

DECEMBRE 1902

## SOMMAIRE

---

### MÉMOIRES

- 737 — Du taxis dans le traitement de l'étranglement  
herniaire..... *Monod*
- 743 — Une observation de rétrécissement mitral pur :  
Étiologie et symptomatologie..... *A. F. Mercier*
- 752 — Pathologie et thérapeutique infantiles..... *De Grandpré*
- 

### REVUE GÉNÉRALE

- 759 — Le cathétérisme et l'antisepsie des voies uri-  
naires ..... *Marien*
- 766 — La tuberculose au congrès de Berlin..... *Le Sage*
- 776 — Le discours du prof. Osler..... *La direction*
- 

### SOCIÉTÉS.

- 779 — La société Médicale de Montréal.  
Rapport de la séance du 2 décembre ..... *Décarie*
-

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

ANALYSES

MÉDECINE

786 — Mode spécial d'empoisonnement alimentaire..... *Le Sage*

THÉRAPEUTIQUE

786 — Traitement des tumeurs malignes, par l'arsenic.... *Le Sage*

787 — Un nouveau sérum contre la scarlatine..... *Le Sage*

OBSTÉTRIQUE.

788 — Accidents dus à la constipation pendant la grossesse et les suites de couches..... *Le Sage*

TOXICOLOGIE.

789 — Empoisonnements et contre-poisons. Une observation d'hérédo-syphilis..... *Le Sage*

792

BIBLIOGRAPHIE.

TABLE DES MATIÈRES.

---

# MEMOIRES

---

## DU TAXIS DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE (1)

Par le Docteur FERNAN D. MONOD

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris, ancien professeur à la Faculté  
de Médecine de Paris, lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.

---

Je voudrais dans une courte étude discuter la valeur du taxis, procédé autrefois fort en honneur, mais qui devrait être à l'heure actuelle complètement abandonné, bien que cette méthode fut jadis opposée, et opposée avec succès, à la kélotomie dans la cure de l'étranglement herniaire.

La kélotomie est l'intervention chirurgicale, avec ouverture du sac et libération à ciel ouvert de l'agent de l'étranglement; le taxis consiste essentiellement en des pressions manuelles plus ou moins fortes, plus ou moins prolongées, exercées sur l'anse herniée que l'on cherche à réduire.

Alors que l'on ne savait pas être propre et que l'opération chirurgicale vouait le malade à la mort, presque d'une façon certaine, le taxis pouvait être envisagé et sérieusement discuté: cependant que de dangers, de complications mortelles se cachent derrière l'apparente bénignité de cette manœuvre. Ces dangers sont d'ordres divers, mais relèvent essentiellement des deux causes suivantes: 1° de l'ignorance absolue où l'on se trouve, en présence d'une hernie étranglée, de l'agent réel de l'étranglement, lequel peut être de telle nature, qu'il persiste, même après une réduction en apparence complète: 2° de l'impossibilité au moment de pratiquer le taxis, de diagnostiquer d'une façon certaine l'état de l'anse herniée, et, d'une façon générale, l'état des parties contenues dans le sac.

Je vais pour plus de clarté envisager la responsabilité que prend un médecin qui se prépare à pratiquer le taxis, dans un certain nombre de cas déterminés. J'aurai généralement en vue, au cours de ma description, la hernie inguinale, de beaucoup la plus fréquente.

(1) Lire devant les membres de la Société Médicale de Montréal.

I. Je prendrai en premier lieu le cas d'un enfant qui, à la faveur d'un canal inguinal incomplètement obitéré, a étranglé une hernie jusqu'alors facilement réductible, l'accident ne remontant pas à plus de 6 heures. Le résultat de mon observation personnelle, dans les grands services hospitaliers des enfants malades et des enfants assistés, m'a prouvé que la conduite généralement tenue en pareil cas était souvent couronnée de succès. On sait en effet que sous l'influence d'un bain tiède prolongé le hernie se réduit souvent chez l'enfant presque sans effort; au besoin quelques gouttes de chloroforme au sortir du bain, en déterminant une résolution musculaire complète facilite la réduction. C'est que chez l'enfant la contracture musculaire joue le principal rôle, en contractant sur l'intestin un orifice fibreux demeuré anormal dans ses dimensions par suite d'un défaut d'évolution de la paroi abdominale. On comprend donc qu'il puisse être possible, une fois la résolution musculaire obtenue, de réduire une anse intestinale qui s'est étranglée en s'engageant à travers un orifice qui, en raison de l'âge, de l'anomalie de développement, a conservé une souplesse et des dimensions que l'on ne retrouve pas plus tard. Et, de fait, ces hernies se réduisent parfois d'elles-mêmes sous la seule influence du bain. Je dirai donc qu'en pareille occurrence on a le droit de faire un essai de taxis, mais sous la réserve suivante, absolument formelle et avec laquelle on n'a pas le droit de transiger: il faut, pour se permettre d'avoir recours au taxis, que, pour une raison que je n'ai pas à discuter, l'opération chirurgicale ne puisse être immédiatement pratiquée: dans ce cas, mais dans ce cas seul, en attendant le chirurgien on peut essayer le taxis chez l'enfant, à condition cependant que le début des accidents ne remonte pas à plus de six heures, ce qui permet d'espérer que l'intestin n'a encore perdu en rien de sa vitalité, et que, d'autre part, on ne mette pas plus d'effort à réduire l'anse étranglée que l'on n'en mettrait à réduire une anse intestinale non étranglée, normalement réductible.

II. Chez l'adulte, au contraire, même dans le cas en apparence le plus favorable, le taxis ne doit jamais être tenté ainsi que je vais tâcher de le prouver.

Pour cela supposons que nous nous trouvions en présence d'un homme qui, à la suite d'un effort, s'est, quelques heures auparavant, fait une hernie et du coup l'a étranglée. En pareil cas il semble bien qu'on a toutes chances de se trouver en présence d'une de ces hernies dites de force chez lesquelles l'orifice fibreux à travers lequel a passé l'intestin est sans aucun doute l'agent réel et unique de l'étranglement, que cette hernie se soit faite à la faveur ou non d'une anomalie congénitale. Nous voici donc en présence d'une hernie dont l'intestin est très probablement encore absolument sain, il y a donc toutes chances qu'avec l'aide du chloroforme, qui triomphera des muscles, le taxis va aisément triompher de la résistance de l'orifice fibreux. Ce serait une erreur absolue de le croire, le taxis ne triomphera jamais *aisément* de cet obstacle, parce que chez l'adulte l'orifice fibreux n'a plus cette souplesse qui existe chez l'enfant; jamais, ou, d'une façon si exceptionnelle, qu'il est préférable de ne pas compter avec, jamais chez l'adulte une hernie étranglée ne se réduit d'elle-même sous l'influence d'un bain comme cela peut s'observer chez l'enfant; il faudra toujours, si l'on a recours au taxis, déployer une certaine force, dont on ne peut apprécier la valeur: on commence doucement, prudemment, c'est vrai, mais on continue un peu plus fort, espérant toujours que l'on va réussir. Il peut arriver que l'on réussisse, et, en mettant les choses au mieux, on a fait perdre au malade le bénéfice d'une cure radicale qui aurait nécessairement été le complément de l'intervention chirurgicale. On a d'autre part réduit une anse intestinale qui, ayant supporté tout l'effort du taxis, est forcément une anse meurtrie, peut-être rompue, toujours atteinte dans sa vitalité à un degré que l'on ne peut connaître. Les hémorrhagies intestinales, les hémorrhagies intra-péritonéales vraies, observées à la suite de ces réductions par le taxis, prouvent que cette manœuvre n'est pas aussi bénigne qu'elle le paraît à première vue.

Or, j'ai choisi le cas en apparence le plus favorable, parce que l'on pouvait connaître presque avec certitude et l'état de l'intestin et l'agent de l'étranglement; quelle va être alors la

responsabilité du médecin ayant recours à cette manœuvre dans le cas moins favorable mais plus commun d'un adulte porteur d'une hernie habituellement réductible étranglée depuis plusieurs heures.

On a le droit à l'heure actuelle de taxer de criminelle la pratique du taxis en pareil cas, et ceci parce que rien n'autorise le médecin qui va y avoir recours à affirmer qu'il ne risque pas de réduire une anse intestinale profondément altérée, peut-être gangrénée, sinon déjà perforée, baignant dans un liquide dont nous connaissons bien maintenant la très grande et très fréquente septicité.

Triompher par le taxis d'un semblable étranglement herniaire, c'est déterminer presque d'une façon certaine une péritonite septique généralisée.

On me dira qu'il y a là une question de temps aisément appréciable et que, si réellement le début des accidents remonte à plusieurs heures, il serait criminel de tenter le taxis, mais que, si le début est de date récente comme je l'ai supposé plus haut, la responsabilité du médecin se trouve considérablement diminuée.

Tel n'est pas mon avis; je me souviens, étant de garde à l'hôpital St-Antoine, avoir opéré une nuit, d'urgence, une femme atteinte d'une hernie inguinale étranglée qui, au dire de la malade, serait apparue le matin même. L'état général n'était pas mauvais, si bien que j'ai hésité un instant à différer l'intervention jusqu'au lendemain.

Or, j'ai trouvé un intestin si profondément altéré que j'ai été conduit à le réséquer. L'étranglement n'était cependant pas extrêmement serré, et je suis convaincu que le taxis aurait réussi à triompher de l'obstacle, on devine aisément ce qui en serait résulté.

Le souvenir seul de ce cas m'empêchera toujours de pratiquer chez l'adulte même un essai de taxis, et cela dans le cas en apparence le plus favorable, tant j'aurai crainte de réussir et de réduire une anse intestinale perforée ou gangrénée.

Cette complication, la péritonite généralisée, est, de tous

les accidents du taxis, le plus redoutable, à lui seul il suffirait pour permettre de condamner sans appel cette manœuvre. Je puis donc être bref dans l'exposé des autres accidents qui relèvent tous de la même cause : l'ignorance où l'on se trouve de l'agent réel de l'étranglement. Ne sachant contre quoi on lutte, on lutte à l'aveugle, et alors, ou l'on opère une fausse réduction, ou l'on substitue à l'étranglement herniaire un étranglement interne.

On a opéré une fausse réduction, quand, ayant cru avoir tout réduit, on a réellement laissé dans le trajet herniaire une ou plusieurs anses étranglées, ou bien qu'ayant tout refoulé dans le ventre, sac et contenu, on a réduit un intestin qui se trouvait étranglé non par l'orifice fibreux de la paroi, à travers lequel il s'était engagé, mais par le collet même du sac, ou par une bride épiploïque, congénitale, inflammatoire contenue dans le sac ; en réduisant le sac sans l'ouvrir, on a laissé subsister l'agent de l'étranglement qui continue son œuvre.

On peut encore opérer une fausse réduction en réduisant en masse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal sac et intestin, ou l'intestin seul à la faveur d'une déchirure du sac. Or, une des causes prédisposantes à un semblable accident est précisément la largeur et la laxité des anneaux, qui, à priori, semblerait favorable au taxis. La condition fondamentale de la réduction en masse est que l'agent de l'étranglement soit constitué par le collet du sac, point qu'il est impossible de connaître si l'on n'opère pas chirurgicalement.

De cette réduction en masse je rapprocherai le refoulement de l'intestin étranglé dans un diverticule du sac herniaire, que ce diverticule soit pré-péritonéal, sous cutané ou intra-pariétal ; ces deux derniers cas se trouvant être extrêmement rares — mais je n'insisterai pas autrement sur ces faits. — Le taxis peut enfin réduire effectivement un intestin, et lever un étranglement externe, mais, ce faisant, il peut créer un étranglement interne si l'anse herniée en rentrant dans le ventre vient s'étrangler secondairement sur une bride épiploïque ou inflammatoire existant au voisinage de l'anneau.

Faut-il enfin ajouter que si la cause des accidents d'occlusion est due soit à une paralysie intestinale, soit à une seconde hernie interne ou externe, concomittante réellement étranglée, mais méconnue, le taxis qui s'égare sur la hernie principale par son volume mais non étranglée, devenue simplement douloureuse et irréductible par suite de la distension du ventre, on fait perdre par cette fausse manœuvre un temps dont les minutes comptent, alors que l'intervention chirurgicale aurait immédiatement fait reconnaître l'erreur.

Je crois avoir assez démontré, sans avoir besoin d'insister plus longuement, les dangers de cette manoeuvre aveugle et brutale, qui ne pouvait réellement être utilisée que lorsque la chirurgie n'existait que de nom. Toujours nuisible, je voudrais que tout médecin consente à la rayer de sa mémoire, tant j'ai peur, que s'en souvenant, il ne soit un jour tenté de lui demander ce qu'en toute conscience il n'est pas en droit d'attendre.

---



## OBSERVATION D'UN CAS DE RETRECISSEMENT MITRAL PUR. — ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

Par ALPHONSE F. MERCIER

[Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Médecin pathologiste à  
l'Hôpital Notre-Dame.]

La jeune fille, dont l'observation fera le sujet de notre entretien de ce soir, est morte le semaine dernière emportée, d'après les apparences, par une crise d'asystolie aiguë. Il nous a malheureusement été impossible d'obtenir aucune espèce de renseignements sur les circonstances qui ont précédé et accompagné sa dernière maladie; encore moins sur son état de santé antérieure.

On sait seulement qu'elle était enfermée comme fille soumise à l'asile du Bon-Pasteur, et que son affection a évolué d'une façon très rapide, dans l'espace de quelques jours.

OBSERVATION.—*L'examen* de la malade, à son entrée dans le service, donne lieu aux constatations suivantes :

Œdème considérable et généralisé. Les organes génitaux externes, fortement distendus, ont acquis le volume d'une tête fœtus; les jambes sont énormes et gardent l'empreinte du doigt; les paupières, bouffies et globuleuses, ne peuvent plus s'ouvrir; l'abdomen est rempli de liquide et donne nettement la sensation du flot ascitique.

État comateux, disparition presque complète des réflexes, la malade pouvant encore, cependant, remuer la tête et les membres.

Respiration gênée, irrégulière, superficielle, offrant très nettement à intervalles réguliers le type de la respiration de Cheyne-Stokes.

Pouls petit, irrégulier, intermittent.

Urine rare et fortement albumineuse.

L'auscultation du cœur est difficile et donne peu de renseignements.

Le poumon paraît engorgé, est rempli de râles humides, surtout vers les bases, où l'on trouve de la submatité.

Cet état de choses ne pouvait longtemps se prolonger sans changement, et malgré les efforts de la thérapeutique, la malade succombait dès le lendemain de son arrivée à l'hôpital.

AUTOPSIE.—L'abdomen est rempli de liquide et présente au niveau de la région épigastrique de nombreuses adhérences péritonéales, de date récente et encore dissociables. Ces adhérences s'étendent au foie, à l'estomac, à la rate, au colon transverse, et rendent cette partie de l'autopsie quelque peu délicate.

L'estomac paraît sain, ainsi que la rate, le pancréas, les intestins, les organes génitaux internes.

Les reins n'offrent pas d'altérations appréciables à l'œil nu.

Le foie (1,300 gr.) est cardiaque.

Léger épanchement dans les plèvres.

Les poumons sont globuleux, gros, durs, lourds et vineux. A la section, il s'en écoule un liquide abondant et séro-sanguinolent, peu aéré. Le tissu pulmonaire du reste ne crépite presque pas, et un morceau découpé aux bases où l'on trouve plusieurs noyaux apoplectiques, plonge au fond du vase. En somme, congestion pulmonaire très intense.

Le cœur, à part une symphyse généralisée et un certain degré d'hypertrophie, offre un rétrécissement très serré de l'orifice mitral.

Vu par leur face auriculaire, les deux valvules mitrales apparaissent presque entièrement adhérentes l'une à l'autre, soudées entre elles par adhérence réciproque de leur bord libre ; l'orifice mitral n'est plus représenté que par une petite ouverture centrale à peine suffisante pour admettre un bout de crayon. Les valvules ont conservé leur poli ordinaire ainsi que leur forme normale, mais elles sont épaisses, plus fermes que d'habitude. On dirait deux feuilles minces de carton. Du côté ventriculaire, les deux valves mitrales accolées forment comme un dôme renversé, un entonnoir, à sommet inférieur, rigide et résistant au doigt.

L'endocardite s'est donc localisée à l'orifice mitral, qu'elle a rétréci, mais sans le rendre insuffisant, c'est-à-dire, que nous avons affaire ici à un rétrécissement mitral pur.

C'est sur cette forme spéciale de cardiopathie que nous allons maintenant attirer votre attention, en insistant surtout sur l'étiologie et le diagnostic de cette affection.

## I. DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE.

“ Par rétrécissement mitral pur on entend une sténose progressive de l'orifice mitral survenant lentement et caractérisée au point de vue anatomique par un infundibulum dû à l'union intime des deux valves restées lisses et polies.”  
(Teissier).

Deux points principaux sont à retenir dans cette définition. Le premier c'est la soudure des deux valves mitrales par adhérence de leur bord libre. Au début la soudure n'a que peu d'étendue et reste cantonnée à cette partie du bord libre qui avoisine l'insertion à la zone fibreuse. Mais les adhérences gagnent de proche en proche, elles accolent le bord libre des valves sur une étendue de plus en plus considérable et rétrécissent d'autant l'aire de l'orifice mitral. Cette soudure des bords de la mitrale est absolument comparable

à la sténose palpébrale, où l'on voit le bord libre des paupières adhérer d'abord au niveau des angles internes, puis dans presque toute leur étendue, ne laissant plus qu'une petite ouverture pour la vision. — Un autre point important, c'est l'état des valvules mitrales qui restent lisses et polies. Ici, pas de perte de substance, ni de rétractions, pas d'ilots d'infiltration, ni de surfaces ulcérées, en un mot aucune de ces altérations valvulaires banales, et telles qu'on les rencontre, par exemple, dans les endocardites rhumatismales. Nous avons même là, au point de vue du diagnostic de la nature des endocardites, un bon moyen de renseignement. Ainsi chez notre malade, c'est l'état des valves mitrales, joint à l'intégrité des autres parties de l'endocarde qui nous a permis d'affirmer l'existence du rétrécissement mitral pur, malgré la symphyse péricardique et le volume du cœur, qui peuvent aussi bien relever de la tuberculeuse que du rhumatisme. Ajoutons qu'à cet égard, l'histoire clinique du malade donne souvent d'utiles renseignements.

Les premiers observateurs qui s'occupèrent du rétrécissement mitral en avaient fait une manifestation rhumatismale. Rien de plus naturel à une époque où l'on ne connaissait qu'une endocardite : l'endocardite rhumatismale, quel qu'en fut le siège ou la forme. Duroziez lui-même, qui le premier établissait l'individualité clinique de la sténose mitrale pure, dut sacrifier aux idées régnantes et admit l'intervention du rhumatisme dans la moitié des cas. Il est vrai qu'après lui, on alla beaucoup plus loin dans ce sens.

On avait pourtant cité de nombreux cas de rétrécissement mitral où il était impossible de découvrir la moindre trace de rhumatisme. D'un autre côté, en apprenant à mieux connaître le rétrécissement mitral pur et à le distinguer des autres formes de sténose mitrale, on pouvait mieux éviter l'erreur des premiers observateurs qui confondaient généralement toutes les variétés de sténose mitrale. A l'ancienne notion de l'endocardite s'était substituée celle, plus moderne, des endocardites. Enfin, l'influence du rhumatisme perdait tous les jours du terrain quand parut la thèse de M. P. Teissier. Pour

ce dernier et son maître, Potain, la sténose mitrale pure relève tout simplement de la tuberculose; et c'est ce qui me reste maintenant à vous exposer, en m'aidant des travaux de ces auteurs.

Le rétrécissement mitral pur débute en général à l'époque de la puberté. Chez la jeune fille, par exemple, c'est d'ordinaire au moment de l'établissement de la menstruation. Le début peut être bien plus précoce et l'on cite un cas de sténose mitrale pure chez un enfant de 4 ans. Du reste, pour Potain et Teissier, l'affection existe dès les premiers temps de la vie, peut-être même est-elle congénitale, et le résultat d'une endocardite intra-utérine. Seulement la sténose resterait latente, ne se manifesterait par aucun signe et ne deviendrait cliniquement appréciable qu'à l'âge de la puberté. Cette latence serait due au petit volume du cœur. " Dans la première enfance, l'orifice mitral très légèrement rétréci et le ventricule gauche sont dans des proportions mieux établies; la capacité ventriculaire tend même à se régler sur la quantité de sang reçue. Mais que, pour une raison ou pour une autre, v. g. croissance rapide, puberté chez la femme, le cœur prenne rapidement un volume plus considérable en rapport avec les nouvelles exigences de l'économie, un défaut d'équilibre survient, une disproportion progressive s'établit qui entraîne l'apparition des troubles fonctionnels et des signes physiques." (Teissier, thèse: Du rétrécissement mitral pur).

En somme, il y aurait un début *anatomique* remontant à la première enfance ou à la vie intra-utérine, et un début *clinique* vers l'âge de 14 à 15 ans.

Le rétrécissement mitral pur atteint bien plus souvent les filles que les garçons. D'après quelques statistiques, il s'observerait chez la femme dans 95% des cas.

Fait important à signaler: il s'agit d'ordinaire de jeunes filles *chlorotiques*, les garçons, eux, sont plutôt lymphatiques ou scrofuleux. Cette coexistence de la sténose mitrale pure et de la chlorose ou du lymphatisme est déjà notée dans presque toutes les observations et se retrouve d'une façon

presque constante. Il ne s'agit donc pas d'une simple coïncidence, d'une exception, mais bien d'un fait habituel, et l'on devait naturellement chercher l'explication de cette association. Les théories ne manquèrent pas. La plus généralement acceptée est celle de Potain et Teissier. Pour eux, la sténose mitrale pure et la chlorose ne sont que "les anneaux d'une même chaîne," elles relèvent toutes deux de la tuberculose héréditaire.

"Les enfants de race tuberculeuse, dit M. Teissier, traduisent leur ascendance soit par la scrofule, soit par la chlorose, soit par des anomalies de développement." Et il le prouve par les observations de Virchow, Beneke, etc., nous montrant la fréquence des lésions cardio-artérielles chez les scrofuleux et les chloro-anémiques tuberculeux.

La chlorose vraie, congénitale, considérée comme une forme atténuée de tuberculose héréditaire par des cliniciens tels que Trousseau, Potain, se rapproche aussi beaucoup de la chloro-anémie tuberculeuse par les malformations cardiovasculaires que l'on retrouve dans les deux cas. La chlorose et la tuberculose, nous apprend Potain, sont fréquentes dans la même famille. On a vu souvent la chlorose être précédée d'accidents scrofuleux, et l'on sait que ceux-ci tendent de plus en plus à prendre place parmi les lésions tuberculeuses. L'origine tuberculeuse de la chlorose établie, M. Teissier en arrive à la nature de la sclérose mitrale.

Il nous montre comment le cadre des lésions tuberculeuses, autrefois très restreint et limité au tuberculôme, s'est agrandi avec les nouvelles études. "La découverte du poison tuberculeux, l'importance plus grande accordée au terrain, le rôle de l'hérédité et son polymorphisme nous ont permis de rattacher à la tuberculose un certain nombre d'altérations ne présentant aucun caractère de spécificité anatomique."

De ce nombre est la fibromatose ou sclérose généralisée laquelle peut être la conséquence de l'action des poisons tuberculeux et s'observe surtout au niveau des éléments conjonctifs; au niveau de l'endocarde, par exemple, où on l'a vue entraîner des modifications allant de la sclérose simple

au rétrécissement plus ou moins complet. M. Teissier admet que "ce processus fibromateux résultant de l'intoxication phthisiogène peut se retrouver chez les descendants de tuberculeux et se manifester par une tendance évolutive semblable." La sténose mitrale, en résumé, serait due à une sclérose conjonctive d'origine tuberculeuse. Elle serait donc de même nature que la chlorose ou la scrofule, d'où leur association si fréquente.

La tuberculose, d'ailleurs, se voit souvent dans les antécédents héréditaires ou personnels des malades atteints de sténose mitrale pure; ce sont, dit Potain, des enfants de souche tuberculeuse.

## II. SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

1° *Signes physiques.* — Ce sont :

— Le roulement diastolique et son renforcement présystolique;

— La dureté, l'éclat du 1er bruit;

— Le dédoublement du 2e bruit.

(a) *Roulement.* — Supposons la systole du ventricule à sa fin, et prenons la révolution cardiaque au moment où commence la diastole ventriculaire. Le sang accumulé dans l'oreillette pendant la durée de la systole du ventricule ouvre devant lui les valvules auriculo-ventriculaires et passe de l'oreillette dans le ventricule. Mais, au lieu d'une porte largement ouverte, comme la chose existe à l'état normal, le sang trouve un orifice plus ou moins rétréci; il en résulte la formation d'une veine fluide qui entre en vibration, et c'est cette vibration, ce frémissement cataire, perceptible à la main mieux qu'au stéthoscope, qui constitue le roulement diastolique.

Vers la fin de la diastole, c'est-à-dire un peu avant la systole du ventricule, l'oreillette se contracte et accélère le mouvement du sang. Les vibrations de la veine fluide, jusque-là rares, deviennent plus nombreuses et rapides, d'où *renforcement présystolique* du frémissement, que l'on conçoit mieux et qu'on entend même au stéthoscope.

Le roulement a beaucoup de valeur au point de vue du diagnostic, à condition d'être bien caractérisé: avoir son maximum juste au-dessus de la pointe, être diastolique et accompagné du renforcement présystolique. Dans ce cas il est pathognomonique de la sténose mitrale.

(b) *Durété du 1er bruit.* — Avec la fin de la systole auriculaire commence la systole du ventricule. "Celle-ci a pour premier effet de produire la cloture des valvules auriculo-ventriculaires, en même temps qu'elle chasse le contenu du ventricule dans les troncs artériels." Cette fermeture, dans les conditions ordinaires, s'accompagne d'un bruit un peu sourd, et de moyenne intensité: c'est le 1er bruit du cœur. Avec une mitrale épaissie, dure, rigide, le 1er bruit devient au contraire, sec, dur, éclatant, et quand il est bien marqué, ce caractère suffit à lui seul pour affirmer le diagnostic et indiquer à coup sûr la sclérose de la mitrale.

(c) *Dédoublement du 2e bruit.* — L'abaissement des valvules sigmoïdes aortiques et pulmonaires marque la fin de la systole ventriculaire. Normalement ces valvules retombent en même temps et produisent un bruit unique, le 2e bruit du cœur. Dans le rétrécissement mitral, il n'en est plus de même et le 2e bruit est dédoublé. Par dédoublement, on entend "que deux bruits identiques dans leur cause, identiques dans leur timbre et qui sont normalement synchrones, se disjoint et produisent à l'oreille deux sensations auditives successives, très rapprochées l'une de l'autre et de caractère identique." (Potain). — Le dédoublement peut porter sur le 1er ou sur le 2e bruit. Dans les deux cas il peut être physiologique ou pathologique. Il n'est question ici que du dédoublement du 2e bruit, le seul intéressant pour nous. — Physiologique et très fréquent, le dédoublement du 2e bruit peut se reconnaître à ce caractère qu'il s'entend à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration, pour disparaître à tout autre moment.

Le dédoublement pathologique au contraire est constant, il n'a aucun rapport avec les phases de la respiration, et indique toujours un rétrécissement mitral. (ou une symphyse du

péricarde). — Le mécanisme de ce dédoublement varie suivant l'ancienneté de la sténose. Au début, le rétrécissement, bien que peu serré, gêne cependant le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule; l'aspiration ventriculaire non satisfaite attire avec plus de force les sigmoïdes aortiques qui tombent avant les pulmonaires. Le dédoublement est à précession aortique. Mais bientôt la rétrostase de l'oreillette se fait sentir dans le poumon, augmente la pression dans la petite circulation et hâte la fermeture des sigmoïdes pulmonaires. Cette compensation peut faire en sorte que l'abaissement des valvules aortiques et pulmonaires redevienne synchrone. Le dédoublement disparaît. Plus tard enfin, la pression s'élevant toujours dans la petite circulation, les sigmoïdes pulmonaires arrivent à tomber avant les aortiques, d'où précession pulmonaire.

Le roulement et son renforcement présystolique, la dureté du 1er bruit, le dédoublement du 2e bruit constituent le *schème* de Duroziez et assurent le diagnostic. Mais celui-ci n'exige pas toujours, pour être précis, la réunion de tous les signes. Ainsi le dédoublement pathologique suffit à lui seul. — Le problème devient parfois très difficile à résoudre quand un ou plusieurs des symptômes manquent. Ainsi, à la phase moyenne de la sténose, le dédoublement disparaît; il est remplacé par l'accentuation du 2e bruit pulmonaire, mais celle-ci n'a de valeur qu'en autant qu'on peut éliminer toutes les causes, et elles sont nombreuses, capables d'élever la pression sanguine dans la petite circulation. Si en même la circulation est très ralentie et que le roulement n'existe pas, on comprend que le diagnostic puisse hésiter. — En pratique, heureusement, ces difficultés sont rares et le schème se présente d'ordinaire au complet.

2° *Signes fonctionnels et formes cliniques.* — A part les troubles résultant de la gêne circulatoire dans le poumon (dyspnée, tendance aux bronchites), les signes fonctionnels propres à la sténose mitrale se réduisent à peu de chose. Au point de vue clinique, par contre, son individualité est des plus caractérisées et facilement reconnaissable; encore faut-il y songer.



En général, il s'agit de jeunes filles pâles, rapidement essouffées, souffrant de leur estomac, accusant des troubles plus ou moins graves des fonctions menstruelles. Si la sténose n'est pas reconnue, on parle de chlorose, d'anémie, de croissance difficile, etc., et même de tuberculose, surtout si la malade s'enrhume facilement et que l'histoire de famille se prête à cette hypothèse.

Les garçons, eux, font plutôt penser au lymphatisme, à l'infantilisme; ce sont des enfants, pour la plupart, petits, mal développés physiquement, souvent scrofuleux, incapables de se livrer aux jeux de leur âge, etc. Mais si l'on sait que derrière ces apparences peut se cacher la sténose mitrale; si l'on se rend compte du mode et de l'époque du début de la maladie, si enfin l'on ausculte attentivement le cœur, on pourra presque toujours dépister la sténose et remonter de là à la cause de l'état pathologique du malade. A côté du rétrécissement à type chlorotique et dystrophique, il y a aussi le rétrécissement mitral pur associé à la tuberculose.

Cette association, autrefois regardée comme impossible à cause du prétendu antagonisme pathogénique de ces deux affections, est bien admise aujourd'hui et même fréquente étant donnée la nature de la sténose mitrale pure. L'antagonisme quand il existe toujours dans les sténoses serrées, résulte de la congestion pulmonaire entretenue par la lésion mitrale. De plus, comme l'a montré Teissier, la sténose mitrale pure provient toujours d'une tuberculose atténuée, à faible virulence originelle, d'où l'arrêt possible et fréquent de la tuberculose, dont on trouve souvent la trace au sommet du poumon de ces malades.

## PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE INFANTILES (1)

Par le Docteur L. P. DE GRANDPRÉ,  
De Worcester, Mass., E.-U.

I. L'enfant a sa pathologie particulière. Certaines maladies lui sont spéciales. Bien plus, la symptomatologie peut, dans les affections de même nature, varier chez l'enfant et chez l'adulte. Pour être plus clair, disons que certains symptômes sont plus accusés, que certaines manifestations morbides sont plus accentuées chez l'enfant que chez l'adulte.

Prenons, pour exemple, la température. Ses variations ont moins d'importance et ne doivent pas s'interpréter aussi rigoureusement chez l'enfant que chez l'adulte. En naissant l'enfant a une température normale; mais, durant les premières heures, elle peut s'abaisser de un, deux, quelquefois trois degrés. Cette déperdition de chaleur est causée par le premier contact avec l'air extérieur pendant que se fait la toilette de l'enfant. La température cependant ne tarde pas à remonter au chiffre normal.

Il n'est pas rare toutefois de voir la température, chez des enfants à l'état de santé, varier de 98 à 99.5°. Cette température peut être considérée comme normale. Les centres thermogènes ou régulateurs de la chaleur ne fonctionnent encore que d'une manière imparfaite chez le très jeune enfant, les variations thermiques se manifestent sous l'influence des causes les plus légères.

Les mêmes affections produisent une élévation de température plus marquée chez l'enfant que chez l'adulte. On constate souvent aussi, chez l'enfant, des hyperthermies considérables au cours des affections les plus bénignes. Seulement, dans ces cas, la défervescence se produit promptement, souvent dans l'espace de quelques heures. On doit donc, dans le pronostic des maladies de l'enfance surtout, se baser sur la durée et la continuité de la fièvre.

Il est un fait digne de remarque: c'est qu'on peut, par l'application de la chaleur artificielle, produire chez l'enfant une élévation de température de quelques degrés. Ceci s'ob-

(1) Communication inscrite au Congrès Médical de Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

serve surtout chez les enfants faibles. Il est bon de s'en rappeler à l'occasion. Autrement la bouteille ou le sac d'eau chaude pourraient faire commettre des erreurs de diagnostic.

Les affections les plus fréquentes de l'enfance sont celles : du tube digestif, de l'appareil respiratoire et du système nerveux. Exception faite toutefois pour le premier mois de la vie. La statistique, en effet, démontre que 50% des décès qui surviennent durant les quatre premières semaines sont dus à la débilité infantile.

Pour l'examen de l'enfant, il faut suivre une méthode différente de celle employée chez l'adulte. C'est là, près du petit malade, que le médecin doit surtout s'attacher à développer son esprit d'observation. Il n'a, pour se guider, que des données objectives. Les renseignements qu'il parvient à obtenir de la mère sont souvent incomplets et insuffisants.

Pour l'examen de l'enfant, il faut suivre une méthode différente de celle employée chez l'adulte. C'est là, près du petit malade, que le médecin doit surtout s'attacher à développer son esprit d'observation. Il n'a, pour se guider, que des données objectives. Les renseignements qu'il parvient à obtenir de la mère sont souvent incomplets et insuffisants.

✦ On doit observer :

1° La posture de l'enfant. — 2° La nature du sommeil. — 3° Les cris. Celui de la faim diffère de celui de la douleur. 4° La toux. — 5° Le facies. — 6° La respiration. — 7° Le pouls. On doit attacher moins d'importance à sa fréquence qu'à sa régularité. Un pouls lent et irrégulier indique toujours une affection grave et doit faire songer à la méningite.

8° La pupille et aussi la cornée dont les altérations sont fréquentes dans la syphilis héréditaire. — 9° La bouche et la gorge. L'examen de la gorge doit se faire en dernier lieu, attendu qu'il faut y mettre un peu de rigueur. L'enfant pleure, se révolte, perd confiance dans le médecin; ce qui rendrait plus difficile l'examen ultérieur. Il va sans dire que la tête (fontanelles) et les différents organes doivent être examinés soigneusement.

Les morts subites sont assez fréquentes chez des enfants en apparence de santé. Il est parfois difficile d'en préciser les causes. Elles peuvent être attribuées: 1° à la conformation défectueuse du cœur, des poumons, de l'estomac, de l'intestin; 2° aux hémorragies internes; celles de la capsule surrénale sont les plus fréquentes; 3° à l'asphyxie, introduction de matières alimentaires dans le larynx et la trachée.

La congestion pulmonaire et le marasme peuvent aussi causer la mort d'une façon très soudaine.

II. J'en arrive à la thérapeutique infantile. Et par thérapeutique, nous n'entendons pas seulement l'administration de médicaments. En général, dans le traitement des enfants, on abuse de la pharmacie. On se repent souvent d'avoir donné trop de remèdes, rarement de n'en avoir pas donné assez. Ce doit être une règle invariable de ne jamais prescrire une dose de remèdes à moins qu'il n'y ait une indication précise de le faire. Un autre point très important de la thérapeutique infantile, c'est d'éviter les potions nauséuses toutes les fois qu'il est possible d'en donner d'agréables au goût. Les ordonnances les plus simples sont les meilleures. Il faut compter plus sur l'hygiène que sur l'emploi des médicaments. La tendance à la guérison est encore plus marquée chez les enfants que chez les adultes.

Que de troubles gastriques occasionnés par l'administration des sirops qu'on se croit obligé de prescrire dans la bronchite. Ces troubles gastriques persistent souvent bien longtemps après la guérison de la bronchite. C'est dans les maladies de l'estomac et de l'intestin surtout qu'il faut être très parcimonieux de médicaments. De même dans les troubles de la nutrition. Le changement de milieu, le séjour à la campagne font infiniment plus que tous les toniques altérants.

Le meilleur mode d'administrer les remèdes est de donner des doses fractionnées souvent répétées. On s'expose moins, de cette façon, à produire des dérangements d'estomac; et souvent on obtient un effet plus satisfaisant — v. g. six centigrammes de Sodi. Bromid. toutes les demi-heures agissent

souvent mieux que 30 centigrammes toutes les deux heures. De même pour le calomel et la phénacétine.

Les antipyrétiques, dont les principaux sont la phénacétine, l'antipyrine et la phénacétine, doivent être employés plus pour calmer les symptômes nerveux que pour abaisser la température.

Il vaut infiniment mieux, dans le dernier cas, avoir recours aux bains et à l'application de glace sur la tête.

Les bains d'éponge doivent être donnés à la température de 80 à 85° F. Ils doivent durer de cinq à dix minutes et être fréquemment répétés.

L'enveloppement par le drap mouillé se pratique comme suit: on enveloppe l'enfant dans un drap trempé dans de l'eau à 100° F., puis, sur ce drap, on promène un morceau de glace. On frictionne ainsi tout le tronc. L'enveloppement dans le drap mouillé est ordinairement mieux supporté que le grand bain froid.

L'entérocluse est aussi un moyen efficace d'abaisser la température. L'eau doit être à la température de 45 à 50° F. La quantité injectée ne doit pas dépasser 300 à 400 gr.

Si, pour calmer les symptômes nerveux, on croit devoir administrer les dérivés du goudron, on donnera la préférence à la phénacétine qui déprime moins que l'antipyrine et surtout que l'antifébrine. La phénacétine a le léger inconvénient de n'être pas soluble, mais elle a le grand avantage d'être insipide sans exposer aux mauvais effets de l'antifébrine. A un enfant d'un an, on peut donner 6 centigrammes de phénacétine ou d'antipyrine, toutes les 2 ou 3 heures jusqu'à effet désiré. A un enfant de cinq ans, on peut donner 15 centig. aussi toutes les 2 ou 3 heures. L'antipyrine agit souvent d'une manière merveilleuse dans le spasme du larynx ou des bronches.

Stimulants. — Nonobstant quelques assertions contraires, l'alcool est bien toléré même par les plus jeunes enfants. Il n'en faut pas abuser pour cela. Les indications à l'emploi des stimulants, de l'alcool en particulier, sont les mêmes pour l'enfant que pour l'adulte; c'est-à-dire lorsqu'il y a dépres-

sion, faiblesse du pouls, urgence enfin de soutenir les forces défaillantes du malade. En général les stimulants ne sont pas indiqués dans la première période des maladies aiguës. Dans la pneumonie franche, il faut attendre la défervescence. Dans la broncho-pneumonie, surtout celle consécutive aux maladies infectieuses, on doit prescrire l'alcool et les autres stimulants dès le début. Dans la diphtérie et dans les affections gastro-intestinales on doit avoir recours à l'alcool dès que se manifestent les symptômes de prostration. On doit proscrire les stimulants dans toutes les maladies où la température est élevée, la peau sèche, la face congestionnée et le pouls plein et fort.

Il faut avoir bien soin de diluer considérablement l'alcool avant de l'administrer aux enfants. Le Cognac doit être additionné de 8 fois son volume d'eau quand on le donne aux enfants au-dessous d'un an. Pour prévenir les vomissements, il est préférable de le donner par doses fractionnées souvent répétées. Un enfant d'un an pourra prendre, sans inconvénient, de 1 à 2 onces de whiskey ou de cognac dans les 24 heures.

Toniques et toniques altérants. — En tête se placent l'huile de foie de morue et l'arsenic. L'huile de foie de morue est mieux tolérée l'hiver. Il faut s'en abstenir dans les troubles gastro-intestinaux qu'elle aggraverait. De plus elle ne serait pas absorbée.

Pour les préparations de fer, on doit donner la préférence aux peptonates qui se mélangent bien avec le lait. Éviter les préparations ferrugineuses astringentes. La quinine et la noix vomique sont les meilleurs toniques amers.

Calmants et antispasmodiques. — L'enfant est très sensible à l'effet des opiacés. Pourtant ils peuvent rendre de grands services dans le traitement des maladies de l'enfance. Il faut les donner à très petites doses.

Tr Opi Camphr.	à un enfant d'un mois . . . . .	1 à 2 gouttes.
" "	" de deux mois . . . . .	2 à 3 "
" "	" de douze mois . . . . .	7 à 10 "
" "	" d'un mois . . . . .	1-20 "
" "	" de deux mois . . . . .	1-10 "
" "	" douze mois . . . . .	1-2 "

Morphine	“	“	d'un mois . . . . .	1-1000	grain.
“	“	“	de deux mois . . . . .	1-600	“
“	“	“	de douze mois . . . . .	1-200	“
Codéine	“	“	d'un mois . . . . .	1-300	“
“	“	“	de deux mois . . . . .	1-200	“
“	“	“	de douze mois . . . . .	1-60	“

Ces doses sont des doses initiales. On peut les augmenter avec précaution, quand la douleur l'exige.

Le chloral est bien toléré par les enfants. A cause de son action irritante sur la muqueuse de l'estomac, il vaut mieux le donner en lavements.

Dose, pour un enfant d'un mois . . . . . 4 à 6 centigr.  
 Dose, pour un enfant de trois mois . . . . . 10 à 12 —  
 D se, pour un enfant de douze mois . . . . . 20 à 30 —

Dans les convulsions, c'est le remède le plus sûr.

La Belladonne est le remède que les enfants peuvent proportionnellement le mieux tolérer. Les parents doivent être prévenus de l'éruption qu'elle ne manque jamais de produire. La quinine et le calomel sont aussi bien tolérés. Il n'en est pas ainsi des salicylates, du salol, des astringents et des acides.

Les contre-irritants énergiques ne doivent jamais être employés chez les enfants. La moutarde doit être mélangée à quatre ou six parties de farine; la térébenthine à trois ou quatre parties d'huile d'olive. On peut employer les ventouses sèches, jamais les ventouses scarifiées. Les bains chauds ne doivent pas dépasser la température de 108 à 110° F.

Le bain tiède de 98 à 100° F. est souvent plus efficace pour provoquer le sommeil que tous les hypnotiques.

Pour clore ces quelques remarques, un mot du lavage de l'estomac et des intestins. Le lavage de l'estomac peut se pratiquer chez les enfants de tout âge. Le Dr Seibert, de New-York, met la limite d'âge à 10 jours. L'opération est plus facile chez les enfants en bas âge. L'eau, quand il y a beaucoup d'irritation gastrique, doit être à la température de 110 à 112° F. — Indications: gastrite aiguë, gastrite chronique, empoisonnement. Dans l'indigestion aiguë et dans les cas d'empoisonnement, un seul lavage suffit généralement. Dans la gastrite chronique, il faut le répéter tous les jours ou tous les deux jours.

*Pour l'irrigation du colon*, la température du liquide doit être de 90 à 95°. Si la température est très élevée, on se sert d'eau froide. Il faut se rappeler que le gros intestin de l'enfant ne peut guère contenir plus de 500 grammes. Lorsque cette quantité est injectée, on doit la laisser s'écouler au dehors, puis recommencer l'injection jusqu'à ce que l'eau sorte parfaitement claire. Le tube doit être introduit à une profondeur de douze à quatorze pouces, si l'on veut bien pénétrer au-delà de la courbure sigmoïde du colon. Il faut avoir soin de laisser couler le liquide dans le tube en l'introduisant. L'eau, en distendant l'intestin au-devant du tube, facilite son introduction.

Dans les cas de collapse, on peut porter la température de l'eau à 105 et 110° F. En général, l'irrigation ne doit pas être répétée plus qu'une fois dans les vingt-quatre heures.



# REVUE GENERALE

---

## LE CATHÉTÉRISME ET L'ANTISEPSIE DES VOIES URINAIRES

---

Le *Cathétérisme* doit être considéré comme la plus importante des manœuvres chirurgicales dans le traitement des maladies des voies urinaires.

Nous aurons à étudier: le *Cathétérisme explorateur* et le *Cathétérisme thérapeutique*.

Avant d'aborder l'étude du cathétérisme, avant d'apprendre à se servir d'une sonde, il faut d'abord savoir comment se mettre à l'abri de l'infection urinaire " trop souvent provoquée par des instruments malpropres " il faut étudier l'*antiseptic* et l'*aseptic* urinaires.

Le premier temps comprend la stérilisation des sondes et la conservation de l'état stérile de ces instruments, jusqu'au moment de s'en servir.

Les sondes métalliques et les sondes en caoutchouc vulcanisé supportent de hautes températures et peuvent être facilement bouillies et conservées dans des liquides antiseptiques. Il en est autrement des sondes en gommes, qui sont cependant les instruments dont on doit le plus souvent se servir.

Un très soigneux nettoyage est la condition première essentielle de toute stérilisation; il doit être suivi d'un parfait séchage. Il faut que la surface interne de la sonde soit aussi propre et aussi lisse que l'externe.

Les procédés de stérilisation se rangent tous sous les deux titres généraux suivants: stérilisation par les *agents physiques* (chaleur sous ses différents modes); stérilisation par les *agents chimiques* (antiseptiques divers).

1° Les méthodes les plus pratiques de stérilisation par la chaleur sont l'*ébullition* de la sonde pendant au moins une demi-heure; la *chaleur humide* sous pression; la *chaleur sèche* dans un fourneau ou dans une étuve; le *flambage* avec l'alcool.

2° La stérilisation par les agents chimiques est obtenue par le séjour de la sonde dans les divers agents antiseptiques.

1° *Antiseptiques liquides*: solutions de: *acide phénique* au

4%, sublimé 4<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, nitrate d'argent 1/1000, bi-iodure de mercure au 25/1000.

Ce procédé quoique imparfait est cependant le plus pratique; il a l'inconvénient d'altérer rapidement les sondes.

2° *Antiseptiques gazeux*: Les vapeurs de *Formol* (solution d'aldéhyde formique) semblent aujourd'hui supplanter tous les antiseptiques et ce mode de stérilisation des sondes peut être utilisé aisément dans la pratique courante, grâce aux petits appareils, peu dispendieux, fournis par les fabricants d'instruments.

Toutes les sondes stérilisées peuvent être conservées aseptiques dans des tubes de verre stérilisés.

L'ANTISEPSIE DU CATHÉTÉRISME exige que l'on se soumette à toutes les précautions exigées dans tous les autres actes opératoires: lavage soigneux des mains, purification par les antiseptiques appropriés, solution de sublimé au 1/1000, etc., nettoyage non moins scrupuleux et complet, puis désinfection de la région qui va être le théâtre de l'opération.

L'introduction de la sonde n'aura de véritables chances d'être faite dans des conditions *infaillibles*, qu'entre les mains du médecin. Il y a des circonstances où le cathétérisme, qu'il soit facile ou difficile, a toute l'importance de l'opération la plus grave, et d'autres, où les risques de l'infection sont vraiment atténués. Notre devoir est de faire nous-mêmes l'introduction de la sonde, toutes les fois qu'il y a inconvénient ou danger à la confier au malade ou à son entourage.

Voici les cas où le médecin a, de toute nécessité, l'obligation d'intervenir lui-même. Les *rétections* aiguës d'urine aseptique, afin d'éviter sûrement l'infection.

Ce qui est vrai pour les rétections aiguës l'est plus encore pour la forme de rétention chronique dite "rétention incomplète avec distension." Chez les sujets vierges de toute introduction instrumentale; chez ceux qui ont des manifestations d'un état pathologique rénal; chez les *hématuriques*; chez les *rétrécis*.

Les *intoxiqués* et les *infectés* ne sont devenus accessibles à nos efforts chirurgicaux que grâce à l'antiseptisme du cathété-

risme. Mais combien rigoureuse et parfaite doit-elle être alors!

On se laisse souvent aller à conseiller au "rétréci" de se passer des bougies, au "prostatique" menacé de rétention de se munir d'une sonde et de se l'introduire au besoin. Il est des circonstances qui peuvent conduire à donner semblables autorisations. Mais qu'elles ne soient accordées que sous le bénéfice d'instructions très précises, "d'instructions écrites," données aux malades, afin qu'ils soient à même de faire une sérieuse antiseptie. De véritables désastres montrent trop souvent combien une faute d'asepsie peut-être sévèrement punie.

DÉSINFECTION DE L'URÈTRE AVANT LE CATHÉTÉRISME: Chez les sujets les plus indemnes comme chez les infectés, il est de règle absolue de toujours laver le canal avant d'introduire un instrument. C'est à l'aide de la seringue aseptique ou de l'irrigateur qu'il faut faire le lavage du canal avant le cathétérisme avec une solution tiède d'eau bouillie boricuée ou phéniquée. Ne cherchez pas à vaincre la résistance du sphincter membraneux: "c'est l'urètre antérieur qu'il s'agit de laver;" lui seul est microbien chez les *sujets non infectés*. Il va sans dire que ce lavage doit être précédé du savonnage de la verge, du gland, du prépuce et de l'orifice urétral. Après ce savonnage, antiseptiser le gland tout entier et le méat à l'aide de tampons et de solutions antiseptiques (sublimé à 1/1000, acide phénique à 3/100).

Quand le malade est *infecté*, l'antiseptie est plus que jamais notre garantie. L'asepsie ne suffit plus. C'est dans la vessie qu'il faut agir, c'est le contenu vésical qu'il faut modifier. Lavez d'abord l'urètre antérieur, lavez-le plus encore que de coutume; employez le nitrate d'argent au 1/1000. Obturez légèrement le méat et faites en sorte que le liquide pénètre dans la vessie, en nettoyant quelque peu l'urètre postérieur. Mais surtout et dès que vous aurez introduit la sonde dans la vessie, lavez sans attendre, lavez abondamment et lavez au nitrate d'argent; c'est le moment d'agir. Il faut enfin laver le canal en retirant la sonde. Si les lavages ne peuvent pas être faits ou s'ils sont mal supportés, des instil-

lations même concentrées à 3 ou 4%, portées dans l'urètre postérieur et dans la vessie, vous permettront de faire, sur un sujet infecté, et des plus disposé à la fièvre urinaire, un cathétérisme qui aura tous ses bienfaits.

Pour favoriser le glissement de l'instrument l'on se servira de glycérine, d'huile d'olive stérilisée ou de la pommade de Guyon.

En résumé, pour faire de la saine chirurgie des voies urinaires, il faut une propreté rigoureuse et constante. C'est une illusion que de croire que l'on peut, sans le concours d'une propreté absolue, arriver par des procédés physiques ou chimiques à faire de l'antisepsie honnête.

**CATHÉTÉRISME EXPLORATEUR:** Le cathétérisme est une opération qui a pour but: de conduire, à travers l'urètre, un instrument de forme et de consistance appropriées, que l'on veut faire pénétrer dans la vessie.

Le cathétérisme est d'autre part destiné à faire l'exploration et à pourvoir aux nécessités d'un traitement. Il faut savoir le pratiquer à travers l'urètre sain et à travers l'urètre pathologique. La traversée de l'urètre est courte et simple chez la femme, tandis qu'elle est longue et complexe chez l'homme. Mais les mêmes principes doivent nous guider dans tous les cas, aussi bien chez la femme que chez l'homme. Pour bien pratiquer le cathétérisme, il ne faut jamais user de force mais recueillir méthodiquement toutes les sensations. Il faut avancer sûrement en reconnaissant avec exactitude sa route; il faut surtout être bien déterminé à ne jamais vaincre violemment une résistance. L'on doit savoir reculer devant un obstacle, ou attendre le moment propice pour le franchir.

L'étude attentive de toutes les sensations transmises n'est d'ailleurs que l'exploration elle-même.

Il faut s'attacher à savoir quelles sont les régions de l'urètre avec lesquelles l'instrument se trouve en contact. L'anatomie nous apprend que nous aurons à parcourir: 1° tout l'urètre antérieur; 2° à entrer dans l'urètre postérieur; 3° à pénétrer jusqu'à la portion prostatique; 4° à la parcourir et à franchir le col de la vessie.

Avec tous les instruments, mais surtout avec les métalliques, il faut reconnaître et observer ces "étapes."

Ces principes doivent s'appliquer à la fois: à la manière d'introduire les instruments et à la façon de recueillir les renseignements que fournit leur introduction.

Il ne faut pas oublier cette règle chirurgicale qui veut: "que toujours le diagnostic soit établi avant que le traitement commence."

En commençant par l'étude du cathétérisme explorateur, nous aurons tous les renseignements dont nous avons besoin pour nous rendre compte de l'état normal des voies urinaires et faire le diagnostic des lésions.

Déterminons d'abord le choix des instruments, ainsi que celui des méthodes opératoires qu'il convient de mettre en œuvre.

*Exploration de l'urètre.* — L'instrument connu sous le nom d'explorateur à boule olivaire est celui qui mérite, à tous égards, la préférence: ce très précieux agent d'investigation est le véritable *explorateur de l'urètre*. Il faut avoir un jeu complet de ces tiges à boules, du n° 6 jusqu'au n° 26. Ces instruments doivent remplir les meilleures conditions.

La tige doit être assez longue pour conduire la boule jusque dans la vessie. Elle doit avoir un léger degré de rigidité tout en étant réellement souple. La boule doit avoir la forme d'un ovoïde se rattachant à la tige par sa grosse extrémité.

Ainsi conformée la boule cheminera facilement dans le canal, en écartant les parois qui se présentent devant sa petite extrémité et permettra de les explorer d'arrière en avant.

Grâce au faible calibre de la tige par rapport à celui de la boule, le chirurgien ne percevra que les sensations de résistance fournies par la partie de l'instrument qui remplit le canal, c'est-à-dire, par son extrémité olivaire. Les renseignements qu'il recueillera se rapporteront successivement à une petite partie de l'urètre qui sera ainsi exploré "point par point." sans que les frottements qu'exercerait une tige trop volumineuse puissent compliquer les sensations perçues par l'observateur.

Voici comment on doit se servir de l'explorateur. Il vaut mieux commencer d'emblée par un gros numéro, soit à partir du 18 au 22, tout en assurant le malade que votre intention n'est pas d'entrer dans la vessie mais d'explorer le canal, de reconnaître les obstacles et non de les franchir.

La verge étant tendue et fermement tenue de la main gauche, l'explorateur est enduit d'huile stérilisée et présenté au méat, dans lequel on l'insinue avec précaution par un petit mouvement de rotation, tout en écartant les lèvres de l'orifice urétral avec deux doigts de la main gauche. Après avoir franchi cette première étape, vous faites progresser doucement l'instrument en prêtant attention "à toutes vos sensations et à celles du malade."

Si l'urètre antérieur est sain, vous aurez le sentiment d'une progression facile et régulière et vous arriverez sans obstacle, jusqu'à la portion membraneuse.

Là à l'entrée de l'urètre postérieur, il existe un obstacle et l'on constate une sensibilité vive. En effet la portion membraneuse est à la fois sensible et contractile.

L'obstacle physiologique est reconnu, dans la majorité des cas, l'on peut aisément le franchir avec une grosse boule exploratrice.

La main droite tient l'instrument et lui donne l'impulsion qui le fait avancer à travers le canal. L'absence de toute force développée par cette main fera éviter bien des écueils.

La main gauche ne tendra pas seulement la verge, elle lui donnera la direction voulue. "C'est grâce à la bonne position donnée à la verge, et, par conséquent à la main gauche que vous arriverez à faire suivre aux instruments rigides la paroi supérieure et que vous ferez glisser les instruments souples sur la paroi inférieure, sans l'accrocher." (Guyon).

Les instruments droits suivent invariablement la paroi inférieure de l'urètre. Lorsqu'ils sont souples, c'est le canal qui les dirige.

La première et indispensable condition pour franchir la portion membraneuse est de s'y présenter de telle sorte que l'instrument appuie sur cet obstacle et non ailleurs.

Conduisez votre tige souple avec la lenteur calculée, avec

la modération et le tact obligatoire pour toute bonne manœuvre. Et tandis que votre main droite agira sur l'instrument, votre main gauche maintiendra l'urètre en tension, elle attirera la verge en haut, parallèlement ou à peu près, à la paroi abdominale.

Vous ne serez arrêtés, en procédant ainsi, que par le sphincter membraneux et non par un encapuchonnement de l'instrument. Pour pénétrer dans la portion membraneuse, il faut quelque peu presser et appuyer. Une sensation de résistance qui cesse, de pénétration qui se complète confirmera la réussite de la manœuvre.

Vous n'avez pas encore franchi le col; il reste à parcourir la portion prostatique pour pénétrer dans la vessie.

Dans l'urètre normal, cette partie du parcours se fera sans obstacle. C'est, en effet, l'absence complète de sensation et de résistance quelconque qui caractérise l'entrée d'un instrument dans le réservoir urinaire.

L'exploration n'est cependant pas terminée; vous devez effectuer le retour dans les mêmes conditions que l'aller, et retirer l'instrument avec les précautions employées pour l'introduire. Vous recueillerez les mêmes sensations.

Ainsi dans le canal normal, c'est en un seul point que l'instrument rencontre un obstacle. Cet obstacle est dû à la résistance du sphincter membraneux. Il faut en tenir compte pour toutes les manœuvres, quelles que soient la forme et la nature de l'instrument. Cet obstacle que l'on est toujours sûr de rencontrer au même endroit et chez tous les sujets devient, par cela même, un point de repère précieux que l'on peut contrôler par le palper et le toucher.

D'une main on tient l'instrument explorateur, de l'autre on palpe les diverses régions de l'urètre où l'on suppose que s'est produit l'arrêt de la boule que l'on sent à travers la paroi urétrale: portion pénienne, portion scrotale, portion périnéo-bulbaire, portion membraneuse et prostatique. On la reconnaît directement et quelques mouvements de va-et-vient facilitent sa rencontre.

A. MARIEN.

*Agrégé, chargé de Cours, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.*

(A suivre)

# LA TUBERCULOSE AU CONGRÈS DE BERLIN

## 22 et 26 Octobre 1902 <sup>(1)</sup>

### I

Le Congrès de Londres, contre la tuberculose, avait attiré l'attention générale par l'importance du sujet et le réentissement donné à certaines déclarations opposées aux idées admises jusque là sur la tuberculose humaine et la tuberculose bovine.

Le Congrès de Berlin a été moins retentissant au point de vue des déclarations sensationnelles mais plus important au point de vue de l'organisation de la lutte contre cette maladie terrible, véritable peste des nations civilisées.

On a définitivement constitué un Bureau central international pour la lutte contre la tuberculose dont le siège est Berlin.

Son but se résume à plusieurs chefs :

1° Centraliser toutes les nouvelles concernant la lutte entamée par les différentes nations ;

2° Centraliser tous les documents et matériaux qui se rapportent à ce sujet ;

3° Répondre à toute demande de renseignements émanant d'une personne qualifiée ;

4° Adresser des requêtes aux autorités compétentes ;

5° Encourager à la lutte générale en facilitant les recherches, en publiant des écrits populaires, en organisant des conférences et des réunions ;

6° Publier un journal qui, comme organe particulier du Bureau central, rendra compte de tous les travaux et traitera toutes les questions intéressant la lutte internationale <sup>(2)</sup>.

Le fonctionnement de ce bureau est assuré par un comité composé de six membres dont un président et un secrétaire qui est actuellement le prof. Panwitz à qui revient la plus grande part du mérite de cette organisation monstre. A ce comité sont adjoints des auxiliaires étrangers choisis dans chaque pays. Je regrette, ici même, que le Canada ne soit ja-

(1) Voir UNION MÉDICALE, 1901, pages 556 et 610.

(2) De Lavarenne, *Presse Médicale*, 1er nov. 1902.



mais représenté dans ces grandes réunions internationales. Le péril tuberculeux est aussi grand ici qu'ailleurs et le gouvernement ne semble nullement s'y intéresser.

Tout est laissé à l'initiative privée qui est insuffisante, non-seulement pour nous donner droit de vote dans les conférences internationales, mais aussi pour assurer au sein des populations rurales, ou autres, autre chose que des déclarations platoniques qui restent lettre morte dans la pratique. Nous y reviendrons plus tard.

Donc, comme organisation, il y a : 1° un *comité administrateur* siégeant à Berlin, en permanence; 2° un *grand conseil* composé de tous les membres de chaque pays, se réunissant tous les deux ans dans une ville désignée une année à l'avance; 3° un *conseil particulier* qui se réunira à Berlin au printemps de chaque année, composé pour chaque pays de deux à cinq membres, suivant le chiffre de la population.

Telle est l'organisation, dont le but, bien défini, promet de donner des résultats pratiques par tous les moyens possibles. Désormais les conclusions de ces magnifiques plaidoyers trouveront dans chaque membre du comité central des spécialistes qui s'en inspireront pour édifier des lois que les gouvernements seront toujours disposés à appliquer dans un but hautement humanitaire.

## II

Au point de vue scientifique, on y a soulevé des questions importantes.

M. Frankel, président du comité central, après avoir fait l'histoire de la lutte antituberculeuse, s'attache tout particulièrement à la contagion et en étudie les deux modes ordinaires: 1° le crachat pulvérisé, desséché; 2° les gouttelettes d'expectoration des phtisiques. L'auteur attache une grande importance à ce dernier mode de transmission, car, dans le sanatorium de Balzif, dont il est l'administrateur, chaque chaise longue, dans la galerie de cure, est séparée de la voisine par un écran en toile cirée qui protège le malade contre son voisin. De là cette conclusion d'isoler le tuber-

culeux pour l'empêcher de reprendre son mal.

“C'est là la tendance allemande, conséquence fatale de l'orientation scientifique qui met en première ligne l'influence spécifique du microbe, ne tenant qu'un compte relatif du terrain, tendance que la fortune des caisses d'assurances a permis de réaliser par le sanatorium” (1).

Les chefs de missions étrangères ont fait des rapports sur l'état de la lutte contre la tuberculose dans leur pays respectif. Brouardel, au nom de la mission française, a rappelé que la France avait été la première à dénoncer le péril et à organiser la lutte par des congrès et des sanatoriums marins, lutte qu'elle a poursuivie depuis par la création de dispensaires antituberculeux, de cures d'air et de cures marines (2).

M. Héron, au nom de la mission anglaise, a donné des chiffres éloquentes, démontrant l'abaissement de la mortalité par tuberculose à la suite de l'application de lois sanitaires énergiques pour protéger la population contre le logement et l'atelier insalubres. De 50 p. 100 qu'elle était en 1838, le taux de la mortalité est tombé à 13 en 1899.

La probabilité des chiffres de la mortalité, qui sont souvent au-dessous de la vérité, a permis de demander qu'une commission soit nommée dont le but serait d'étudier la question du règlement et de la constitution d'une statistique tuberculeuse unique; c'était la question, encore nouvelle, de la *déclaration obligatoire de la tuberculose*, dont on imagine facilement la très grande importance au point de vue des foyers de contagion qu'il faut détruire pour enrayer le mal.

Un médecin belge, M. Van Ryn, dans une communication sur ce sujet, a émis un projet d'organisation dans ce but.

“... On obligerait les directeurs, tenanciers ou propriétaires d'asiles, prisons, hôpitaux, hospices, pensionnats, maisons de logement, hôtels, etc., à signaler aux autorités le nom, l'âge, le sexe, le dernier domicile de toute personne atteinte de tuberculose, qui se présente ou est logée à leur établissement. La déclaration pourrait également être faite par le médecin traitant. L'autorité prendrait ensuite les mesures nécessaires pour assurer la prophylaxie. Des pénalités seraient infligées aux contrevenants.

(1) De Lavarenne, *Presses Médicales*, 3 novembre 1962

(2) Voir *UNION MÉDICALE*, 1901, pages 556 et 610

Puis, on établirait la déclaration volontaire par les médecins des cas de phthisie constatés chez les particuliers ; si ceux-ci ne prenaient pas d'eux-mêmes les précautions requises, l'autorité les imposerait quand elle jugerait à propos.

Les gouvernements auront à décider s'ils peuvent se contenter de la simple déclaration volontaire et gratuite par les médecins, ou s'il faut recourir à la rémunération de la notification, ou, enfin, s'il est possible de rendre la déclaration obligatoire pour tout le monde." (1)

La déclaration obligatoire, en vigueur aux États-Unis, a fait baisser de 30 p. 100 la mortalité par tuberculose à New-York.

En Norvège, la déclaration obligatoire est en force depuis 1901.

*L'éducation populaire antituberculeuse* a fait le sujet d'un mémoire important de la part du professeur Landouzy. C'est l'éducation par l'école primaire et supérieure. Il a, en France, essayé d'initier les maîtres d'écoles à des "leçons de choses antituberculeuses."

On essaie par les moyens les plus saisissants à développer les trois grandes idées maîtresses de *contagiosité*, de *prophylaxie* et de *curabilité* de la tuberculose.

"L'organe éducateur, dit Landouzy, se compose de deux parties : 1° un thème-conférence, c'est-à-dire, un texte, destiné au maître qui s'en servira, en l'allégeant ou le développant, suivant l'âge, le milieu et le degré d'instruction de son auditoire. Il s'agit d'un canevas dont la broderie sera simple ou compliquée, suivant que la leçon de choses antituberculeuses visera les rapports de la tuberculose avec l'individu, la famille, ou que la leçon, traitant des rapports de la tuberculose avec les milieux (ville, campagne, professions), avec la consommation d'alcool, avec ce que coûte de peines, de douleurs, d'infirmités, de chômage et d'argent, la tuberculose, envisagera les côtés sociaux et économiques de la maladie populaire. 2° Une série d'images coloriées par lesquelles le conférencier instruira d'autant mieux les foules que les images leur laissent dans les yeux partie et totalité des enseignements qui n'auraient pas du premier coup suffisamment pénétré leur esprit ; rien ne valant, pour toucher l'entendement, que d'avoir vu, de ses yeux vu, les choses enseignées."

D'une part la lanterne magique avec ses projections lumineuses, d'autre part le maître avec ses explications appropriées à chaque planche : telle est la base de cet enseignement social.

1) De Lavarenne, *loc. cit.*

## III

Le *sanatorium*, si populaire en Allemagne, a fait le sujet de communications instructives.

Depuis dix ans surtout que l'Allemagne lutte par ce moyen, aidée de caisses d'assurances, contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse et de nombreuses combinaisons économiques et financières, elle a, aujourd'hui, 84 sanatoriums populaires capables d'hospitaliser 20.000 phtisiques indigents, comportant une dépense de 2.000.000 de dollars par an.

Les lois allemandes de protection sociale exigent deux choses: 1° l'assurance obligatoire contre la maladie; 2° l'assurance obligatoire contre l'invalidité et la vieillesse.

1° *Contre la maladie*: Toute personne gagnant annuellement moins de 500 dollars est obligée de s'assurer contre la maladie. Ces membres sont distribués un peu partout et versent à des caisses sociales — au nombre de 23.000 pour l'Empire allemand — le montant de leur cotisation qui varie de 1 à 3 p. 100 du salaire. Le patron verse, pour chaque ouvrier qu'il emploie, la moitié de la somme versée par l'ouvrier lui-même. Les avantages sont les suivants: 1° secours efficace, en cas de maladie, durant 13 semaines; 2° soins gratuits du médecin, de la pharmacie et des appareils de guérison; 3° en cas d'incapacité de travail, secours en argent équivalent à la moitié du salaire journalier; 4° en cas de décès, indemnité funéraire qui représente 20 fois le salaire journalier moyen.

Ces caisses ont un revenu annuel estimé en 1898 à 41.961.877 dollars avec une dépense équivalente de 36,406,258.50 de dollars et un capital de réserve estimé en 1899 à 32,785,796 dollars environ ou plus.

Si la maladie se prolonge au-delà de 13 semaines, le malade relève de la caisse d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse de sa circonscription.

2° *Contre l'invalidité et la vieillesse*: Elle existe depuis 1899. Outre la classe précédente, elle oblige aussi les professeurs, domestiques, patrons qui n'emploient qu'un seul ouvrier. Ces

caisses sont au nombre de 30 et fonctionnent sous le contrôle direct de l'Etat.

Le taux de cotisation varie, suivant le salaire, entre 4 à 9 sous par semaine.

La rente d'invalidité varie entre 50 à 100 dollars par an.

Tout membre qui a accompli sa 70<sup>e</sup> année jouit de la rente de la vieillesse.

En 1898, 13 millions d'assurés ont versé la somme de \$32,312,800 et plus, et elles ont dépensé \$13,112,500.

Au 31 décembre, l'avoir total de ces caisses d'assurances atteignait le chiffre de \$168,000,000 environ. En établissant une moyenne, un ouvrier de la caisse de maladie paie, annuellement, une somme approximative de trois à quatre dollars dont le patron paie le tiers ou le quart, tandis qu'un assuré à la caisse de l'invalidité et de la vieillesse paie trois dollars dont l'ouvrier ne paie que la moitié, soit \$1.50 par an.

Ainsi pour cinq dollars environ, par an, l'ouvrier se trouve assuré à la fois contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse.

Fonctionnant depuis 20 ans, ces assurances ont accumulé des capitaux énormes.

Mais, effrayées bientôt des sommes énormes qu'elles payaient aux tuberculeux qui absorbaient une très grande partie de leurs revenus, et dont la proportion augmentait sans cesse, ces compagnies, comprenant que le moment viendrait où elles ne pourraient plus faire face à la situation, imaginèrent de traiter elles-mêmes leurs tuberculeux.

En effet, on a trouvé que plus de la moitié des recettes de la caisse des maladies s'en allaient aux ouvriers tuberculeux; que, sur 100 décès, 52 étaient dûs à la tuberculose; qu'à Berlin, parmi les ouvriers assurés un décès sur deux était dû à la phtisie; que certains malades arrivaient à toucher, durant leur maladie, 3. 4. 500 dollars, et qu'enfin une seule caisse en 2 années avait versé, pour 26 tuberculeux, la somme de \$7,000.

D'autre part, un ouvrier tuberculeux étant mis, dès le début de sa maladie, dans un sanatorium où, la dépense journalière étant d'un dollar, la caisse pour invalidité en paierait

la moitié, soit cinquante sous durant 90 jours, la somme totale serait de \$45 par tête. Dans ces conditions 1.000 coûteraient \$45.000, alors qu'ils coûtent 90 à \$150.000 en rentes durant deux ou trois ans, terme durant lequel un ouvrier tuberculeux reste à la charge des assurances comme invalides.

Tels sont, en résumé, les calculs qui décidèrent les compagnies d'assurances à intervenir et à fonder avec un si grand succès l'œuvre des sanatoriums. Comme on le voit, ce ne sont pas les vaines préoccupations de sentimentalité sociale et de commiseration humaine qui ont poussé l'Allemagne dans cette voie, mais des raisons d'ordre purement économique. Elle a fait le calcul des bénéfices, des pertes et des risques. Tout a été financièrement calculé avec des résultats magnifiques.

...D'après ces calculs, écrit le docteur Romme, lorsque l'Allemagne aura un nombre suffisant de sanatoriums, elle augmentera sa richesse sociale de \$16.000.000 par an, et elle retirera, annuellement, un bénéfice social de \$8.000.000 (1).

La France n'a pas les ressources de l'Allemagne. Elle ne peut compter que sur l'assistance publique et la bienfaisance privée, aidées de quelques subventions de l'État. Les Sociétés de secours mutuels n'ont pas de revenus suffisants pour construire des sanatoriums. Aussi, il a fallu s'organiser autrement. Ce sont des œuvres locales entretenues par les municipalités dont l'objet principal est la prophylaxie antituberculeuse, l'assistance à domicile des malades et l'éducation hygiénique des familles. C'est l'œuvre des *dispensaires antituberculeux* dont le type le mieux compris est le dispensaire "Émile Roux," de Lille, conçu et exécuté par le prof. Calmette.

En voici le fonctionnement, il date de février 1901 :

" Les malades reconnus tuberculeux et dénués de ressources suffisantes, après enquête, sont classés en trois catégories, suivant leur degré d'indigence et l'état de leurs lésions. Par principe, on donne le maximum de secours aux moins gravement atteints parmi les plus pauvres, puisqu'il s'agit surtout de prolonger la vie économique d'hommes ou de femmes en pleine période de rendement social. Ces malades reçoivent les secours suivants :

*Première catégorie.*—Loyer ; 150 livres de charbon par mois ; 250 grammes de viande de bœuf tous les deux jours.

(1) Bernheim et Roblot, Tuberculose et Mutualités dans la *Revue Internationale de la Tuberculose*, octobre 1902.

*Deuxième catégorie.*—150 livres de charbon par mois ; 1 livre et demie de pain par jour et une pinte de lait ; un repas par jour aux cuisines populaires ; un plat de viande et un plat de légumes.

*Troisième catégorie.*—1 litre de lait par jour et 13 œufs par semaine.

De plus, chaque malade reçoit des vêtements et de la literie lorsqu'il en a besoin. On lui fournit un crachoir de poche, un crachoir de table et un litre de lysol à 2 p. c. (antiseptique) par semaine.

Les logements sont nettoyés à fond et désinfectés au moins une fois chaque trimestre au moyen de lavage au chlorure de chaux et de badigeonnage des murs à la chaux.

Le dispensaire possède une blanchisserie à la vapeur qui blanchit gratuitement le linge de soixante familles par semaine. Les malades se présentent à la consultation aussi souvent qu'on le juge nécessaire, et les crachats sont analysés au moins une fois par mois. Les enfants sont envoyés, s'il y a lieu, aux frais du dispensaire, dans un sanatorium marin.

L'éducation hygiénique des familles est effectuée surtout à domicile par un ouvrier enquêteur spécialement instruit pour cette sorte d'apostolat.

Chaque malade coûte environ 20 sous par jour pour les deux premières catégories, non compris les frais généraux et le blanchissage. Les dépenses totales de l'œuvre établie sur le chiffre de 120 malades, dont 50 de la troisième catégorie, sont d'environ \$500 par mois, soit \$6,000 par année." (1)

Le prof. Calmette nous dit que les résultats en sont déjà très satisfaisants, et qu'ils ont suggéré la création de dispensaires semblables dans les principales villes de France. La Belgique et le Portugal ont des institutions identiques avec des résultats très encourageants.

À part l'assistance matérielle, il faut compter sur les bienfaits inestimables de l'esprit du tuberculeux qui s'attache avec reconnaissance à cet espoir de guérison qui n'est pas l'élément le moins important dans la cure de cette maladie.

#### IV

Dans une dernière séance, on a agité la grande question de l'unité ou de la dualité des tuberculoses humaine et animale, déjà soulevée à Londres par le prof. Koch. On se rappelle, qu'à Londres (2), Koch a affirmé, après quelques expériences que l'on avait jugées comme incomplètes, que la tuberculose bovine était entièrement différente de la tuberculose humaine, et que les mesures sanitaires appliquées

(1) De Laverenne, la *Presse Médicale*, 5 novembre 1902.

(2) Voir *UNION MÉDICALE*, 1901, pages 556 et 620.

étaient inutiles attendu que la contagion de l'animal à l'homme était impossible.

M. Nocard, médecin français d'Alfort, s'est élevé de nouveau contre cette interprétation. Il a expérimenté sur des singes pour se rapprocher autant que possible des conditions de l'inoculation chez l'homme. Il a fait ingérer à des singes quelques repas infectants composés de riz cuit et sucré mélangé pour les uns avec de petites quantités de cultures pures de tuberculose bovine, pour les autres avec des quantités égales de culture de tuberculose humaine. Tous ces animaux ont pris la tuberculose intestinale, sans exception, et ceux qui avaient ingéré la tuberculose bovine ont succombé plus rapidement que ceux qui avaient ingéré la tuberculose humaine. Il est donc permis de croire que l'homme, placé dans les conditions identiques, se fut comporté de la même façon (1).

D'où la conclusion que l'intestin est susceptible d'infection; que la nécessité s'impose de maintenir les mesures rigoureuses de protection basées sur la surveillance du lait et des laiteries.

Ailleurs, l'observation démontre l'infection accidentelle de vétérinaires et de bouchers ayant manié des viandes tuberculeuses qui ont eu des manifestations soit locales, soit générales, ces dernières causant la mort rapidement. Ces faits prouvent, suivant Nocard, qu'il existe, chez le bacille tuberculeux comme chez tous les microbes pathogènes, des races douées de virulence variable, les unes provenant de l'homme ou d'autres animaux, capables d'infecter le bœuf, les autres non virulentes pour le bœuf, pour l'homme et même pour les animaux moins résistants.

Le professeur Arloing, de Lyon, dont la compétence est bien connue, a apporté de nombreux faits expérimentaux qui appuient les vues de M. Nocard.

En réponse, le professeur Koch a soutenu ses prétentions

(1) Il est curieux de constater qu'on a ignoré complètement les expériences du Dr Paul Garnatt, qui s'est inoculé la tuberculose bovine dans le bras pour prouver la transmissibilité possible de l'animal à l'homme. Nous en parlerons plus tard.



premières basées sur les expériences et les faits qui ont déjà été cités ailleurs (1).

Il prétend que le danger des poussières est beaucoup plus grand que l'infection par le lait et il oppose le fait qu'on a dépensé des sommes énormes pour protéger l'homme contre la tuberculose des bovidés sans résultats appréciables, au fait qu'on n'a rien fait, ou presque rien, pour protéger l'homme sain contre l'homme tuberculeux qui constitue un danger permanent par ses crachats et les poussières. Réservons, dit-il, la plus grande somme de nos ressources et de notre énergie pour combattre celle-ci. C'est la conclusion de son travail et de ce débat.

## V

Behring, au cours d'une visite faite à ses magnifiques laboratoires de Marbourg, a annoncé aux congressistes qu'il avait isolé un poison tuberculeux spécial appelé *tuberculosine* qui donne, chez les animaux, la réaction caractéristique de la tuberculine, et que des tentatives de vaccination des bovidés contre l'infection tuberculeuse avaient donné des résultats favorables qui ouvrent la porte aux plus grandes espérances. Il a donné à cette méthode le nom de *Jennerisation antituberculeuse*.

“ Formulons des vœux pour que ce premier pas vers l'immunisation conduise vers la découverte tant désirée et plus grandiose encore de l'immunisation artificielle contre le virus tuberculeux humain! ”

J.-A. LESAGE.

*Agrégé-Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.*

(1) Voir UNION MÉDICALE, 1901, pages 556 et 620.

---

## LE DISCOURS DU PROFESSEUR OSLER (1)

---

Nous avons cru plaire à nos lecteurs en leur offrant, dans le dernier numéro, la traduction française du discours prononcé par le distingué professeur du " John Hopkins," Monsieur Osler, qui est un savant reconnu par le public médical des deux mondes. Rien d'étonnant, alors, si cette brillante critique a provoqué des commentaires élogieux de tous côtés. Écrit dans un style sévère et du plus pur classique, ce discours a fait connaître chez le Prof. Osler, le penseur et le philosophe. L'on devine chez lui l'homme d'expérience qui a beaucoup voyagé, qui a beaucoup vu et surtout beaucoup observé. Pour avoir fait d'une façon aussi brillante la description de nos défauts à côté de nos qualités l'auteur a prouvé qu'il possède à un haut degré " ce don rare et précieux: l'art du désintéressement qui, seul, nous permet de voir les vérités telles qu'elles sont et les ombres comme on doit les voir."

Il faut avoir un bien grand courage pour oser jeter ce vilain mot de *chauvins* à la face de ceux qui méprisent les savants qui ne sont pas des leurs et qui dédaignent la science qui n'est pas écrite dans leur langue; de ceux qui démembrèrent tout un pays — comme le Canada ou les États-Unis — par des lois ridicules qui empêchent un médecin d'aller exercer sa profession dans n'importe quelle partie de son pays; de ceux qui font des intrigues et des démarches pour faire mousser une candidature et assurer la nomination d'un ami qui n'a, souvent, que peu de titres à une telle distinction.

Combien ont dû trouver la formule raide et la pilule dure à avaler! Nous soupçonnons même M. Osler d'avoir choisi, dans un moment d'ironie, ce sujet de conférence parcequ'il devait s'adresser à des médecins canadiens.

Nous chercherions en vain un pays plus chauvin que le nôtre, un pays où les médecins s'entendent aussi peu que chez nous. Aussi, voyons-nous fleurir tout à son aise le chauvinisme sous ses trois formes: Nationalisme, provincialisme et paroissial.

(1) Nous prions nos lecteurs de le lire en entier. Il y a profit pour tous et sujet de méditation pour un grand nombre. — Voir *USAGES MÉDICAUX*, novembre 1902.

Vous rencontrez, tous les jours, des confrères — d'origine anglaise — qui affirment que la médecine française n'existe guère et que ses maîtres n'ont jamais rien fait qui vaille; d'autres — des nôtres cette fois — qui croient volontiers que les Anglais n'entendent rien à la médecine et qu'ils suivent le progrès à trop grande distance pour poser aux savants.

Que dire de notre chauvinisme provincial? Nous osons à peine toucher à cette question brûlante qui surexcite tant de cerveaux en ce moment.

En effet, la loi Roddick qui ferait disparaître cette forme détestable de Chauvinisme n'est pas encore en force... et ne le sera jamais disent les uns, nous verrons bien, affirment les autres! Nous n'avons pas l'intention, pour le moment, de dire ce que nous pensons de cette loi, nous savons que notre Société Médicale se propose de le discuter sous peu... nous attendrons donc. Nous voulons seulement dire que le peu d'entente qui existe actuellement entre les provinces du Canada laisse pressentir d'entêtés Chauvins de tous côtés, et il est temps, croyons-nous, de réagir; ça nous grandira d'autant, soyons en sûrs.

Et le chauvinisme de clocher! que faut-il dire de cette forme si mesquine et si répandue dans notre province entre autres? C'est ce chauvinisme de clocher qui divise nos confrères de langue anglaise lorsqu'il s'agit chez eux de questions d'universités ou d'hôpitaux; c'est aussi ce chauvinisme de clocher qui nous éloigne des confrères de langue anglaise et qui entretient toujours, chez ceux-là même, qui, parmi nous, devraient donner l'exemple, les vieilles rancunes d'autrefois. Questions d'écoles! questions d'hôpitaux! c'est absolument comme il y a vingt ans, ce qui nous divise et nous affaiblit.

Est-ce à dire que notre cas soit désespéré? Non pas. Nous croyons même que l'avenir nous sera favorable. Que de choses sont déjà disparues à force de luttes amicales. N'y a-t-il pas aujourd'hui plus d'entente qu'autrefois entre les médecins? Oui assurément, et cela, grâce surtout aux sociétés médicales qui se sont formées dans nos villes et dans nos campagnes.

Monsieur Osler affirme que le chauvinisme national est en voie de disparaître du monde médical et que les congrès internationaux, en créant des sympathies nouvelles entre les savants de tous les pays, lui ont porté le coup fatal.

Nous croyons, nous aussi, que cette échange d'idées entre les médecins de pays différents, les confrères d'une même nation et d'une même commune, aura pour effet inévitable de faire disparaître la plus petite trace de chauvinisme médical.

LA DIRECTION.

---

# SOCIÉTÉS

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 2 décembre 1902

Présidence de M. DUBÉ

### PROCÈS-VERBAL

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

#### MÉMOIRE.

I. — M. MONOD donne lecture d'un mémoire sur *les dangers du taxis dans l'étranglement herniaire* (voir ci-dessus).

#### RAPPORTS.

I. — M. O.-F. MERCIER présente un malade âgé de 28 ans sur lequel il a pratiqué une *trépanation du crâne*; il s'agissait d'un cas d'*épilepsie traumatique*, provoquée par une compression cérébrale. Le malade, à l'âge de 6 mois, avait fait une chute dans un escalier et le choc sur la tête avait produit un enfoncement du crâne.

Depuis cet accident jusqu'à l'âge de 13 ans, le malade aurait présenté, au dire des parents, de nombreuses attaques de convulsions qui se seraient changées, à partir de ce moment-là et après un nouveau traumatisme sur la tête, en véritables attaques épileptiques.

Pendant les 8 jours que le malade a passés à l'hôpital Notre-Dame avant d'être opéré, le nombre des attaques a varié de 10 à 15 par jour. Ces attaques étaient généralisées. Le malade présentait cependant quelques mouvements rotatoires. Le malade portait à la région postérieure, du côté droit du crâne, une dépression dans les os que l'on pouvait facilement sentir sous le cuir chevelu; une incision courbe à cet endroit fit voir la dépression; monsieur Mercier constata qu'aux deux extrémités de l'enfoncement, la substance osseuse manquait absolument, le cerveau, à ces endroits, n'étant recouvert que par les méninges. Le milieu de la dépression était occupé par un pont de substance osseuse repoussant devant lui les méninges et le cerveau.

Cette partie osseuse fut enlevée sans ouvrir les enveloppes cérébrales et la plaie cutanée fut refermée.

Les résultats de l'opération furent tout-à-fait satisfaisants, le patient n'éprouva aucun trouble post-opératoire, et, pendant les 15 jours qui se sont écoulés depuis l'opération, il n'a pas présenté une seule attaque épileptique; il n'a eu que deux légers étourdissements tout-à-fait passagers.

#### DISCUSSION

M. MONOD félicite M. Mercier du résultat si satisfaisant qu'il a obtenu chez son malade et fait remarquer toute l'importance d'une semblable intervention, qui peut rendre la santé à de malheureux invalides même plusieurs années après le traumatisme qui a provoqué les attaques épileptiques.

La chute sur le crâne dans le cas présent remontait à 28 ans. " L'histoire de ce malade nous montre, une fois de plus, toute la gravité que présentent, dans le jeune âge, les chutes sur le crâne; si on n'a pas toujours un enfoncement perceptible de la partie osseuse dans ces cas, on a, souvent, des lésions très graves; il peut arriver que la table osseuse interne du crâne seule cède et alors la cause des accidents épileptiques que l'on rencontre après passe inaperçue.

Dans le cas présenté par M. Mercier si la lésion osseuse n'avait pas été évidente, les phénomènes rotatoires que présentait le malade auraient pu faire penser à la région atteinte.

M. HERVIEUX dit que, dans le cas présent, il n'y a pas de doute que la cause de l'épilepsie était la compression osseuse qui s'exerçait au niveau du cerveau; il est cependant intéressant de remarquer dans cette observation que tous les troubles ont disparu immédiatement après l'ablation de la partie osseuse comprimante, quoique cette compression se fit sentir depuis 28 ans.

M. Hervieux a, maintenant, sous observation, un patient qui, alors qu'il était au collège, a eu un traumatisme sur la tête, et qui a été pris 15 ans plus tard, en 1900, d'attaques épileptiques Jacksonniennes; depuis l'année 1900 les attaques se sont renouvelées régulièrement tous les cinq mois.

Il porte sur le cuir chevelu une cicatrice sous laquelle on perçoit une légère dépression osseuse.

Il a observé un autre cas d'épilepsie Jacksonnienne chez un malade qui avait subi un traumatisme dans la région du crâne et qui est mort deux ans plus tard avec tous les symptômes d'une infection cérébrale. Ce malade avait présenté de très nombreuses crises épileptiques.

III. — M. ALPHONSE MERCIER présente un travail sur le *rétrécissement mitral pur*; il présente en même temps le rapport d'une autopsie faite à l'hôpital Notre-Dame quelques jours avant. Il s'agissait d'une jeune fille morte 12 heures après son entrée à l'hôpital et chez laquelle il a trouvé un rétrécissement presque complet de la valvule mitrale.

(Ce travail est publié plus haut).

#### DISCUSSION

M. LE CAVALIER regrette que M. Mercier n'ait pu se procurer l'histoire complète du passé pathologique de cette cardiaque au sujet de la latence de la lésion.

Il n'est pas prêt à admettre la sclérose valvulaire invoquée dans ce cas par M. Mercier; pour lui, le manque absolu de traces de travail inflammatoire dans la région ferait plutôt croire à une lésion congénitale par arrêt de développement.

M. LESAGE rapporte l'observation d'une malade atteinte de *rétrécissement mitral pur* traitée dans son service de l'hôpital Notre-Dame avec le docteur Gauthier durant l'été de 1901. C'était une jeune fille pâle, plutôt chlorotique, dont la mère avait succombé à l'âge de 35 ans de tuberculose pulmonaire. Cette jeune fille aurait eu des hémorragies (2 fois), aurait maigri. En un mot, elle aurait présenté les symptômes d'une tuberculose pulmonaire. A l'examen, la percussion nous permettait de constater qu'il y avait encore de la sub-matité au sommet; l'auscultation nous révélait des symptômes non équivoques d'induration du sommet. Mais les symptômes généraux, suivant la malade, s'étaient amendés depuis quatre mois environ. Elle était venue à l'hôpital pour une certaine

gène respiratoire. L'auscultation me fit constater la présence d'un rétrécissement mitral pur dont le début devait remonter à une date relativement récente. Il est probable que cette lésion a fait rétrocéder les accidents pulmonaires et il est possible qu'elle succombe plutôt par son cœur que par son poumon, corroborant ainsi les dires de M. Teissier, si bien pris en lumière par M. Mercier. Si ces cas se présentent rarement, c'est dû au fait que les médecins n'y pensent guère. Il serait sage et instructif d'y penser dans l'avenir.

M. DUBÉ. " Il y a peu de choses à ajouter à la savante conférence faite par M. Mercier, je ferai remarquer, seulement, que le rétrécissement mitral pur est assez fréquent ici, car j'ai, pour ma part, eu assez souvent l'occasion d'en rencontrer. J'ai l'honneur — les membres de cette société doivent s'en rappeler — présenté, il y a deux et trois ans, plusieurs pièces pathologiques provenant de malades mortes à l'Hôtel-Dieu et que j'avais autopsiées.

Un de ces cœurs avait une valvule mitrale très-rétrécie et ses deux feuilletts péricardiques étaient totalement adhérents comme dans la pièce présentée par M. Mercier.

Tous les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la pathogénie de cette lésion cardiaque. Je serais plutôt de l'avis de Potain et de P. Teissier, son élève, si j'en juge par les malades que j'ai pu observer. Pour ces derniers auteurs, la sténose mitrale pure serait d'origine toxique et, plus souvent qu'autrement, ce serait les toxines tuberculeuses qui amèneraient cette adhésion entre les bords libres des valvules mitrales.

J'ai eu occasion d'observer deux malades qui confirment, à n'en pas douter, cette pathogénie: en 1898, en auscultant une religieuse âgée de 45 ans environ, je constatai un rétrécissement mitral pur des plus caractéristiques.

Or, dans les antécédents personnels de cette malade, je relevai une attaque de tuberculose pulmonaire des plus caractéristiques qui faillit l'emporter à l'âge de 16 ans. au début de son noviciat. Elle a pu guérir de sa tuberculose mais il lui est resté une lésion cardiaque.



Pour beaucoup d'auteurs, le rétrécissement mitral qui survient chez un tuberculeux permet la guérison de la maladie pulmonaire. L'état de congestion relative qu'il entretient dans le parenchyme pulmonaire donne une poussée à la défense de l'organisme et amène une guérison assez rapide. J'en tiens presque la preuve dans l'observation suivante: en 1899, un confrère me demande d'examiner sa bonne d'enfants. Cette malade tousse beaucoup, fait de la fièvre, a maigri beaucoup et a même eu quelques petites hémoptysies: l'examen du poumon et l'analyse des crachats révèlent tout ce qu'il y a de plus caractéristique comme tuberculose pulmonaire assez avancée, le cœur est normal.

Je lui prescrivis le traitement usuel en lui recommandant de se rendre dans sa famille. Un an après je l'ai retrouvée dans une des salles de l'Hôtel-Dieu où elle était venue se reposer quelques jours; je fus surpris de la retrouver beaucoup plus grasse et ne présentant plus de toux. A l'examen du poumon, toutes traces de tuberculose en activité avaient disparu, mais le cœur présentait tous les signes cliniques du rétrécissement mitral pur.

Ce sont des observations analogues qui ont donné origine à la théorie si bien exposée dans la thèse de P. Teissier.

Pour certains auteurs, toutes les toxines sont capables d'entraîner l'adhérence des valvules mitrales par leurs bords libres; j'ai observé un malade qui semble leur donner raison. Ce malade présentait, depuis une trentaine d'années, un ulcère profond de la jambe droite. Presque toujours en suppuration, cet ulcère traumatique avait subi tous les traitements possibles sans jamais présenter de périodes de guérison, même temporaire. Dès les premiers mois qu'il fut sous mes soins, je constatai des alternatives de sucre et d'albumine dans ses urines, et des troubles fonctionnels du foie, en un mot, des symptômes cliniques suffisants pour me permettre de supposer une dégénérescence amyloïde de ces organes. Dès le début, je ne constatai rien d'anormal du côté du cœur, mais, quelque temps après, le malade se plaignit de sentir son cœur battre avec force dans sa poitrine. A l'exa-

men, je ressentis avec la main une forte impulsion de la pointe du cœur, et, à l'auscultation, le premier bruit présentait une intensité inusitée: je pouvais entendre très distinctement ce premier bruit en plaçant mon oreille à une distance d'un pied à un pied et demi de la poitrine du malade; plus tard je sentis du frémissement dans la région de la pointe, j'entendis le dédoublement du second bruit, et enfin, un souffle diastolique assez prononcé; en un mot, j'eus l'occasion d'assister à l'édification d'un rétrécissement mitral chez mon malade qui mourut emporté par des complications cardio-rénales. Je n'ai pas fait son autopsie, mais je puis affirmer qu'il n'y avait pas, chez lui, de traces de tuberculose pulmonaire. Comment alors expliquer la formation de ce rétrécissement mitral autrement que par l'influence exercée sur l'endocarde par les toxines microbiennes sécrétées au niveau de sa plaie et qui auraient produit la sténose mitrale comme elles avaient amené la dégénérescence amyloïde des autres organes.

Monsieur Mercier nous a parlé de certains malades, porteurs de sténoses mitrales, qui pouvaient nous faire croire à de la tuberculose après un examen superficiel. En effet, cette lésion cardiaque s'accompagne parfois de petites hémoptysies et comme ces malades sont plutôt pâles et amaigris, il est facile de faire cette erreur de diagnostic. J'eus l'occasion d'examiner, avec mon ami Lespérance, le fils d'un confrère, qui avait eu quelques hémorrhagies pulmonaires à la suite d'exercices violents; nous ne trouvons qu'un rétrécissement mitral, il n'y avait absolument rien aux poumons.

Le rétrécissement mitral pur peut rester longtemps méconnu, le malade ne se doutant nullement d'avoir un cœur malade. J'ai ausculté un jour la femme d'un confrère avant de lui administrer du chloroforme chez un dentiste, et j'ai constaté un rétrécissement mitral pur qui n'avait jamais causé d'ennui à la malade sauf au cours de ses grossesses qui ont été nombreuses.

C'est tantôt au cours d'un examen passager comme dans le cas ci-dessus, tantôt à la suite d'une grande fatigue que

le médecin a l'occasion de diagnostiquer cette lésion chez une malade.

C'est surtout par le régime et par les sédatifs du cœur, tel que Valériane, que doivent être traités ces malades.

M. HERVIEUX fait remarquer, à propos de la latence de ces lésions, que ces rétrécissements ne sont pas aussi marqués durant toute la durée de la maladie. Comme il sont causés par un processus de sclérose, cette sclérose avance progressivement jusqu'à ce que, à un moment donné, elles ne permettent plus le passage d'un volume de sang assez considérable pour entretenir la vie.

Pour M. Hervieux, on ne peut expliquer la lésion du rétrécissement mitral pur par une affection congénitale due à un arrêt de développement.

IV. — M. LE CAVALIER présente un travail sur *la valeur du signe embryocardique dans la fièvre typhoïde*, et rapporte l'histoire clinique de deux cas d'embryocardie qu'il a observés à l'Hôtel-Dieu: un dans le service de M. Asselin, l'autre dans le service du professeur Guérin.

Le secrétaire,

J.-P. DÉCARIE.

---

#### BANQUET DE LA PROFESSION MÉDICALE.

La date du banquet est définitivement fixée au mardi, 27 janvier. Le prix est de \$2.50. Tout médecin désireux d'y assister devra adresser le montant de sa contribution au Dr Elie Asselin, trésorier, 137, rue Vinet. Nous espérons que tous se feront un devoir d'être présents: les médecins des villes et des campagnes.

# ANALYSES

## MEDECINE

**Mode spécial d'empoisonnement alimentaire (acide oxalique) dans *Tablettes Médicales Mobiles*, juin 1902, par DR BAROUX.**

L'auteur donne les noms de certains légumes qui contiennent du bioxalate et du quadroxalate de potassium, de sodium et de calcium, (oseille, épinards, tomates, salicornes, lichens). Il importe d'en prohiber l'usage dans les gravelles "à cause du passage dans les urines de leur acide oxalique, à l'état d'oxalate de chaux, sel insoluble pouvant faire souche de calculs extrêmement durs." Mais l'auteur insiste surtout sur le fait qu'en associant ces légumes, dans un même repas, avec des fruits contenant de l'acide citrique, ils peuvent déterminer des irritations très vives produites par l'acide oxalique mis en liberté par réaction chimique. L'auteur cite une observation d'un jeune homme pris soudain de coliques vives, du côté droit, accompagnées de diarrhée glaireuse et même sanguinolente. Après examen, le médecin découvre qu'il avait mangé consécutivement, à son dîner, des épinards et des cerises sèches. L'acide citrique des cerises, mis en présence des oxalates des épinards, avait produit de l'acide oxalique dangereux par sa causticité. Dans une autre observation, il s'agit de deux enfants atteints subitement de diarrhée glaireuse très glissante à la suite d'un repas où ils avaient mangé des épinards et des oranges. Plus tard, l'auteur eut l'occasion d'observer les mêmes accidents chez deux enfants qui avaient mangé une soupe à l'oseille et des huîtres largement arrosées de jus de citron. Ces accidents disparurent avec quelques petites doses de tannin et trois jours de régime lacté.

Suivant l'auteur, ces accidents sont plus fréquents chez les hyperchlorhydriques et la chose se comprend facilement, car à l'hyperacidité existant déjà se surajoute l'acidité de l'acide étranger introduit par hasard durant une alimentation quelconque.

Ces accidents éclairent singulièrement la pathogénie de ses diarrhées subites.  
J.-A. LESAGE.

## THERAPEUTIQUE

**Traitement des tumeurs malignes par l'arsenic (cancer-épithélioma cutané) dans *Tabl. Méd.*, juin 1902, par DR FISCHER.**

J'ai déjà analysé un travail semblable fait par Trunczek de Prage, (voir UNION MÉDICALE, juin 1900), mais l'importance du sujet m'engage à traiter de nouveau cette question.

L'auteur, suivant les principes connus, débarrasse la tumeur de ses produits de mortification par l'acide borique et l'eau oxygénée en mettant ainsi à vif le tissu néoplastique. S'il y a hémorrhagie, on attend, on enlève les caillots puis on y applique l'arsenic de la façon suivante :

Acide arsénieux.....	1 gramme.
Alcool éthylique absolu.....	75 "
Eau distillée.....	75 "

On applique ce mélange au moyen d'un tampon de ouate ou d'un pinceau, on laisse sécher à l'air. Si la brûlure est trop forte, on fait passer un courant d'air

avec une poire en caoutchouc. Si on fait une nouvelle application au bout de 5 minutes.

Peu à peu la tumeur devient humide, douloureuse ; il se forme une croûte que l'on badigeonne chaque jour. S'il y a œdème des parties voisines on cesse le traitement jusqu'à disparition. La croûte s'étend de jour en jour, adhérent à la tumeur, puis laisse suinter un pus jaune-verdâtre, se soulève sur ses bords et se détache peu à peu, mais il ne faut pas provoquer de saignements, car les endroits adhérents indiquent que le cancer s'étend en profondeur et qu'il faut continuer le traitement.

L'auteur augmente le titre de la préparation à mesure que la croûte s'épaissit : 1°, 17150 ; 2°, 17100 ; 3°, 1780, composée comme ci-dessus.

Lorsque la croûte est enlevée, l'auteur applique sur la surface cruentée la solution à 1 p. 150 composée comme suit :

Arséniate de potassium .....	10 grammes.
Alcool éthylique absolu.....	} à 7 p. 50 cent.
Eau distillée.....	

« Quand le lendemain il s'est formé une croûte jaune-verdâtre qui s'arrache sans seignement, on peut conclure à la disparition du tissu carcinomateux. » Si non il faut recommencer.

Si la peau recouvre la partie cancéreuse, il faut gratter et faire soigner ; on y applique la solution arseniée qui vient en contact avec la partie malade. Quand la tumeur est située comme muqueuse, il faut éviter le contact des parties malades avec les parties saines.

*Indications.* 1°. Cancers cutanés, si étendus soient-ils, pourvu qu'ils ne soient pas généralisés aux ganglions ; cancers des lèvres et de la muqueuse buccale accessibles. Elle est contre-indiquée dans le cancer du larynx.

Elle a aussi un grand avantage sur la méthode chirurgicale en ménageant les tissus sains, d'où son emploi utile pour le nez, les paupières, le front, les lèvres.

Comme résultat, l'auteur donne une statistique de 34 guérisons sur 45 cas, dont quelques-uns manifestaient déjà des signes de généralisation, et la récidive serait beaucoup moins fréquente qu'avec la méthode chirurgicale.

### Un nouveau sérum contre la scarlatine.

Le docteur Moser, de Vienne, annonce, au dernier congrès de Carlsbad, qu'il a obtenu des succès éclatants dans le traitement de la scarlatine par un sérum spécial qu'il obtient en injectant à des chevaux des produits de culture de streptocoques particuliers trouvés dans le sang de 63 enfants morts de cette maladie. Sur un total de 400 cas, on a pu réduire la mortalité de moitié en ne traitant par le sérum que les cas les plus malins. Tous les enfants injectés dans les trois jours, dates du début de l'infection ont été sauvés. Le seul accident relevé chez quelques malades consiste dans des éruptions érythémateuses qu'on bientôt disparu.

Nous étudierons, plus tard, les résultats détaillés de ce travail du docteur Moser, dont les résultats sont certifiés par des professeurs éminents de l'hôpital Ste-Anne à Vienne.

## OBSTÉTRIQUE

**Accidents dus à la constipation pendant la grossesse et les suites de couches, par**  
DR BOUCHET, *J. Méd. et Chir. Pratique.*

L'auteur met en relief les graves conséquences de la stercorémie chez les femmes en couches. La femme habituellement constipée le devient davantage lorsque la grossesse évolue, mais un bon nombre font de la coprostase, qui croient être libres, laquelle en impose au médecin qui diagnostique un promontoire avancé ou un bassin retréci.

Au nombre des accidents consécutifs à la constipation, il y a les vomissements *d'its* incoercibles qui disparaissent par les lavages intestinaux et les lavages réguliers; et les menaces d'avortement, sinon l'avortement lui-même et même l'accouchement prématuré au septième ou au huitième mois.

Il faut savoir distinguer entre l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta et l'hémorrhagie par stercorémie. Lorsqu'il y a placenta prævia le sang arrive brusquement en pleine nuit ou le matin sans que la malade s'en doute; elle est inondée; il n'y a jamais de douleur et on sent un empâtement au niveau du segment inférieur.

Dans la rétention fécale, il y a douleur, pas d'empâtement et coprostase depuis plusieurs jours.

La stercorémie peut aussi amener des accidents qui suivent de près l'accouchement, ressemblent à la fièvre puerpérale par le frisson, le mal de tête, la fétidité de l'haleine et l'aspect saburral de la langue. La température monte, le ventre est ballonné, douloureux à la région sous-ombélicale. Un bon purgatif, le régime lacté et des évacuations répétées ramènent le tout à l'état normal. Habituellement, c'est le troisième jour que ces accidents arrivent.

Il faut donc surveiller attentivement les fonctions intestinales des femmes enceintes. Un bon moyen est le lavement à l'ipéca.

Extrait aqueux d'ipéca ..... 10 grammes.

Eau distillée..... 5 "

En injection à la dose d'une cuillerée à café pour 150 grammes d'eau: gardez durant une demi-heure. Si donc il arrive des accidents tel que: maux de tête, douleurs abdominales, fièvres, etc., ne pas donner l'opium mais un bon purgatif ou un lavement.

J. A. LESAGE.

## TOXICOLOGIE.

**Empoisonnements et contre-poisons (1).**

*Acides*: Alcalins, Magnésie, Eau de savon ou eau de chaux, Eau albumineuse.

*Acide phénique*: Sulfate de soude 30 grammes dans eau, 750 grammes, sucrate de chaux. Lavages de l'estomac avec solution de sulfate de soude. Eau albumineuse. Huile d'olive. Stimulants. Saignée. Respiration artificielle.

*Aconit*: Vider l'estomac. Pompe stomacale. Stimulants. Inhalation de nitrite d'amyle. Respiration artificielle.

(1) Nous croyons être utiles aux praticiens en leur donnant la clef de certains empoisonnements, les plus fréquents, qui laissent pu fois le malade désarmé. Extrait du formulaire aide-mémoire de Roux et L. manski, Steinheil, Paris.

*Ammoniaque* : Vider l'estomac. Acides et eau vinaigrée. Jus de citron. Eau albumineuse. Lait.

*Alcool* : Vider l'estomac. Stimulants. Affusions froides. Café. Inhalation de nitrite d'amyle.

*Atun* : Vomitif. Lait. Magnésie. Boissons mucilagineuses.

*Antimoine. Emétique* : Vider l'estomac. Astringents. Tannin. Acide gallique. Café fort. Thé fort. Lait.

Décoction d'écorce de chêne, de ratanhia, de quinquina, stimulants.

*Arsenic* : Vider l'estomac. Eau chaude. Hydrate de sesquioxyde de fer que l'on obtient comme suit :

Eau distillée.....	5,000 grammes (5 pintes).
Perchlorure de fer.....	100 " "

Ajoutez :

Carbonate de soude.....	70 grammes.
Eau .....	1000 " "

Filtrez. Le précipité rougeâtre est donné dans de l'eau chaude.

Magnésie calcinée à hautes doses. Stimulants.

*Belladone et atropine* : Vider l'estomac. Stimulants : café fort, thé fort. Chaleur-sudorifiques : Jaborandi, 4 grammes en infusion ou pilocarpine, deux centigrammes en injection.

*Benzine* : Vider l'estomac. Stimulants : Teinture de belladonne XX gouttes. Respiration artificielle.

*Caulharides* : Vider l'estomac. Purgatifs, mais non huileux. Opium. Bains.

*Carbonique (acide)* : Respiration artificielle. Lotions d'eau froide. Saignée Stimulants. Injections sous-cutanées d'eau salée à 7 p. 1000 d'eau bouillie.

*Chloral* : Vider l'estomac. Stimulants. Tenir le malade éveillé. Inhalation de nitrite d'amyle. Respiration artificielle.

*Chlorate de potasse* : Vider l'estomac. Stimulants. Boissons émollientes. Purgatifs.

*Chloroforme* : S'assurer que la langue du malade n'est pas refoulée en arrière. Mettre la tête dans une position déclive. Inhalations d'oxygène ; respiration artificielle. Electrification du nerf phrénique. Tractions rythmées de la langue. Si le chloroforme a été ingéré ; vider l'estomac. Eau de Vichy.

*Coraine* : Vider l'estomac. Astringents. Stimulants. Respiration artificielle. Inhalations de nitrite d'amyle. Injections d'éther. Boissons émollientes.

*Croton (huile de)* : Vider l'estomac. Boissons émollientes. Opium.

*Cuivre* : Vider l'estomac. Eau albumineuse. Boissons émollientes.

*Cyanhydrique (acide)* : Vider l'estomac. Inhalation de chlore ou d'ammoniaque. A l'intérieur. eau chlorée. Magnésie. Hydrothérapie. Lotions froides sur la tête et la colonne vertébrale. Respirations artificielles. Inhalations d'oxygène. Electricité.

*Digitale* : Vider l'estomac. Astringents. Stimulants.

*Iode* : Vider l'estomac. Eau amidonnée ou panée. Magnésie.

*Iodures* : Limonade sulfurique et ensuite eau amidonnée.

*Morphine* : Vider l'estomac. Astringents. Stimulants. Empêcher le malade de dormir par tous les moyens possibles. Respiration artificielle.

*Nitrate d'argent* : Vider l'estomac. Eau salée. Emollients.

- Oxalique* (acide) : Craie ou magnésie dans de l'eau. Eau de chaux. Purgatif huileux.
- Permanganate de potasse* : Vider l'estomac. Eau vinaigrée, sucrée. Astringents.
- Phosphore* : Vider l'estomac. Essence de thérébenthine. Eau albumineuse. Lait. Inhalations d'oxygène.
- Plomb* : Vider l'estomac. Sulfate de soude ou de magnésie. Eau albumineuse. Soufre et miel : à à 20 grammes.
- Quinine* : Vider l'estomac. Stimulants. Opium. Respiration artificielle.
- Rue et Sabine* : Purgatif. Huile de ricin. Emollients. Eau albumineuse.
- Silicylate de soude* : Vider l'estomac. Boissons excitantes. Opium. Respiration artificielle.
- Santonine* : Vider l'estomac. Boissons stimulantes. Inhalations de chloroforme.
- Strychnine* : Vider l'estomac. Astringents. Chloral. Inhalations de chloroforme. Respiration artificielle. Courant galvanique continu sur la colonne vertébrale.
- Sublimé* : Vider l'estomac. Eau albumineuse suivie rapidement de vomitifs. Eau sulfureuse. Emollients. Stimulants.
- Zinc* (sel de) : Vider l'estomac. Eau albumineuse. Huile de ricin. Astringents.

**Une observation d'hérédosyphylis.** Communication à l'Académie de Médecine, par le prof. FOURNIER, dans *Gazette des Hôpitaux*, 23 oct. 1902.

Il s'agit d'un jeune homme de 34 ans, atteint d'une tumeur du petit bassin, entraînant des troubles de la vessie et du rectum et présentant tous les caractères d'une tumeur maligne. Le malade était pâle, amaigri, presque cachectique. Le professeur Fournier appelé auprès du malade rechercha chez ce malade les stigmates de l'hérédosyphylis, sans résultat. Il les rechercha chez le père du malade et confirma chez ce dernier la syphylis héréditaire. Il compléta alors l'histoire de la famille. Le père avait été syphilitique; douze frères et sœurs étaient morts en bas âge; un de ces deux malades présentait des lésions du fond de l'œil d'apparence syphilitique. Ces raisons engagèrent le professeur Fournier à instituer d'urgence le traitement antisiphylitique: injections sous-cutanées du Benzoate de Mercure: iodure de potassium 6 à 8 grammes par jour.

Trois semaines après il y avait régression évidente de la tumeur; et, deux mois plus tard, elle avait disparu; le malade était guéri.

L'auteur tire les conclusions suivantes: 1° il faudra désormais inscrire les tumeurs du petit bassin simulant le cancer dans le cadre de la syphylis. 2° la cellulite gommeuse est un accident de syphylis héréditaire; indiquant qu'il y a une syphylis héréditaire de l'âge mûr. 3° la syphylis héréditaire, contrairement à ce qui a été écrit, ne présente pas toujours des stigmates. 4° il faudra toujours s'enquérir des collatéraux et du nombre des enfants morts.



## RHINOLOGIE.

**Le rôle des fosses nasales** dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée. DR MIGNON, *Archives Internationales de laryngologie, Otolologie et de rhinologie.*

On sait que la contagion de la tuberculose se fait surtout par l'air. En passant dans les voies respiratoires supérieures, l'air se débarrasse d'une partie de son contenu, en même temps qu'il subit des modifications de pression, de température et d'hygrométrie. Poussières et microbes trouvent dans les fosses nasales de nombreux obstacles qui en arrêtent la plus grande partie, tout en laissant passer l'air. Les microbes diminuent de fréquence à mesure que l'on pénètre dans la profondeur des fosses nasales, étant retenus en grand nombre par les surfaces humides qu'ils rencontrent sur leur passage. A cette raison d'importance capitale, peut s'ajouter l'action plus ou moins bactéricide du mucus nasal. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le bacille de la tuberculose trouvé dans les fosses nasales de sujets indemnes, exposés à des poussières chargées de bacilles. Il nous semble que le mucus nasal a un pouvoir bactéricide relatif, suffisant pour lutter contre certaines infections (bactéridie charbonneuse), insuffisant pour les empêcher toutes (streptocoque). Le bacille de Koch tout en ne perdant pas sa virulence complètement, ne peut échapper entièrement à cette influence, à laquelle s'ajoute l'action phagocytaire des leucocytes que l'on trouve dans les fosses nasales.

Cette hypothèse est d'ailleurs basée sur la clinique ; les fosses nasales sont, nous le savons tous, beaucoup plus refractaires à la tuberculose que le reste de l'arbre respiratoire tout en étant les premières voies exposées à l'infection. Pour que cette défense de l'organisme se fasse dans de bonnes conditions, il faut que la muqueuse nasale ne soit pas altérée par des modifications pathologiques, celles-ci, en même temps qu'elles empêchent sa fonction protectrice, provoquent des troubles favorables à l'infection tuberculeuse. On a souvent l'occasion de remarquer la relation qui unit le coryza et les troubles respiratoires. D'après Freudenthal le catarrhe rétro-nasal doit être considéré comme un des points de départ de la tuberculose pulmonaire.

L'ensemble de ces données nous permet donc d'établir solidement notre opinion et de considérer comme un danger d'infection tuberculeuse le mauvais fonctionnement physiologique de la muqueuse nasale (catarrhe nasal, rhinite atrophique) ou l'insuffisante perméabilité des fosses nasales (rhinite congestive ou hypertrophique, déviations ou crêtes de la cloison, tumeurs kystiques ou autres, végétations adénoïdes, etc.).

Si, au lieu de considérer le sujet sain, toujours plus ou moins exposé à la contagion, nous examinons la situation des malades déjà infectés, nous sommes obligés d'admettre qu'ils partagent les mêmes dangers que les gens bien portants, tout en offrant moins de résistance. De plus l'état des fosses nasales a une influence sur l'efficacité du traitement qu'ils ont à suivre et nous allons chercher à le démontrer. La cure d'air a toujours été considérée comme ayant une importance capitale, et l'on aura beau soumettre le malade aux meilleures conditions ambiantes, comment pourra-t-il en profiter si les fosses nasales entravent la respiration. L'air doit entrer dans les poumons en aussi grande quantité que possible pour favoriser l'hématose. On sait que dans un même

temps et sous en effort égal le nez laisse passer une plus grande quantité d'air que la bouche ; les recherches de Menacl au moyen du rhinomètre le prouvent par des traces pneumographiques. On ne peut donc espérer compenser par la respiration buccale une respiration nasale défectueuse ; nous ne nierons pas du reste les nombreux inconvénients de cette suppléance (pharyngites, laryngites). L'augmentation de la perméabilité nasale en permettant l'absorption de plus d'oxygène favorise la production de l'hémoglobine. Lichtwitz et Sabrazés ont constaté qu'après l'opération le sang des adenoïdiens se modifie dans le sens de la formule normale : il se produit une augmentation des globules rouges, et une diminution des globules blancs ; la première étant due vraisemblablement à une meilleure hématoïse, la seconde à la suppression de tissu adénoïdien. L'insuffisance de l'oxygène n'est pas le seul inconvénient qu'entraîne l'obstruction nasale ; elle empêche l'air inspiré de subir d'utiles modifications.

La muqueuse nasale, en effet, agit sur la température et l'humidité de cet air, souvent trop froid ou trop sec, elle en change la pression pendant l'acte respiratoire, à condition qu'il puisse suivre librement son trajet normal ; tout en se débarrassant des principes nuisibles dont nous avons déjà parlé (microbes, poussières), elle produit dans sa composition des échanges chimiques non négligeables. Goodale a étudié les variations de chaleur, d'humidité, de pression, de trajet, produits sur l'air de la respiration dans les diverses affections des fosses nasales. Il en résulte des changements importants, qui expliquent, en dehors de l'action microbienne, les affections formant le cortège de l'insuffisance nasale, c'est-à-dire le catarrhe non pharyngien, les inflammations bucco-pharyngées, laryngées, trachéo-bronchiques et même l'emphysème provoqué d'une façon expérimentale par Cousteau.

Telles sont les conséquences variées de l'insuffisance nasale ; il est bien évident que si elles agissent sur l'individu normal en diminuant sa résistance à la contagion, elles ont une influence encore plus funeste chez le tuberculeux dont la première partie du traitement consiste à absorber le plus d'oxygène possible et à éviter toute cause pouvant amener un état inflammatoire de l'arbre respiratoire.

Le médecin ne doit donc pas attendre qu'un malade se plaigne de gêne respiratoire pour l'examiner à ce point de vue, s'il s'agit d'un prédisposé à la tuberculose et à plus forte raison d'un tuberculeux.

Nous croyons même qu'il serait important, en raison même du rôle que peut avoir l'habitude, d'indiquer aux malades, l'utilité de respirer exclusivement par le nez ; il est désirable que cette recommandation soit répandue dans tous les milieux sociaux en même temps que celles concernant l'usage des crachoirs, de la désinfection, etc.

L'ignorance seule du danger peut favoriser la contagion quand la respiration nasale est difficile, le médecin doit juger si elle est insuffisante et traiter les lésions presque toujours curables qui l'entraînent. La tuberculose est un danger si grand pour l'humanité que nous ne devons rien négliger pour tâcher d'abord de l'éviter, ou, faute de mieux, pour augmenter les chances de sa guérison.

R. BOULET.

## BIBLIOGRAPHIE.

---

- Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris**, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 fr. (Librairie J.-B. Baillièrre et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).
- Bibliographie Méthodique des livres de Médecine, Chirurgie, Pharmacie, Sciences**, :880-1901, comprenant les ouvrages nouveaux parus à ce jour. . . recevoir cette bibliographie gratuitement et franco, il suffit d'en faire la demande à la librairie Maloine, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.
- La Guérison de la Morphinomanie sans souffrance**, par le DR OSCAR JENNINGS, traduit de l'anglais par M. Albert Ball, 1 volume in-18 cartonné 4 fr. A. Maloine, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.
- Diagnostic Gynécologique, organes génitaux et matrice**, par le docteur CLADO, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu, ancien chef de clinique à la faculté. 1 volume in-18 de 340 pages avec 109 figures 6 fr. A. Maloine, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.
- Leçons de clinique chirurgicale**, par FÉLIX LEGUEU, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. 1 volume grand in-8° de 455 pages, avec 23 figures dans le texte, 12 p. (Paris. Félix Alcan, éditeur).
- L'Eau dans l'alimentation**, par F. MALMÉJAC, docteur en pharmacie, pharmacien de l'armée. Préface de M. F. Schlagdenhauffen, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Nancy. 1 volume in-8° de la bibliothèque scientifique internationale, avec figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 5 francs. (Paris. Félix Alcan, éditeur.)
- Aide-Mémoire des Maladies des Poumons**, par le professeur PAUL LEFERT, 1 vol. in-18 de 273 pages, cart. (Librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.) 3 fr.
- Le Sang**, par le DR MARCEL LABBÉ, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 96 pages, cartonné. (*Actualités Médicales*). 1 fr. 250. Librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.
- Imperial Dictionary and Cyclopaedia**, un nouvel ouvrage original et de haute valeur, en 8 volumes, comprenant tous les mots anglais, leur origine, leur développement, leur orthographe, prononciation, leur sens intime et l'usage habituel, aussi une étude encyclopédique de tous les arts et sciences, avec des définitions embrassant 50,000 mots et sujets différents. Publié par ROBERT HUNTER, A. M. F. G. S. et le Prof. CHS MORRIS, aidés de collaborateurs instruits. T. J. Ford & Co., éditeurs, Toronto.
-

# PHARMACOLOGIE

## FORMULAIRE.

### *Bronchite aiguë.*

Dans les cas légers on provoquera des transpirations au moyen de boissons pectorales, on conseillera des inhalations émollientes, on donnera la formule suivante :

Eau de fleur d'oranger.....80 grammes.  
Sirop de chloral..... )  
Sirop de morphine..... ) àâ 25 grammes.  
Eau de laurier en cerise.. .....10 grammes.

Une grande cuillerée toutes les deux heures. Dans la forme intense on appliquera des révulsifs, vésicatoires, ventouses sèches ; contre l'encombrement des bronches, on donnera un vomitif :

Ipéca.....ogr. 30.à ogr. 50.  
Tartre stibié.....ogr. 01 à ogr. 05.

La température tombe aussi.

Lorsque l'encombrement bronchique a disparu on peut donner une des formules suivantes :

Oxyde blanc d'antimoine.....1 gramme.  
Alcoolature de racine d'aconit..... XX gouttes.  
Teinture de belladone..... } àâ X gouttes.  
Teinture de noix vomique..... }  
Sirop d'ipéca..... } àâ 15 grammes.  
Sirop diacode..... }  
Hydrolat de tilleul.....15<sup>c</sup> grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les 3 ou quatre heures.

(ROBIN).

ou bien :

Goudron ..... }  
Poudre de Dower..... } àâ 2 grammes.  
Poudre de benjoin..... }  
Extrait de racine d'aconit.....ogr. 20 centigr.

Pour 50 pilules—4 à 6 par jour.

ou bien :

Poudre de Dower..... }  
Poudre de scille..... } àâ 3 grammes.

Pour 30 cachets — 3 par jour.

ou bien :

Poudre de Dower..... }  
Poudre de scille..... } 3 grammes.  
Poudre d'eucalyptus ..... }

Pour 30 cachets — 3 ou 4 par jours (1).

---

(1) Extrait du Formulaire aide-mémoire de Roux et Lamanski—Steinheil, éditeur, Paris 1902.

## TABLE ALPHABETIQUE 1902

## Auteurs.

	Page		Page
<b>B</b>			
<b>BABONNEIX :—</b>		<b>DÉCARIE :—</b>	
Les lavages de l'intestin chez		Rapports des séances de la So-	
l'enfant.....	99	ciété Médicale de Montréal.....	
La diète hydrique.....	425	53-104-188-238-304-351-429-726-779	779
<b>BERNIER :—</b>		<b>DE GRANDPRÉ :</b>	
Contribution à l'étude de la ma-		Pathologie et thérapeutique in-	
tière grasse du lait. (En colla-		fantiles.....	752
boration).....	525	<b>DUNÉ :—</b>	
<b>BOUCHER :—</b>		L'approvisionnement de lait de	
La mortalité infantile de la		la ville de Montréal.....	16
naissance à un an.....	531	Au Congrès Allemand.....	43
L'œuvrè de la goutte de lait....	30	Hygiène dans les salons de	
<b>BOULET :—</b>		coiffure de la ville de Montréal.	76
Les sinusites aiguës.....	7	Néphrite chronique compliquée	
Traitement chirurgical de la ké-		de rétinite hémorragique sui-	
ratite en bandelettes.....	535	vie de guérison depuis huit ans.	484
<b>BROCHU :—</b>		Agapes confraternelles.....	602
Discours d'ouverture du congrès		Des médecins et sociétés de se-	
médical de Québec.....	457	cours mutuels.....	655
		Le discours du Prof. Osler.....	776
		<b>DESROCHES :—</b>	
<b>C</b>			
<b>CHAGNON :—</b>		Cessons notre apathie pour l'hy-	
Les aliénés au Canada.....	210	giène.....	594
L'Association médico-psycholo-			
gique américaine.....	300	<b>F</b>	
<b>CLÉROUX :—</b>		<b>FOUCHER :—</b>	
Contribution à l'étude de l'en-		L'ulcère à hypopion à cent ans	
seignement médical (rapport)..	540	d'intervalle.....	557
<b>CORMIER :—</b>		<b>G</b>	
Contribution à l'étude de la ma-		<b>GAUTHIER :—</b>	
tière grasse du lait. (En colla-		Etude critique sur le traitement	
boration).....	525	de la néphrite aiguë.....	214
		<b>H</b>	
<b>D</b>			
<b>DAIGLE :—</b>		<b>HERVIEUX :—</b>	
Troubles et maladies de la nu-		Le traitement des néphrites ai-	
trition.....	569 639	guës.....	35
<b>DE COTRET :—</b>		Mal de Bright.....	95
Etude critique sur l'emploi du		La vaccination et ses contre-	
sérum antistreptococcique dans		indications.....	92
l'infection puerpérale.....		Traitement de la chorée.....	153
136-219-272-335-416-700		Traitement de l'hématémèse... 227	
Du vétratrum viride dans le		Indigestion — Embarras gas-	
traitement de l'éclampsie puer-		trique — Gastrites aiguës.....	292
pérale.....	579	Des injections hypodermiques.. 344	
		Le professeur Brunelle.....	569
		<b>HUGUENIN :—</b>	
		Le rôle du médecin auprès des	
		agonisants.....	47

## Auteurs.

J	Pa	Page
<b>JOYAL :—</b>		
Précision et certitude en médecine.....	403	
<b>JOUBIN :—</b>		
Note sur l'organisation de l'enseignement préparatoire à l'étude de la médecine dans les Facultés des Sciences de France	719	
<b>L</b>		
<b>LACHAPELLE, E. P. :—</b>		
Les progrès de l'hygiène moderne.....	387	
Le banquet des cinquante-annaires.....	371	
<b>LACHAPELLE, S. :—</b>		
Thérapeutique infantile.....	403	
<b>LEGUEU :—</b>		
Les exérèses larges et l'auto-plastie du sein.....	195	
<b>LESAGE :—</b>		
Lettre aux lecteurs.....	3	
Le projet de loi Tellier et le Conseil d'hygiène à l'Assemblée législative de Québec.....	158	
La pratique des accouchements par les femmes.....	393	
L'odyssée d'une typhoïdique....	252	
Premier congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.....	429	
Le Bureau des Gouverneurs du C. M. et C. P. Q. en assemblée à Montréal le 2 juillet.....	434	
Les injections épidurales de cocaïne au point de vue médical.....	470	
Psychologie et digestion.....	711	
La Tuberculose au Congrès de Berlin.....	766	
<b>M</b>		
<b>MARIEN :—</b>		
Volumineux sarcome fuso-cellulaire développé dans la cavité utérine.....	67	
Volumineuse hernie inguinale gauche infectée par la présence d'une grosse arête de poisson... Variété spéciale des cholécystites aiguës suppurées, leur traitement chirurgical.....	332	
Le cathérisme et l'antisepsie des voies urinaires.....	759	
<b>MERCIER, A. :—</b>		
Deux cas de fracture de la colonne vertébrale.....	264	
Un cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse.....	326	
Etiologie et symptomatologie du rétrécissement mitral pur... 743		
<b>MERCIER, O. F. :—</b>		
Un cas de luxation ancienne du coude en arrière traitée et guérie par l'arthrotomie.....	131	
Rein flottant, foie flottant par lithiase biliaire.....	264	
De la suture métallique dans le traitement des fractures.....	500	
<b>MONOD :—</b>		
Traitement de l'appendicite aiguë. Indications et contre-indication de l'intervention.....	490	
De la conduite à tenir dans les contusions de l'abdomen.....	649	
Une opinion sur le P. C. N.....	724	
Du taxis dans Pétranglement herniaire.....	737	
<b>MONTPETIT :—</b>		
Une observation de hernie étranglée.....	286	
Néphrite aiguë dite à rigore....	89	
<b>NORMANDIN :—</b>		
Volumineux sarcome utérin. (En collaboration).....	67	
<b>OSLER :—</b>		
Le chauvinisme en médecine... 673		
<b>PRÉVOST :—</b>		
Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine, basée sur 14 observations personnelles.....	513	547
<b>PLYMPTON :—</b>		
De l'usage de la curette dans la septicémie.....	696	
<b>ST-JACQUES :—</b>		
Le rein mobile au Congrès français d'urologie.....	39	
Traitement de la rétention urinaire.....	329,	408
Traitement du pied-bot paralytique par l'anastomose tendineuse.....	509	
<b>TURGEON :—</b>		
Discours d'ouverture du Congrès médical de Québec.....	453	
<b>VALIN :—</b>		
Deux observations personnelles de lépre nerveuse prouvant sa curabilité et sa contagion.....	611	

## Matières.

A	Page	B	Page
<i>Abdomen</i> .—De la conduite à tenir dans les contusions de l'.....	649	<i>Banane</i> .—La.....	125
<i>Accouchement</i> sans douleurs au cours du tabès dorsalis.....	377	<i>Banquet</i> des cinquantenaires.....	371
<i>Accouchements</i> .—La pratique des accouchements par les femmes.....	233	<i>Breuvage</i> nourrissant.....	375
<i>Adynamie nerveuse</i> .—De l'emploi de la strychnine dans l'.....	315	<i>Bièrr</i> .—La levure de bière dans les pertes blanches.....	316
<i>Agapes</i> confraternelles.....	602	<i>Bill Roddick</i> .....	178, 360
<i>Agonisants</i> .—Le rôle du médecin auprès de.....	47	<i>Blennorrhagie</i> .—Salol dans la.....	123
<i>Allumine</i> .—Recherche pratique de l'.....	122	<i>Bright</i> , mal de.....	95
<i>Alcoolisme</i> .—De l'emploi de la strychnine dans l'.....	315	<i>Bromure</i> de camphre, dans le traitement de l'épilepsie vertigineuse.....	668
<i>Alcooliques</i> .—Valeur du signe de Quinquaud chez les.....	57	<i>Brunel</i> .—Le professeur.....	599
<i>Allaitement</i> pendant les suites de couches pathologiques.....	116	<b>C</b>	
<i>Allaitement</i> et cardiopathie.....	60	<i>Cacodylate</i> de soude dans la Tuberculose.....	376
<i>Aliénés</i> .—Les aliénés au Canada.....	210	<i>Calculéux</i> .—Régime des.....	121
<i>Allemand</i> .—Le congrès.....	43	<i>Caféine</i> et ses sels.....	256
<i>Anastomose tndineuse</i> .—L'anastomose dans le traitement du pied-bot paralytique.....	509	<i>Calomel</i> dans la grippe.....	382
<i>Anesthésiques</i> .—Statistique de la mortalité par les.....	375	<i>Cancer</i> .—Recherches sur le.....	375
<i>Anesthésie générale</i> par le chlorure d'éthyle.....	62	<i>Cancer</i> .—Traitement médical du.....	118
<i>Antisepsie</i> obstétricale.....	443	<i>Cardiopathie</i> et traitement.....	60
<i>Appendicite aiguë</i> .—Traitement de l'appendicite. Indications et contre-indications de l'intervention.....	490	<i>Certitude</i> Précision et— en médecine.....	463
<i>Approvisionnement</i> du lait de la Ville de Montréal.....	16	<i>Chambres</i> à coucher.—Ventilation des.....	125
<i>Arsenic</i> .—Traitement des tumeurs malignes par l'.....	131	<i>Chauvinisme</i> Le—en médecine.....	673
<i>Arthrologie</i> .—L'arthrotomie dans la luxation ancienne du coude en arrière.....	131	<i>Cholécystites</i> aiguës.—Variété spéciale de—suppurées—leur traitement chirurgical.....	992
<i>Association</i> des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.....	167, 236, 296, 429	<i>Chloroformisation</i> .—Dangers de la.....	110
<i>Association</i> médico-psychologique américaine.....	300	<i>Chlorure d'Ethyle</i> pour l'anesthésie générale.....	62
<i>Assurance</i> .—L'assurance sur la vie dans ses rapports avec la médecine.....	111	<i>Cholélithiase</i> .—Traitement de la.....	446
<i>Autoplastie</i> et excrèses larges du sein.....	195	<i>Chlorate de potasse</i> .—Un cas d'empoisonnement par le.....	326
		<i>Chloroforme</i> comme hémostatique.....	383
		<i>Chorée</i> .—Traitement de la.....	153
		<i>Cocaïne</i> .—Les injections épidurales de—au point de vue médical.....	470
		<i>Coliques hépatiques</i> .—L'iodure de potassium dans la.....	382
		<i>Congrès Médical</i> de Québec.....	296, 429
		<i>Congestion hépatique</i> d'origine gastro-intestinale et cardiaque.....	446
		<i>Conseil d'hygiène</i> provincial et la loi Tellier.....	158

## Matières.

Page	Page	
<i>Constipation.</i> —De la—et son traitement..... 669	<i>Empoisonnement alimentaire.</i> — Mode spécial d'..... 786	
<i>Constipation.</i> —Accidents dus à la ..... pendant la grossesse et les suites de couches..... 708	<i>Empoisonnements et contre-poisons</i> ..... 789	
<i>Contre-poisons.</i> — Dans les empoisonnements..... 789	<i>Empoisonnement par le chlorate de potasse</i> ..... 326	
<i>Contusions.</i> — De la conduite à tenir dans les—de l'abdomen..... 649	<i>Empoisonnement au point de vue médico-légal</i> ..... 373	
<i>Convulsions.</i> —Les—de l'enfance.... 313	<i>Enfance.</i> —Les convulsions de ... 313	
<i>Cor—Le</i> —et son traitement..... 383	<i>Enseignement.</i> —Notes sur l'organisation de l'—préparation à l'étude de la médecine dans les facultés des sciences de France. 719	
<i>Corps étrangers</i> dans la cavité péritonéale..... 58	<i>Enseignement médical.</i> —Contribution à l'étude de l'..... 540	
<i>Couches pathologiques.</i> — Allaitement pendant les suites de..... 116	<i>Epidurales.</i> — Les injections — de cocaïne au point de vue médical..... 470	
<i>Curette.</i> — De l'usage de la—dans la septicémie..... 696	<i>Epidydimitr.</i> —Traitement de l'.... 381	
<b>D</b>		
<i>Delirium tremens.</i> —Traitement du delirium tremens par la balnéation froide..... 120	<i>Epilepsie vertigineuse</i> et son traitement par le bromure de camphre et la bromuration sans sel..... 668	
<i>Délivrance.</i> — De la..... 312	<i>Epistaxis.</i> —Remède contre l'..... 383	
<i>Dentition.</i> Sirop de..... 671	<b>F</b>	
<i>Dents cariées</i> et tuberculose..... 124	<i>Fécondité</i> extraordinaire..... 123	
<i>Diarrhée.</i> —Traitement de la diarrhée infantile..... 605	<i>Femmes en couches.</i> —La mort subite chez la..... 377	
<i>Diète hydrique</i> ..... 425	<i>Fièvre typhoïde.</i> —Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants..... 378	
<i>Digestion.</i> —Psychologieet..... 711	<i>Fièvre typhoïde et tuberculose</i> ..... 375	
<i>Discours d'ouverture</i> .....453, 457, 673	<i>Fièvre typhoïde.</i> —Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements froids..... 63	
<i>Douches vaginales</i> ..... 115	<i>Fistule anale</i> et tuberculose..... 310	
<b>E</b>		
<i>Eau froide</i> dans le traitement du delirium tremens..... 120	<i>Foie flottant</i> dans lithiasé biliaire 264	
<i>Eau sédative.</i> —Camphrée. .... 122	<i>Fracture.</i> —Deux cas de fracture de la colonne vertébrale..... 267	
<i>Eberth.</i> — Collections sous-cutanées huileuses à bacille d'..... 308	<i>Fractures.</i> —De la suture métallique dans le traitement des..... 500	
<i>Eclampsie.</i> —Traitement de l'..... 666	<b>G</b>	
<i>Eclampsie.</i> — Du veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale..... 579	<i>Ganglions.</i> — Ablation de ganglions tuberculeux du cou, versus tuberculose miliaire..... 665	
<i>Ecole pour les enfants arriérés</i> ..... 60	<i>Gastrites aiguës</i> ..... 991	
<i>Ecoles publiques.</i> —De la santé des professeurs dans les..... 310	<i>Gastropathies d'origine cardiaque</i> 109	
<i>Écoulements vaginaux.</i> —La levure de bière dans le traitement des 316	<i>Génital.</i> — Du sens génital aux trois périodes de la paralysie générale..... 113	
<i>Embarras gastrique</i> ..... 291		
<i>Embryotomie.</i> —Un cas d'—rachidienne pratiquée sans instrument..... 665		



## Matières.

	Page		Page
<i>Gerçures et crevasses des mains...</i>	383	<i>Intestin. — Lavage de l'intestin chez l'enfant.....</i>	99
<i>Goutte de lait. — L'œuvre de la.....</i>	30	<i>Iode. — La teinture d'iode dans le pansement des plaies infectées</i>	59
<i>Gouverneurs. — Le bureau des gouverneurs à Montréal.. ..</i>	434	<i>Iodure de potassium dans la scarlatine.....</i>	123
<i>Grippe. — Valeur thérapeutique du colomel dans la — .....</i>	382	<i>Iodures. — Absorption des iodures par la peau.....</i>	315
<i>Grossesse extra-utérine. — Contribution à l'étude de la — .....</i>	513, 547	<i>Iodure de potassium dans la colique hépatique.....</i>	382
		<i>Ipécacuanha formules diverses à base d'ipécacuanha.....</i>	317
<b>H</b>		<i>Iressé potion contre l'ivresse.....</i>	122
<i>Hématémèse. — Traitement de l'.....</i>	227	<b>K</b>	
<i>Hémorragie cérébrale. — De la conduite à tenir dans l'hémorragie cérébrale. — Son traitement abortif.....</i>	445	<i>Kératite. — Traitement chirurgical de la — en bandelettes.....</i>	535
<i>Hémorroïdes. — Contre les hémorroïdes proctodentes et non-proctodentes.....</i>	671	<b>L</b>	
<i>Hernie étranglée. — Une observation de.....</i>	286	<i>Lait. — L'œuvre de la goutte de.....</i>	30
<i>Hernie inguinale. — Volumineuse hernie inguinale gauche infectée par la présence d'un corps étranger (arête de poisson).....</i>	323	<i>Lait. — Contribution à l'étude de la matière grasse du.....</i>	525
<i>Herpès génital. — Poudre contre l'.....</i>	122	<i>Lavages de l'intestin chez l'enfant</i>	99
<i>Hygiène. — Cessons notre apathie pour l'hygiène.....</i>	594	<i>Laxatifs froids dans la fièvre typhoïde.....</i>	65
<i>Hygiène moderne. — Les progrès de l'.....</i>	387	<i>Leurre de lièvre. — Traitement des écoulements vaginaux par la... ..</i>	516
<i>Hygiène sexuelle.....</i>	124	<i>Lèpre. — Deux observations personnelles de — nerveuse.....</i>	611
<i>Hygiène dans les salons de coiffure de la ville de Montréal.....</i>	76	<i>Lécithine La — dans la tuberculose</i>	376
<i>Hypodermiques. — Les injections... ..</i>	344	<i>Liniment contre le rhumatisme musculaire.....</i>	671
<i>Hypopion. — Ulcère à hypopion à cent ans d'intervalle.....</i>	557	<i>Luxation ancienne du coude en arrière traitée et guérie par l'arthrotomie.....</i>	131
<b>I</b>		<b>M</b>	
<i>Incontinence d'urine. — Traitement de l'incontinence chez les filles et chez l'adulte.....</i>	381	<i>Marmoreck. — Le sérum de — dans l'infection puerpérale, 126, 219, 292, 335, 416.....</i>	700
<i>Indigestion.....</i>	291	<i>Massage Le — dans la pratique courante.....</i>	252
<i>Infection puerpérale. — Le sérum antistreptococcique dans l'.....</i>	136, 219, 272, 335, 416, 700	<i>Médecine légale. — Les oxyures en.....</i>	124
<i>Injections hypodermiques.....</i>	344	<i>Médecins — Des — et sociétés de secours mutuels.....</i>	655
<i>Injections. — Les injections épidurales de cocaine au point de vue médical.....</i>	470	<i>Mercure dans la syphilis.....</i>	61, 120
		<i>Mitral. — Retrecissement pur.....</i>	123
		<i>Morts. — Respect aux.....</i>	123
		<i>Mortalité. — Statistique de la — par les anesthésiques.....</i>	375

## Matières.

	Page		Page
<i>Morts violentes aux Etats-Unis...</i>	375	<i>Professeurs.— De la santé des professeurs dans les écoles publiques.....</i>	310
<i>Mort subite chez la femme en couches.....</i>	377	<i>Psychologie et digestion.....</i>	711
<i>Mortalité infantile.— Contribution à l'étude de la—de la naissance à un an.....</i>	531	<b>Q</b>	
<i>Morphinomanie.— Traitement de la.....</i>	53	<i>Quinquaud—Le signe de — chez les alcooliques.....</i>	57
<i>Morphine et gastro-entérite aiguë des nourrissons.....</i>	117	<b>R</b>	
<i>Muguet — Traitement du — chez les enfants.....</i>	255	<i>Radioscopie et rétrécissement de l'œsophage.....</i>	662
<i>Mutuels.—Des Médecins et sociétés de secours.....</i>	655	<i>Rein flottant dans l'ithiose biliaire</i>	264
<b>N</b>		<i>Rein mobile au congrès français d'urologie.....</i>	39
<i>Néphrite aiguë dite à frigore.....</i>	89	<i>Régime alimentaire des tuberculeux.....</i>	662
<i>Néphrite aiguë. — Etude critique sur le traitement de la.....</i>	214	<i>Régime des calculeux.....</i>	121
<i>Néphrite chronique compliquée de rétinite hémorragique guérie...</i>	484	<i>Respect aux morts.....</i>	123
<i>Nouveaux-nés. — Traitement de la syphilis des nouveaux-nés.....</i>	667	<i>Rétention urinaire. — Traitement de la.....</i>	329, 416
<b>O</b>		<i>Rétrécissements. — Traitement des — de l'œsophage.....</i>	315, 662
<i>Œsophage.—Traitement des rétrécissements de l'œsophage.....</i>	315	<i>Rétrécissement. — Etiologie et symptomatologie du — mitral par</i>	
<i>Œuvre.—L'œuvre de la goutte de lait à Montréal.....</i>	30	<i>Rétinite hémorragique compliquant la néphrite chronique.....</i>	434
<i>Opiacés.—Les opiacés chez les enfants.....</i>	117	<i>Rhumatisme.—Liniment contre le — musculaire.....</i>	671
<i>Opinion sur le P. C. N.....</i>	724	<i>Roddick.—Le Bill.....</i>	178, 366.
<i>Orchite.—Traitement de l'.....</i>	381	<b>S</b>	
<i>Ovariectomie au cours de la grossesse.....</i>	58	<i>Salol dans la blennorrhagie.....</i>	123
<i>Oxyures. — Recherche des — en médecine légale.....</i>	124	<i>Sarcome fuso-cellulaire dans la cavité utérine.....</i>	67
<b>P</b>		<i>Scarlatine.—Le sérum de Moser dans la.....</i>	787
<i>Paralysie générale.—Du sens général dans les 3 périodes de la....</i>	113	<i>Scarlatine. — L'iode de potassium dans la.....</i>	123
<i>Pathogénie et thérapeutique physiologique.....</i>	569, 639	<i>Sciaticque.—Pommade contre la... 122</i>	
<i>Pied-bot paralytique.—Traitement du — par l'anastomose tendineuse.....</i>	509	<i>Sérum antistreptococcique dans la fièvre puerpérale.....</i>	136, 219, 272, 335, 416, 700
<i>Plaies infectées.—La teinture d'iode dans le pansement des.....</i>	509	<i>Septicémie.—De l'usage de la curette dans la.....</i>	696
<i>Potion contre l'ivresse.....</i>	122	<i>Séro-diagnostic.—Valeur du — dans la fièvre typhoïde chez les enfants.....</i>	57
<i>Précision et certitude en médecine.....</i>	463	<i>Sein.—Troubles digestifs chez les enfants nourris au.....</i>	372

## Matières.

Page		Page
195	<i>Scin.</i> —Les excrèses larges et l'autoplastie du .....	153
57	<i>Signe du Quinquaud</i> chez les alcooliques .....	227
7	<i>Sinusites.</i> —Les — aiguës.....	214
308	<i>Simulateur</i> —L'odyssée d'un.....	605
124	<i>Sommeil</i> sur le côté gauche... ..	61
53, 104, 188, 238, 304, 351, 726, 779	<i>Société médicale de Montréal.</i> Statuts de la Société Médicale .....	61
192	<i>Société médico-psychologique de Québec</i> .....	61
124	<i>Sexuelle.</i> —Hygiène.....	117
375	<i>Statistiques de la mortalité par les anesthésiques</i> .....	113
255	<i>Stomatit.</i> —Traitement de la—chez les enfants.....	121
315	<i>Strychnine.</i> —De l'emploi de la—dans l'adynamie nerveuse et l'alcoolisme.....	124
500	<i>Suture métallique</i> dans le traitement des fractures ... ..	310
374	<i>Surcratation</i> en cure libre dans la tuberculose.....	374
786	<i>Syphilis.</i> —Une observation d'hérédo-syphilis .....	376
61	<i>Syphilis.</i> —Traitement de la syphilis par les solutions mercuriales à doses fractionnées... ..	411
667	<i>Syphilis.</i> —Traitement de la—des nouveaux-nés.....	662
<b>T</b>		
377	<i>Tabès dorsalis</i> et accouchement sans douleur.....	665
158	<i>Taxis.</i> —Les dangers du.....	665
663	<i>Telher.</i> —La loi — à Québec.....	267
403	<i>Tic douloureux</i> de la face et examen de 15 ganglions de Gasser.....	155
671	<i>Thérapeutique infantile</i> .....	121
35	<i>Ténia.</i> —Contre le — chez les enfants.....	121
95	<i>Traitement des néphrites aiguës</i> .....	121
95	<i>Traitement du mal de Bright</i> .....	121
<b>U</b>		
557	<i>Ulcère.</i> —L'—à hypopion à cent ans d'intervalle.....	378
378	<i>Urine.</i> —Traitement de l'incontinence nocturne d'.....	378
<b>V</b>		
267	<i>Vertébrale.</i> —Deux cas de fracture de la colonne.....	155
155	<i>Ventilation</i> des chambres à coucher .....	121
121	<i>Vésicale.</i> —Tuberculose.....	121

## Bibliographie.

	Page		Page
<b>B</b>			
BERNARD-LEROY. — L'illusion de fausse reconnaissance.....	384	phinomanie sans souffrance (traduction par Ball).....	793
BERNHEIM. — La tuberculose et la médication créosotée.....	126	<b>L</b>	
<b>C</b>		L'ABBÉ. — Le sang.....	793
CLADO. — Diagnostic gynécolo- gique—organes génitaux et mam- elles .....	793	LACHAPPELLE. S. — Femme et nurse	126
CORNIL ET RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.....	608	LEFERT. — Aide-mémoire des ma- ladies du poumon .....	793
<b>D</b>		LEGUEU. — Leçons de clinique chirurgicale.....	793
DEBLOIS. — Notes pratiques sur l'Hydrothérapie, l'Electricité et les Rayons X.....	672	<b>M</b>	
DUBOIS ET SAULIEU. — Conférences pour l'Internat des hopitaux de Paris .....	64, 319, 608, 793	MALMEJAC — L'eau dans l'alimen- tation.....	793
DUCLAUX. — L'hygiène sociale.....	64	<b>P</b>	
<b>G</b>		PRÉVOST. — Traité élémentaire de physiologie et d'hygiène privée	448
GILBERT. — Les fonctions Hépati- ques.....	320	<b>R</b>	
<b>H</b>		RAYMOND. — Clinique des maladies du système nerveux.....	318
HOURMOUZIANÈS. — La conjoncti- vité granuleuse.....	384	RÉGNIER. — Radiothérapie et pho- tothérapie .....	128
<b>J</b>		<b>S</b>	
JENNINGS. — La guérison de la mor-		SIGARD. — Les oxydations de l'orga- nismes.....	319
		SAULIEU ET DUBOIS. — Conférences pour l'Internat des hopitaux de Paris.....	64, 319, 608, 793