

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

<p>ADMINISTRATION : Adresser tout ce qui concerne l'administration au Dr Wm Jas. Derome, 270 Sherbrooke Est. Abonnement. Un dollar par année</p>	<p>Directeurs</p>	<p>Wm. Jas. Derome, Frs. DeMartigny, A. Loir, Damien Masson, Fernand Monod.</p>	<p>REDACTION : Fernand Monod, Secr.-général. Alfred Marcil, Secrétaire adjomt. Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Secrétaire Général : B. de P. 2188 Montréal.</p>
---	--------------------------	---	--

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

L'Hérédo-Syphilis quaternaire du tissu réticulé... .. 260
par le Professeur Gaucher.

Sur les localisations systématisées du tréponéma pallidum... .. 265
par MM. les Drs H. Hallopeau et Gastou.

Diagnostic précoce de la Tuberculose... .. 270
par le Dr St Jacques.

A TRAVERS LES JOURNAUX

De la grossesse extra utérine abdominale. 270
par le Dr J. E. Cannaday

Le traitement du vomissement post opératoire... .. 272
par le DrMcArthur.

Liste officielle des Gouverneurs du Collège des Médecins... .. 274

NOUVELLES... .. 274

TUBERCULOSE-AFFECTIONS

BRONCHO-PULMONAIRES

Solution Pautaugeré

au chlorhydro . phosphate de chaux créosoté.

10 centig. de créosote et 50 centig. de sel de chaux par cuillerée à potage.

La mieux tolérée des préparations créosotées

Elle donne force et santé aux enfants de constitution délicate et les prémunit contre la tuberculose.

L. PAUTAUBERGE,
COURBEVOIE-PARIS

G. T. WALLACE

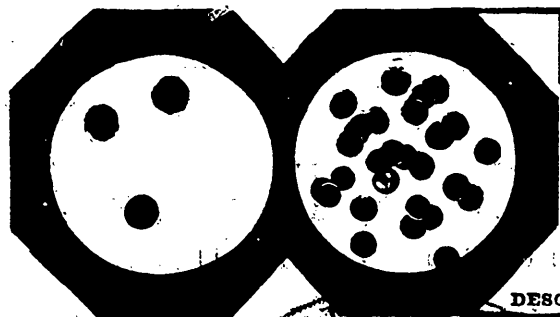
2-4 Stone Street NEW-YORK.
AGENT POUR LES ETATS-UNIS

LYMAN, SONS & CO.,

Agents pour le Canada. **MONTREAL.**

RACHITISME

SCROFULÉ

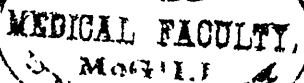


HÉMOGLOBINE DESCHIENS

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE
Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4^{ts}).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Th^{rs}.

Seuls Agents pour le Canada, ROGEE & BÉGIN, (Agents Deschamps-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.



L'Héredo-Syphilis Quaternaire du Tissu Réticulé (1)

(Appendicite. Végétations adénoïdes et Scrofule)

Par M. le Professeur Gaucher

Communication lue au VI^e Congrès de Dermatologie et de Syphilographie. New-York, 9 septembre 1907.

Nous prions M. le Professeur Gaucher d'accepter nos remerciements les plus sincères pour nous avoir permis à être parmi les premiers à publier cet intéressant travail.

Nous adressons les mêmes remerciements au Professeur Hallopeau et à notre ami Gastou, dont nous publions également, in extenso, la communication, dans les pages qui suivent.

C'est seulement le tissu réticulé ou adénoïde de l'arrière-gorge et celui de l'appendice caecal que j'ai eu vue ici, car c'est particulièrement sur ces deux régions que l'héredo-syphilis quaternaire porte son action.

Ces deux régions n'ont, d'ailleurs, pas seulement une constitution histologique semblable, leurs altérations sont souvent associées. Le Dr Delacour a montré, dans un travail très important, la co-existence fréquente, soit chez le même enfant, soit dans la même famille, des végétations adénoïdes et de l'appendicite (2').

La cause originelle des lésions du cavum et de celles de l'appendice caecal est également la même, comme je vais essayer de le démontrer. Cette cause commune est le plus souvent l'hérédité syphilitique.

L'origine syphilitique ou héredo-syphilitique de l'appendicite, que je soutiens depuis 1904 (3), a soulevé bien des contestations et n'est pas près d'être admise ; il y a trop de médecins intéressés à ce qu'elle ne le soit pas. L'appendicite sévit avec une grande fréquence chez les médecins et dans leurs familles, parce que, de toutes les professions, après les officiers de marine, ce sont les médecins qui

comptent le plus de syphilitiques. D'une façon générale, il y a environ un tiers de syphilitiques dans la population masculine ; il y en a une moitié parmi les médecins.

C'est pour cette raison que jamais on ne publiera une statistique exacte. Il est d'autant plus licite de nier la syphilis dans les cas d'appendicite, en gardant le repos de sa conscience, que le traitement spécifique ne peut vraisemblablement avoir aucune action sur cette manifestation quaternaire de la syphilis ; au moins, je n'ai jamais vu jusqu'ici qu'il pût faire éviter l'opération.

C'est presque émettre une banalité que de dire que les dénégations, en matière de syphilis, n'ont absolument aucune valeur. Dans les cas d'appendicite, on avouera maintenant moins que jamais. Qu'on me permette, à ce propos, de raconter une anecdote qui se rapporte à un cas d'appendicite dû à la syphilis acquise.

Un médecin, que j'ai eu comme élève autrefois, m'envoie un jour une de ses clientes à examiner, en s'excusant de ne pouvoir l'accompagner, parce que m'écrivait-il, il doit être opéré d'appendicite dans quelques jours par le chirurgien X... Ce chirurgien étant également un de mes anciens élèves, je lui écris :

« Vous devez opérer prochainement notre confrère Y... d'appendicite ; je vous serais reconnaissant de vouloir bien lui demander s'il a eu la syphilis ». — Le lendemain je reçois cette réponse : « Pour vous être agréable (souligné ironiquement) j'ai interrogé notre confrère Y... ; avec l'accent de la plus grande sincérité, il m'a répondu, en souriant, qu'il n'avait jamais eu la vérole ». — Or c'est moi qui ai soigné le Dr Y... de son chancre syphilitique, de sa roséole et de ses plaques muqueuses, quinze ans auparavant !

Ce médecin, qui niait sa syphilis quand il ne s'agissait que de lui-même, l'aurait niée encore bien davantage s'il s'était agi de son enfant et il aurait pu la nier en toute conscience, car son aveu n'aurait eu qu'un intérêt scientifique et n'aurait pu servir au traitement.

Quoi qu'il en soit, dans mon mémoire de 1904, j'ai avancé que, dans les antécédents des malades atteints d'appendicite, j'avais trouvé presque toujours (29 fois sur 32 cas) soit la syphilis acquise, soit surtout la syphilis héréditaire. D'une façon précise, sur ces 29 malades, il y avait 8 anciens syphilitiques et 21 enfants de syphilitiques.

Depuis 1904, je n'ai vu que cinq cas d'appendicite, dont un cas chez une fille de syphilitique, âgée

(1) Ce que j'appelle syphilis quaternaire, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire, correspond à la *para-syphilis* de M. FOURNIER.

(2) E. GAUCHER. — Diathèse et Dermatoses diathésiques. (*Gazette des hôpitaux*, 9 nov. 1905.)

(3) *Bull. de la Soc. de Dermatologie*, 11 mars 1904 et *Presse médicale*, mars 1904.

de 18 ans dont j'avais autrefois soigné le père.

Le second cas est celui d'un homme de 30 ans, que j'ai traité dans son adolescence pour une ostéite de l'omoplate, guérie par l'iodure de potassium. Cet homme a un frère idiot, sa femme a eu une fausse couche, quelques mois avant son attaque d'appendicite, dont il a été opéré. Je n'ai jamais pu interroger son père, parce que je ne l'ai jamais vu seul, mais l'hérédité syphilitique ne me paraît pas douteuse.

Ma troisième observation concerne une femme de 26 ans, traitée dans mon service en mai 1906, et dont voici les antécédents :

Il y avait 11 frères et sœurs, dont 8 sont morts en bas âge. Elle eut à l'âge de 10 ans une kératite interstitielle double ; elle présente encore des lésions pigmentaires de la rétine, constatées par M. Terrien ; elle est très myope. Sa voûte palatine est ogivale.

Cette femme a été opérée d'appendicite, il y a 3 ans, par M. Pozzi.

Les deux autres cas étaient imputables à la syphilis acquise.

Après cet exposé général, je dois me borner à l'étude de l'appendicite chez les hérédosyphilitiques.

Il y a un fait frappant dans l'histoire des appendicites ; c'est l'existence fréquente de l'appendicite familiale. Tantôt c'est le père ou la mère et un ou plusieurs enfants, tantôt plusieurs frères et sœurs, tantôt même le père, la mère et les enfants qui sont atteints, parfois à peu de temps les uns des autres, et on met alors ces appendicites presque contemporaines sur le compte de la grippe ; mais, dans d'autres cas, successivement, à plusieurs années de distance, et il est alors plus difficile d'invoquer la grippe.

En réalité, toutes ces appendicites sont, en effet, dues à la même cause ; mais cette cause n'est pas la grippe, c'est la syphilis. C'est la syphilis du père qu'il faut incriminer non seulement pour lui-même, mais pour la mère, infectée par la conception, et pour les enfants, infectés héréditairement.

La syphilis, qui est si fréquente, explique beaucoup mieux ces appendicites familiales que toute autre cause infectieuse.

J'ai observé deux cas qui, de prime abord, paraissaient contraire à la théorie que je soutiens.

L'un est celui d'une petite fille, opérée d'appendicite, dont le père avait contracté la syphilis après sa naissance ; mais, dans ce cas, la syphilis remon-

tait au grand-père maternel, dont je connaissais la maladie de jeunesse. Cet homme avait trois filles : l'aînée atteinte de strabisme convergent et de débilité intellectuelle ; la seconde, en apparence saine, qui était la mère de la petite fille atteinte d'appendicite ; la troisième qui présentait une dystrophie linguale, connue sous le nom de "langue fissurique" ou de "langue scrotale", affection qu'on doit également rattacher, comme je l'ai montré ailleurs, à la syphilis héréditaire, dont elle est une manifestation quintaire.

J'ajoute que la petite fille, qui fut atteinte d'appendicite, avait une sœur aînée, qui dû être opérée de "végétations adénoïdes".

Dans le second cas, la mère et les deux enfants furent tous les trois opérés d'appendicite dans l'espace de trois années. Le père paraissait n'avoir jamais eu la syphilis, mais le grand-père maternel, que j'ai soigné, était également un ancien syphilitique.

De ces deux faits je conclus que l'appendicite peut être le résultat d'une hérédité syphilitique à la seconde génération.

L'existence d'une manifestation quaternaire, c'est-à-dire atténuée, de la syphilis à la deuxième génération, n'est pas plus invraisemblable que les accidents tertiaires dus à cette même syphilis de deuxième génération, accidents tertiaires qui ne sont plus contestés par personne. A priori, l'hérédosyphilis quaternaire est encore plus admissible à la seconde génération que l'hérédosyphilis tertiaire ; car, par sa définition même, elle est le produit d'une infection plus ancienne, d'une virulence très affaiblie.

La cause de l'appendicite peut donc être non seulement la syphilis du père, mais aussi celle du grand-père.

Je n'ai d'ailleurs pas l'intention de soutenir et je n'ai jamais soutenu que la syphilis héréditaire, pas plus que la syphilis acquise, était la seule cause de l'appendicite. Je n'en sais rien et l'expérience d'un seul homme ne peut suffire pour établir cette affirmation. J'ai seulement constaté et j'essaie de prouver que l'appendicite familiale est une conséquence très fréquente de la syphilis.

L'influence de la syphilis sur le développement de l'appendicite a besoin d'être expliquée, car on m'a fait souvent dire ce que je n'ai jamais dit ni pensé.

Ce que produit la syphilis — héréditaire ou acquise — ce n'est pas à proprement parler l'appendicite, ce n'est pas la suppuration ou la gangrène

de l'appendicite vermiculaire, ni la péritonite qui peut en résulter. La syphilis n'a qu'une influence prédisposante ou provocatrice ; elle provoque l'hypertrophie et l'inflammation chronique du tissu réticulé de l'appendice, qui prépare et favorise l'action des causes irritatives, infectieuses ou suppuratives quelconques.

En d'autres termes, on peut avoir à la rigueur une appendicite sans syphilis ; mais, en pratique, la lésion du tissu réticulé qui, dans la majorité des cas, constitue la période prémonitoire, la période pré-suppurative de l'appendicite, est presque toujours — j'allais dire toujours — une manifestation de la syphilis quaternaire.

L'hérédité syphilitique, soit directe, soit de seconde génération, est également la cause de l'hypertrophie du tissu réticulé du cavum, qui aboutit aux végétations adénoïdes.

J'ai recherché avec soin, depuis plusieurs années, les antécédents de tous les enfants atteints de végétations adénoïdes, qui ont été soumis à mon observation et, le plus souvent, j'ai trouvé la syphilis héréditaire, prouvée par les aveux des parents ou par la constatation de tares syphilitiques concomitantes ou par l'existence de lésions syphilitiques chez les collatéraux.

Voici quelques observations que je choisis parmi les plus démonstratives :

1. — Petite fille de 7 ans au 6 avril 1904. Père syphilitique, mère contagionnée par son mari.

Enfant née avant terme à 8 mois, pesait à sa naissance 2 k. 250gr.

N'a marché qu'à 2 ans.

Les dents n'ont commencé à pousser qu'à 18 mois. Elles sont écartées les unes des autres, striées, quelques-unes échanquées sur leur bord libre.

Voûte palatine ogivale.

Urine au lit et dans ses robes.

Végétations adénoïdes.

2. — 16 juillet 1906. Garçon de 4 ans, opéré de végétations adénoïdes il y a 1 mois.

Collatéraux : un frère aîné mort de méningite à trois mois. Une petite sœur de 14 mois, très peu développée, ayant l'aspect de petit vieux, ne peut se tenir debout, est atteinte de rachitisme des membres inférieurs ; porte une hyperostose du pariétal droit ; est apathique, d'une intelligence rudimentaire ; très améliorée par le traitement spécifique, sort de l'hôpital éveillée comme un enfant de son âge.

3. — Fille de 12 ans, le 4 juillet 1906. Végétations adénoïdes.

Voûte palatine très ogivale et prognathisme.

La mère, 45 ans, entre à l'hôpital pour une syphilide ulcéreuse de l'épaule et une syphilide tuberculeuse de l'aile du nez, de la lèvre supérieure et de la joue, rapidement guéries d'ailleurs par le traitement spécifique.

4. — Fille de 10 ans. Le 9 juillet 1907. Végétations adénoïdes très volumineuses. Nez écrasé à la base par dystrophie, voûte palatine ogivale. C'est la troisième enfant.

Antécédents héréditaires et collatéraux : née d'un père qui s'est marié en pleine infection syphilitique et a eu, au bout de 18 mois, un enfant né à terme et mort à 5 jours ; un deuxième enfant, fille, née 18 mois après le premier, qui n'a marché qu'à 18 mois, a eu une kératite interstitielle à 13 ans, dont le nez est écrasé à la base, dont les dents sont atrophiées, érodées, les incisives supérieures échanquées à type d'Hutchinson, qui présente une voûte ogivale, un chapelet costal rachitique, un strabisme convergent.

5. — Garçon de 15 ans, le 11 juin 1906. Végétations adénoïdes constatées au toucher. Facies adénoïdien, dort la bouche ouverte. Dents crénelées, voûte palatine ogivale. Il a perdu un frère et une sœur en bas âge.

6. — Fille de 8 ans, le 28 juillet 1906. Née à 8 mois 1-2. Rachitique, atteinte de débilité intellectuelle. Présente une parésie faciale gauche, reste d'une paralysie faciale qu'elle a eue à l'âge de 16 mois qui a été traitée par le sirop de Gibert et les injections d'huile bi-iodurée. Quelque temps avant, avait eu une ulcération profonde de la langue, qui a laissé une cicatrice.

Voûte palatine ogivale ; altérations dentaires ; amygdales volumineuses et végétations adénoïdes ; meurt de méningite, dans le service, en quelques jours.

7. — Une autre observation, qui m'a été communiquée par le Dr Louste, montre un enfant opéré de végétations adénoïdes, en même temps atteint de scoliose et de rétrécissement mitral congénital, né d'un père syphilitique et d'une mère vraisemblablement héredo-syphilitique à cause des dystrophies multiples qu'elle présente.

Voici l'observation :

Famille D — Le père est mort tabétique ; la mère, grande, nerveuse, hystérique, présente des stigmates dystrophiques : asymétrie de la voûte palatine, très ogivale, lèvre bifide, dents mal for-

mées. Il reste actuellement 3 enfants ; l'aîné, garçon bien portant de 35 ans, a des crises de migraine épouvantables avec scotomes, troubles visuels unilatéraux.

Deuxième enfant, fille de 24 ans, a été opérée pour des végétations adénoïdes. Voile du palais asymétrique, voûte ogivale, dents malformées. Scoliose du côté gauche apparue à l'âge de 14 ans. Elle est atteinte aussi de rétrécissement mitral congénital. Ictère chronique depuis l'enfance.

8. — Comme dernière observation, je donne l'histoire d'une famille entière, dont l'un des enfants a été atteint de végétations adénoïdes, tandis que le père et la mère et les autres enfants, pour la plupart, ont présenté des accidents syphilitiques.

Le père, âgé de 43 ans, soigné par le Dr Chabert, qui me l'a amené, est actuellement affecté de leucoplasie linguale. Il a eu la syphilis à l'âge de 20 ans.

Marié après trois ans et demie de maladie, il a eu : un premier enfant, âgé aujourd'hui de 19 ans, qui a échappé à l'infection héréditaire.

Un deuxième enfant, mort en nourrice avec du coryza ; un troisième enfant, mort à 7 ans de méningite, 10 ans après le mariage (à cette époque, sa femme a eu des plaques muqueuses de la vulve et de la gorge).

Un quatrième enfant, âge de 15 ans, sain ; un cinquième enfant, opéré de végétations adénoïdes, arriéré et sans intelligence.

Dans les cas où on ne trouve pas la syphilis des parents, il y a lieu, comme pour l'appendicite, de suspecter la syphilis des grands-parents.

J'ai déjà cité l'observation de deux petites filles dont l'une dut être opérée de végétations adénoïdes et l'autre d'appendicite, et dont la syphilis remontait au grand-père maternel. Voici un nouvel exemple probant de végétations adénoïdes dues à une syphilis de seconde génération.

Un garçon de 11 ans 1-2, que j'ai soigné antérieurement d'une ulcération gommeuse de la jambe gauche, est atteint de végétations adénoïdes constatées par le Dr Bloch, qui l'ont même rendu un peu sourd. Il est le deuxième des cinq enfants vivants ; sa mère a eu deux fausses couches et sa dernière grossesse a été une grossesse gémellaire. Or, on sait qu'habituellement les jumeaux ont des descendants de syphilitiques.

Le père de cet enfant paraît absolument indemne ; mais son grand-père paternel est mort d'ataxie locomotrice et sa famille sait qu'il avait eu la syphilis.

Une observation analogue m'a été communiquée par le Dr Louste et une autre par M. Van Huysen.

L'observation du docteur Louste montre des végétations adénoïdes chez une hérédo-syphilitique à la seconde génération et, en même temps, une appendicite hérédo-syphilitique de première génération chez la mère.

Famille M. — Le grand-père maternel, mort de paralysie général, a eu 4 enfants, 2 garçons, 2 filles, tous les quatre avec front olympien, dystrophies dentaires multiples.

L'aînée des filles, qui a 37 ans, présente un front olympien typique, un nez écrasé ; les dents présentent presque toutes des malformations décrites comme dystrophies hérédo-syphilitiques. Elle a été opérée d'appendicite. Elle a eu une fausse couche de 4 mois, puis un fils âgé de 11 ans, petit-fils du paralytique général, assez bien portant et très intelligent, mais ayant aussi un front saillant, une voûte palatine ogivale, des migraines et ayant été opéré l'an dernier de végétations adénoïdes. Une fille, âgée de 7 ans, bien portante, présente un nez écrasé à la base, aucune autre malformation.

L'observation de M. Van Huysen est encore plus intéressante, car elle montre à la fois, chez les mêmes enfants, hérédo-syphilitiques à la seconde génération, l'appendicite, les végétations adénoïdes et le strabisme convergent.

M. X., mort à 62 ans, ataxique, a laissé trois fils.

Premier fils. L'aîné, non marié, a aujourd'hui 45 ans. Assez bien constitué physiquement. Intelligence très médiocre. N'a jamais pu se livrer à un travail suivi. Restait quelques mois et souvent quelques jours seulement dans une place. Est devenu une sorte de courtier en prières. Se charge, moyennant une légère rétribution, d'aller prier dans les différents lieux de pèlerinage français.

Deuxième fils. Mort il y a deux ans de grippe compliquée de congestion pulmonaire, à 41 ans. Homme très intelligent ; front olympien, strabisme convergent, luxation de la hanche vers 5 ou 6 ans, à la suite de grandes marches, dit-on dans sa famille. Marié, a eu six enfants.

Le premier n'a vécu que deux heures.

Le second, âgé aujourd'hui de 15 ans, très délicat, végétations adénoïdes, un peu de strabisme convergent ; a eu à l'âge de 7 ans, de 9 ans et il y a deux mois de fortes crises d'appendicite. Une grande amélioration étant survenue, l'opération a été ajournée.

Le troisième (petite fille) : léger strabisme

A LA PROFESSION MÉDICALE

Nous désirons informer la profession médicale du Canada, que notre nouveau laboratoire canadien à Toronto, est des mieux outillés; pour fournir au marché canadien nos deux spécialités.

L'Huile de Foie de Morue "Métabolisé"
Composé Waterbury

à base de Créosote et de Guaiacol et

L'Huile de Foie de Morue Simple
"Métabolisé" Waterbury.

Partout où ces deux préparations ont été introduites, la profession médicale leur a donné le meilleur accueil. Le fait que ces spécialités sont sur le marché américain depuis dix-neuf ans, nous autorise à vous offrir une des préparations les plus efficaces et les plus agréables au goût.

Les maisons de gros du Canada en sont amplement approvisionnées et peuvent répondre à vos demandes. Nous vous invitons donc cordialement à faire l'essai de nos deux spécialités. Vous en serez satisfaits.

Comptants que nous pourrions vous rendre mutuellement service, nous vous prions de nous croire,

Respectueusement,

WATERBURY CHEMICAL CO.,

TORONTO, CANADA.

DES MOINES, IOWA, U.S.A.

LA MAISON

J. A. DUMAS,

Photographe

La seule maison connue de ce nom. Elle obtient les plus hauts prix pour ses portraits. N'a plus de succursales. Elle a son Studio au No.

480 de la rue St-Denis,

Angle de la rue Sherbrooke



L'élite de la société Montréalaise trouvera toujours chez lui les modèles du nouveau genre en photographies, et le patron qui opère lui-même a vingt années d'expérience.

P. S. — Attention et prix tout spéciaux aux familles des médecins

PHONE EST 4513

Pastilles Houdé

**AU CHLORYDRATE
DE COCAINE**



Pharyngites, Maux de Gorge,
Amygdalites, Diphtérie,
Angines, Toux Nerveuses.



Chaque pastille renferme 3 milligrammes de principe actif.

Dose : 6 à 12 suivant l'âge

Boldine Houdé



MALADIES DU FOIE

Congestions et
Coliques hépatiques, Ictère.
Hépatite chronique,
Lithiase biliaire,
Appendicite,



Chaque granule renferme 1 milligramme de principe actif.

Dose : 5 à 8 granules.

Dépôt général : A. HOUDÉ, 29, rue Albouy, PARIS.

Seul agent au Canada : A. QUITTARD, 6, rue St-Sacrement, Montréal

ENVOI D'ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE



ALIMENT DES ENFANTS

PARIS, Avenue Victoria, 6
et Pharmaciens

Scul agent pour le Canada : A. QUITTARD, B. P. 883, Montreal

CONSTIPATION

Guérison par la
véritable

Poudre Laxative de Vichy
du Dr Léonce SOULIGOUX Laxatif pur,
agréable, facile à prendre

Le flac. de 25 doses environ 2 fr. 50
PARIS, 6, AVENUE VICTORIA ET PHARM.

VIN DE CHASSAING

(Pepsine et Diastase)

AFFECTIONS
DES VOIES DIGESTIVES
DYSPEPSIES, etc.

PARIS, 6, avenue Victoria, 6, PARIS
ET TOUTES PHARMACIES



“ BISQUIT ”

**Veritable Cognac provenant de la distilla-
tion du jus de raisin**

Mis sur le marché par Messieurs BISQUIT DUBOUCHÉ & CIE., depuis près de cent ans et recommandé par les membres les plus éminents de la profession médicale dans le monde entier, pour sa pureté et son efficacité.

N.-B.—Il est bon de rappeler à Messieurs les Médecins que tout ce qui est vendu pour du Cognac n'est pas du VRAI Cognac et qu'afin d'éviter toute substitution ils doivent ordonner la marque “ BISQUIT ” chaque fois qu'un produit provenant de la distillation du JUS DE RAISIN PUR est indiqué.

convergent, végétations adénoïdes, morte à 7 ans d'appendicite.

Le quatrième (petite fille) morte à 18 mois de méningite.

Le cinquième (petit garçon) âgé aujourd'hui de 4 ans: front olympien, strabisme convergent, teint olivâtre, très délicat.

Le sixième (petite fille) 2 ans, front olympien nez écrasé à sa base, strabisme convergent, figure vieillotte. A eu des convulsions à deux reprises différentes.

Troisième fils. Très bien constitué, très intelligent, mort à 30 ans d'une maladie de foie. Pas marié.

Dans la famille, on affirme que, chez les ascendants du côté du mari et de la femme, il n'y eut aucun cas d'appendicite.

Cette hérédité syphilitique de deuxième génération, si on la cherchait plus souvent et s'il était plus facile de la connaître, donnerait certainement l'explication étiologique de bien des cas de végétations adénoïdes et de bien des cas d'appendicite, qu'on ne rattache pas à leur véritable cause, faute de renseignements suffisants.

L'origine hérédo-syphilitique des végétations adénoïdes est d'autant plus importante à connaître, que c'est dans l'existence de ces végétations et dans la suppuration du cavum qui en dépend qu'il faut placer, ainsi que l'a montré M. Gallois, le substratum anatomique de la scrofule (1).

En effet, la scrofule dont on ne parlait plus que pour mémoire, qui avait été presque entièrement absorbée par la tuberculose locale, renaît aujourd'hui de ses cendres; elle a été ressuscitée, si je puis dire, par la découverte des végétations adénoïdes.

Meyer, qui est l'auteur de cette découverte, montra que c'était dans ces végétations qu'il fallait chercher la cause des rhino-pharyngites chroniques et l'on ne tarda pas à constater que l'ablation de ces végétations faisait disparaître, en même temps, d'autres affections qui faisaient partie de l'ancien complexus scrofuleux, telles, par exemple, que les otorrhées et les adénites cervicales chroniques.

(1) P. GALLOIS.—La scrofule et les infections adénoïdiennes, 2^e édit. avec préface de E. Gaucher.

GAUCHER.—Leçons sur la diathèse et les dermatoses diathésiques. *Gaz des hôp.*, 9 nov. 1907, p. 2-3-4-5.

Ces affections dépendent, en effet, comme l'a montré M. Gallois, de l'infection chronique du rhino-pharynx. C'est dans le cavum et dans les anfractuosités des végétations adénoïdes que germent et que s'accumulent d'abord les microbes de la suppuration. Toutes les anciennes affections scrofuleuses ont une origine suppurative: l'impétigo, l'otite suppurée, la kérato-conjonctivite ont la même origine pyogène que la rhino-pharyngite; ils lui sont souvent associés et, quelquefois même, ils sont secondaires à l'écoulement nasal de cette rhino-pharyngite et provoqués par lui.

En dehors des affections locales, que détermine directement et par propagation la suppuration du cavum, les toxines microbiennes qu'elle engendre sont inévitablement résorbées par la muqueuse du rhino-pharynx, absorbées par les lymphatiques, et répandent dans la circulation et dans tout l'organisme. Il en résulte une sorte d'imprégnation toxique de l'économie, qui constitue la scrofule. Celle-ci est une intoxication chronique d'origine microbienne, dont le point de départ est dans le cavum.

La scrofule dérive donc de l'infection chronique du rhino-pharynx végétant. Or, les végétations adénoïdes, comme j'ai essayé de le montrer, ont une origine syphilitique plus ou moins lointaine, de sorte qu'en définitive, la scrofule est une dépendance de l'hérédo-syphilis quaternaire; la condition essentielle et primordiale de la scrofule est une syphilisation héréditaire.

En fait, la plupart des scrofuleux sont des hérédo-syphilitiques. J'insiste notamment sur la fréquence des adénopathies cervicales, même suppurées, chez les enfants qui présentent, d'autre part, des lésions de syphilis héréditaire indiscutable. Mes observations sur ce point sont si nombreuses que je crois inutile de les rapporter. (1).

Chez presque tous les enfants atteints d'hérédo-syphilis, j'ai trouvé des engorgements ganglionnaires. Or, l'adénopathie cervicale est, en quelque sorte, la signature de la scrofule et c'est sans preuve qu'elle est rapportée toujours à la tuberculose. Il y a, certes, un grand nombre d'engorgements et de suppurations ganglionnaires qui relèvent de la tuberculose; mais il y en a aussi quelques-uns qui dépendent de la syphilis héréditaire.

(1) V. A. FOURNIER.—Syph. hérédit. tardive, p. 438.

Sur les Localisations Systématisées du *Treponema Pallidum*

Par MM. H. Hallopeau et Gastou

Communication lue au VI^e Congrès de Dermatologie et de Syphilographie. New-York, 9 septembre 1907.

Une des tâches qui appartiennent à nos grands congrès internationaux est l'exposé de questions de pathologie générale sur lesquelles il importe que l'accord s'établisse entre les dermatologues des différentes écoles: c'est dans cette idée que nous y avons étudié "les toxines en dermatologie, les toxines en syphilographie, les deutéropathies syphilitiques, les proliférations locales dans la syphilis, les infections associées à la syphilis, les tubercules d'origine toxiniennne", etc.

L'ordre de faits dont nous allons nous occuper aujourd'hui nous paraît, comme les précédents, de nature à intéresser simultanément les cliniciens et les biologistes.

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les éruptions syphilitiques considérées dans leurs localisations, on peut remarquer que, bien souvent, au lieu d'être disséminées sans ordre apparent, elles affectent exclusivement certains organes ou certaines régions: ce sont ces localisations systématisées que nous nous proposons d'étudier aujourd'hui dans leurs caractères généraux. On sait, depuis Schaudinn, qu'elles sont subordonnées rigoureusement aux localisations du tréponéma qui en constitue la cause prochaine.

Nous les classerons ainsi qu'il suit :

I^o Systématisations organiques (squelette, centres nerveux, muscles, articulations, vaisseaux, téguments, ongles, organes des sens, glandes);

II^o Systématisations régionales ;

III^o Systématisations à des territoires nerveux ;

IV^o Systématisations régionales par auto-inoculations qu'il y a lieu de diviser en intra-inoculations et extra-inoculations ;

V^o Systématisations par milieux de cultures d'origine microbienne ; ces microbes peuvent être des habitants pour ainsi dire normaux de l'organisme ou être spécifiques ;

VI^o Systématisations par irritations toxiques répétées (leucoplasies buccales) ;

VII^o Systématisations par défaut d'élimination et de thérapie du tréponéma (syphilides palmaires et plantaires) ;

VIII^o Systématisation dans l'héredo-syphilis. Nous étudierons successivement ces diverses systématisations.

I — SYSTEMATISATIONS ORGANIQUES —

Elles se localisent exclusivement dans tel ou tel tissu ; on ne peut se les expliquer qu'en considérant les milieux de culture constitués par ces tissus comme particulièrement favorables, chez certains sujets, au développement du tréponéma ; il appartient aux chimistes et aux bactériologues de déterminer en quoi consiste cet état des milieux et comment il agit.

Nous allons voir que la plupart des tissus peuvent être ainsi frappés isolément en foyers multiples et distants.

1. Systématisations dans les os — Il n'est pas rare de voir, le plus souvent dans la période tertiaire, parfois dès la période secondaire, des exostoses ou des périostoses se développer en différentes parties, parfois fort éloignées, du squelette, alors que les autres tissus restent indemnes.

C'est ainsi qu'actuellement, dans notre pavillon Bazin, un de nos malades présente simultanément des exostoses d'un tibia, d'une côte et du crâne, sans autre manifestation apparente ; nous avons observé, dans ces derniers temps, plusieurs faits analogues. En toute évidence, le tissu osseux offre chez ces malades, un milieu de culture favorable au développement du tréponéma ; en effet, ces localisations multiples supposent nécessairement un transport des agents infectieux par les voies circulatoires ; or, s'ils ne s'arrêtent, ne se développent et ne donnent lieu à une réaction que dans les os, cela ne peut être que par le fait d'un milieu de culture pour les tréponémas tertiaires ou secondaires constitué exclusivement chez le sujet par le tissu osseux.

2. Systématisations exclusives et multiples dans les centres nerveux — Les foyers isolés qui constituent, suivant nous, le point de départ du tabes et de la paralysie générale, peuvent se multiplier, se développer de nouveau à distance et coïncider avec des altérations analogues des nerfs optiques.

3. Autres systématisations organiques — On peut voir de même des muscles, des articulations, des artères, des veines, les ganglions lymphatiques, les poumons, certaines glandes telles que les parotides, les ovaires, les mamelles, les reins, les testi-

Antiseptique

Desinfectant

Desodorisant

LE LUSOFORME

SANS ODEUR, NON TOXIQUE, NON CAUSTIQUE.

Le seul désinfectant qui enlève toutes les odeurs sans en laisser aucune après son emploi.

LE LUSOFORME

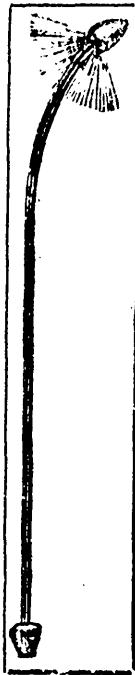
PREND AVANTAGEUSEMENT LA PLACE
DE TOUS LES DESINFECTANTS CONNUS
AUSSI BIEN EN MÉDECINE EN CHIRURGIE
QUE DANS L'ART VÉTÉRINAIRE

EMPLOYÉ A PARIS PAR : L'Assistance Publique, les Écuries de l'Institut Pasteur, le Muséum d'Histoire Naturelle, les principales Brasseries, Laiteries, Blanchisseries.

EMPLOYÉ A MONTRÉAL PAR : L'Hopital Victoria, Hopital Glengary, le Hunt Club, les Sulpiciens, l'Hotel Windsor, la Maison Revillon, Montreal General Hospital, Hotel-Dieu, Montréal, Hotel-Dieu Québec, etc.

M. LIBERGE, Agent pour le Canada.

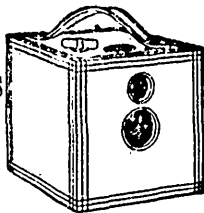
Dépot Général pour le Canada, MAISON ROUGIER FRÈRES, 63 rue Notre-Dame Est, Montréal.



INSTRUMENTS de CHIRURGIE
APPAREILS pour LABORATOIRE

A des prix défiant toute concurrence. Demandez nos prix avant d'acheter ailleurs.

Appareils
et Produits
Photogra-
phiques



Lecours & Decary,

PHARMACIENS.

PHARMACIE DECARY

310 ST-CATHERINE EST, COIN ST-DENIS
MONTREAL.

Tel. Bell Est 2842

Maison ARCHAMBAULT

MARCHAND DE

Planos, Orgues, Musique en Feuilles



312-314 rue Ste-CATHERINE Est

€ *Près de la rue St-Denis.*



BANDAGE

positivement de *maintenir toute hernie* pourvu qu'elle soit réductible.

MON BANDAGE est reconnu par les médecins et chirurgiens les plus éminents au Canada et États-Unis comme le meilleur au monde ; et je garantis

B. LINDMAN,

16 McGill College Avenue

MONTREAL

**Dans les CONGESTIONS et les Troubles fonctionnels du FOIE,
la DYSPEPSIE ATONIQUE, les FIÈVRES INTERMITTENTES,
les CACHEXIES d'origine paludéenne**

ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS.
On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (France)

ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.

Dépôt Général pour le CANADA : Pharmacie **ARTHUR DECARY**, à Montréal.

cules, et enfin les matrices unguéales, devenir le siège de manifestations concomitantes.

Ces faits sont susceptibles de la même interprétation.

II — SYSTEMATISATIONS REGIONALES SYMETRIQUES — Elles peuvent être rapportées, tout au moins dans la plupart des cas, à des actions réflexes. Nous avons publié deux faits qui établissent la réalité de troubles trophiques réflexes ; dans l'un, nous avons vu une escharre, provoquée par l'électrisation galvanique de la partie interne du genou droit, être suivie, quinze jours après, d'une escharification semblable dans la partie symétrique du membre opposé ; dans l'autre, il s'est agi d'une dermite suppurative provoquée par l'application d'un vésicatoire sur le côté gauche de la partie antérieure du thorax qui a été suivie, douze jours après, d'une éruption semblable dans la partie symétrique.

Or, il semble bien que les localisations régionales du tréponéma puissent constituer les parties symétriques des téguments ou de différents organes en un milieu favorable à son développement. C'est ainsi que l'on peut s'expliquer nos observations personnelles de localisations successives et exclusives de syphilides serpiginieuses dans la portion externe des deux régions rétro-scapulaires ; il en est de même pour celles de syphilomes au niveau des coudes ou d'autres parties du corps ; un de nos malades présente actuellement deux groupes serpiginoux de tubercules syphilitiques en voie de régression dans des parties symétriques des cuisses ; or, celui de droite est bien plus fortement pigmenté que celui de gauche ; on doit donc admettre qu'il s'est développé le premier et invoquer, pour la production de son congénère, l'action trophique réflexe constituant un "locus minoris resistentiae".

De même, dans les syphilides papuleuses disséminées, on peut remarquer que les confluences symétriques se produisent à quelques jours d'intervalle.

On peut faire intervenir ce même mécanisme pour expliquer les apparitions successives de syphilomes, soit aux extrémités digitales, soit dans les deux reins, les deux testicules, les deux poumons, les deux parotides, les deux nerfs optiques. Nous avons déjà signalé ces systématisations parmi celles que peut expliquer la structure de l'organe affecté : c'est que si, d'une part, les organes de même structure anatomique, de mêmes fonctions ou de même composition chimique, peuvent constituer, chez certains sujets, des milieux de culture

plus particulièrement favorables à la prolifération des spirochaetes, d'autre part, les actions trophiques réflexes, par l'intermédiaire des métamères, peuvent se trouver mises en jeu concurremment pour engendrer ces systématisations symétriques.

Enfin, il y a lieu de faire observer l'évolution elle-même de la syphilis, qui comprend schématiquement une phase lymphatique primitive, une phase à prédominance capillaire et veineuse secondaire, une phase artérielle tertiaire (Gastou).

— L'agent pathogène de la syphilis semble être anaérobie au début de son existence, pour devenir ensuite aérobie (Gastou).

III — SYSTEMATISATIONS LOCALISEES A DES SPHERES DE DISTRIBUTION NERVEUSE — Elles sont contestables. Nous avons vu, à diverses reprises, des syphilides, papuleuses se localiser dans le domaine de certains nerfs, particulièrement des intercostaux : faut-il y admettre alors l'existence d'un trouble nerveux de nutrition ou de vascularisation qui en favoriserait le développement ? On peut objecter à cette interprétation que ces territoires nerveux sont en même temps des territoires de vascularisation et de nutrition, de telle sorte que ces localisations n'ont pas, par elles-mêmes, de signification précise. Si l'on remarque, d'autre part, qu'en règle générale les syphilides ne se développent pas avec une prédilection marquée dans les régions innervées par des nerfs malades, qu'on ne les voit pas, par exemple, envahir les régions auxquelles se distribue un sciatique atteint de névrite ou un membre anesthésié par le fait d'une lésion médullaire, bien qu'il existe alors des troubles de l'innervation vaso-motrice qui sembleraient pouvoir jouer le rôle de causes adjuvantes, on est conduit à admettre que les systématisations d'origine primitivement nerveuse ne sont pas nettement établies ; de nouvelles recherches devront être entreprises dans cette direction.

IV. — SYSTEMATISATIONS PAR AUTO-INOCULATIONS — C'est dans ces dernières années seulement que ce mode de multiplication des foyers syphilitiques a été reconnu et étudié. Jusque-là, l'insuccès constant des tentatives d'inoculation, aussi bien du chancre que des syphilides secondaires ou tertiaires, avait conduit à poser en dogme l'impossibilité de transmettre par cette voie la syphilis à un sujet préalablement infecté, et, lorsque l'un de nous a soutenu au sein de la Société française de Dermatologie une opinion contraire, il a reçu de ses collègues la qualification de "révolutionnaire". Depuis lors, la clinique en premier lieu, puis l'expé-

rimentation sont venus démontrer la réalité et l'importance prépondérante de cette interprétation pathogénique.

Ainsi que nous l'avons établi dans un article du 9^{me} fascicule de la publication intitulée: "Musée de l'hôpital Saint-Louis", dans diverses communications à la Société française de Dermatologie et au Congrès de Liège, la prolifération locale des syphilomes, se produisant constamment dans chaque élément éruptif depuis l'induration chancreuse jusqu'à la tumeur gommeuse et à son pourtour, ne peut s'expliquer que par une multiplication de l'agent infectieux que l'on sait aujourd'hui être le tréponéma, et les réactions qu'il provoque ne sont pas nécessairement, comme chez les sujets vierges de syphilis, des indurations chancreuses, mais bien des syphilomes analogues, dans leurs caractères cliniques et biologiques, à ceux dont ils émanent; cette manière de voir a été confirmée, en ce qui concerne le chancre, par les belles expériences de M. Queyrat, et, en thèse générale, par les expériences de M. Finger; on doit en effet au professeur Viennois d'avoir mis en fait l'auto-inoculabilité des syphilomes tertiaires, et ce sont des réactions identiques à celles des syphilomes générateurs qui sont provoquées par ces tréponémas tardifs, aussi, est-ce à juste titre que nous avons formulé aux récents congrès de Lisbonne et de Lyon la conclusion suivante: "le tréponéma évolue dans l'organisme; ses fonctions diffèrent aux différentes périodes de la maladie; ces diversités d'action ne peuvent s'expliquer que par une modification du parasite; elle est d'ailleurs peu profonde puisqu'il suffit de l'inoculer à un sujet vierge pour qu'il prenne ses caractères initiaux. Si nous ne nous trompons, ces notions constituent un progrès dans l'étude pathogénique et biologique de la syphilis.

Nous diviserons ces auto-inoculations en intra-inoculations et extra-inoculations.

A) Systématisations par intra-inoculations — On doit à Lang d'avoir établi que l'agent infectieux émané du chancre induré se propage directement de proche en proche, soit par les lymphatiques, soit par les interstices des tissus; nous avons montré, d'un autre côté, par de nombreuses observations, dont plusieurs se trouvent relatées dans notre mémoire de 1905 au Congrès de Liège sur les proliférations locales dans la syphilis, que ces syphilomes par transport direct et greffes locales présentent, dans leur intensité, dans leur multiplicité, dans leurs saillies, dans leur tendance à devenir ulcéreux ou végétants, toutes les marques d'une

suractivité nutritive qui ne peut s'expliquer que par une exaltation de la virulence des tréponémas directement émanés de l'accident initial: le volume considérable et l'induration du ganglion initial témoignent dans le même sens: ces tréponémas générateurs émanent directement de ceux de l'accident primitif et possèdent, de ce chef, une activité supérieure à celle des générations qui se développent ultérieurement et donnent lieu à la pléiade secondaire.

Il se produit ainsi une systématisation de syphilomes remarquables par leur puissance de développement dans toute la région qui environne le chancre sur un rayon que l'on peut évaluer à 12 ou 15 centimètres.

a) Cette localisation peut se traduire par des dépôts de tréponémas dans les parois des troncs lymphatiques et se propager dans leur voisinage; c'est ainsi que, chez un de nos malades du pavillon Bazin, à la suite d'un chancre du frein, une traînée de papules confluentes a envahi toute la partie médiane de la face inférieure du fourreau, sous la forme d'un ruban qui en occupait les quatre cinquièmes antérieurs dans une largeur d'environ 6 millimètres; partout ailleurs l'éruption était des plus discrètes. Cette systématisation ne peut s'expliquer que par une localisation des tréponémas dans les parois du tronc lymphatique médian et la prolifération des syphilomes dans son voisinage immédiat.

La systématisation péri-chancreuse serait plus prononcée si le ganglion inguinal directement en relation avec l'accident initial ne venait former un obstacle à la propagation locale des tréponémas à virulence exaltée qui en proviennent directement: la photographie que nous avons l'honneur de vous présenter vous en fournit un témoignage que nous croyons pouvoir qualifier de saisissant; elle représente une éruption secondaire qui a envahi avec une intensité exceptionnelle toute la région inguinale gauche et son pourtour sur une largeur d'environ 12 centimètres et une hauteur d'à peu près 5 centimètres; formant une masse confluyente et saillante, elle dépasse en dedans la ligne médiane où elle surmonte le pubis et elle s'élargit à sa partie interne qui forme comme la base d'un triangle: on trouve des papules isolées à son pourtour; partout ailleurs, l'éruption est discrète et modérément abondante; or, voici dans quelles conditions s'est développée cette systématisation inguinale: le malade a eu d'abord un bubon suppuré à la suite d'un chancre simple, affection actuellement très commu-

ne à Paris par suite d'un relâchement regrettable de la police des mœurs ; ultérieurement, il a contracté un chancre induré : or, au lieu du ganglion direct que l'on pourrait appeler le ganglion barrière, il s'est développé par le fait de la destruction partielle de cet organe cette éruption d'une activité excessive qui s'est étendue sur tout le pourtour de l'ulcération ganglionnaire et s'est propagée rapidement à toute la région inguinale ; les tréponémas, au lieu de rester limités au ganglion direct et d'y engendrer des produits moins virulents, se sont ainsi inoculés aux parois de l'ulcération chancreuse et de là se sont multipliés de proche en proche avec l'activité exubérante qui appartient à ces premières générations du parasite ; telle est du moins l'interprétation que nous croyons pouvoir formuler en raison des notions que nous possédons actuellement sur la pathogénie des syphilomes.

b) Les accidents secondaires peuvent être également systématisés dans leurs localisations par la voie d'intra-inoculations : nous citerons comme exemple les adénopathies secondaires des régions inguinales, épitrochléennes, cervicales ; elles sont dues manifestement au retour, par la voie lymphatique, de tréponémas qui ont été centrifugés par la circulation artérielle.

B). Systématisation par extra-inoculations — Si les syphilomes peuvent se propager par la multiplication dans les tissus des tréponémas en évolution intra-organique, ils doivent pouvoir être également transmis par l'introduction, dans les téguments, du même parasite ; autrement dite l'intra-inoculation suppose l'extra-inoculation. On peut s'expliquer partiellement ainsi les proliférations systématisées des syphilomes dans certaines régions telles que, en première ligne, la vulve, l'anus et leur pourtour ainsi que la cavité buccale.

Déjà, dans notre mémoire sur les proliférations locales impliquant l'auto-inoculation de la syphilis, nous avons fait ressortir les arguments qui militent en faveur de ce mode de multiplication ; nous avons montré que l'abondance, l'exubérance et la tendance à l'ulcération des syphilides qui surviennent dans les parties de la surface cutanée et des muqueuses qui se trouvent en contact avec des parties similaires ne doivent pas être attribuées essentiellement, comme on le fait généralement, à la malpropreté et au séjour de liquides septiques ; on les voit, en effet, souvent se manifester dans des parties qui se trouvent en dehors de celles qui peuvent être ainsi contaminées, par exemple, au sommet des grandes lèvres, aux régions sus-inguinales

et au pubis ; si l'on considère, d'autre part, que ces syphilomes se trouvent souvent, par rapprochement de parties symétriques, en contact immédiat, autrement dit, que les manifestations présentent des deux côtés, des localisations exactement semblables que, de plus, Queyrat a prouvé que les chancres indurés, peuvent se multiplier et que Finger a obtenu l'auto-inoculation de produits tertiaires, on est amené à penser qu'il s'agit bien là de localisations systématisées par auto-inoculations : pourquoi ces inoculations ont-elles échoué jusqu'ici lorsqu'elles ont été pratiquées avec la lancette de l'expérimentateur ? c'est parce que les conditions ne sont pas les mêmes : il y a loin, en effet, de l'introduction, à l'aide de l'instrument, d'une parcelle de tissu morbide, au contact incessant d'une surface ulcérée et de ses produits de sécrétion. Si ces syphilomes par auto-inoculation présentent, dans la région vulvaire et à son pourtour, une intensité que l'on ne retrouve pas dans ceux qui peuvent se produire dans les creux axillaires ou les plis sous mammaires, c'est sans doute encore parce que leurs tréponémas générateurs sont émanés directement du chancre induré et possèdent, de ce chef, une suractivité.

V — SYSTEMATISATION PAR MILIEU DE CULTURES D'ORIGINE MICROBIENNE — Ces microbes peuvent être des habitants pour ainsi dire normaux de l'organisme ou être spécifiques.

a) Systématisations par microbes de nature banale — Il est d'observation journalière que les syphilides se développent avec une prédilection des plus marquées, et parfois exclusive, dans certaines régions parmi lesquelles il faut citer en première ligne la cavité buccale, les parois vulvaires et le prépuce des phimosiques ; viennent ensuite les espaces interstitiels des orteils ; on ne peut attribuer cette prédilection à la structure histologique des tissus, car il s'agit aussi bien des surfaces cutanées que de muqueuses, et, d'autre part, il est nombre de muqueuses qui ne sont pas fréquemment envahies par la maladie.

La malpropreté, invoquée pour certaines de ces systématisations, n'intervient que d'une manière secondaire ; les soins les plus minutieux de la bouche n'empêchent pas l'invasion des amygdales et de la face interne des lèvres.

Le seul caractère commun qui appartienne à ces diverses régions est une flore microbienne d'une extrême richesse ; sans doute, les toxines qui en émanent constituent un milieu de culture favorable à la prolifération des tréponémas.

On a attribué à cette même cause, c'est-à-dire

à l'envahissement des syphilides par d'abondantes colonies de microbes associés, la tendance des syphilides vulvaires à devenir exubérantes, dans leurs saillies et leurs dimensions: c'est à tort, suivant nous, car on n'observe rien de semblable en ce qui concerne les manifestations intra-buccales et interstitielles des orteils. Ainsi que nous l'avons dit déjà, cette exubérance des lésions de la vulve est, comme celle des éléments péri-chancreux dans les deux sexes, l'apanage des tréponémas à virulence exaltée qui proviennent directement du chancre.

b) Systématisations par associations avec des microbes spécifiques — Entre autres, on peut citer les associations avec le bacille de Koch, avec les fins bacilles des lésions séborrhéiques, avec l'agent inconnu du psoriasis. Il n'est pas très rare de voir chez les syphilitiques, des adénopathies multiples qui se comportent comme des ganglions tuberculeux. Il y aura lieu de rechercher si l'on y trouve des tréponémas associés du bacille de Koch.

Il existe des cas authentiques de lupus compliqués de syphilomes.

Les localisations de syphilides dans les régions occupées par les affections séborrhéiques, et particulièrement dans les espaces intra-scapulaires, le cuir chevelu, les parties rétro-auriculaires et les sillons naso-jugaux sont fréquentes; les toxines engendrées par le fin bacille de Unna fournissent en toute évidence un milieu de culture des plus favorables au tréponéma.

A propos du psoriasis, nous avons plusieurs fois signalé la coexistence de placards mixtes d'éruptions psoriasiques et de syphilides.

VI — SYSTEMATISATIONS PAR ACTIONS IRRITATIVES TOXIQUES REITEREES — Il a été établi par M. le professeur Fournier que les leucoplasies linguales se produisent exclusivement chez les syphilitiques qui font usage du tabac: l'action irritante de ce produit vient donc ici s'ajouter à l'action spécifique du tréponéma pour engendrer ces deutéropathies.

VII — SYSTEMATISATIONS PAR DÉFAUT D'ELIMINATION ET DE THÉRAPIE DES TRÉPONEMAS — Il est fréquent de voir des syphilides palmaires et plantaires persister avec une étonnante opiniâtreté pendant de longues périodes, parfois indéfiniment, malgré une médication énergique;

ces faits s'expliquent par l'épaisseur que présente des capillaires, se multiplient dans les interstices l'épiderme dans ces régions: les tréponémas, issus des capillaires, se multiplient dans les interstices cellulaires et sans doute aussi dans les cellules elles-mêmes et s'y trouvent comme emprisonnés, car il n'y a pas dans ces tissus de voies circulatoires, et, d'autre part, la couche cornée s'oppose à la sortie des parasites par la surface cutanée; le défaut de circulation empêche les agents thérapeutiques de venir les influencer et l'on se trouve hors d'état de les faire pénétrer à travers l'épiderme.

VIII — SYSTEMATISATIONS DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE — Elle s'observe dans les phases initiales ou tardives de cette syphilis.

Dans les phases initiales, il faut considérer séparément: 1. la syphilis congénitale; 2. la syphilis héréditaire précoce.

Dans la syphilis congénitale, qui souvent ne se manifeste pas cliniquement, la systématisation est diffuse, vasculaire ou glandulaire. On trouve, en effet, le tréponéma dans les parois et autour des vaisseaux ainsi que dans les cellules peenchymateuses des organes. Un point important à signaler est sa localisation ovarienne (Levaditi et Sauvage) ou testiculaire (Fouquet).

Dans la syphilis héréditaire précoce, on voit s'altérer concurremment les deux cavités nasales, les deux régions plantaires et palmaires, les deux bosses frontales: la structure histologique ou l'origine voisine, dans la vie embryonnaire, de ces diverses régions y expliquent la localisation des manifestations. Les systématisations tardives dans les dents, les oreilles, les yeux, le squelette, les téguments, les muscles, sont susceptibles de la même interprétation.

On voit combien sont multiples et diverses les localisations systématisées des syphilomes et notre tableau n'est sans doute pas complet; nous avons voulu seulement, dans cette courte étude, appeler l'attention sur ces faits, en élargir le cadre et essayer d'en donner l'interprétation pathogénique ainsi que la signification biologique.

Nous serons heureux si ce travail devient le point de départ de nouvelles recherches dans cette direction, en montrant quel puissant intérêt présentent ces systématisations au point de vue de la pathologie générale et du traitement de la grande maladie vénérienne.

EMPHYSÈME
DYSPNÉE

BRONCHITES
ASTHME

IODEINE MONTAGU

PILULES
SIROP
AMPOULES
au Bi-Iodure de Codéine

ANTIDYSPNÉIQUE
CALMANT DE LA TOUX
EXPECTORANT

MONTAGU Phn. 13, Rue des Lombards. PARIS
et toutes les Pharmacies

SANTALOL
MONTAGU

QUÉRIT
la
BLENNORRAGIE

MONTAGU-PARIS
et Pharmacies

PURGO-LAXATIF AGRÉABLE

SANTÉINE

Pastilles délicieuses contre la
CONSTIPATION

Action douce et sûre - Agit sans coliques
MONTAGU-PARIS et toutes Pharmacies

ANTI-NERVEUX - ANTI-ANÉMIQUE

DRAGÉES
du Dr
HECQUET

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

au Sesqui-Bromure de Fer

Le meilleur de tous les Ferrugineux, contre:
ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT, NERVOUSISME.
Le seul qui calme les nerfs, régénère le sang,
sans jamais constiper.

Dose: 2 à 3 dragées à chaque repas.

LE FLACON DE 100 DRAGÉES: 4 FR., FRANCO.
Paris: MONTAGU, Phn. 13, Rue des Lombards
ET LES PHARMACIES

Seuls agents pour le Canada: ROUGIER FRÈRES (agences Décary-Rougier), 63 Notre-Dame Est, Montréal.

L'Imprimerie Française

✱ 197 RUE NOTRE-DAME EST ✱

A quelques portes de l'Hotel-de-Ville.

MONTREAL.

Un vide heureusement comblé.

Une Maison 'Édition à Montréal.

Nous sommes heureux d'annoncer aux lecteurs du "Journal de Médecine et de Chirurgie" que malgré le feu et l'eau nous avons pu effectuer une heureuse transformation de notre matériel

L'Imprimerie Française

va en effet se consacrer uniquement à l'impression de périodiques et d'éditions littéraires

Une maison d'édition proprement dite manquait à Montréal: c'est un vide heureusement comblé

publie déjà quatre périodiques des plus importants:—"Le Monde Illustré" (Album Universel), "Le Journal de Médecine et de Chirurgie", "Publicité-Publicity" et le "Bulletin de la Chambre de Commerce Française"

Solubilités comparées de l'Acide urique dans :

PIPERAZINE	SINGOSATE	CITRATE DE LITHIUM	CITRATE DE POTASSE
92%	40%	20%	8%

PIPERAZINE MIDY

CHANULES EFFERVESCENTE

20 centigrammes de Pipérazine par mesure jointe au flacon.

Dans les crises aiguës : 3 à 6 mesures par jour.
Comme préventif : 1 à 3 mesures 10 jours par mois.

Le plus grand dissolvant de l'Acide urique

GOUTTE - GRAVELLE - RHUMATISME - ARTHRITISME dans toutes ses manifestations.

Pharmacie MIDY, 110, Boulevard Saint-Etienne, PARIS.

Seul Agent pour le Canada : A. QUITTARD, Boite Postale 883, Montréal.



Sources Saint-Louis

Eau de Vichy

TREFLE ROUGE

Si vous ne pouvez l'avoir chez votre fournisseur, adressez-vous à

L. CHAPUT, FILS & CIE,
AGENTS.

2, 4, 6 et 8 rue de Bresoles - - MONTREAL.

Cette eau est effervescente naturelle, et recommandée par l'Académie de Médecine de Paris, à cause de ses hautes qualités médicales.

Demandez l'avis de votre médecin, il vous prescrira l'eau Saint-Louis.

ÉPILEPSIE DRAGÉES GÉLINEAU

Depuis Trente Années sans Réclame bruyante, les

DRAGÉES GÉLINEAU

ont su conquérir et conserver l'appui du Corps médical français et étranger. Est-il besoin d'autres recommandations ?

Les DRAGÉES GÉLINEAU sont devenues le remède par excellence de toutes les Maladies nerveuses et convulsives et spécialement de l'ÉPILEPSIE. Leur action est rapide et durable, leur administration facile, leur dosage exact. Une règle à ne pas oublier c'est qu'il faut toujours faire prendre les DRAGÉES GÉLINEAU au milieu du repas (Journal de Médecine de Paris).

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

Diagnostic precoce de la Tuberculose

OPHTHALMO REACTION A LA TUBERCULINE

Par le Dr St Jacques, Professeur agrégé à l'Université Laval. Chargé du cours d'Anatomie Pathologique

Diagnostiquer n'est pas guérir, je le sais hélas, mais diagnostiquer c'est dépister l'ennemi et le plus tôt l'on connaît sa présence les meilleures sont nos chances de succès. Aussi comme nous avons à notre disposition le moyen de faire très tôt le diagnostic de la tuberculose et cela à ses tous débuts et sans danger aucun pour le patient, nous avons cru intéressant pour le lecteur de résumer l'état actuel de la question.

M. Calmette de Lille, que nous connaissons tous pour son sérum anti-vénéreux et ses travaux sur la peste bubonique, a présenté à l'Académie des Sciences en juin dernier un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose, basé sur la réaction de la muqueuse oculaire au contact d'une forte solution de tuberculine à 1-100. On voit dans les quelques heures qui suivent "si le sujet est tuberculeux" l'œil rougir surtout au niveau de l'angle interne. Cette congestion, variable d'intensité, persiste deux ou trois jours ou plus et disparaît sans laisser de trace. La réaction locale ne s'accompagne d'aucune réaction générale. Si le sujet n'est pas tuberculeux l'œil instillé reste sans aucun changement. Telle est l'oculo réaction à la tuberculine. Nous voyons que nous sommes en tout autre terrain ou plutôt en face de tous autres symptômes que ceux développés jadis par les injections sous cutanées de tuberculine, faites dans le même but.

Telle était la proposition de Calmette qu'il appuyait d'ailleurs sur un bon nombre d'observations cliniques. De tous côtés on se mit à vérifier et à contrôler. On recherche d'autres moyens basés sur le même principe et la cuti-réaction eut un moment la faveur. Elle consistait en une véritable vaccination à la peau et une inoculation de tuberculine au lieu du vaccin de Jenner. Mais elle était lente d'action et ne semblait pas avoir la sûreté de l'ophthalmo-réaction. La période d'expérimentation est passée et les rapports cliniques arrivent. Le Professeur Grasset de Montpellier vient de publier ses conclusions résultant de l'essai sur 31 malades tuberculeux ou non. Sur 8 tuberculeux avérés, la

réaction a été positive 7 fois, négative 1 fois, et c'était chez une femme qui présentait la pleuro-bronchite bilatérale, traînant depuis plusieurs mois sans bacilles de Koch dans les crachats.

Sur 15 sujets ne présentant aucun signe clinique de tuberculose la réaction a été négative 14 fois, positive 1 fois chez une épileptique absolument indemne "en apparence" de toute atteinte tuberculeuse. Sur 8 cas cliniquement douteux, la réaction a été positive 5 fois, négative 3 fois.

La surveillance de ces malades viendra dire si la tuberculine a parlé juste.

Maintenant écoutons Comby, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

Il a soumis deux séries d'enfants l'une de 24, l'autre de 108 à la réaction. Il s'est servi pour la première série d'une solution à 1-100: chez 2 malades la réaction oculaire fut violente, œil injecté dans sa totalité, épiphora, flocons fibrino-purulents et ici les phénomènes oculaires mirent 8 jours à se dissiper.

Pour la deuxième série il employa une solution plus faible à 1-200. Soit un total de 132 enfants. Sur ce nombre 62 ont réagi et 70 n'ont présenté aucune réaction. Parmi les premiers les positifs, 4 autopsies ont confirmé le diagnostic de tuberculose. Parmi les seconds les négatifs 6 ont été trouvés indemnes de toute lésion tuberculeuse après la mort.

Je termine en citant les conclusions mêmes de Comby :

"Mes résultats ont été absolument conformes à ceux qu'avait obtenu M. Calmette. L'oculo-réaction m'apparaît donc un moyen inoffensif et pratique de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant; je n'hésite pas à le recommander aux médecins praticiens."

Avec cette réaction on pourra faire la sélection des enfants tuberculeux dans les familles, dans les écoles, les hôpitaux et prendre des mesures en conséquence pour le traitement et la préservation.

De la Grossesse Extra Utérine Abdominale (1)

Par J. E. Cannaday, M.D., Hansford W. Va.

Après avoir donné un historique de la question en l'envisageant surtout au point de vue chirurgi-

(1) Extrait du *New York Medical Journal*. Traduction par Dr F. Monod.

cal, l'auteur fait remarquer que le traitement opératoire de la grossesse extra utérine ne remonte pas à plus de cinquante ans. Lawson l'a fait à été ici, comme en bien d'autres sujets, le premier à montrer la voie à ses collègues. Les statistiques ne s'accordent nullement sur la fréquence de cette affection. Cependant on peut admettre qu'environ 8 p.c. des grossesses extra utérines sont abdominales.

Les symptômes peuvent se diviser en symptômes communs à toutes les grossesses et symptômes propres aux différentes variétés de grossesses extra-utérines.

Parmi les symptômes appartenant à la première catégorie, il faut citer les symptômes réflexes tels que les nausées et les vomissements qui sont particulièrement sévères et précoces dans la grossesse extra utérine. Mais deux signes surtout permettent de penser à une gestation anormale, ce sont : un écoulement vaginal sanguin et des douleurs abdominales en général vives et se manifestant sous forme de coliques. Leur point de départ se trouve au niveau de la tumeur abdominale pour s'irradier de là en dedans et en dehors. Ces douleurs peuvent commencer dès le premier ou le second mois de la grossesse et persister durant toute la grossesse. Elles sont surtout vives chaque mois à l'époque présumée de la menstruation et peuvent disparaître presque complètement dans l'intervalle. Au moment des douleurs l'abdomen peut être distendu et très sensible à la palpation, le pouls est accéléré mais il n'y a pas d'élévation de la température. L'écoulement sanguin provenant de l'utérus existe chez presque toutes les malades et s'accompagne généralement de douleurs et de l'expulsion de la membrane déciduale et est dû à la rupture de cette membrane. L'écoulement est habituellement de nature séro-purulente, de couleur jaune rougeâtre et peut être assez abondant pour nécessiter un tamponnement vaginal. Dans le cas de grossesse abdominale les menstrues peuvent avoir lieu régulièrement. La réapparition des règles indique généralement la mort du foetus. Le rectum peut présenter des phénomènes d'irritabilité. Mais de tous les symptômes de beaucoup le plus important est la métrorrhagie du début coïncidant avec des symptômes de grossesse. Si en même temps on constate l'existence de tissu décidual expulsé les probabilités sont très sérieuses en faveur d'une grossesse extra-utérine.

Un faux travail peut apparaître de bonne heure vers le septième ou huitième mois, mais générale-

ment il survient à terme, rarement après. En même temps la malade ressent des douleurs intermittentes en tout semblables aux vraies douleurs du travail. Le col se dilate de façon à permettre l'entrée d'un ou de deux doigts. Quand la membrane déciduale a été expulsée les douleurs cessent et ne réapparaissent que si le sac foetal vient à se rompre. Les signes du travail disparaissent et la montée du lait a lieu.

Les signes de rupture du sac foetal sont une douleur vive et brusque s'irradiant à tout l'abdomen, le pouls devient petit et rapide, il existe des phénomènes de shock de dyspnée en rapport avec l'hémorrhagie interne. La malade peut être prise de nausées, de hoquet et le ventre est extrêmement sensible. L'expulsion du foetus hors de la trompe dans le ventre, sans grande hémorrhagie, est caractérisée par une douleur très vive généralement localisée à un des côtés, une grande sensibilité du ventre et une augmentation de la température. La rupture peut être spontanée ou être due à un léger traumatisme.

SYMPTOMES PHYSIQUES — L'orifice utérin et le col sont en général mous. L'Utérus peut être maintenu à sa place par des adhérences ou être complètement déplacé par le kyste foetal augmentant rapidement de volume. On peut sentir des pulsations foetales par le toucher vaginal et parfois le même toucher permet de sentir des parties foetales à travers la paroi vaginale. Il existe en général deux tumeurs l'une habituellement située à droite ou à gauche de la ligne médiane, l'autre représentant l'utérus. Entre les deux on peut généralement sentir un sillon. Dans quelques cas le foetus peut être senti par palpation abdominale. Un kyste contenant un foetus mort peut donner à la palpation une sensation de crépitation d'os frottant les uns contre les autres. L'utérus n'augmente pas après le quatrième mois. Le cœur foetal et des mouvements peuvent être perçus après le cinquième mois.

DIAGNOSTIC — Le diagnostic est presque toujours difficile et ne peut être établi d'une façon certaine pendant la première période. Mais à cette époque un diagnostic probable est suffisant pour justifier une intervention. On peut confondre en effet une grossesse extra-utérine avec un kyste de l'ovaire, un fibrome, une salpingite, une hémato-cèle. Le diagnostic différentiel peut certainement être fait dans certains cas par l'histoire de la malade, la situation de l'utérus, les caractères particuliers des signes de grossesse que l'on observe. A

**PRODUITS SPECIAUX DE LA PHARMACIE
DU DOCTEUR MIALHE**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
8 Rue Favart, Paris.

Cardiopathies

Solution de DIGITALINE CRISTALISÉE Petit Mialhe titré au millième. Seule médication di italique rationnelle et scientifique. Préparée et administrée selon les préceptes du Professeur Potain, cette préparation est bien supérieure aux infusions ou macérations de feuilles. [Dr Féréol, Secrétaire de l'Académie de Médecine]—Granulés entièrement solubles dosés au quart de milligramme.—Ampoules pour injections hypodermiques.

Furonculose

LEVURE DE BIÈRE MÉDICINALE DESSECHÉE DE MIALHE sans goût ni odeur désagréables. Notre levure est toujours tirée avant sa mise en vente.

Maladies Consomptives—Cacodylates et Méthylarcinates de Petit Mialhe.

Digestion du lait Suralimentation, Augmentation rapide du poids par le

LAB-LACTO-FERMENT-MIALHE

ferment physiologique, très, que l'on ajoute au lait et qui n'en change ni le goût ni l'aspect.

Alimentation des enfants et des Vieillards, convalescents, etc. de Bananine Mialhe—Farine de bananes phosphatée. Aliment léger de digestion facile et ne constipant jamais.

DIGESTIONS LENTES et DIFFICILES—Elixir Mialhe à la pepsine native—Un demi siècle de succès.

CONJUNCTIVITES TRACHOME GRANULEUX: Crayon de Cupricine Mialhe

Dépôt Général—**DECARY & ROUCIER**—à Montréal

J. H. CHAPMAN,

Instruments de Chirurgie

—ET—

Fournitures pour Hopitaux

Nous avons toujours en stock un assortiment complet de tous les instruments de chirurgie, appareils, sondes, bandages herniaires et autres.

Ainsi que toutes les fournitures de pansements et ligatures d'un usage courant.

Nous sommes organisés de façon à pouvoir suppléer toute commande qui nous est donnée, dans le minimum de temps et aux prix les plus bas possibles.

20 Avenue du College McGill

TELEPHONE UP 1396

Vis-a-vis l'Hotel Welland

“Le seul dépositaire du sérum antituberculeux et sérums antistreptococciques Marmoreck, pour le Canada, est M. Arthur Décary, Montreal, 63 rue Notre-Dame Est.”

DE JOUR OU DE NUIT

Téléphonez Up Town 2667

WILLIAM WRAY

**PRIX : AMBULANCE \$2.00
LANDEAUX AMBULANCE \$5.00**

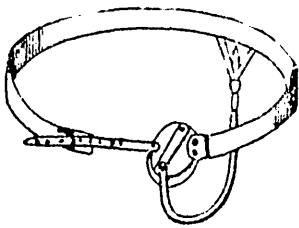
2436 rue STE-CATHERINE

MONTREAL

Maison de Confiance

BRAS ET JAMBES ARTIFICIELS

dessinés pour toutes les amputations et les difformités : Jambes construites avec une articulation du genou. Pied en caoutchouc, avec toutes les dernières améliorations, permettant à la personne de marcher sans boîter et de s'asseoir aussi facilement qu'une personne n'ayant pas de jambes artificielles.



Ceintures abdominales pour femmes enceintes.
Ceintures abdominales pour femmes souffrant d'éventration—faites sur mesure, tissu, soie, toile ou coton.—Bandages herniaires - - - - -

Maison MARTIN & CIE.

36, Rue Craig Est

Telephones Est 1499-5120

PHARMACIE DR. J. LEDUC & CIE

PRODUITS PHARMACEUTIQUES PURS

Les ordonnances sont remplies avec le plus grand soin et la plus scrupuleuse exactitude, avec des produits supérieurs, par des Pharmaciens licenciés seulement.

Service de Nuit . Tel : Est 2615 . Service du Dimanche

PUISSANT ACCÉLÉRATEUR de NUTRITION GÉNÉRALE

Ramène l'appétit et provoque une augmentation rapide du poids des malades; fait tomber la fièvre et disparaître la purulence des crachats chez les TUBERCULEUX.

HISTOGENOL

à base de Nucléarine.

FORMES :

Emulsion : 2 cuill. à soupe par jour.
Elixir : 2 cuill. à soupe par jour.
Granulé : 2 mesures par jour.
Ampoules : 1 ampoule par jour.
Comprimés : 4 par jour.

INDICATIONS :

TUBERCULOSE

LYMPHATISME, SCROFULE, BRONCHITES CHRONIQUES, NEURASTHÉNIE, CHLORO-ANÉMIE, CONVALESCENCE, etc.

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : S'adresser à NALINE, Ph^{ies} à St-Denis (Seine).

Médication Arsénio-Phosphorée organique.

Seuls agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES (agences Décary-Rougier), 63 Notre-Dame Est, Montréal.

la deuxième période le diagnostic n'est pas aussi difficile à établir, mais il est presque impossible d'établir à quelle variété de grossesse extra-utérine on a affaire. Quand le fœtus s'est échappé de la trompe et que la grossesse est abdominale les symptômes aigus peuvent disparaître mais sont aptes à survenir de nouveau. Une condition en apparence normale nécessairement porte le médecin à méconnaître le sérieux de la situation. Le diagnostic est rendu d'autant plus difficile que les symptômes sont en général irréguliers sans grands caractères pathognomoniques donnant facilement le change et que l'expulsion de la déciduale peut être facilement prise pour un avortement ordinaire. Il est bien évident qu'un cas type de grossesse extra-utérine est relativement facile à diagnostiquer mais il est malheureusement très rare que l'on ait affaire à un de ces cas types.

Le diagnostic d'une grossesse abdominale est rarement fait avant l'apparition du faux travail pour la bonne raison qu'il est rare que l'attention du médecin soit éveillée avant. Mais nous devons regarder comme très important l'apparition brusque des signes d'hémorragie interne survenant chez une femme ayant tous les droits d'être enceinte car en pareille cas on est en droit immédiatement de soupçonner la rupture d'une grossesse ectopique. De même l'attention doit être éveillée par l'apparition d'un écoulement sanguinolent succédant à une période d'aménorrhée sans que cette reprise corresponde nécessairement avec l'époque normale des règles qui avaient disparu, surtout si cet écoulement présente la couleur, l'intensité propre à ces écoulements et si il s'accompagne de fragments de membranes.

Parmi les symptômes les plus caractéristiques au point de vue du diagnostic il faut en résumé décrire: une période d'aménorrhée de durée variable suivie d'une métrorrhagie irrégulière, de douleurs pelviennes et de l'expulsion de la membrane déciduale ou de partie de cette membrane. Il faut considérer une grossesse extra-utérine abdominale comme une mine qui peut faire explosion à un moment quelconque et la malade doit être en conséquent en relation constante avec son chirurgien. Il est presque toujours préférable d'avoir recours à la laparotomie médiane si l'on est obligé d'intervenir. Le mieux est de chercher à tout enlever, fœtus, membranes et placenta, à moins que les dangers d'hémorragie, l'état de la malade oblige à pratiquer une intervention incomplète. Dans ce cas le mieux est de marsupialiser le sac fœtal et de

drainer avec soin. En pareil cas le placenta se détachera petit à petit par fragments et en deux ou trois semaines son exfoliation sera complète. L'intervention doit être pratiquée aussitôt que possible après la mort du fœtus. Si le kyste fœtal bombe du côté du cul de sac vaginal son incision par cette voie peut être faite et après extraction du fœtus et du placenta la cavité est tamponnée avec de la gaze iodoformée. L'auteur appelle l'attention de ses lecteurs avant tout sur la nécessité d'intervenir aussi rapidement que le diagnostic peut être fait et sur l'importance de cette intervention chez une femme enceinte chez laquelle on constate l'apparition de signes d'hémorragie interne.

Les conclusions de l'auteur sont : 1. Que les grossesses ectopiques sont beaucoup plus communes que ne le ferait penser le nombre des cas observés ; 2. Les symptômes souvent absolument atypiques ; 3. La difficulté que l'on a souvent de faire un diagnostic ; 4. L'importance que l'on est en droit d'attacher à l'écoulement utérin coïncidant avec des douleurs pelviennes et des signes non équivoques de grossesse ; 5. L'avantage d'une intervention précoce permettant une opération complète et la fermeture du ventre sans drainage.

Le Traitement du Vomissement Post Opératoire par la diète hydrique (1)

Par le Dr J. A. McArthur, Winnipeg, Man.

Depuis que l'anesthésie est devenue de pratique courante les vomissements qui en dépendent ont été une source de sérieux ennui pour le chirurgien et l'opéré. Bien des moyens ont été employés jusqu'ici sans aucun succès d'ailleurs pour prévenir ou même seulement atténuer ces vomissements post opératoires. Si l'on trouvait réellement le moyen de les prévenir le service rendu à la profession et aux malades serait si grand que je n'hésite pas à vous apporter ce soir les résultats que j'ai obtenus durant ces derniers 18 mois par l'emploi systématique d'un procédé très simple et qui m'a donné entière satisfaction.

Il y a environ 18 mois, en effet, je lisais dans le "Medical Record" de New-York une discussion

(1) Communication lue à la Société Médicale de Winnipeg, Man., mai 1907. Traduction par le Dr F. Monod.

qui eut lieu à la Société Médicale de cette ville sur ce sujet, au cours de laquelle un des chirurgiens dont j'ai oublié le nom, recommanda l'usage de l'eau froide donnée en grande quantité au malade durant les heures précédentes l'opération. Sa théorie sur la cause du vomissement post opératoire était la suivante : Le malade qui est préparé en vue d'une opération suivant la routine habituelle ne reçoit aucune nourriture liquide ou solide durant les douze heures qui précèdent l'intervention, de sorte qu'au moment où il s'endort son estomac est absolument vide. Durant l'opération la salive surchargée des vapeurs de l'anesthétique employé est déglutie par le malade et son action sur la muqueuse de l'estomac est une gastrite. Quand au contraire l'estomac est rempli d'eau la salive déglutie au cours de l'opération est rapidement diluée et son action irritante est ainsi prévenue. A l'appui de ce qu'il avançait il citait trois cas personnel absolument positifs. Sa théorie me parut si rationnelle que je me décidais à l'employer aussitôt et j'ai à l'heure actuelle 35 cas à mon actif. La durée de l'anesthésie durant ces différents cas a varié de 45 minutes à 2 heures. Il s'agit d'une hystérectomie, six appendicites, plusieurs cas de glandes cervicales, un large abcès inguinal, plusieurs curettages et un certain nombre d'opérations moins importantes. Les malades étaient préparés pour l'opération comme d'habitude: Bain, purgation saline dans le courant de l'après-midi précédent l'intervention, léger souper ; après minuit je faisais donner 4 onces d'eau fraîche toutes les 4 heures. 2 heures avant l'opération le malade prenait de huit à douze onces d'eau fraîche et une demi-heure avant de placer la malade sur la table d'opération on lui donnait 8 autres onces. De cette façon les tissus déshydratés par la purge étaient de nouveau hydratés et l'estomac était rempli d'eau.

J'ai pu constater que quand le malade avait été ainsi préparé il était plus facile de l'endormir, qu'il n'y avait pas la moindre état nauséux pendant, ni au début de l'anesthésie sauf une exception seulement. Dans ce cas l'estomac avait été surchargé de liquide et juste au début de l'opération il rendit une gorgée d'eau, après quoi il n'y eut plus de vomissements.

Sur les 35 cas 4 seulement eurent quelques vomissements post opératoires. Dans le cas d'hystérectomie qui prit 2 heures, il y eut quelques vomissements toutes les 3 ou 4 heures mais sans efforts et sans détresse et dans l'intervalle la malade retenait les liquides. Dans un autre cas d'appendi-

ctomie il y eut un sérieux accès de vomissement qui survint 6 heures après l'opération. Les matières vomies étaient de couleur noire et comme grumeleuses ce qui effraya la nurse qui demanda à la malade ce qu'elle avait mangé et celle-ci avoua avoir absorbé une demi-livre de chocolat qu'elle avait caché dans la chambre. Mon troisième cas avait trait à des glandes cervicales. Dans ce cas la nurse ne comprit pas les instructions et cessa de donner de l'eau à 2 heures 30 du matin. L'opération qui aurait dû avoir lieu à 11 heures fut remise à 2 heures 30. Juste avant de faire administrer l'anesthétique j'enquis auprès de la nurse si la malade avait reçu sa quantité d'eau et il me fut répondu qu'elle n'avait rien eu depuis 2 heures 30 du matin. Elle n'avait rien mangé depuis 6 heures du soir du jour précédent et n'avait rien bu depuis 12 heures. Je lui fis donner un grand verre d'eau fraîche juste avant de commencer l'anesthésie. A 3 heures du matin elle eut un léger accès de vomissement à la suite duquel elle se rendormit immédiatement.

Cette méthode a différents avantages. J'ai remarqué que la pression sanguine était à peine abaissée pendant l'anesthésie chloroformique, dans aucun des cas il n'y a eu tendance de la part des malades à faire une syncope cardiaque et à la fin de l'opération le pouls était en général plein, régulier et fort. Il n'y a jamais eu de violents efforts de vomissements et l'avantage en est surtout marqué dans les opérations abdominales quand on peut avoir à craindre qu'une suture lâche et que les lèvres de la plaie se désunissent, accident qui à mon avis est une des causes les plus communes des hernies et éviscérations que l'on observe secondairement. Le retour du malade à la conscience de ce qui l'entoure une heure en général après avoir été remis dans son lit, son désir pour une nourriture liquide qu'il peut garder 6 heures environ après l'intervention, l'élimination de l'odeur de l'anesthétique dans les 24 heures qui suivent sont les principaux facteurs qui plaident fortement en faveur de cette méthode.

Des remarques précédentes je tirerai les conclusions suivantes : 1. L'administration d'eau avant de donner un anesthétique rend grand service au malade ; 2. La soif intense et les efforts de vomissements sont de ce fait complètement annihilés ; 3. L'odeur de l'anesthétique est bien plus rapidement éliminée ; 4. Le malade est capable de prendre et de garder des aliments dans les 6 à 8 heures qui suivent l'opération et cela avec plaisir.

Névrosthénine Freyssinge

Solution concentrée de glycérophosphate de soude, potasse et magnésie, principaux éléments de la matière nerveuse. Chaque goutte de Névrosthénine pèse 7 centigr. et contient 2 centigr. de glycérophosphate composé dissous dans 5 centigr. d'eau distillée stérilisée. — La Névrosthénine ne contenant ni chaux, ni sucre, ni alcool, peut être administrée sans inconvénient aux diabétiques, albuminuriques, artério-scléreux, etc. — Dose moyenne 10 à 20 gouttes à chaque repas. **Anémie cérébrale, Neurasthénie, Surmenage et tous les Epuiselements nerveux.**
Prix du Flacon compte-goutte 3 fr. rue de Rennes, 83, Paris, et les Pharmacies.

Capsules Dartois

Dosées à 5 centigr., véritable créosote de hêtre titré

Les Capsules Dartois et les Gouttes de Névrosthénine Freyssinge sont préparées par les laboratoires de

FREYSSINGE

Pharmacien de première classe. Licencié en sciences. Ancien préparateur à la Faculté de Médecine et à l'École de Pharmacie de Paris.

83, Rue de Rennes, Paris
Seul agent pour le Canada

Rougier Frères,
63, Notre-Dame Est, Montréal

KOLACA TONIQUE

Nervin à base de ; Noix de Kola, Coca et Guarana, digérés dans un vin pur. Recommandé spécialement dans le traitement de la neurasthénie, la faiblesse cérébrale, la dyspepsie nerveuse, etc., etc.

Depositaire pour le Canada:

E. J. NADEAU

** PHARMACIEN **

Coin St-Denis et Rachel
Coin St-Denis et Duluth

CAPSULES SOLUBLES ELASTIQUES

Nous manufacturons une ligne complète de Capsules, Bougies Uréthrales, Pommes, Tampons Vaginaux.

Echantillon et prix fournis sur demande. Travail special fait promptement. Prix modérés.

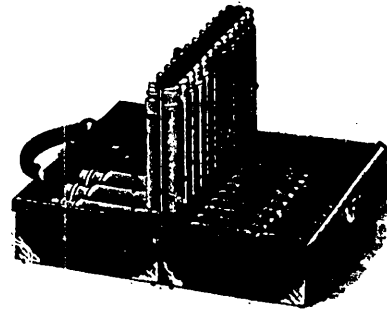
EN VENTE CHEZ

LYMAN SONS & CO. LA COMPAGNIE KENT & STEVENSON.
Montreal.

Robin & Co. Montreal Can.

LYMAN, SONS & CO.

MERCHANTS



d'Instruments
de Chirurgie,
Accessoires
pour Hopitaux
et Appareils
de Chimie

Nous avons un assortiment complet d'Instruments les plus modernes et de la meilleure qualité.—Nous mettons la qualité avant le bon marché.

Les prix demandés sont donnés avec satisfaction.—Votre patronnage est sollicité.

380-386, rue Saint-Paul, Montréal

L'EAU CRYSTALLINE

Stérilisée par le Filtre Pasteurisant

Une eau garantie absolument pure, libre de tout microbe ou germe de maladie contagieuse.

Prix: 2½ cts le DEMI-GALLON

Livrée à domicile dans Montréal.

Les bouteilles sont stérilisées avant d'être remplies.

The NEW PASTEURIZING FILTER Co. Ltd. 142 Rue Ste Catherine Ouest

TEL. BELL, MAIN 2297

FILTRE PASTEURISANT

Ce filtre donne une eau limpide et absolument stérile.

Un contrôle rigoureux en a été fait, au point de vue bactériologique, aux laboratoires des institutions ci-après mentionnées :

Université McGill,
Hôpital Notre-Dame,
Hôpital Victoria,
Hôpital Glengary.

Pharmacie LAURENCE

Coin St-DENIS et ONTARIO

Drogues, Produits Chimiques & Pharmaceutiques récents & purs

TOUS LES REMEDES NOUVEAUX

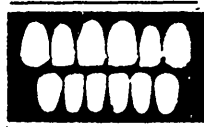
OVULES

A LA GLYCERINE SOLIDIFIEE POUR PANSEMENTS VAGINAUX, PREPARES SUR DEMANDE A TOUS MEDICAMENTS.



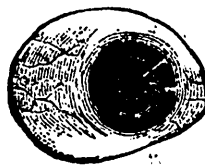
Formiates, Cacodylates, Méthy arsinates, Glycérophosphate, Dionine, Héroïne, Stovaine, Etc. Sérums antitoxiques, Sérums Artificiels, Oxygène pour inhalation.

Les prescriptions sont remplies avec le plus grand soin et la plus scrupuleuse exactitude avec des produits supérieurs.



Nos dents sont très belles, naturelles, garanties. **Institut Dentaire Franco - Américain**, (incorporé), 129 rue St-Denis, Montréal.

AJUSTEMENT PARFAIT



Examen et correction de la vue par Rod. Carrière, opticien réfractionniste et consultation.

Les méthodes modernes pour l'examen des yeux veulent dire une connaissance précise des défauts qui affectent la vue et la correction obtenue par l'emploi de verres correcteurs donnant satisfaction.

TEL BELL EST 2257

CARRIERE, OPTICIEN

Diplômé du Collège Optique de Philadelphie, Instructeur d'Optique au Collège de Pharmacie de Montréal. Opticien à l'Hôtel-Dieu

253 Est Ste-Catherine, **MONTREAL.**

Entre St-Denis et Sangunet

A l'Hôtel-Dieu, 9,30 à 11 a. m. Au magasin 1 à 5 p. m.

The French Pasteurized Fluid Beef Co., Ltd.

“VITA”

Le meilleur et le plus pur des Extraits de Bœuf et de Légumes.

Spécialement recommandé pour l'alimentation des enfants, vieillards, malades et convalescents. Pris chaud en hiver, froid en été, constitue la plus hygiénique des boissons. : : : :

Se trouve dans toutes les bonnes pharmacies

LAPORTE, MARTIN & CIE.

Seuls agents pour le Canada et l'Île de Terre-Neuve

MONTREAL

KUMYSS

Le Kumyss et l'aliment par excellence de convalescents. Il est supporté par l'estomac le plus difficile.

Fabriqué et vendu par

JOHN LEWIS

PHARMACIEN

Coin Ste-Catherine et Université

TEL. 2985

MONTREAL

Antiseptic Evan's Throat Pastilles

SOULAGE IMMEDIATEMENT :

L'Enrouement, l'Extinction de la Voix, le Catarrhe et la Bronchite

Prôné avec enthousiasme par les membres les plus éminents du clergé, les conférenciers, les chanteurs et les acteurs les plus en renom de l'Amérique et de l'Europe

En vente chez tous les pharmaciens

National Drug & Chemical Co. of Canada Ltd. - Montreal

Le Collège des Médecins

LISTE COMPLETE ET OFFICIELLE DES GOUVERNEURS POUR 1907-1908

Les élections du Collège des Médecins de la province de Québec viennent de se terminer, et nous en donnons ci-après la liste complète des gouverneurs:

DISTRICT DE MONTREAL

Division No 1 — Quartiers St Jacques et Ste Marie : MM. les docteurs A. R. L. Marsolais, 159 rue St Denis, et S. Boucher, 765 rue Ontario Est.

Division No 2 — Quartiers St Laurent et St Louis : MM. les docteurs R. Boulet, 2039 Sainte-Catherine Ouest, et F. X. de Martigny, 224 Sherbrooke.

Division No 3 — Quartiers St Antoine et Ste Anne : MM. les docteurs J. A. MacDonald, 250 La Montagne, et A. L. Smith, 238 rue Bishop.

Division No 4 — Comtés de Joliette, l'Assomption, Montcalm et Berthier : M. le Dr J. A. Laurendeau, St Gabriel de Brandon.

Division No 6 — Comtés de Terrebonne, Deux-Montagnes, d'Argenteuil et Laval : M. le Dr Henri Prévost, St Jérôme, comté de Terrebonne.

Division No 6 — Comtés d'Ottawa et Pontiac : M. le Dr J. E. Damours, Papineauville.

Division No 7 — Comtés de Beauharnois, Châteauguay, Huntingdon, Soulanges et Vaudreuil : M. le Dr C. O. Ostiguy, Valleyfield.

Division No 8 — Comtés de Shefford, Brome et Missisquoi : M. le Dr L. A. Lessard, de Granby.

Division No 9 — Comtés de Chambly, Iberville, Laprairie, Napierville et St Jean : L'hon. Dr Jean Girouard, Longueuil.

Division No 10 — Comtés de Saint-Hyacinthe, Bagot et Rouville : M. le Dr L. A. Beaudry, Saint-Hyacinthe.

Division No 11 — Comtés de Richelieu, Yamaska et Verchères : M. le Dr Isaïe Sylvestre, Sorel.

Division No 12 — Comté d'Hochelaga Est : M. le Dr J. A. Rouleau, 699 Mont-Royal.

Division No 13 — Comté d'Hochelaga Ouest : M. le Dr E. G. Asselin, 481 rue St Antoine.

DISTRICT DE QUEBEC

Division No 1 — Québec Centre : MM. les docteurs C. R. Paquin, 415 rue St Jean ; A. Simard, 42 rue St Louis, et M. D. Brochu, 63 rue St Jean.

Division No 2 — Québec Est, Ouest et St Sauveur : MM. les docteurs C.E. Côté, 578 rue Saint-Vallier ; A. Jobin, 41 rue Caron, et Elz. Laberge, 139 rue Du Pont.

Division No 3 — Lévis et Lotbinière : M. le Dr J. E. Ladrière.

Division No 4 — Québec, Portneuf et Montmorency : M. le P. Dalbec, de St Casimir, comté de Portneuf.

Division No 5 — Charlevoix, Chicoutimi et Lac St Jean : M. le Dr François Plourde, de St Jérôme.

Division No 6 — Beauce et Dorchester : M. le Dr J. L. M. Genest, St Bernard, comté Dorchester.

Division No 7 — Comtés de Bellechasse, Montmagny et L'Islet : M. le Dr L. Moreau, L'Islet.

Division No 8 — Comtés de Kamouraska et Témiscouata : M. le Dr H. W. Blagdon, St Philippe de Néri.

Division No 9 — Comtés de Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure et Iles de la Madeleine : M. le Dr J. F. Gauvreau, Rimouski.

DISTRICT DE TROIS-RIVIERES

Division No 1 — Comtés de Drummond, Arthabaska et Mégantic : M. le Dr L. J. O. Sirois, St Ferdinand d'Halifax.

Division No 2 — Comtés de Trois-Rivières et Champlain : M. le Dr L. P. Normand, de Trois-Rivières.

Division No 3 — Comtés de St Maurice, Maskinongé et Nicolet : M. le Dr L. A. Plante, Louiseville.

DISTRICT DE ST FRANÇOIS

Division No 1 — Comtés de Sherbrooke : M. le Dr W. Lamy, Sherbrooke.

Division No 2 — Comtés de Compton, Stanstead, Richmond et Wolfe : M. le Dr C. J. Edgar, North Hatley.

Le rapport de la division No 3, n'est pas encore connu.

Le Dr H. Thibault, de Wotton, a été nommé pour la division St Antoine No 3, comprenant les comtés de Richmond et de Wolfe.

POSTE MEDICAL A CEDER

Un médecin pour cause d'âge et de maladie offre en vente sa propriété et une belle clientèle de campagne. S'adresser par lettre à l'administration du Journal, 270 Sherbrooke Est.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

REUNION ANNUELLE — MONTREAL, 11, 12 ET
13 SEPTEMBRE 1907

Le succès de cette réunion ne peut être discuté et nos confrères anglais peuvent être sincèrement félicités du résultat obtenu. Malgré le feu désastreux de ce printemps qui leur a enlevé l'usage de leur Faculté de Médecine, ils ont su donner à leurs confrères la sensation que les médecins étaient chez eux dans les salles mises à leur disposition par la Faculté des Arts.

Au point de vue purement scientifique, nous n'avons pu noter rien de particulièrement saillant ou portant un véritable caractère d'originalité. Citons cependant le travail du Professeur Adami sur la classification des tumeurs en Anatomie Pathologie, celui de W. W. C. Chipman sur les grossesses extra utérines en gynécologie de Von Eberts sur un diverticule congénital de la Vessie, de Keenan sur le Lymphosarcome.

L'école française était représentée par les travaux de A. de Martigny, sur le Traitement de la Tuberculose par le sérum de Marmoreck, et de J. N. Roy, sur l'huile de Vaseline dans le pansement des mastoïdites et un cas de mélano-sarcome du voile du palais.

Le mercredi soir il y eut réception des congressistes au cercle des Etudiants de McGill, le jeudi après-midi, réception par le Dr Roddick, doyen de la Faculté et la réunion se terminait de façon charmante le vendredi, par un concert au Victoria Rifles Armoury.

Sur l'initiative de M. le Professeur Gaucher, les élèves et amis de M. Hallopeau ont ouvert une souscription dans le but de lui offrir en raison de ses vingt-cinq ans de service à l'hôpital St Louis, de sa promotion au grade d'Officier de la Légion d'Honneur et de ses nombreuses publications scientifiques une médaille avec revers allégorique qui sera gravé par Chaplin. Le montant de la souscription n'est pas limité, toute souscription de 25 francs donnera droit à une médaille qui sera remise avant la fin de l'année. Les souscriptions peuvent être envoyées par mandat à M. J. B. Baillières, 19 rue Hautefeuille à Paris.

Nous avons eu le plaisir d'avoir la visite, la semaine dernière, de nos Maîtres et amis les Professeurs Gaucher, Hallopeau, Dr Renaud, médecin des Hôpitaux de Paris, Gastou, chef du laboratoire de St Louis, et Lévy-Bing, chef du laboratoire de St Lazare. Venus de ce côté-ci de l'Océan pour assister au sixième Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie qui s'est ouvert à New-York le lundi 9 septembre, ils avaient tenu à passer par Montréal où ils savaient trouver beaucoup de leurs anciens élèves. Leur séjour a malheureusement été trop court et c'est à peine si nous avons eu le temps de leur prouver comme nous l'aurions voulu que nous ne pouvons oublier la façon dont on nous reçoit quand nous allons en France. Un banquet organisé par Marien et F. de Martigny, sous la présidence du Professeur E. P. Lachapelle, leur fut offert à l'hôtel Viger. Il fut réussi à tous les points de vue. Etaient présents MM. les Professeurs E. P. Lachapelle, Guérin, Foucher, Hervieux, MM. les docteurs Boulet, Burnett, A. de Martigny, F. de Martigny, Décaric, Desloges, D. Gray, Lasnier, Lesage, Lautermann, Archibald, Marien, Mercier, Monod, S. Boucher, St Jacques.

LE LAIT A MONTREAL

Une grande amélioration vient d'être apportée à la vente du lait, elle est malheureusement toute en faveur des laitiers. Le prix du lait doit en effet être augmenté et porté de 8 à 10 cents la pinte cet hiver. Il paraît que la mixture que l'on nous vend n'était pas suffisamment rémunératrice. C'est jusqu'à présent le résultat le plus tangible obtenu par ceux qui ont à cœur l'amélioration du lait à Montréal. Ce n'est peut-être pas suffisant.

L'INSPECTION MEDICALE DES ÉCOLES

On sait les résultats véritablement merveilleux obtenus par cette inspection au cours de l'année scolaire 1906-1907. Malheureusement vers la fin de l'année les fonds ont manqué à l'hôtel de ville et l'inspection a été discontinuée. Elle va être reprise cette année et nous ne pouvons que féliciter nos édiles de cette sage mesure. Une fois n'est pas coutume... hélas.