont peu régulières et se gercent facilement.

L'auteur, après de multiples tentatives, après de nombreuses expériences sur les animaux et après un certain nombre d'essais chimiques couronnés de succès, a gardé l'emploi de la kératine maintenue adhérente à la masse pilulaire à l'aide d'une mixture oléo-balsamique. Les pilules ainsi formées ne sont pas trop grosses et n'ont pas de goût spécial, elles sont inattaquables par le suc gastrique et la pepsine et se dissolvent promptement en présence du suc intestinal.

Ainsi perfectionnée, la méthode kératinisée paraît devoir rendre des services signalés en thérapeutique.

La thèse du Dr Philippe et ses intéressantes recherches attireront sûrement l'attention de tous ceux qui s'intéressent à l'art de guérir.

La "Denver Chemical Mfg. Co., fabricants de l'Antiphlogistine, est désormais dirigée par M. Harold B. Scott, qui succède à M. Bradley, démissionnaire.

Nous adressons nos félicitations à la compagnie, car M. Scott est un jeune homme énergique et habile qui a pris ses titres de B. A. à l'Université de Yale.

Depuis qu'il a quitté l'Université, il a dirigé avec succès plusieurs entreprises commerciales dont une très importante en ce pays.

Nous sommes assurés qu'il donnera une nouvelle impulsion aux affaires de la "Denver Chemical Mfg. Co., et particulièrement à l'Antiphlogistine.

# INSTITUT BRUCHESI

## Four combattre la tuberculose

(Coin Demontigny Est et St-Hubert.)

Œuvre fondée par un groupe de citoyens avec le concours des Religieuses de la Providence, dans le but de venir en aide aux tuberculeux indigents, et surtout de prévenir, par les conférences et l'enseignement de l'hygiène, la propagation de la tuberculose au sein de la population.

### BUREAU D'ADMINISTRATION

*Président d'Honneur* : Sa Grandeur MGR L'ARCHEVÊQUE DE MONTRÉAL.

*Président* : M. AUGUSTE RICHARD.

*Vice-Président* : M. L'ABBÉ TRANCHMONTAGNE.

*Trésorier* : M. TREFFLÉ BASTIEN.

*Secrétaire* : Dr EUGÈNE GRENIER.

M. le Chanoine ADAM. M. Alphonse GRANGER, Dr J. E. DUBÉ.

### BUREAU MEDICAL

Prof. S. A. KNOPF, *Président honoraire*, Prof. de Phtisiothérapie au N. Y. Post Graduate Medical School and Hospital. Directeur de l'Association nationale pour l'Etude et la Prévention de la tuberculose. Directeur associé de la Clinique pour les maladies des poumons. du Bureau de Santé de N. Y. Médecin du Riverside Hospital Sanatorium pour tuberculeux de la ville de N. Y., etc.

Dr J. E. DUBÉ, *Président*, Officier d'académie. Docteur en médecine de l'Université de Paris. Agrégé assistant à la chaire de clinique médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu. Médecin consultant de l'Hôpital Ste-Justine pour enfants malades.

Prof. H. HERVIEUX, Professeur de Pathologie interne. Médecin de l'Hôtel-Dieu. Médecin consultant de l'Hôpital Ste-Justine.

Prof. A. A. FOUCHER, Professeur d'ophtalmologie, d'otologie, de rhinologie, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dr E. P. BENOIT, Professeur de clinique médicale à l'Université Laval. Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dr A. LESAGE, Officier d'Académie. Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur suppléant aux chaires de Pathologie interne et de Clinique Médicale. Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dr L. E. FORTIER, Professeur Agrégé de l'Université Laval. Professeur de Thérapeutique. Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Dr E. BRUNEAU, Professeur Agrégé à l'Université Laval. Assistant à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu. Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Dr J. P. ROUX, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Dr J. T. DESROCHES.

Dr J. A. LEBLANC, Médecin de l'Hôtel-Dieu. Médecin de la Communauté des Sœurs de la Providence.

Dr RENÉ HÉBERT, Assistant à la Clinique Interne. Chargé de la Propédeutique au dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame.

Dr A. D. AUBRY, Médecin de l'Hôtel-Dieu. Médecin de la Communauté de la Congrégation Notre-Dame.

Dr DAMIEN MASSON, Ex-Moniteur de l'Université de Lille. Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Médecin de l'Hôpital Nazareth. Institut Ophtalmique.

Dr JOS. GAUVREAU, Registrnaire au Collège des Médecins de la Province de Québec.

Dr P. E. BOUSQUET, Membre de la Société Française d'Ophthalmologie de Paris. Médecin de l'Hôtel-Dieu. Chef du Service d'Oto rhino Laryngologie de l'Institut Bruchési.

Dr B. G. BOURGEOIS, Professeur Suppléant à la chaire de Pathologie externe. Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Hôpital Ste-Justine. Chef du Service de la Tuberculose chirurgicale de l'Institut Bruchési.

Dr EUG. GRENIER, Secrétaire, Elève de Knopf de New-York. Chef du Service de la Tuberculose Pulmonaire de l'Institut Bruchési.

### MEDECINS DE SERVICE

*Tuberculose Pulmonaire:* Dr EUG. GRENIER, Chef de Service.

*Assistants:* Drs J. A. Jarry, L. Verschelden, G. Mignault, P. A. Paiement, J. E. Miller, Eug. Barette, P. A. Robichaud, J. A. Lussier, F. L. Demers, A. H. Robert, G. A. Forest, J. E. Bernard.

*Oto Rhino Laryngologie:* Dr P. E. BOUSQUET, Chef de Service; Dr MARTIN, Assistant bénévole.

*Tuberculose osseuse:* Dr B. G. BOURGEOIS, Chef de Service.

*Dermatologie (Tuberculose cutanée),* Dr G. ARCHAMBAULT, Chef de Service.

*Tuberculose chez les enfants:* Dr J. A. LEDUC, de l'Hôpital St-Paul, Chef de Service.

### JOURS DE CONSULTATION

**LUNDI :** de 10 hrs à midi — Examen des Poumons. Dr E. Grenier, médecin en charge; Drs Miller, Paiement, Robert, Forest, assistants.

**MARDI :** de 9 à 11 hrs — Nez, Gorge, Oreilles. Dr P. E. Bousquet, médecin en charge; Dr Martin, assistant.

**MERCREDI :** de 9 à 10 hrs — Tuberculose des Os. Dr Bourgeois.

De 10 hrs à midi — Examen des Poumons. Dr E. Grenier, médecin en charge; Drs Jarry, Verschelden, Mignault, Barette, assistants.

**VENDREDI :** de 10 à 11 hrs — Tuberculose des enfants. Dr J. A. Leduc.

De 2 à 4 hrs — Examen des Poumons. Dr E. Grenier, médecin en charge; Drs Robichaud, Demers, Lussier, Bernard, assistants.

**SAMEDI :** de 9 à 11 hrs — Nez, Gorge, Oreilles. Dr P. E. Bousquet, médecin en charge; Dr Martin, assistant.

De 10 à 11 hrs — Tuberculose de la peau. Dr G. Archambault.

Les patients trop malades pour se rendre au Dispensaire reçoivent la visite du médecin après avoir averti les religieuses garde-malades.

### CHAMBRES D'OBSERVATION

L'Institut offre aux médecins quelques chambres privées pour les malades qui nécessitent la pose d'appareils plâtrés ou qui doivent être observés avec soin ou recevoir un traitement spécial.

Il faut s'adresser à la Sœur Supérieure pour conditions d'admission et autres informations.

### PREVENTORIUM ST-VICTOR DE BELGËIL, P. Q.

Cette importante maison située sur le Richelieu a été placée sous la Direction médicale de l'Institut Bruchési.

Toutes les personnes, jeunes filles et femmes faibles, en convalescence de maladies graves ou prédisposées à la Tuberculose sont reçues et traitées dans cette institution.

Il faut s'adresser à la Sœur Supérieure pour conditions d'admission, prix des chambres et autres informations.