

AVRIL 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

- 198 — La médication phospho-créosotée dans la tuberculose *Bernheim*
207 — L'ostéotomie trochantérienne..... *Marien*
214 — Lymphadénie leucémique..... *Dubé*
226 — Le traitement de la fièvre typhoïde à l'hôpital Notre-Dame *LeSage*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 244 — La grippe *Hervieux*
-

ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 246 — Tuberculose pulmonaire et non hérédité..... *Lachapelle*
249 — L'œuvre de la goutte de lait..... *Boucher*
252 — L'institut vaccinal de Montréal..... *LeSage*
-

SOCIÉTÉS.

- 255 — La Société médicale de Montréal (séances du 12 février, 12 et 26 mars).....
-

PHARMACOLOGIE

- 259 — Bronchites aiguës et diffuses — Dyspepsie flatulente et crises gastralgiques.
-

BIBLIOGRAPHIE.

- 260 — Manuel d'histologie pathologique..... *Marien*

MEMOIRES

LA MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE DANS LA TUBERCULOSE (1)

Par MM. SAMUEL BERNHEIM et ANDRÉ ROBLOT, de Paris.

(Suite et fin)

IV. — CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES. — LE TERRAIN TUBERCULEUX EST UN TERRAIN HYPOACIDE.

Naguère encore, à la suite des travaux de Bouchard et de ses élèves, on considérait le taux de notre alcalinité humorale comme la mesure de notre résistance aux infections. L'hyperalcalinité était la meilleure défense que nous pouvions opposer aux invasions microbiennes, et c'est elle que, thérapeutiquement, il semblait, *a priori*, utile de réaliser. Or, des travaux récents, inspirés à la fois par une plus rigoureuse observation des faits et par une interprétation chimico-physiologique plus juste, sont venus s'inscrire en faux contre cette conception.

Le docteur Boureau, de Tours, se fondant sur l'antagonisme des terrains arthritique et tuberculeux, et déterminant les différences qui les distinguent dans leur chimisme humoral, a, le premier croyons-nous, émis l'avis que l'antagonisme clinique des deux processus reconnaissait comme raison une différence fondamentale dans leur acidité relative, l'un, processus de résistance à l'infection caractérisé par son hyperacidité, l'autre, processus de défaillance, évoluant sur un terrain hypoacide.

Tout récemment enfin, M. Joulie, généralisant ces données et résumant dans une lumineuse publication "*Urologie pratique et thérapeutique nouvelle*" les faits observés au cours d'une longue expérience et scientifiquement contrôlés, édifiait, avec

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, mars 1901. Ce mémoire a été écrit spécialement pour ce journal.

une grande puissance de déduction, une théorie nouvelle des processus morbides, de la pathogénie d'un grand nombre d'affections et de modes réactionnels que les anciens cliniciens décrivaient sous le nom de diathèses.

Les processus morbides, selon M. Joulie, se peuvent réduire en deux mécanismes pathogéniques: l'hypo et l'hyperacidité, celle-là plus fréquente que celle-ci, et celle-ci, à son ultime période, trouvant souvent sa conclusion dans celle-là. L'hypoacidité humorale, telle est en dernière analyse, et presque toujours, la raison de la défaillance de l'organisme, hypoacidité qui a son reflet et son témoignage cliniquement appréciable dans l'hypoacidité urinaire.

Les maîtres de la clinique, à une époque où la clinique occupait nécessairement (ce qui devrait être encore au surplus) le premier plan de la méthodologie médicale, Trousseau et Pidoux, ne s'y étaient pas trompés, et leur clairvoyance avait deviné ce que nos moyens d'investigation plus précis viennent de découvrir: ils avaient appelé l'attention des médecins sur la cachexie alcaline. On devait en sourire un peu... Parlant des inconvénients reprochés à la médication alcaline en matière de thérapeutique gastro-intestinale, M. Albert Mathieu, disait d'elle " Tout cela n'est pas bien grave, et l'on ne craint plus guère actuellement la cachexie alcaline dont Trousseau et Pidoux ont effrayé les médecins..." L'alcalinité est cependant plus redoutable qu'on ne l'avait cru. Et il est curieux de constater, en passant, que nous ayons mis aussi longtemps à nous en apercevoir.

Ce qui, longtemps, a égaré l'interprétation des faits et leur explication scientifique, c'est, comme le remarque bien M. Joulie, le dogme intangible de l'alcalinité du sang.

" Le sang est alcalin, dit-on; c'est-à-dire qu'une goutte de sang déposée sur du papier rouge de tournesol le ramène au bleu. Mais cela prouve-t-il que le sang possède réellement des propriétés chimiques alcalines? Evidemment non, puisque les bicarbonates alcalins, les phosphates bisodiques et bipotassiques, le bionate de soude, etc... qui sont des sels acides, c'est-à-dire capables de se combiner avec de nouvelles quantités de bases,

possèdent aussi la propriété de ramener au bleu la teinture de tournesol rougie par un acide.

Les caractères d'acidité ou d'alcalinité tirés de l'action des corps sur le tournesol sont donc bien loin de posséder une valeur absolue. . . En 1776, Rouelle, avait affirmé que l'alcalinité du sang était due à de la soude. On l'a ensuite attribuée à la présence d'une petite quantité de phosphate trisodique. Mais, depuis les travaux de Fernet, Meyer, Lüdwig et ses élèves, on sait que le sang contient toujours de l'acide carbonique libre, ce qui exclut absolument l'existence dans ce même liquide, de tout alcali libre, de tout carbonate neutre et de tout phosphate tribasique. L'alcalinité apparente du sang est due, uniquement, à des bicarbonates, les seuls sels à réaction alcaline sur le tournesol capables de coexister avec l'acide carbonique libre. Le sang est, en réalité, un liquide à propriétés chimiques acides puisqu'il contient des sels acides et même un acide libre: l'acide carbonique ”.

On peut donc conclure avec Gautrelet: “ A l'état normal le sang est un liquide de composition chimique acide, comme il est de fonction physiologique acide.”

Et l'on peut dire — toutes choses égales d'ailleurs et se maintenant dans les limites physiologiques—que le coefficient de la résistance morbide a, pour mesure, l'acidité du sang, conséquemment, l'acidité humorale. Nous sommes loin, on le voit, de l'hyperalcalinité protectrice et curative!

Quelles sont donc les conséquences de l'hyperacidité et de l'hyppoacidité hématique?

“ L'hyperacidité du sang, dit M. Joulie, a pour effet d'augmenter sa viscosité et, par suite, de gêner sa circulation qui subit, de ce fait, un certain ralentissement ayant pour conséquence une diminution des oxydations et des échanges et un certain ralentissement de la nutrition. Aussi voit-on généralement coïncider avec la gravéle urique une série de maladies chroniques générales (terrain arthritique, de M. Boureau) faisant partie des maladies par ralentissement de la nutrition décrites par M. le professeur Bouchard.

“ Le défaut d'acidité urinaire résulte au contraire, d'une di-

minution de l'acidité du sang, c'est-à-dire, d'une augmentation de la proportion de bicarbonates et de phosphates alcalins qu'il doit contenir normalement. Or, l'augmentation de ces sels a pour effet de diminuer la viscosité du sang, de le rendre plus liquide, et par suite, de le faire circuler plus vite, pour une même impulsion donnée par le cœur. Il en résulte forcément une augmentation de l'oxygène pris dans le poumon, toutes choses restant égales, d'ailleurs, d'où une intensité plus grande des oxydations et des échanges organiques et, par suite, l'affaiblissement et la consommation si l'alimentation reste impuissante pour réparer les pertes excessives de l'organisme."

Il y a eu en effet, dans ce souci d'activer les échanges cellulaires et d'augmenter les oxydations, une illusion thérapeutique qui a conduit à plus d'une erreur.

On s'est figuré que cette activité des échanges, cette intensité des combustions, synonyme d'une rénovation cellulaire incessante, étaient tout bénéfice pour l'organisme. — Mais, outre que cette intensité des échanges, cette activité fonctionnelle imprimée à tous les organes allait contre une loi de thérapeutique générale qui veut (et nous y avons insisté d'ailleurs, en étudiant longuement la cure de repos chez le phtisique) que l'organe malade soit soumis au repos — la médication alcaline ou la constitution humorale hypocide, en favorisant la circulation plus rapide d'un sang fluide avait pour effet de favoriser, du même coup, la mobilisation des bacilles et de concourir à la généralisation microbienne dans l'économie.

Infériorité constitutionnelle au point de vue résistance et défense — erreur thérapeutique dans le même sens — dans les deux cas, l'hypoacidité, soit naturelle, soit acquise, créait un terrain tuberculisable.

"Tous les auteurs modernes, dit M. Joulie, affirment que les alcalins activent les combustions, mais jusqu'ici, ils ne se sont guère préoccupés de l'inconvénient de les exagérer."

Cet inconvénient, au seul point de vue des maladies microbiennes, de la tuberculose, en particulier, nous venons de l'esquisser. Voyons donc les conséquences pathologiques de l'hypoacidité.

M. Joulie, les énumère :

“ L'anémie, la polyurie, la glycosurie polyurique, les dyspepsies alcalines, les cancers, la scrofule, le pneumonie, la tuberculose et toutes les maladies contagieuses ou microbiennes.

“ En outre, pour nous, il est absolument certain que diverses maladies rattachées par les auteurs à la diathèse arthritique ou hyperacide, parce qu'elles en sont très fréquemment les conséquences, dépendent au contraire de l'hypoacidité. Telles sont, par exemple, la cachexie goutteuse, toutes les maladies consomptives, le rachitisme, certaines néphrites, les gravelles phosphatique et oxalique, la dyspepsie hyperchlorhydrique, les acnées, les hémorroïdes et plusieurs dermatoses, entre'autres, l'eczéma.

“ La grande famille des maladies par ralentissement de la nutrition, décrite par M. Bouchard, devra être divisée en deux branches parce que la nutrition peut se trouver ralentie de deux façons bien différentes : 1° par diminution des échanges organiques, abaissement des oxydations, diathèse hyperacide; 2° par excès des oxydations, dépense dépassant la recette, diathèse hypoacide (Pathogénie du terrain tuberculeux.)

Parmi les conséquences de l'hypoacidité, il en est deux sur lesquelles M. Joulie insiste et qui nous intéressent aussi au seul point de vue de la pathogénie de la tuberculose.

1° La première c'est la fluidité excessive du sang d'où une accélération dans son cours et apparition de la tachycardie. Et l'on sait, du reste, que la tachycardie est la règle chez les tuberculeux. C'est même un bon élément clinique de diagnostic précoce de la tuberculose. N'a-t-on pas dit : “ Chez les tuberculeux, la fièvre est plus au pouls qu'à la température ” ?

2° Mais en outre, à ce dernier point de vue, la deuxième conséquence de l'hypoacidité est l'exagération des oxydations, et, par conséquent, l'élévation de la température centrale. Ainsi se trouve expliquée, beaucoup mieux que par l'influence thermogène des toxines ou des microbes, à une période où rien n'autorise à dire que l'invasion bacillaire soit certaine, cette hyperthermie inquiétante qu'on trouve non seulement chez le phtisique confirmé, mais encore chez le candidat à la tubercu-

lose. C'est le terrain qui se prépare pour l'éclosion de la maladie et la prolifération bacillaire. C'est l'hypoacidité qui, antérieurement à tout envahissement microbien, manifeste son influence par une élévation thermique.

Mais dans tout cela, dirait-on, il n'y a que des conceptions *a priori* des déductions théoriques.

L'observation les confirme-t-elle? Nous avons, plusieurs fois, au cours de ce travail, rappelé les recherches du docteur Bourreau sur l'hypoacidité de la tuberculose et l'hyperacidité de l'arthritisme.

Rappelons-en seulement les conclusions.

Terrain tuberculeux. — Déminéralisé; pauvre en chlorures aux dépens de la chaux et de la potasse. *Hypoacide.*

Terrain arthritique. — Surminéralisé; riche en chlorures aux dépens de la chaux et de la potasse. *Hyperacide.*

Le terrain normal renferme, d'après Gaube:

Azote....	.....15.24
Matières minérales..	.....18.50

M. Bourreau trouve pour le terrain tuberculeux une moyenne de:

Azote.....	.....10.11
Matières minérales...	..... 9

Or, M. A. Robin a démontré qu'à l'état physiologique la quantité d'azote doit toujours être inférieure à la quantité de matières minérales totales. L'azote a pris dans le terrain tuberculeux une prépondérance anormale. C'est un sol *déminéralisé*.

En outre, l'urine du tuberculeux est pauvre en chlorures (moyenne: 2.90 de chlore pour 6 à 10, chiffre normal). L'urée est diminuée dans 68% des cas (Berlioz).

Le coefficient azoté (rapport de l'urée aux matières solides) est abaissé surtout à la deuxième période (39% au lieu de 50%).

Quant à l'acidité totale de l'urine, nous l'avons, comme Bourreau, toujours trouvée diminuée. Cette diminution est d'ailleurs très variable.

Les auteurs s'accordent assez mal sur le chiffre de l'acidité normale.

M. Joulie, au lieu de l'exprimer comme on le fait ordinairement en acide chlorhydrique, acide orthophosphorique ou acide sulfurique monohydraté par rapport au titre, pour des considérations que nous n'avons pas à rapporter ici, trouve plus exact et comme fournissant des chiffres d'une plus grande constance et plus comparables entre eux, de l'exprimer en prenant le rapport de l'acidité urinaire à l'excédent de densité de l'urine sur l'eau, rapport qu'il estime normal quand il se maintient entre 4 et 5. Au-dessous, l'urine est dite hypoacide. Au delà, hyperacide. Si l'on exprime l'acidité par litre en acide chlorhydrique, le chiffre normal oscille entre 1 gr. 50 et 2 gr.

Exprimée en acide orthophosphorique, en acide sulfurique monohydraté, l'acidité normale serait de 0 gr. 849.

Or, si nous exprimons en Hcl, l'acidité urinaire des tuberculeux, nous voyons que le coefficient qui la représente est extrêmement variable.

D'abord, il n'est pas rare de la trouver franchement alcaline.

Plus souvent, l'hypoacidité urinaire varie entre 0 g. 25 à 1 g.

Enfin, le terrain tuberculeux est un terrain qui se déphosphatise. Harcel et G. Daremberg ont montré la relation étroite qui existe entre la tuberculose et la phosphaturie. Quand la dénutrition commence chez le phtisique, dit Teissier, elle se révèle par la phosphaturie. Au début, un tuberculeux perd 3 à 4 grammes de phosphates par litre d'urine; et la phosphaturie ne s'arrête qu'à la cachexie.

V. — CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

S'il est vrai qu'il n'est de saine thérapeutique que celle qui s'inspire de la pathogénie, ces considérations pathogéniques étant posées, quelles conclusions thérapeutiques en tirer?

Comment soignerons-nous le tuberculeux?

Remarquons que, sauf application dans le détail, la thérapeutique de la tuberculose est la thérapeutique de l'hypoacidité.

La première indication est d'instituer un traitement acide. Mais quel acide choisir?

L'acide qui, naturellement, domine dans les tumeurs, dans le sang, dans l'urine et leur communique leur fonction chimique acide.

Or, dit M. Joulie, l'acidité urinaire, reflet de l'acidité humorale, "étant due principalement au phosphate acide de soude, nous avons pensé que l'acide le plus convenable pour atteindre le but envisagé était l'acide phosphorique. Il fallait, en effet, un acide minéral, car tout acide organique eût été détruit par oxydation et n'aurait pu laisser définitivement que de l'eau et de l'acide carbonique. Or, les acides sulfurique, chlorhydrique ou nitrique ne peuvent agir qu'en mettant de l'acide phosphorique en liberté, puisqu'ils trouvent dans le sang un excès de phosphate de soude. Il était donc théoriquement préférable de recourir à l'acide phosphorique afin d'éviter de produire des chlorures, des sulfates ou des nitrates, au moins inutiles..." Cet acide remplit, d'ailleurs, dans l'économie un rôle physiologique des plus importants puisque tous les tissus animaux, soumis à l'incinération, laissent des cendres presque exclusivement composées de phosphates."

M. L. Joulie a reconnu que, suivant les bases auxquelles il s'associe, l'acide phosphorique est plus ou moins utile à la formation de certains organes. Les bases auxquelles il est combiné dans les matières animales sont toujours les mêmes: la chaux, la magnésie, la potasse, la soude, l'oxyde de fer, et, probablement, l'oxyde de manganèse. Les phosphates résultant se retrouvent toujours, tous, dans tous les organes, mais en proportions différentes.

Le phosphate de fer domine dans les globules du sang:

Le phosphate de soude, dans le système glandulaire;

Le phosphate de potasse dans le système nerveux;

Le phosphate de magnésie dans le tissu musculaire;

Le phosphate de chaux dans les os.

Conclusion: Pour relever l'acidité humorale chez le tuberculeux, nous choisirons donc l'*acide phosphorique*. Houvel argumente en sa faveur: chez le tuberculeux plus que chez tout autre malade, la phosphaturie accompagne l'hypoacidité: le choix de l'acide phosphorique pour combattre l'hypoacidité possède également l'avantage de combattre les troubles nerveux qui ont pour conséquence l'élimination exagérée des phosphates.

Voilà pour le terrain — telle en est la thérapeutique. Par

l'acide phosphorique nous relevons son acidité et nous combattons sa déphosphatisation.

Mais toutes les indications sont-elles remplies?

Ce qui fait qu'un sol tuberculisable devient tuberculeux, c'est l'agent spécifique: le microbe. *Le bacille pathogène a donc pour rôle d'actualiser les puissances morbides du terrain.*

Or, le bacille, pouvons-nous le combattre?

Directement, non, tant qu'un sérum ou un bacille anti-tuberculeux n'aura pas été découvert.

Indirectement, oui, si nous nous rappelons ce que nous avons dit du mode d'action de la créosote au début de ce chapitre.

Nous n'y revenons pas:

Deuxième conséquence. — Pour lutter contre le bacille même indirectement, c'est-à-dire pour constituer dans l'organisme un humorisme défensif qui mette en jeu ses puissances phagocytaires et développe peut-être des antitoxines, — faire appel à la créosote.

Conclusion:

D'une part, l'acide phosphorique s'impose;

De l'autre, la créosote.

Le phosphate de créosote, ou plus généralement, la médication phospho-créosotée, un polyéther quelconque capable de se dédoubler en acide phosphorique et en créosote, répondra donc, aussi complètement que faire se peut, en l'état actuel des ressources thérapeutiques dont nous disposons, aux desiderata du traitement de la tuberculose.

Comme nous l'avons dit, d'après nos recherches de laboratoire et nos observations, l'expérimentation et la clinique sont d'accord, en cela, avec la théorie.

De tous les polyéthers créosotés que nous avons étudiés, ceux qui donnent les meilleurs résultats sont ceux qui contiennent un acide éthérifiant phosphoré.

Le phosphate de créosote, type de cette médication phospho-créosotée, agit à la fois: par son acide phosphorique, grâce à sa fonction chimique acide, grâce à son phosphore, pour relever l'acidité, la minéralisation, la phosphatisation du terrain tuberculeux et lui substituer un sol arthritique artificiel; par sa créosote pour combattre indirectement le bacille pathogène.

L'OSTÉOTOMIE TROCHANTÉRIENNE (1)

Par A. MARIEN

Professeur agrégé, chirurgien de l'Hotel-Dieu.

L'ostéotomie trochantérienne est une opération orthopédique qui nous permet de corriger les grandes difformités et de remédier à une pénible infirmité, à savoir le raccourcissement parfois considérable du membre inférieur et son attitude vicieuse, à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie infectieuse de la hanche.

Elle semble nettement indiquée surtout, lorsqu'il s'agit de corriger la position vicieuse du membre inférieur après la guérison complète de la coxalgie.

Dans ce dernier cas principalement, si l'on se rend bien compte de l'anatomie pathologique des lésions occasionnées par la coxalgie, l'on comprend que les autres opérations chirurgicales sont un *leurre*, si elles ne s'adressent qu'aux parties molles, telles que les ténotomies ou les myotomies, ou bien elles sont *insuffisantes* ou *dangereuses* si elles sont aveugles ou brutales, tels que le redressement forcé ou l'ostéoclasie.

L'anatomie pathologique nous démontre en effet que les déviations de la cuisse à corriger après une coxalgie grave, ayant dépassé les deux premières périodes, offrent des caractères multiples et complexes.

Le raccourcissement fonctionnel ou même le raccourcissement apparent du membre inférieur provient d'une triple cause : flexion de la cuisse, adduction ou abduction de la cuisse, ascension de la tête fémorale déformée. Ces trois éléments de la difformité offrent une gravité à peu près égale; la part de chacun d'eux dans le raccourcissement fonctionnel est sensiblement le même dans tous les cas.

La cuisse peut être *fléchie* à un degré variable, et, comme c'est le cas le plus fréquent, une luxation de la hanche, soit en

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal. Séance du 12 mars 1901.

haut et en arrière, luxation iliaque complète ou incomplète, soit en bas, luxation sous-cotyloïdienne, constitue un obstacle sérieux au redressement.

Si la cuisse n'était que fléchie, il suffirait, semble-t-il, pour rétablir la rectitude du membre, de recourir au procédé simple de redressement brusque sous le chloroforme; mais en le pratiquant, l'on fait un traumatisme sur la hanche elle-même, c'est-à-dire sur un foyer tuberculeux considéré comme offensif durant une longue période.

La luxation pathologique de la hanche est une difformité qu'aucune manœuvre n'a jusqu'ici jamais corrigée. Sa réduction doit être considérée comme impossible, et la raison en est facile à comprendre, si l'on se rappelle que la luxation pathologique de la coxalgie n'est en rien comparable aux déplacements traumatiques. Dans la coxalgie, en effet, le déplacement est en quelque sorte secondaire; il est la conséquence de la destruction des surfaces articulaires: ulcération, déformation, atrophie de la tête fémorale; élargissement du cotyle, diminution ou effacement du sourcil cotyloïde. La hanche est plutôt déformée et détruite que luxée, et de plus, elle se trouve solidement fixée dans sa position vicieuse par du tissu fibreux cicatriciel, tissu parfois très épais et très peu élastique; alors même qu'on serait parvenu à abaisser le fémur par des tractions violentes, il n'en résulterait aucun bénéfice, l'on n'aurait pas trouvé le moyen de maintenir cet abaissement momentané; la tête fémorale ne serait pas fixée dans sa position normale où l'aurait amenée la traction violente exercée sur le membre.

L'*adduction* de la cuisse est une conséquence directe de la luxation iliaque; lorsque la tête fémorale s'élève, monte dans la fosse iliaque, le genou se porte en dedans.

Aussi longtemps que la luxation restera non réduite, l'*adduction* persistera; autrement dit, la luxation étant irréductible, l'*adduction* est une difformité qu'aucune manœuvre de réduction ne peut corriger, pas plus la ténotomie que la rayotomie.

L'*abduction* est également le résultat d'un abaissement et d'une fixation solide de la tête fémorale au-dessous du cotyle; les manœuvres de réduction dans ce cas sont également inutiles et insuffisantes.

En résumé, si la flexion de la cuisse semble facile à redresser, on ne peut remédier par aucune intervention au déplacement de la tête fémorale, non plus qu'à l'adduction ou l'abduction de la cuisse.

L'ostéotomie laisse la tête fémorale luxée dans l'état où elle est restée ankylosée après la guérison du foyer tuberculeux; elle agit plus bas sur le fémur. Cet os étant sectionné entre les trochanters, on impose à sa diaphyse et par conséquent à la cuisse telle direction que l'on désire, on corrige facilement la flexion, l'adduction ou l'abduction.

Il est facile de comprendre qu'une fois la flexion de la cuisse corrigée et le membre remis dans la rectitude, le raccourcissement fonctionnel disparaît presque totalement. En effet, lorsque la cuisse était fléchie le sujet marchait avec un bassin incliné en avant, et la région lombaire ensellée; dès que le membre a repris sa rectitude, l'inclinaison antérieure du bassin et l'ensellure disparaissent.

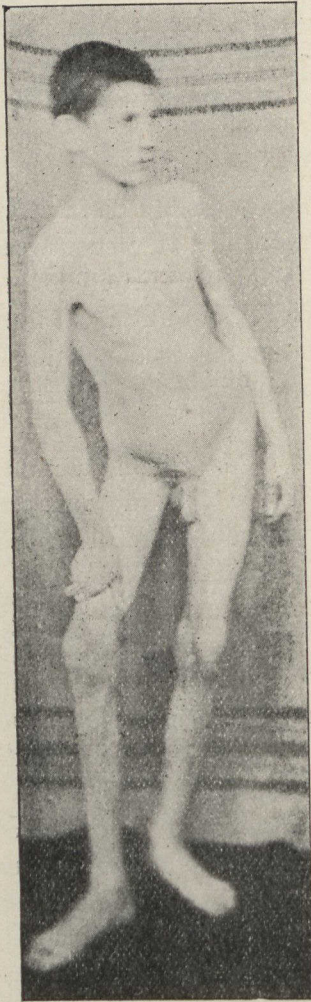
Quant à la déviation du membre, soit en dedans (adduction), soit en dehors (abduction), qui est la cause d'un raccourcissement plus ou moins considérable, suivant son degré, il est évident que l'on obtient un allongement par sa correction.

Cet allongement devient important surtout s'il y a de l'adduction, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent dans la coxalgie.

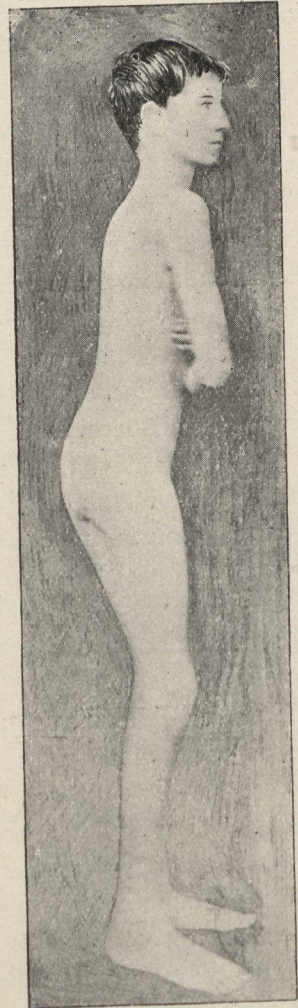
En effet, chacun sait que l'adduction produit un raccourcissement fonctionnel très marqué, le membre malade va jusqu'à croiser parfois celui qui est sain, au niveau du genou.

Lorsqu'après l'ostéotomie trochantérienne, on a remplacé l'adduction pathologique de la cuisse par une abduction, et que l'on rapproche son congénère du membre ainsi modifié dans sa direction, on voit que les deux pieds se trouvent placés à peu près au même niveau; le raccourcissement apparent du membre malade, très sensible avant l'ostéotomie, semble disparu ou très atténué. En un mot, en substituant à une adduction fixe et permanente une abduction également fixe et permanente, la manœuvre de redressement a fait disparaître plus ou moins complètement le raccourcissement fonctionnel.

OBSERVATION. — J'ai opéré, ces derniers temps, avec un résultat satisfaisant, comme vous pouvez en juger par les photographies, un petit malade atteint d'une coxalgie guérie avec luxation sous-cotyloïdienne, abduction et flexion considé-



AVANT



APRÈS

nable de la cuisse; il existait en même temps une flexion du genou de 145 degrés avec une ankylose fibreuse.

Voici son *observation*: Thomas P... âgé de 13 ans m'est

adressé à l'Hôtel-Dieu par mon ami le docteur de Martigny pour une déviation énorme du membre inférieur. Le malade marche très péniblement, car il a un raccourcissement fonctionnel de vingt à vingt-cinq centimètres. Pour poser la plante du pied à terre, il est forcé de se pencher en avant et de s'incliner du côté malade: pour faire un pas il lui faut en quelque sorte projeter en avant son membre ankylosé.

Comme antécédents nous apprenons que son père et sa mère sont encore vivants et bien portants. Une sœur âgée de 18 ans est morte de consommation, il y a un an; cinq autres enfants se portent bien.

Quoiqu'il ait fait de la diphtérie, de la rougeole et de la scarlatine, dans son jeune âge, cet enfant a toujours joui d'une excellente santé, jusqu'au mois d'août dernier: il est robuste et bien développé pour son âge.

Vers la fin du mois de juin dernier, il fit une chute de voiture et tomba sur la hanche: il est certain qu'il ne se fit pas de fractures, car il put se relever et marcher après cet accident sans boiter beaucoup plus qu'auparavant: je dis sans boiter beaucoup plus qu'auparavant, parceque déjà, depuis deux ou trois mois, l'enfant se plaignait d'une douleur au genou (gonalgie), d'une fatigue le soir, en revenant de l'école: il boitait même un peu lorsqu'il avait marché beaucoup.

Environ un mois après sa chute de voiture il fut pris de vives douleurs dans la hanche et présenta tous les symptômes de coxalgie aiguë diagnostiquée par l'entourage "rhumatisme."

Examen du malade à son entrée à l'hôpital. — Le malade se présente à nous avec une cuisse fléchie à 150° degrés environ. L'extension et la flexion sont tout à fait nulles, la cuisse est ankylosée avec le bassin de même que l'articulation du genou qui présente un angle de 14° degrés, la jambe étant fléchie sur la cuisse.

La cuisse est fortement déviée en abduction et il existe une luxation sous-cotyloïdienne. La plante du pied déjetée en dehors du côté malade est à neuf pouces, soit vingt-deux ou vingt-trois centimètres du sol, lorsque le patient se tient debout, en corrigeant la déviation du bassin et de la colonne vertébrale.

L'articulation coxo-fémorale, un peu gonflée, ne présente plus de symptômes douloureux de la coxalgie; il y a bien encore de l'empâtement, mais pas de signes de suppuration.

Ostéotomie. — Le 22 décembre 1900, je fais une bonne incision en arrière du fémur partant du sommet du grand trochanter et descendant à 10 centimètres plus bas; épaisse couche de graisse et de muscles jusqu'à l'os; les lèvres de cette incision sont écartées et je dépérioste ensuite le fémur à la rugine.

Avec un ostéotome solide et un gros maillet de bois dur, je procède à l'ostéotomie intertrochantérienne, en ayant soin de donner à mon ciseau une direction très oblique par rapport à l'axe normal du membre inférieur, afin de corriger mieux l'adduction et la rotation en dehors.

Aussitôt la section terminée et régularisée, la jambe se met dans une excellente position. Comme il n'y a pas de résistance du côté des muscles antéro-externes et internes, je ne sectionne aucun muscle, ni dans le foyer opératoire ni à distance.

Des sutures profondes sont placées sur le périoste et des sutures superficielles sur les parties molles avec un drain dans l'angle inférieur de la plaie. Je procède ensuite au redressement forcé de l'articulation du genou. Pendant ces manœuvres, je sens et j'entends se rompre les brides fibreuses qui maintiennent l'articulation ankylosée en demi-flexion.

Après cela, je fixe, et je maintiens le membre redressé dans la meilleure position possible, à l'aide d'un grand appareil plâtré. Le malade est mis au lit avec un poids de 3 kilos, afin d'avoir une extension continue assez puissante.

Les suites opératoires ont été des plus simples; pas de grandes douleurs après le réveil chloroformique, pas d'élévation de la température, à peu près pas d'hémorragie. Le premier pansement est enlevé au bout de trois semaines, la plaie trochantérienne est déjà presque guérie, malgré la présence du petit drain, qui laisse une légère ouverture à la peau, mais qui sera fermée dans quelques jours. Au niveau du genou cependant, sur le sommet du condyle interne il existe une escharre de la dimension d'un sou causée par la pression très forte de la gouttière sur ce point.

Enfin, après quatre semaines d'immobilisation, l'appareil et les poids sont enlevés et le patient peut se remettre debout et s'appuyer sans aucune espèce de douleur sur son membre opéré: il peut marcher avec une béquille et ensuite avec une canne, sans boiter beaucoup. Il n'existe plus en réalité qu'un faible raccourcissement de un à deux centimètres qui sera facilement compensé par une chaussure à doubles semelles.

L'articulation de la hanche reste, bien entendu, ankylosée, mais l'on peut se féliciter déjà d'avoir ramené le malade dans les conditions des coxalgiques bien guéris qui arrivent à s'accommoder parfaitement de leur raideur articulaire, avec deux membres qui sont d'à peu près égale longueur.

LYMPHADÉNIE LEUCÉMIQUE (1)

Par J.-E. DUBE

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval,
Médecin des Hôpitaux

J'ai l'honneur de présenter aux membres de la Société Médicale l'observation d'un cas de lymphadénie leucémique que j'ai actuellement dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Cette maladie qui n'est pas de pratique journalière est cependant assez fréquente si j'en juge par les cas qu'il m'a été donné de voir.

Je ne veux pas, ce soir, tracer un tableau au complet des lymphadénies leucémiques ou aleucémiques; que l'on me permette seulement de résumer leurs principaux caractères avant de vous communiquer l'histoire de ma malade. Il nous sera plus facile de la classer lorsque nous aurons appris à distinguer les formes diverses de cette maladie.

Sans faire l'historique de cette affection, je puis dire que c'est grâce aux travaux de Hogdkin, de Bennett, de Virchow, Ranvier, Rendu, Trousseau, et bien d'autres encore, que la symptomatologie de la lymphadénie est aujourd'hui assez bien connue.

Les premiers auteurs crurent que cette maladie qui consiste en une hypertrophie des ganglions lymphatiques superficiels et profonds, avec productions lymphatiques dans différents organes, était toujours accompagnée d'une augmentation marquée des leucocytes dans le sang. On ne tarda pas à s'apercevoir que la leucémie pouvait faire défaut. Trousseau créa l'adénie qui consiste en une hypertrophie ganglionnaire sans augmentation des globules blancs. Les savants ont tenté tout d'abord de faire deux maladies bien distinctes de la lymphadénie sans augmentation des leucocytes et de la lymphadénie avec leucémie; mais l'anatomie pathologique a depuis long-

(1) Communication faite à la Société médicale de Montréal, séance du 6 novembre (1900).

temps prouvé par l'entremise de MM. Ranvier et Cornil, que la leucocythémie et l'adénie sont deux variétés d'une même espèce morbide. Les lésions essentielles des différents organes sont en effet les mêmes dans tous les cas : ce sont des tumeurs reproduisant la structure du tissu, adénoïde de His, des néoformations lymphatiques auxquelles Virchow a donné le nom de lymphadénôme d'où le nom de *lymphadénie* qu'il propose pour désigner cette maladie. On sait du reste, depuis longtemps, que la leucémie peut apparaître au cours d'une lymphadénie simple, surtout à une période avancée de la maladie. Aujourd'hui, donc, la question, longtemps pendante entre les unicistes et les dualistes est définitivement jugée.

La lymphadénie est *aleucémique* ou *leucémique* (Gilbert.)

Malgré les nombreuses recherches que cette maladie a suscitées depuis une dizaine d'années, la nature intime de la lymphadénie est toujours entourée d'une profonde obscurité. En effet, s'agit-il d'une néoplasie infectante ou d'une maladie parasitaire : de la tuberculose par exemple, l'avenir le dira sans doute. Comme causes étiologiques de cette maladie on a incriminé toutes les causes banales de débilitation, l'alcoolisme, les fatigues, le surmenage, la misère, les émotions, la tuberculose, la syphilis, la malaria, l'influenza, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la dysentérie et la fièvre typhoïde.

On distingue plusieurs formes de lymphadénie *aleucémique*. Les *lymphadénies ganglionnaire, splénique, intestinale, amygdalienne, testiculaire, cutanée, osseuse*, constituent autant de types distincts qui méritent une description spéciale. Je ne m'arrêterai pas longuement sur chacune de ces formes de la lymphadénie aleucémique que je mentionnerai en décrivant leurs gros symptômes.

Lymphadénie ganglionnaire. — Elle est généralisée ou partielle, celle-ci n'étant que le début de celle-là. Les ganglions du cou, de l'aîne, de l'aisselle, du thorax, du mésentère sont, par ordre, les plus fréquemment intéressés.

Suivant que la maladie débute par tel ou tel groupe de ganglions lymphatiques, l'ensemble symptomatique présente des degrés de variétés. Dans la lymphadénie cervicale, axillaire,

inguinale, les ganglions du cou sont généralement les premiers atteints. "Le lymphadénome ganglionnaire cervical sous-maxillaire débute comme une petite *tumeur* dure, indolente, roulant sous le doigt, découverte le plus souvent par hasard." (Parmentier.) Cette tumeur unique peut durer trois ou quatre mois pour prendre ensuite en se multipliant des dimensions énormes. En provoquant peu à peu, par leur volume qui augmente toujours, des symptômes de douleurs et de compressions, ces tumeurs amènent l'amaigrissement, la cachexie, puis la mort. La lymphadénie qui débute par les ganglions du médiastin est plus difficile à diagnostiquer. "Elle provoque de l'anhélation, des accès de dyspnée, et même de véritables accès de suffocation, avec anxiété, coloration violacée des lèvres, yeux hagards, refroidissement des extrémités, pouls filiforme, inspiration siffante. (Parmentier.) D'autres fois l'attention est plutôt attirée par les troubles de la parole, de la pupille, etc.

Dans la lymphadénie qui origine dans les ganglions mésentériques on peut voir surgir des vomissements, du météorisme, de l'ascite avec développement de la circulation collatérale et production d'hémorroïdes, par l'œdème des membres inférieurs et du scrotum. (Parmentier.)

La lymphadénie peut être généralisée et les malades voient alors des tumeurs se développer par tout le corps, surtout sur les parties latérales du cou, dans le creux axillaire et dans les aines. Le foie et la rate sont quelquefois hypertrophiés dans toutes les formes de lymphadénie que nous venons de décrire, mais c'est surtout dans la lymphadénie splénique que ces organes atteignent de très grandes dimensions. La rate peut descendre jusque dans la fosse iliaque. Le foie dépasse de deux à trois travers de doigt le rebord costal.

L'intervention chirurgicale a été proposée dans certaines splénomégalies douloureuses et graves. Sur les 40 cas de splénomégalie aleucémique avec rate fixe, dont il a résumé les observations, M. Vanverts compte 11 guérisons. Cinq opérés, jouissaient d'une santé excellente. Je ne ferai que mentionner en passant la lymphadénie intestinale, la lymphadénie amygdalienne, la lymphadénie testiculaire, la lymphadénie cu-

tanée, et enfin la lymphadénie osseuse, pour passer immédiatement à la description de la lymphadénie *leucémique*.

Il existe trois grandes formes de lymphadénie *leucémique*: la leucémie splénique, la leucémie ganglionnaire, la leucémie myélogène.

Les formes pures de leucémie splénique, ou ganglionnaire ou myélogène sont peu communes. D'ordinaire la leucémie splénique s'accompagne, après un certain temps, de tuméfaction des ganglions et de lésions osseuses: la leucémie est à la fois splénique, ganglionnaire, osseuse. La forme complexe splénique et ganglionnaire ou généralisée est donc la plus fréquente et doit être prise pour type de description.

La maladie débute par des phénomènes généraux ou locaux.

Les *symptômes généraux* consistent en un affaiblissement général, progressif, en une apathie physique et morale, en un amaigrissement, en une pâleur, que rien n'explique en apparence, ou que tout au moins le malade ne parvient pas à expliquer. Parfois, au contraire, les *signes locaux* sont les premiers qui attirent l'attention. Tantôt et le plus souvent, les malades se plaignent d'une sensation de pesanteur, de tiraillement, de douleur même dans la région de l'hypocondre gauche, ou de troubles gastriques, tels que digestions lentes, pénibles, ballonnement du ventre, tympanisme stomacal. On trouve à l'examen une hypertrophie de la rate, à laquelle s'associeront tôt ou tard de nouveaux signes. Tantôt la tuméfaction de certains ganglions superficiels, des ganglions sous-maxillaires surtout, est le premier symptôme observé. Dès lors s'impose l'examen attentif de tous les ganglions, de la rate du foie, du sang. (Parmentier.) L'adénopathie intra-thoracique qui ne tarde pas à survenir provoque des signes de compression de la trachée et des bronches (tirage et cornage, faiblesse du murmure respiratoire et conservation de la sonorité, toux pénible, sèche, etc.), de l'œsophage (accès de dysphagie), du récurrent (troubles vocaux et respiratoires), du phrénique, du sympathique, des veines (circulation collatérale, œdème, cyanose). (Parmentier.)

La rate s'hypertrophie et devient perceptible à la palpation.

Lorsque l'hypertrophie est considérable l'abdomen est dé-

formé, le flanc gauche devient proéminent, et la digestion se fait difficilement. Le foie s'hypertrophie également. Du côté du tube intestinal, à part des troubles de digestion, il survient quelquefois des vomissements, une diarrhée tenace paroxystique. Le malade leucémique peut présenter des troubles du côté des yeux et des oreilles.

L'anémie est parfois assez prononcée et se reconnaît de loin à la pâleur intense et gris sale des téguments. Les épistaxis, le purpura, les ecchymoses sont les plus fréquentes formes d'hémorragie qu'offre le leucémique.

Comme son nom l'indique la leucocythémie est essentiellement caractérisée par l'excès des globules blancs dans le sang. On sait aujourd'hui que, bien loin de constituer une entité morbide, elle est un caractère contingent de la lymphadénie. Mais elle imprime aux lésions des organes et par là même aux symptômes, un cachet particulier qui mérite de fixer l'attention. L'examen du sang permet de constater un accroissement énorme des globules blancs normaux et atypiques, et une agglutination progressive, avec globules rouges à noyaux plus constants et plus précoces que dans aucune autre anémie.

En prenant pour base l'examen du sang, Ehrlich et Lazarus distinguent deux formes de leucémies :

1° La leucémie par prolifération du tissu lymphoïde. *Leucémie lymphatique* caractérisée par un très grand nombre de cellules lymphatiques ;

2° La leucémie par prolifération du tissu myéloïde : *Leucémie myélogène* caractérisée par un type microscopique résultant de la combinaison des anomalies suivantes :

(a) En dehors des cellules polynucléaires, présence des avant-stades de ces éléments, les leucocytes mononucléaires granuleux ;

(b) Participation à l'augmentation des globules blancs des trois types de cellules granuleuses, les neutrophiles, les éosinophiles et les mastzellen ;

(c) Apparition de formes cellulaires atypiques : cellules en karyokynèse et formes naines de polynucléaires et de mononucléaires, neutrophiles et éosinophiles ;

(d) Présence constante de globules rouges nucléés, souvent en grande quantité. (Parmentier.)

La leucémie ne pardonne jamais; tous les symptômes décrits vont en s'accroissant jusqu'à la fin d'une façon le plus souvent chronique. La durée moyenne est de un à deux ans; la durée maxima de quatre ans, huit ans même. La mort est la conséquence d'une cachexie progressive, d'une hémorragie cérébrale, stomacale, abdominale (rupture de la rate), d'un lymphôme encéphalique, d'une complication de nature infectieuse (pneumonie, érysipèle, etc., etc.) (Parmentier.)

Je ne m'arrêterai pas à une nouvelle forme de leucémie décrite depuis 1889, que l'on appelle *leucémie aiguë*, et qui est caractérisée par la prolifération intensive des cellules des organes hématopoiétiques qui participent tous au processus pathologique. C'est là une différence avec la leucémie chronique où la rate, les ganglions ou la moëlle des os peuvent être touchés de façon prédominante ou isolément.

Laissez-moi maintenant vous dire quelques mots sur la nature de la lymphadénie et de la leucémie telle que les auteurs la comprennent aujourd'hui.

Théorie anatomique. — Jusqu'à ces dernières années la lymphadénie, avec ou sans leucémie a été considérée comme une maladie caractérisée par la production hyperplasique ou hétéroplasique du tissu lymphoïde; la *leucémie* comme un fait important pour les uns, contingent pour les autres, traduisait pour la plupart la suractivité fonctionnelle des organes hématopoiétiques. M. Bard distingue nettement la leucocytémie de l'adénie et des tumeurs des ganglions. Elle représente pour lui le cancer propre du sang d'origine leucocytaire. Cette théorie anatomique est fondée sur la spécificité cellulaire.

Théorie infectieuse. — Depuis l'avènement des doctrines microbiennes, nombre d'auteurs se sont efforcés d'établir l'origine infectieuse de la lymphadénie et de la leucémie, au moyen d'arguments d'ordre clinique et bactériologique.

On a invoqué tout d'abord les conditions étiologiques, la co-existence fréquente de lésions inflammatoires de la peau et des muqueuses, l'évolution de la maladie, cette explosion de tu-

meurs dont parle Trousseau dans l'adénie, la généralisation d'emblée des néoplasies dans certains cas, leurs variations de volume malgré la marche fatale, la présence de la fièvre qui, vers la fin, rappelle la fièvre hectique. Pour M. Bard, l'adénie n'est qu'une adénite infectieuse.

D'autre part, on a vu, dans le sang ou dans les organes des leucémiques, des staphylocoques, des streptocoques, un bacille immobile, pathogène pour la souris, des formes cellulaires semblables aux plasmodies (dans les leucocytes, au cours d'une leucémie myélogène); on a observé, dans la lymphadénie cutanée, des streptocoques, dans la lymphadénie splénique, un bacille d'Eberth; dans l'adénie on a constaté tour à tour des staphylocoques, des streptocoques, le pneumocoque, le bactérium coli, le bacille tuberculeux et des microbes indéterminés.

On a fait observer que le tissu lymphoïde était peu différencié; qu'il pouvait se développer à la faveur d'un processus infectieux; que les altérations anatomiques des ganglions étaient loin d'être toujours identiques; que l'inoculation expérimentale a plus d'une fois démontré la nature tuberculeuse d'une adénie. On a ajouté que la leucémie n'était qu'une leucocytose infectieuse maxima, provoquée par l'infection. N'a-t-on pas soutenue, en effet, que la leucémie était d'origine toxique, et qu'elle pouvait être le résultat d'un excès de nucléine dans le sang (Harbaczewski), d'une surabondance de peptone (Köttnitz), d'une auto-intoxication (Vehsemeyer)?

A ces arguments les partisans de la doctrine anatomique répondent que bien des fois on n'a pu constater aucun microbes dans le sang ou dans les tissus, que les microbes trouvés sont d'une grande banalité, qu'ils peuvent avoir été les agents d'une infection secondaire terminale, qu'enfin, malgré toutes les tentatives d'expérimentation, on n'a jamais pu reproduire ni avec les cultures ni avec les parcelles d'organes, un véritable lymphadénôme.

La question n'est donc pas élucidée. On ne peut nier, cependant, que les faits singuliers de leucémie aiguë plaident en faveur d'une origine infectieuse. On ne peut nier, non plus, que, sous l'apparence clinique de l'adénie, se cache souvent la

tuberculose, et probablement d'autres infections. (Parmentier.)

Passons maintenant au traitement. Il est chirurgical et médical. Dans la lymphadénie leucémique on a tenté la splénectomie et la mortalité a été de 100 pour 100. Il n'est pas plus rationnel, dit M. Blum, d'enlever un rate leucémique que d'extirper des ganglions atteints d'adénéopathie secondaire, en respectant la tumeur qui leur a donné naissance. La splénectomie pour splénomégalie avec rate fixe sans tuméfaction ganglionnaire et sans leucémie, donne une mortalité de 72 pour 100. (Vanverts.)

Traitement médical. — On a tout proposé en fait d'hygiène et de médicaments avec des résultats nuls ou à peu près. De tous les médicaments, c'est encore la médication arsénicale qui compte le plus de succès, au moins immédiats.

La liqueur de Fowler est donnée à l'intérieur ou en injections parenchymateuses. Le cacodylate de soude en injection hypodermique devrait être supérieur à la liqueur de Fowler qui finit toujours par donner des troubles d'intoxications que l'on n'a pas avec la médication arsenicale au moyen du cacodylate de soude.

Quoiqu'il en soit, dans tous les cas de guérison rapportés jusqu'à aujourd'hui, l'amélioration n'a pas duré et, dans chaque cas, la maladie est revenue terminer la scène.

Je regrette, Messieurs, de ne pas pouvoir vous présenter la malade dont je vais maintenant vous lire l'observation.

J'ai cependant fait faire une photographie qui pourra probablement vous intéresser.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une Canadienne-Française, âgée de 34 ans et mère de plusieurs enfants.

Elle me fut adressée à l'Hôtel-Dieu, par mon ami M. le docteur Laurier, qui l'observait depuis quelque temps. On ne trouve pas grand'chose dans ses antécédents héréditaires. Son père est bien portant et est âgé de 45 ans: sa mère qui a eu 13 enfants n'a jamais été malade.

Mariée à 17 ans, notre patiente a eu 9 enfants dont cinq sont morts de méningite et de diphtérie.

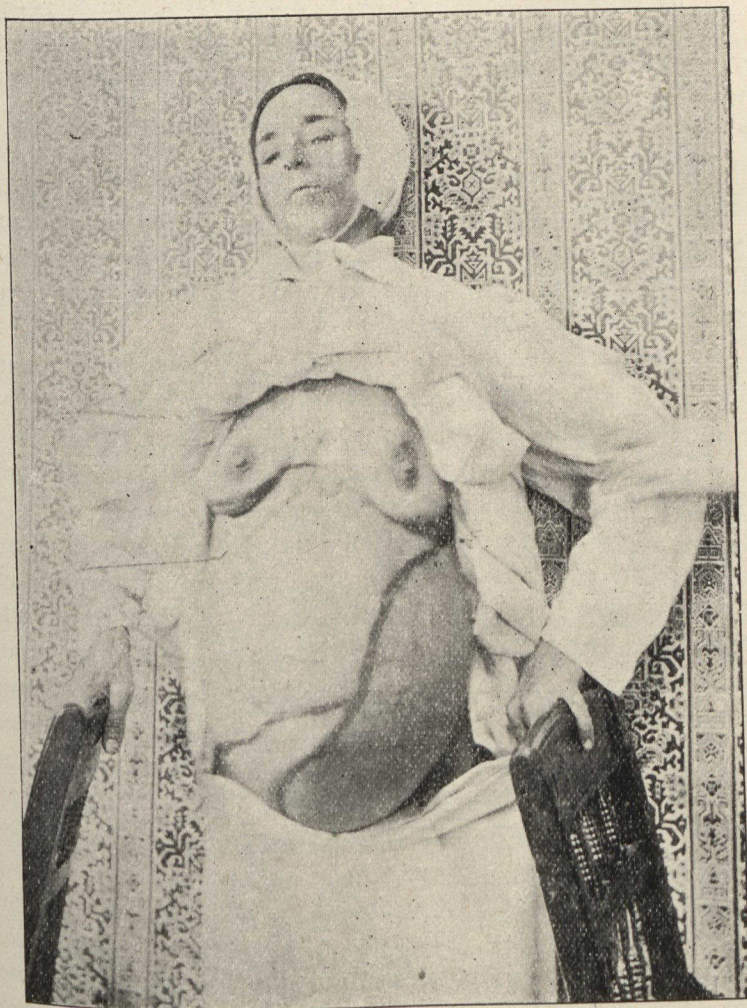
Jusqu'à l'âge de 22 ans elle n'avait jamais été malade. elle eût alors une maladie grave d'une durée de cinq semaines avec perte de connaissance pendant les trois premiers jours.

J'ignore absolument la nature de cette maladie, bien que la malade nous dise qu'il s'est agit d'inflammation de cerveau. Tous les ans elle aurait, paraît-il, de petites attaques semblables. A l'âge de 24 ans, elle commença à souffrir d'une entérite assez grave, qui dura pendant deux années entières. Elle avait jusqu'à dix ou douze selles par jour avec de grandes douleurs intestinales. Depuis cette époque notre malade a toujours eu de la diarrhée: 3 ou 4 selles par jour, mais sans aucunes douleurs. A l'âge de 32 ans elle a fait une poussée de rhumatisme à localisation plantaire, avec des douleurs assez fortes pour l'empêcher de marcher pendant trois semaines. L'hiver dernier à la suite d'une attaque de *grippe* (?) elle est devenue très faible et a commencé à tousser. Sa menstruation a cessé brusquement et n'est pas reparue depuis. Elle constata dès lors de l'œdème des jambes, du bras et du sein gauche, qui a persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Bien qu'elle prétende avoir maigri beaucoup, elle est encore grasse. Elle est de taille moyenne, son teint est pâle, gris sale, ses lèvres sont bieuâtres. Du côté gauche du cou, siègent de nombreux ganglions hypertrophiés formant une chaîne qui s'étend de l'oreille à l'épaule en envoyant un prolongement dans la région sous-maxillaire du même côté. Du côté droit les ganglions sont moins nombreux et moins gros.

On trouve d'autres ganglions dans la région axillaire gauche et droite, mais plus à gauche. Pas de ganglions hypertrophiés dans l'aîne d'un côté ou de l'autre. Il y a sûrement des ganglions augmentés de volume dans le médiastin et cela à cause de la matité que l'on trouve en avant et en arrière vis-à-vis le médiastin, à cause de la toux spasmodique, coqueluchoïde, de la coloration violacée des lèvres produite par la compression veineuse, à cause des accès de dyspnée, de la diminution du murmure vésiculaire dans le poumon gauche et d'un souffle bronchique qui s'entend surtout à gauche et en arrière. Il n'y a pas de troubles pupillaires ou de la parole.

La rate est augmentée de volume, son grand axe mesure 25 centimètres et son petit axe 16 centimètres. Le foie est également augmenté de volume et mesure 18 centimètre de hauteur dans la ligne mammaire. Ces deux organes peuvent facilement



être délimités par le palper. L'hypocondre gauche est très sensible depuis le début de sa maladie. On ne sent pas de ganglions hypertrophiés du côté du mésentère. L'examen du cœur a révélé une sténose mitrale, et l'analyse des urines a dé-

célé un peu d'albumine. La quantité d'urine passée dans les 24 heures est toujours supérieure à 1000 grammes bien que la malade ait toujours de la diarrhée et un peu d'œdème des extrémités. J'ai fait une analyse du sang de cette patiente et j'ai trouvé 50 pour 100 d'hémoglobine, 4,290.000 globules rouges et 142.500 globules blancs. Le nombre de globules rouges correspond à une anémie du premier degré; les globules blancs sont évidemment en trop grand nombre.

En effet, au lieu d'avoir un globule blanc pour 300 ou 500 globules rouges il y a un globule blanc pour 30 globules rouges. L'augmentation leucocytaire porte surtout sur les lymphocytes polynucléaires. J'ai trouvé quelques globules rouges nucléés.

Tous ces symptômes cliniques nous affirment l'existence d'une lymphadénie leucémique.

Cette malade fait remonter sa maladie à de grandes peines morales qu'elle a eues il y a déjà longtemps. Son mari, cultivateur à l'aise vendit sa ferme pour venir s'établir à Montréal et faire du commerce. Ils furent malchanceux, et perdirent tout leur avoir au lieu de s'enrichir comme ils l'espéraient. Ces malheurs ne vinrent pas seuls et la maladie emporta plusieurs de leurs petits enfants. Est-ce là une cause suffisante pour expliquer l'origine de cette lymphadénie? Évidemment non, puisque cette triste histoire de malchance est celle de plusieurs familles sans que, pour cela, la lymphadénie frappe ces malheureux chaque fois. Mais les auteurs se plaisent à donner cette cause comme assez importante et j'ai cru qu'il valait mieux la signaler en passant. La grippe est reconnue comme une autre cause déterminante, et notre malade en a souffert assez sévèrement.

Il ya enfin cette entérite grave de si longue durée dont il faut tenir grand compte. En effet, on la trouve citée dans presque tous les cas de lymphadénie, surtout dans la forme splénique. Or, dans notre cas, la rate est notablement hypertrophiée. Nous avons donc là un ensemble de causes suffisantes pour expliquer l'origine de l'affection dont souffre cette femme. L'évolution de la maladie semble ici avoir subi un moment d'arrêt et même s'il faut croire notre malade les ganglions ont diminué de volume. La chose est possible d'autant plus que

mon ami le docteur Laurier lui a fait suivre un traitement à l'arsenic pendant assez longtemps. J'ai dû cesser ce traitement à son entrée à l'hôpital parce qu'elle commençait à présenter des symptômes d'intoxication. Je me propose cependant de le reprendre bientôt si la malade peut continuer son séjour à l'hôpital.

J'ai voulu profiter de cette communication pour vous présenter ce soir la photographie d'une malade que j'ai eue dans mon service l'an dernier. Cette patiente souffrait d'une lymphadénie leucémique des plus prononcée. Elle ne séjourna que quelques jours à l'hôpital et je n'ai eu que le temps de prendre quelques notes d'observation que j'ai perdus depuis. Agée de quarante ans environ, elle venait d'une campagne éloignée de Montréal. Très pauvre et obligée de subvenir à l'entretien de cinq ou six enfants et de son mari aveugle, cette pauvre femme avait traversé bien des misères et souffert beaucoup de privations. Elle se présentait à l'hôpital avec l'espérance de se faire enlever les tumeurs qu'elle sentait dans son ventre. Vous pouvez avoir une idée du volume de sa rate et de son foie, par cette photographie. Il était facile de sentir ces organes à travers la paroi abdominale amincie. Le bord gauche du foie s'enfonçait sous la rate et celle-ci occupait tout l'hypocondre gauche. Le foie descendait presque dans le bassin. La malade nous avoua avoir eu une grossesse menée à terme, de puis qu'elle sentait ces deux tumeurs. On ne trouvait pas de ganglions hypertrophiés, dans les régions cervicales, axillaires ou inguinales. L'analyse du sang fût faite et je me rappelle que le pourcentage d'hémoglobine était très faible de 20 à 30 pour 100. Les globules rouges très diminués en nombre ne comptaient plus que 4 pour chaque globule blanc. Parmi ces derniers il y a un nombre considérable de cellules éosinophiles et de myélocytes. Vous pourrez facilement en juger par l'examen de cette préparation sèche que j'ai faite de son sang, et que j'ai mise sous le champ du microscope.

Je termine en attirant votre attention sur la nécessité de bien examiner tous les organes des malades qui se présentent à nous.

De cette façon là seulement les cas de lymphadénie, surtout au début, ne passeront pas inaperçus.

LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
A L'HOPITAL NOTRE-DAME (1)

Par J.-A. LESAGE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dans un travail antérieur (2), je disais qu'il n'y avait pas de traitement spécifique de la fièvre typhoïde. Mais une étude comparative des statistiques publiées dans les différents pays d'Europe et d'Amérique m'avait permis de conclure, chiffres en mains que la méthode par les bains froids, dite de *Réca-ier-Brand*, était supérieure à toutes les autres et qu'elle méritait d'occuper la première place dans la thérapeutique de cette affection. " Le traitement par les bains froids, dit Glénard, est une de ces armes précieuses, trop rares, qui rendent le médecin maître de la maladie et qui lui donnent courage dans l'accomplissement de sa haute mission humanitaire."

D'autre part, j'insistais tout particulièrement sur la *cure d'alimentation* venant aider la cure par le *bain froid*, et j'affirmais que les deux méthodes réunies concourent au même but à savoir, empêcher les progrès de l'intoxication, l'une en maintenant la température aussi basse que possible, l'autre en compensant les pertes occasionnées par la dénutrition qui est un phénomène constant dans les grandes pyrexies.

Depuis ce temps, j'ai eu l'avantage avec M. le docteur Gauthier et le professeur Demers, d'appliquer les deux méthodes préconisées antérieurement, et je suis heureux de dire qu'elles ont pleinement réalisé les espérances que nous avons fondées sur elles.

I. ALIMENTATION.

Pourquoi est-il important, urgent même, de donner aux typhiques une nourriture aussi réconfortante que possible?...

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 14 janvier 1901.

(2) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, octobre et novembre 1899.

Parce que les pertes sont quatre à cinq fois plus considérables qu'à l'état normal.

Vaquez, dans une très belle étude (1), a démontré qu'un grand nombre de typhiques mouraient avec tous les symptômes de la faim.

En effet, Messieurs, il est habituel de lire sur les ordonnances, ou même d'entendre dire que la diète lactée est de règle dans la plupart des cas. C'est un reste de l'école de Broussais, car à cette époque, tous les typhiques étaient soumis à une diète absolue et néfaste. Il est facile de se convaincre que l'inanition prend une part trop grande à la symptomatologie de la fièvre typhoïde et que les typhiques ne sont pas nourris comme ils ont le droit et le pouvoir de l'être.

Prenons le *lait*. Quelle est la ration d'entretien journalière pour l'homme sain? On admet généralement que l'équilibre entre les recettes et les dépenses peut être maintenu avec trois à quatre litres de lait de vache. Même à ce taux, si les albuminoïdes sont en proportions suffisantes, les graisses en excès, les hydrates de carbone sont en déficit.

Or, chez le fébricitant, il est prouvé que les pertes sont énormes, et que l'assimilation est diminuée.

Sassetzky et Uffelmann ont constaté que la perte en azote, par les fécès, varie de 3 à 8 % à l'état normal chez l'adulte, tandis qu'elle atteint les chiffres de 24 à 35 % chez l'adulte à l'état de fièvre aiguë. Il est facile de se convaincre, d'après ces chiffres, que les deux litres de lait que l'on prescrit trop souvent sont tout-à-fait insuffisants pour permettre aux typhiques de lutter avec succès contre les pertes organiques: c'est une véritable ration d'inanition. " Sans parler de la perte de poids, dit Vaquez, parfois trop considérable, et qui témoigne du trouble profond apporté à l'organisme, il est certain que l'on constate souvent, chez les malades, quelques-uns de ces symptômes que les anciens mettaient avec juste raison sur le compte de l'inanition plutôt que sur celui de la fièvre typhoïde ".

En effet, Messieurs, le délire, la petitesse du pouls, la sécheresse de la langue, les congestions passives du poumon, la ten-

(1) Voir *Presse Médicale*, avril 1900.

dance aux escarres et aux troubles trophiques sont des symptômes que nous avons tous observés trop souvent et qui ont été expérimentalement démontrés chez des animaux inanitiés.

Ce sont des phénomènes que l'on n'observe pas chez les typhiques convenablement alimentés. D'où l'on conclut que la suralimentation est indispensable chez ces malades.

Mais on m'objectera peut-être que cette méthode peut faire courir aux malades les dangers d'une perforation intestinale: l'intestin lésé se prête peu aux phénomènes de la digestion ordinaire, il faut limiter son travail d'absorption. Je répondrai que le régime lacté exclusif ne fait pas disparaître le danger: au contraire, il est démontré que c'est le lait qui donne les fécès les plus considérables, tandis que le résidu de la viande ne donnerait que 17 grammes d'excréments solides pour 120 grammes de viande fraîche.

Il est donc permis, tout en conservant le lait, d'en diminuer la quantité et d'ajouter certains aliments qui, tout en n'augmentant pas le travail de la digestion, recupèrent les forces, rendent la tâche plus facile pour le médecin et la lutte moins inégale pour le malade.

J'ai vérifié l'exactitude de ces renseignements dans le service de médecine à l'Hôpital Notre-Dame.

Quels sont les *Aliments* que nous pouvons ajouter au lait, sans danger pour les typhiques?...

D'abord, les soupes à la farine — cacahout, farine d'avoine, lorsqu'elle n'est pas laxative pour le malade, farine de riz, en cas de diarrhée trop abondante. Dans les potages au lait, il est permis d'ajouter un jaune d'œuf, une cuillerée à café de *soma-tose*, de *trafon*, ou encore de *protose* (poudres de viandes peptonisées et finement pulvérisées). Les gelées de viandes, le jus de viande frais, sont très bien supportés. Il en est de même des bouillons dégraissés.

A ces aliments nous pouvons ajouter, lorsque la température décroît, des viandes râpées (mouton, jambon). Plus tard, après l'apyrexie complète, — 2 ou 3 jours — on donne les soupes légères, des porrees de terre. Puis la convalescence arrive

avec ses menus choisis parmi les aliments ordinaires, les plus légers et en petite quantité.

Telle est la méthode que nous avons suivie dans notre service et elle s'est généralisée à cause des bienfaits qu'on en a retirés. . .

Quant aux *liquides*, nous les avons donnés en *abondance*. En effet, plus les malades boivent, plus la diurèse est forte, moins l'intoxication se généralise, c'est le grand moyen, pour faire le lavage du rein, ce grand émonctoire de l'organisme. Nous avons vu, en France, le professeur Debove, ériger cette pratique en méthode et administrer six à sept litres de liquide par jour à un seul malade. Il a obtenu, par ce seul moyen, des résultats magnifiques.

Les limonades au citron, le café au lait, le thé faiblement aromatisé, l'eau bouillie, les vins de Bordeaux sont tous des adjuvants précieux dans la suralimentation du typhique.

C'est de tous ces adjuvants que nous nous sommes aidés dans l'alimentation de nos malades.

Voici le menu d'une typhique, tel qu'il est annoté par la Sœur hospitalière, sur la feuille d'observation de Jeanne T. . . couchée au n° 59 de la salle Ste-Marie.

AOÛT 1er.

7 h. a.m. — Une tasse de café au lait.

8 h. a.m. — Un verre de lait et une cuillerée à thé de protose.

10 h. a.m. — Une soupe à la farine d'avoine.

11 h. a.m. — Un verre de lait.

12 h. a.m. — Une tasse de lait de poule (1), une cuillerée à thé de protose.

2 h. p.m. — Une tasse de bouillon dégraissé.

3 h. p.m. — Une soupe à la farine d'avoine.

5 h. p.m. — Un verre de lait — protose.

8 h. p.m. — Un verre de lait

De l'eau à discrétion, des limonades aux citrons dans l'intervalle.

Tel est le régime d'une jeune fille de 19 ans, typhique, au dixième jour de sa maladie. Elle a une température qui oscille entre 100° F., et 103° F., sous l'influence des bains froids.

Le même régime alimentaire a été suivi par tous les autres typhiques.

(1) Le lait de poule consiste dans une tasse de lait contenant un jaune d'œuf battu, très peu de sucre une cuillerée à thé de cognac ou du vin.

II. BAIN FROID

Je dirai la même chose du bain froid, c'est, sans contredit, le meilleur moyen de combattre la fièvre chez les typhiques. Je serai très bref, ici, j'y ai consacré déjà des développements suffisants avec statistiques à l'appui.

Une seule de nos malades n'a pas pu, ou plutôt, s'est montrée réfractaire au bain froid. Chaque bain était suivi d'un frisson intense, avec cyanose des lèvres et de la face. C'était une femme de 37 ans, nerveuse, hystérique. Nous avons essayé de remplacer le bain froid par le bain chaud graduellement refroidi, ou méthode de Bozchard, mais sans plus de succès. Nous croyons volontiers qu'il y a eu, chez elle, un déploiement de scènes simulées pour nous forcer de cesser ce mode de traitement. Nous n'avons pas insisté davantage.

Chez tous, nous avons observé des effets merveilleux.

Tout typhique dont la température dépassait 102 F., était mis au bain froid à 78 F., pour le premier bain; on abaissait graduellement dans les bains subséquents, jusqu'à 68 F. On suivait la méthode classique: douches sur la tête, frictions légères sur les membres, etc. La durée du bain était de dix minutes à un quart d'heure. Le malade était mis dans son lit sans être essuyé, des bouteilles d'eau chaude aux pieds et d'épaisses couvertes sur tout le corps. On obtenait ainsi, à chaque fois, un abaissement de température de deux ou trois degrés. J'ai vu, plusieurs fois, la température tomber de 103 F., à 98 F., $\frac{1}{4}$ d'heure après la sortie du bain.

Il est très curieux en effet de suivre la courbe de la température chez le typhique baigné régulièrement. J'ai apporté, à dessein des feuilles de température qui démontrent à l'évidence l'influence du bain sur celle-ci.

De plus, nous avons eu le grand avantage de suivre jour par jour la marche de la fièvre typhoïde à forme ataxo-adyynamique chez deux jeunes gens âgés, l'un de 20 ans, qui fut traité par les bains froids et l'autre, de 25 ans, qui fut traité par l'expectation.

Le dernier, de 25 ans, arriva dans notre service à l'hôpital avec une fièvre élevée. L'irracibilité de son caractère ne lui

transporter dans une autre salle, où nous pûmes le suivre quoiqu'il ne fût point sous nos soins. Il fut remplacé immédiatement le lendemain, par un jeune homme de vingt ans à peu près, présentant des signes d'imbécillité..

Détail pathogénique intéressant, ce dernier tomba presque aussitôt dans le délire. Bains froids, suralimentation, toniques, injections salines, tel fut le traitement général qui fut suivi avec soin. J'ai apporté ici, la feuille de température. Elle démontre l'influence de l'eau froide. La lutte a été longue mais la guérison était complète après 60 jours. C'est un des cas les plus graves que nous ayons eus. Délire constant, diarrhée profuse.

Je remarque, en passant, que ce malade, qui est imbécile, délire du commencement à la fin de sa maladie. On dirait que la fièvre typhoïde s'ingénie à dépister l'organe affaibli déjà par d'autres causes antérieures ou par hérédité.

Nous avons fait les mêmes observations chez des cardiaques et des pulmonaires. Quant à l'autre, il délira dès qu'il eut cessé les bains, et il mourut au 12^e jour de sa maladie.

Je vous laisse le soin de tirer des conclusions. Mais ces deux malades ont été pour nous d'un grand enseignement.

Je me permettrai quelques remarques générales à propos du bain froid.

Il est dangereux de plonger un typhique dans un bain à une température au-dessous de 75° F., pour la première fois. La réaction est beaucoup trop vive, et on expose à des syncopes chez ceux qui ont un muscle cardiaque affaibli, ou à des perforations intestinales, chez d'autres qui ont un intestin friable. Nous en avons observé deux cas. Ayez une eau qui soit à une température de 78° ou 80° F., pour les premiers bains, l'effet est aussi prompt, en tout cas, il est moins téméraire d'agir ainsi.

Le temps qui s'écoule entre deux bains est variable. Certains typhiques devront être baignés toutes les deux heures, d'autres toutes les trois heures; nous avons des observations de malades qui ont mis sept heures entre le premier et le second bain.

Il faut toujours se guider sur la température: lorsqu'elle dépasse 102° F., donnez le bain.

Les complications habituelles : néphrite, congestion pulmonaire, entérorragie de la première période ne nous ont pas empêchés de donner les bains régulièrement, et les malades en ont retiré les plus grands bénéfices.

III. MÉDICATION.

1° *Les antiseptiques intestinaux* ont été donnés dans le but ordinaire. Ce sont des adjuvants précieux et qui rendent certainement des services. Nous avons donné tantôt le bismuth, tantôt le benzo-naphtol à la dose de 0 g. 50 centig., toutes les trois heures. Mais c'est surtout l'acide borique à la dose de 0 g. 50 centig., toutes les trois heures que nous avons employé. Nous avons choisi de préférence cet antiseptique à cause de son prix peu élevé ; il nous a donné de bons résultats et nous le recommandons dans la pratique générale.

2° *Les toniques cardiaques* jouent un rôle important, et nous leur devons plus d'un succès. Si l'on se rappelle la fréquence et la gravité de la myocardite typhique, on comprendra facilement la nécessité pour le médecin de surveiller le cœur.

C'est le pouls qui doit nous guider.

Le *dicrotisme* est un phénomène constant dans la fièvre typhoïde ; il indique que le myocarde se fatigue ; il faut agir promptement pour prévenir tout danger.

J'ai apporté ici le tracé que donne un pouls dicrote au sphygmographe. Il est type et c'est celui que nous rencontrons le plus souvent. Il nous est arrivé de dépister la fièvre typhoïde au début par ce seul signe.



(Graphique d'un pouls dicrote chez un typhique.)

Le tonique que nous donnons le plus souvent est le camphre en injections sous-cutanées.

Camphre.... .. 10 grammes,
Huile d'olive stérilisée... .. 100 grammes.

30 gouttes toutes les 3 heures en injections sous-cutanées dans le bras, la

jambe, ou dans le flanc. On peut lui associer la strychnine lorsque le pouls est très rapide et mou.

Sulfate de strychnine.... .. 0 g. 05 centigr.
Eau bouillie..200 g.

Une cuillerée à thé toutes les quatre heures, excepté la nuit.

Lorsque le pouls s'est ralenti, 75. 80. 85, on suspend la strychnine pour la prescrire de nouveau si c'est nécessaire.

Par exception, nous avons donné la caféine et la digitaline cristallisée en solution alcoolique, dans deux cas.

3° Les *astringents* ont été employés dans deux cas d'entéro-ragie du début. Nous avons injecté la gélatine qui nous a déjà rendu des services signalés dans d'autres circonstances.

Gélatine (1).... .. 5 grammes,
Eau salée à 7 p. 1000.... .. 100 grammes.

Porter à l'ébullition durant un quart d'heure.

En injections sous-cutanées dans le flanc, 30 grammes On peut répéter la dose douze heures après si c'est nécessaire.

4° Les *injections salines* à 7⁰/₁₀₀ ont été employées dans quatre ou cinq cas. Elles sont indiquées dans la forme ataxo-dynamique. Nous les avons données à ce jeune homme dont je vous ai rapporté l'observation plus haut, tant en injections rectales qu'en injections sous-cutanées dans les flancs. Il en a reçu à peu près 3000 grammes, et nous estimons que c'est grâce à tous ces moyens que nous avons pu le ramener à la santé.

5° Les *expectorants* ont été donnés dans les complications pulmonaires, bronchites, congestions reflexes ou hypostatiques.

Le carbonate d'ammonique à la dose de 0 g. 50 centigr., toutes les quatre heures dans la pneumonie congestive agit bien. La terpine dans les bronchites simples.

Terpine.. ..25 centigrammes.
Codéine. .. 1 centigramme.

Pour une capsule. Ou bien une pilule, 4 à 5 par jour entre le repas.

(1) Il faut avoir soin de bien laver la gélatine dans de l'eau bouillie avant de la faire dissoudre dans l'eau salée à 7 pour 1000. C'est une précaution très importante.

Il faut naturellement faire une désinfection rigoureuse de la bouche par le chlorate de potasse en solution à 2% et du nez par la pommade boricuée.

La *phlébite* a été observée dans trois cas, dont deux chez les femmes. Nous les avons immobilisés au lit durant 30 jours à partir du début, la jambe enveloppée dans une compresse imbibée du chlorydrate d'ammoniaque suivant la méthode de Pignard.

A ce propos, on a critiqué récemment la méthode de l'immobilisation dans ces cas. Dragon, dans un article analysé par M. Hervieux (1) prétend que cette méthode ne produit bien souvent " que raideur, ankyloses et paresse musculaires qui font qu'il est très pénible et quelquefois impossible de retrouver les fonctions d'un membre dont l'usage a été trop longtemps supprimé." D'autre part, Vaquez, dans une communication récente (2) conseille l'immobilisation absolue dans une gouttière de Bonnet pendant les vingt jours qui suivent le début d'une phlébite des grosses veines du membre inférieur. Après ce temps, si l'œdème disparaît, ainsi que la douleur des veines accessibles, il prescrit des frictions superficielles dans le but de favoriser la circulation des réseaux veineux de suppléance. Du 25^e au 35^e jour il fait le massage des muscles, en évitant les gros troncs veineux. Au 35^e jour, le malade se lève, la jambe enveloppée dans un simple crêpe de Velpeau.

Une nouvelle poussée, caractérisée pour une élévation subite de la température, etc. . . oblige aux mêmes procédés. On recommence.

Ordinairement, les malades sont rétablis au bout de cinquante jours.

C'est la méthode que nous avons mise en pratique à l'hôpital. Deux malades ont été immobilisées durant quarante jours: tous sont sortis guéris en moins de soixante jours.

L'*albuminurie* est presque constante. Nous l'avons rencontrée 28 fois sur quarante. Elle apparaît toujours dans le second septénaire pour disparaître à la convalescence.

(1) Voir *Union Médicale*, sept 1901, p. 639.

(2) *Revue interne et de Médecine et de Chirurgie*, 10 déc. 1900.

Nous n'avons rien modifié, dans aucun cas, à cause de cet accident, ni dans le régime alimentaire, ni dans le bain.

Le *séro-diagnostic* a été positif dans tous les cas, moins un. Était-ce dû à la culture qui était vieille, peut-être. En tout cas, c'est une réaction tardive; elle apparaît exceptionnellement avant le 8e ou le 10e jour de la maladie. Je me rappelle un cas où la réaction a été négative durant tout le cours de la maladie. Je maintins le diagnostic de fièvre typhoïde avec le traitement approprié et ce ne fut qu'à la troisième semaine que la réaction fut positive.

L'observation démontre qu'il faut grouper les signes cliniques, qui sont assez nombreux, et s'efforcer de faire le diagnostic précoce afin de donner au malade le bénéfice du traitement dès les premiers jours. Au reste, je suppose, pour un instant, que vous ayez affaire à un cas de gastro-entérite fébrile, ou même de grippe, le bain froid ne fera aucun mal à votre malade. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas. Après quatre jours, le malade était bien et sa gastro-entérite aiguë fut jugulée par le bain.

Telles sont messieurs les quelques remarques que je voulais faire avant de présenter mon rapport pour la session de juillet 1900 à janvier 1901 exclusivement.

Nous avons suivi exactement les règles que je viens d'énoncer.

IV STATISTIQUE.

Nous avons traité, en tout, quarante typhiques dont une est morte de pneumonie double streptococcique à la suite d'une infection puerpérale.

Une jeune fille est morte le jour même de son entrée et un jeune homme a succombé à une péritonite par perforation cinq jours après son admission.

En réalité je pourrais me dispenser de compter la 1re malade morte accidentellement, néanmoins, laissons-la, nous avons donc une mort sur quarante cas: ce qui fait un taux de mortalité évalué à 2.5%.

Comparons avec les années précédentes. Voici le tableau

des mortalités par fièvre typhoïde depuis la fondation de l'Hôpital Notre-Dame:

	Admi	Morts	Percentage
1880-81	9	1	11 p. c.
1882-83	19	3	16 p. c.
1883-84	14	3	21.4 p. c.
1884-85	35	3	8.5 p. c.
1885-86	39	5	12.8 p. c.
1886-87	30	5	16.6 p. c.
1887-88	47	10	21.3 p. c.
1888-89	59	4	6.9 p. c.
1889-90	51	5	9.8 p. c.
1890-91	38	4	10 p. c.
1891-92	20	4	20 p. c.
1892-93	23	3	13 p. c.
1893-94	28	7	25 p. c.
1894-95	19	3	16 p. c.
1895-96	49	9	18 p. c.
1896-97	37	5	13 p. c.
1897-98	42	10	24 p. c.
Total.	583	84	

Ce qui donne une mortalité moyenne de 14%.
1900. du 1er juillet au 31 décembre:

Admis	Morts	Percentage
40	1	2.5 p. c.

Ainsi 2%, voilà le résultat que nous avons obtenu avec le traitement que j'ai exposé en détail plus haut.

Ce tableau nous justifie de toute critique. Il prouve à l'évidence la supériorité de la méthode et l'urgence de la mettre en pratique dans tous les cas où il est possible de le faire.

Au reste, elle devrait être en vigueur dans *tous les hôpitaux modernes*.

A l'Hôpital Notre-Dame, nous avons toute la latitude voulue pour en faire l'application, et nous sommes aidés de Sœurs Hospitalières intelligentes et dévouées, auxquelles je reconnais tous les mérites et dont plusieurs ont pu apprécier la valeur.

V CONCLUSIONS.

1° La suralimentation dans la fièvre typhoïde est importante et contrecarre les progrès de l'intoxication en empêchant la dénutrition ;

2° Le bain froid est le meilleur antithermique dans ces cas. La température de l'eau doit être de 78° à 80° F., pour le premier bain ; on peut l'abaisser à 68° F., pour les bains consécutifs. Le médecin en jugera ;

3° La médication sera simple, l'antisepsie intestinale sera un adjuvant précieux.

Le cœur sera l'objet d'une attention particulière de la part du médecin.

REVUE GÉNÉRALE

GRIPPE

S'il est vrai de dire que la grippe est une affection banale qui, chez une personne, saine d'ailleurs, guérit rapidement sans traitement bien énergique, il n'est pas moins juste d'affirmer que les tarés paient un lourd tribut à cette maladie et que, pour ceux-ci, la grippe est une affection excessivement grave à laquelle l'on ne peut consacrer trop de soins et qui ne peut être négligée qu'au risque d'un très grand péril.

L'on ne connaît pas encore d'agent spécifique contre le bacille de Pfeiffer, l'on sait de plus que ce bacille est très diffusible, et qu'il peut être transmis et par l'air, et par contact direct. L'on sait encore qu'en temps de grippe, les pyogènes vulgaires et le pneumocoque, qui sont nos hôtes habituels ou qui sont les hôtes de l'air, acquièrent une virulence exceptionnelle et peuvent causer des infections secondaires d'une incontestable gravité.

En temps d'épidémie l'on veillera donc, encore plus qu'à se soustraire à l'atteinte du bacille de la grippe, à se débarrasser de ces germes qui peuvent être l'occasion de complications mortelles. A cette fin, l'on fera fréquemment des lavages de la bouche et des fosses nasales avec de l'eau boriquée ou additionnée d'acide thymique (0.50 p. 100) ou avec toute autre solution antiseptique convenable. Les personnes qui soignent les grippés seront surtout fidèles à ces mesures, jusqu'à un certain point, préventives. Les porteurs de maladies chroniques, les vieillards, chez qui la grippe revêt toujours des allures malignes devront être tenus éloignés des malades atteints d'influenza.

Personne n'est à l'abri des atteintes de la grippe, cependant une vie régulière, des habitudes modérées peuvent contribuer à rendre réfractaire à l'infection grippale.

D'après notre énoncé précédent, ne connaissant pas d'agent

curatif spécifique, le traitement ne pourra être que symptomatique et cependant ce traitement ne sera pas le même pour tous les cas de grippe. la thérapeutique sera appropriée aux différentes formes que revêt l'infection et à l'intensité du mal.

La grippe ne se présente pas toujours de la même manière, et bien souvent si ce n'était la connaissance que nous avons de l'épidémie régnante, il nous serait impossible de rapporter à une même infection la grippe à forme pulmonaire et la grippe à forme nerveuse.

Un lien commun à tous les cas de grippe, c'est l'épuisement nerveux que produit une attaque de grippe si légère et si fugace soit-elle. Nous voyons souvent des malades qui ont à peine été touchés pendant un jour ou deux, présenter une convalescence fort lente, caractérisée par une grande faiblesse musculaire, des névralgies rebelles, de l'inaptitude au travail, etc., en un mot souffrant pendant longtemps d'une neurasthénie d'origine infectieuse, très difficile à faire disparaître. Cette action hyposthénisante de la grippe ne doit pas être perdue de vue et le médecin devra employer tous ses efforts à faire triompher le système nerveux de cet épuisement profond.

La grippe même légère s'annonce toujours bruyamment: haute température, céphalalgie intense, courbatures atroces: elle n'est pourtant pas sérieuse et une dose de quinine ou d'antipyrine suffit à faire évanouir tous ces symptômes tapageurs. G. Lyon dit que la *quinine* et l'*antipyrine* sont les remèdes de choix.

Nous avons aussi une grande confiance dans un mélange de *quinine* et *phénacétine*. Cette dernière est, à moins fortes doses que l'antipyrine, un bon analgésique qui fait rapidement disparaître le symptôme général douleur: c'est de plus un antithermique qui abaisse la température en faisant transpirer abondamment ce qui favorise l'élimination au plus haut degré.

L'on pourra donc prescrire:

Antipyrine... .. . 12 grains.
Chlorhydr. ou bromhydr. de quinine. 5 grains.

En un cachet.

L'on fera prendre trois ou quatre de ces cachets, par jour, selon les cas, à une personne adulte.

Ou encore l'on formulera comme suit :

Phénacétine... .. . 5 grains,
Sulfate de quinine... .. . 2 à 4 grains.

Pour un cachet.

Prendre un cachet à toutes les 4 heures jusqu'à effet.

Il est bon de faire suivre l'ingestion de l'un ou l'autre de ces cachets d'un petit verre de grog léger.

Au cours de la grippe les urines ont une tendance à se supprimer rapidement, il sera donc indiqué de faire boire abondamment. L'on vaincra de même la constipation en donnant chaque jour un lavement froid additionné ou non de glycérine. Ces indications se retrouvent dans toutes les formes de grippe.

Les formes graves et malignes de la grippe exigent un traitement approprié. Ces formes peuvent être classées d'après trois types : selon qu'il y aura prédominance des phénomènes nerveux, cardio-pulmonaires, ou gastro-intestinaux.

Grippe nerveuse. — Les douleurs dans les membres, la courbature revêtent ici un caractère d'intensité extraordinaire, ces douleurs peuvent faire croire à la rachialgie de la variole, elles se manifestent souvent sous forme de névralgies atroces qui durent quelquefois longtemps après que toute fièvre est disparue.

La quinine est encore, dans cette forme, le remède de choix, l'antipyrine à doses modérées et associées à la quinine. Le salol, la phénacétine, (huit à dix grains en cachets), le salophène (Hennig à dose de 15 à 75 grains chez l'adulte et de 15 à 30 grains chez l'enfant). Mais d'après Lyon, il vaut encore mieux, pour combattre ces névralgies, s'en tenir à l'antipyrine qui a fait ses preuves et qui, selon le même auteur toujours, s'est montrée supérieure à ces derniers médicaments mentionnés.

Les frictions avec un liniment calmant sont utiles contre les douleurs du dos et des membres.

La quinine, les grands bains tièdes à 32°-34°, répétés plusieurs fois par jour, le bromure de potassium, le chloral chez les

malades qui n'ont pas d'affection cardiaque, seront les moyens mis en œuvre pour combattre le *délire*.

Dans les cas où l'*asthénie* prédomine, il sera indiqué de combattre la *prostration* nerveuse. La strychnine rend alors des services:

Sulfate de strychnine... .. 1 grain.
Eau distillée... .. 5 onces.

F. S. A. — 2 à 3 cuillerées à thé par jour.

où :

Sulfate de strychnine... .. $\frac{1}{2}$ grain.
Benzoate de soude... .. 75 grains.
Eau de vie vieille... .. 5 drachmes.
Eau... .. $3\frac{1}{2}$ onces.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

où mieux :

Sulfate de strychnine... .. $\frac{1}{2}$ grain.
Eau distillée... .. $2\frac{1}{2}$ onces.

Faire 2 ou 4 injections hypodermiques par jour.

La grippe nerveuse peut quelquefois prendre une *forme bulbair*, les malades ont alors beaucoup de dyspnée, sans lésions pulmonaires. M. Huchard, conseille alors la *trinitrine* en injections sous-cutanées:

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100... .. xl gouttes.
Eau distillée... .. $2\frac{1}{2}$ drachmes.

Injecter 3 ou 4 fois par jour le 1/4 d'une seringue de Pravaz.

L'affaissement nerveux qui suit cette forme de grippe sera traité par les préparations phosphorées, glycéro-phosphate de chaux, hémoneurose, etc. Ces toniques sont facilement acceptés et ont un effet reconstituant rapide sur le système nerveux.

Avec les symptômes de *pseudo-méningite*, (céphalalgie violente, inégalité pupillaire, torpeur, délire, machonnement irrégularité du pouls), aux bains tièdes l'on ajoutera des *applications de glace* sur la tête.

Grippe gastro-intestinale. — Ici les symptômes gastro-intestinaux sont prédominants. La langue présente un aspect porcelainé caractéristique (Paisans), ou bien un enduit saburral, bouche amère, anorexie absolue, quelquefois des vomissements

de la diarrhée fétide et même dans quelques cas de la gingivostomatite ulcéreuse ou non comme complication.

L'on prévient tout d'abord les complications du côté de la bouche par des lavages fréquents avec une solution boricuée ou tout autre antiseptique; l'on pourra encore toucher les gencives avec le mélange suivant :

Salol... .. 1½ drachme.
Vaseline... .. 1½ once.

S'il y a un boursoufflement considérable des gencives on se trouvera bien des applications d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et de teinture d'aconit.

Contre l'embarras gastrique, il faut au début administrer un purgatif salin ou le calomel. Les vomitifs chez les sujets forts seulement peuvent être administrés au début, chez les autres ils augmenteraient trop l'adynamie.

L'on fera ensuite de l'antisepsie du tube digestif soit par *benzonalol*, ou bien par *salophène* (10 grains, 3 fois par jour) ou encore par *salol* (5 à 10 grains, 3 fois par jour). Ces antiseptiques seront administrés seuls ou associés à la quinine en cachets.

Les lavages de l'intestin, un lavement le matin et un le soir sont indiqués. L'on pourra avoir recours à l'entérolyse associée aux bains tièdes dans la forme pseudo-typhique de la grippe à localisations abdominales prédominantes.

Il est inutile d'administrer des médicaments pour vaincre l'anorexie. L'alimentation doit être faite par le lait, les bouillons, les limonades vineuses, etc. Il est nécessaire de faire boire abondamment le malade.

Grippe pulmonaire et cardiaque. — La grippe pulmonaire et cardiaque n'est pas, à proprement parler, une grippe survenant au cours d'affection chronique du poumon ou du cœur. Dans cette dernière le traitement est bien souvent illusoire et la grippe est très souvent fatalement mortelle.

Bien que la grippe puisse prendre une forme essentiellement cardiaque, habituellement cependant les troubles cardiaques sont secondaires à une complication pulmonaire aiguë (conges-

tion, pneumonie, broncho-pneumonie) qui met obstacle à la circulation pulmonaire, détermine la dilatation des cavités droites et une asystolie rapide. Le traitement des symptômes cardiaques ne saurait donc être étranger à celui des complications pulmonaires de la grippe et nous étudierons ces derniers au point de vue thérapeutique.

La *trachéo-bronchite* est la forme la plus bénigne et la plus fréquente (toux quinteuse fatigante est le principal symptôme). L'on pourra calmer cette toux par la codéine, l'aconit, etc.

Le sirop de codéine, à la dose d'une cuillerée à thé, à toutes les 2 ou 4 heures, ou des cachets d'un demi grain de codéine aux mêmes heures.

Si l'on veut administrer l'aconit l'on pourra prescrire l'une des formules suivantes :

Teinture d'aconit....	.....	100 gouttes.
Eau de laurier-cerise....	.....	3½ onces.
Sirop de tolu....	.....	10 onces,

Une cuillerée à dessert répétée plusieurs fois dans les 24 heures.

ou encore :

Sulfate de quinine....	.....	} à 30 grains.
Extrait de quinquina....	.....
Extrait de racine d'aconit....	.....	2 grains.

Pour 20 pilules: 3 pilules deux fois par jour. (*Huchard*).

Les vaporisations d'eau boriquée chaude additionnée de benjoin, de menthe, etc., sont très utiles. L'on peut encore charger l'atmosphère de la chambre du malade de vapeurs de goudron et laisser le malade continuellement dans cet air médicalisé.

La bronchite avec expectoration rare, difficile, sera traitée par les expectorants nauséux et les fluidifiants. Nous avons à notre disposition l'ipéca à doses nauséuses associé à l'extrait thébaïque ou simplement le *dover* à petites doses, la scille, les ammoniacaux, etc.

Si au contraire l'expectoration est abondante et purulente, nous aurons recours aux balsamiques, aux térébenthinés. La terpine est ici un excellent médicament en pilules ou en cachets à la dose de 3 à 5 grains, 3 à 5 fois par jour.

Lorsque l'expectoration est franchement purulente, la créo-

sote de hêtre tarit rapidement cette sécrétion. Il faut cependant s'abstenir de la créosote et en général des balsamiques irritants et insister plutôt sur la médication tonique si l'on a affaire à une forme trainante simulant la tuberculose.

Contre la *congestion pulmonaire*, Grasset recommande d'abord l'ipéca à hautes doses comme médicament de choix.

Ipécac... ..	30 grains,
Ecorce d'orange amère... ..	60 grains.
Eau bouillante... ..	3½ onces.

Laissez infuser, et ajoutez :

Sirup de polygala ou de fleurs d'oranger. 1 once.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Cette potion est généralement bien supportée; elle est contre-indiquée quand l'adynamie est profonde.

La poudre de Dover associée à la quinine remplit aussi le but. La révulsion, inutile dans les formes plus graves, est utile quand il n'y a que simple congestion.

S'il y a des hémoptysies abondantes l'on aura recours à l'injection d'ergotine. Avant tout, il importe de soutenir le cœur par les stimulants et les toniques cardiaques.

Contre la pneumonie et la broncho pneumonie, il faut mettre en œuvre les moyens de traitement de la pneumonie que nous avons déjà publiés dans un numéro précédent et insister surtout sur l'emploi des stimulants alcooliques, et tonifier le cœur énergiquement par des injections de caféine, de sparténie, d'éther, de strychnine, d'huile camphrée.

S'il existe de l'asystolie aiguë par dilatation, l'on aura recours à une dose de digitaline d'un demi-miligramme précédée ou non d'une légère saignée, mais l'on ne répètera pas cette dose de digitaline le jour suivant.

Les autres complications de la grippe de moindre importance v. g., celles qui surviennent du côté des yeux, des oreilles, du nez, etc., requièrent le traitement spécial ordinaire à chacune de ces affections.

Remarquons encore une fois que l'on pourra la plupart du temps prévenir ces affections locales compliquant la grippe en recourant dès le début aux soins d'antisepsie convenables.

H. HERVIEUX.

ACTUALITÉS MÉDICALES

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET NON HÉRÉDITE

Le congrès anti-tuberculeux convoqué à Ottawa, sous le haut patronage de Lord Minto, a passé une résolution adoptée à l'unanimité, dans laquelle il est dit: " Considérant surtout l'enseignement scientifique qui prouve à l'évidence la *non hérédite*, la curabilité, aussi bien que le peu de danger de contagion pour les tuberculeux, au début de la maladie."

Voilà une déclaration qui semble être empreinte du cachet ineffaçable de l'ex-cathédra, puisque nous la voyons prononcée par une convention, où figurent quelques sommités médicales de notre pays.

" *L'enseignement scientifique qui prouve à l'évidence la non-hérédité de la tuberculose.*" est-ce bien vrai cette affirmation? le contraire nous a pourtant toujours été enseigné; voilà qui nous paraît beaucoup plus évident. Voyons un peu.

Le professeur Straus, dans son savant ouvrage " La tuberculose et son bacille ", dit: " S'il est une notion solidement établie en médecine, c'est celle de l'hérédité de la tuberculose."

Il y a deux sortes d'hérédité: l'hérédité de graine, nous affirme Landouzy, et l'hérédité du terrain, ajoute Bouchard.

L'hérédité directe, de graine, l'hérédo-contagion, est prouvée par des faits cliniques nombreux, cités par Charrin, Basti, Neckel, Jacobi, Sabouraud, Landouzy et ses élèves.

Elle est prouvée également par des faits expérimentaux. Les fœtus ne présentent à l'œil nu, bien souvent, aucune altération, et rien ne pouvait faire prévoir, qu'en inoculant une partie de leurs organes à des cobayes, on rendrait ceux-ci tuberculeux; cependant, la tuberculose fut inoculée. Ces fœtus contenaient des bacilles, disent les expérimentateurs, mais ils n'avaient pas eu le temps d'organiser des lésions tuberculeuses: macroscopiquement les organes étaient sains, microscopiquement, non.

Les placenta tuberculeux sont fréquents; ce sont eux qui ont servi souvent à faire les inoculations; le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE, cite un cas de ce genre, analysé dans les archives de Médecine des Enfants, l'an dernier: devant un seul fait prouvé, toutes les négations tombent.

Non, l'hérédité de graine, ne peut être niée sans faire une erreur doctrinale.

L'hérédité indirecte est encore moins discutable.

L'enfant vient-il au monde tuberculisable? Oui, nous répondent encore Charrin, Roger, etc., qui inoculent à une femelle, voire même à un mâle, des toxines bactériennes et qui nous représentent les produits de la conception, chétifs, rabougris, résistant mal aux infections, et qui appliquent ces derniers à la tuberculose.

Ce sont des diathésiques, des déshérités, des types chargés d'erreurs physiologiques.

Lisez le portrait photographie, qu'en fait Landouzy, et vous vous avouerez à vous mêmes, que, ce portrait là, vous l'avez rencontré souvent.

Il ne faut pas croire, cependant, que tous les enfants tuberculeux présentent ce type; ils peuvent naître souvent bien constitués.

L'histoire des enfants assistés, à Paris, envoyés en province, nous montre combien cette hérédité existe; ceux qu'on envoie sur les plages antituberculeuses de la mer, sont physiquement transformés, ceux qui restent dans la fournaise ardente de la grande ville, s'étiolent et meurent phtisiques.

La tuberculose de la rougeole, de la coqueluche, semble éclore naturellement chez tous les petits adénopathes.

Voilà la vraie doctrine, *enseignée à l'évidence*, et qu'on vient, d'un trait de plume, sans hésitation, sans discussion, sans dissidence, de rayer, dans une résolution, qui a fait déjà le tour du monde. Nous comprendrions plus facilement semblable déclaration dans une assemblée d'officiers de santé, de contagionistes par état.

Evidemment les deux sources de la maladie sont l'hérédité et la contagion, et la contagion, théorie nouvelle, veut expliquer tout: le bon vieux Pasteur ne pensait pas que ses enfants iraient

aussi loin; on peut être son élève sans être extrémiste, on peut admettre la contagion, sans nier l'hérédité; on peut même affirmer que la contagion joue le plus grand rôle, mais le dernier mot de la science, nous croyons l'avoir démontré, n'est pas celui qui fait le sujet de cet article.

Brieux, dans sa comédie, "l'Évasion," fait bien déclarer à son principal personnage mourant, qu'il ne croit pas à l'hérédité qu'il a prêchée toute sa vie; Brieux est un contagioniste!

M. de Vogué est plus vrai, lorsqu'il se fait le défenseur de la vieille doctrine, et qu'il donne à son livre, sur le parlementarisme français, le titre pénétrant: "Les morts qui parlent!"

Nous résumons ce que nous croyons être la vraie doctrine médicale, qui a été celle de tous les temps, et qui reste toujours debout: il y a deux hérédités, l'hérédité de graine et l'hérédité de terrain; les contagionistes ne peuvent les nier; pour cela, il faudrait nous donner une définition que nous ne connaissons pas encore, en inventer une troisième.

Le nombre de nos vérités médicales n'est pas assez grand, pour en laisser sacrifier aussi facilement une des plus inébranlables, sans crier, gare!

SÉVERIN LACHAPELLE.

Professeur de pathologie générale.

L'ŒUVRE DE LA GOUTTE DE LAIT

L'an dernier, à la séance du Comité d'Études Médicales du 13 février 1900, le docteur Dubé faisait un appel aux membres présents, en faveur des petits enfants et suggérait l'idée de fonder une œuvre dans le but d'en diminuer la mortalité, qui est énorme, et dont les causes principales résident dans le manque d'hygiène et la mauvaise nourriture.

Il est très difficile, à Montréal, de se procurer du lait recueilli avec soin, et le plus grand nombre ne peuvent se procurer les instruments nécessaires pour le rendre convenable à la consommation des bébés.

Le Comité d'Études Médicales n'a pas pu prendre en mains cette œuvre. Il n'était pas encore régulièrement organisé, et surtout il ne siégeait pas dans le temps durant lequel cette œuvre devait fonctionner, c'est-à-dire, en été.

Quelques médecins, ayant à leur tête MM. les docteurs Dubé et Cormier, ont cru devoir prendre l'initiative d'un projet, qui, nous l'espérons, recevra l'approbation de la Société Médicale de Montréal.

PROJET.

Ce projet consiste à distribuer du lait stérilisé ou maternisé aux jeunes enfants et à donner aux mères les instructions nécessaires sur l'hygiène infantile.

La distribution sera gratuite pour les pauvres munis d'un certificat du médecin, les autres paieront à peu près le prix de revient. Le lait sera acheté d'un fermier qui suivra les instructions d'un médecin chargé de veiller sur l'aménagement et la tenue de la vacherie, la traite du lait et tout ce qui est du domaine du producteur. Les vaches seront testées contre la tuberculose.

Apporté dans un laboratoire bien outillé et pourvu d'employés bien dressés, le lait sera stérilisé, préparé suivant les besoins, c'est-à-dire, coupé, sucré au sucre de lait et réparti dans

des bouteilles stérilisées pour être transporté dans des dépôts où les gens viendront le chercher.

Ces dépôts de distribution seront sous la surveillance de médecins qui donneront les instructions d'hygiène aux mères, régleront l'alimentation des enfants, pèseront et examineront les bébés qui devront être apportés au moins une fois par semaine.

Les médecins pourront traiter les enfants malades des pauvres, mais ils devront renvoyer les autres à leur médecin de famille.

Pour arriver à ce but, nous allons former une société d'hommes et de femmes dévoués qui s'engageront à travailler de toutes leurs forces au bon fonctionnement et au succès de l'entreprise.

La société sera dirigée par un bureau de direction général aidé par différents comités. Ce bureau devra faire les affaires générales de la société, recevra les fonds, les administrera, paiera les dépenses, etc., il rendra compte aux membres en assemblée une fois l'an.

Les comités seront : un comité composé de médecins, et un ou plusieurs comités composés de femmes, qui devront recueillir des souscriptions pour payer les dépenses de l'entreprise et former un fonds dont le surplus pourra servir à créer d'autres œuvres.

Nous croyons, messieurs, que nous réussirons avec l'aide de tous nos amis et de toutes les influences qu'ils voudront bien mettre à notre disposition.

Nous n'avons pas, devant une assemblée de médecins, à démontrer la nécessité d'une telle entreprise, vous avez tous constaté, dans le dernier rapport du Conseil d'Hygiène de notre province, l'effroyable mortalité chez les enfants de 0 à 1 an, 10.-468, morts sur 60,345 naissances, soit *en moyenne une mort pour cinq naissances*. Si nous jetons un coup d'œil sur les statistiques de la ville de Montréal et que nous ne considérons que le chiffre de la mortalité par diarrhée et gastro-entérite infantile, nous voyons que 1238 enfants de 0 à 1 an sont morts; le total des

naissances étant de 7,418, nous arrivons à la proportion de 1 mort pour 6 naissances à peu près.

Nous arriverons, sans aucun doute, à diminuer considérablement cette mortalité: les statistiques publiées par les villes où cette œuvre existe nous en donnent la certitude. A Rochester, par exemple, prenant, pour chiffres de la mortalité avant la distribution du lait, ceux des trois dernières, où il y avait eu moins de décès par diarrhée et gastro-entérite infantile, et les comparant avec ceux de la première année d'exercice pour ce système, nous arrivons à une diminution de $\frac{1}{5}$. A cause de l'importance de l'œuvre, nous espérons que la Société Médicale voudra en accepter le patronage. Avec son appui, nous irons avec plus d'assurance devant le public, pour l'inviter à souscrire et à travailler avec nous.

Les directeurs d'un grand journal quotidien nous ont déjà promis leur aide. Ils feront connaître l'œuvre au public, en lui disant l'avantage qu'il peut en tirer et en l'invitant à souscrire, ils souscriront eux-mêmes.

Plusieurs d'entre vous, nous le savons, nous prêteront leur concours en prenant soin des dispensaires.

Avec l'aide de la Société Médicale de Montréal, du journal *La Patrie*, et avec l'aide de chacun d'entre nous, nous conserverons à la vie un grand nombre de bons petits Canadiens.

SÉRAPHIN BOUCHER.

L'INSTITUT VACCINAL DE MONTREAL

Le 2 avril dernier, les membres de la Société Médicale de Montréal, se réunissaient en séance spéciale dans les salles de l'Institut vaccinal de Montréal.

Le but de cette réunion était d'initier les membres au *modus operandi* de l'inoculation chez les génisses et des moyens que l'on emploie pour obtenir un vaccin qui soit recommandable à tout point de vue.

Fondé depuis deux ans bientôt par MM. les docteurs Archambault et Leduc, cet institut est avantageusement situé sur le versant de la montagne et complètement isolé des habitations environnantes.

Sans vouloir donner une description détaillée de l'édifice, nous nous arrêterons à la description très sommaire des quelques salles importantes de l'institut.

1° *La salle d'observation*, de grandeur moyenne, est éclairée à l'électricité et chauffée à l'eau chaude, comme, du reste, toutes les autres chambres. Le plancher est en ciment, le plafond et les murs sont en tôle galvanisée. C'est dans cette salle que les génisses font leur début dans la vie expérimentale. Elles y sont lavées, brossées, nettoyées, etc., j'oserais dire aseptisées. De là, elles passent dans une autre salle.

2° *Salle d'opération*. C'est ici que les génisses sont inoculées: c'est ici également qu'on recueille le vaccin pour le distribuer dans des tubes ou sur des pointes.

Cette salle est parfaitement éclairée et l'aération continue est faite par un système de ventilation double.

Le plancher et les murs sont en ciment. L'ameublement est aseptique.

3° *Salle d'incubation*. Elle communique avec la salle précédente. Tout est fini en ciment, de sorte que le lavage est fait tous les jours dans des conditions d'asepsie et d'antisepsie complètes.

Les stalles sont en fer galvanisé et occupent le centre. Les

génisses sont maintenues en place au moyen de carcans en fer d'un mécanisme ingénieux. Elles y demeurent cinq jours et elles sont nourries au lait stérilisé et aux œufs.

4° *Salle de stérilisation.* Elle est disposée comme les autres. On y stérilise tous les habits et tous les instruments nécessaires à l'opération du vaccin.

5° Enfin le *laboratoire de bactériologie* est moderne. Il est muni de tous les appareils scientifiques nécessaires aux différentes recherches. C'est ici que le vaccin est soumis à l'examen microscopique et à l'épreuve de l'ensemencement avant d'être livré au commerce.

Voilà, en quelques mots, ce qu'est l'Institut vaccinal trop peu connu du public médical en général et trop peu patronisé par les autorités municipales et gouvernementales en particulier.

Heureusement, le temps n'est plus où il faille démontrer les bienfaits de la vaccination en face des ravages exercés par la variole; mais une chose nous frappe si nous opposons la théorie à la pratique en ce qui regarde l'hygiène des maladies contagieuses, spécialement la variole.

D'une part, nous voyons le gouvernement, justement alarmé des dangers de la variole — qui ne se rappelle pas l'année funeste de 1885 — passer des lois spéciales pour arrêter le mal ou du moins le restreindre dans des limites aussi étroites que possible, et créer, à cette fin, un conseil d'hygiène provincial, dont les pouvoirs spéciaux s'exercent auprès des municipalités de toute la province, dans le but de protéger la santé publique. Mais là s'arrête sa générosité, non pas son devoir.

D'autre part, nous voyons des citoyens, médecins, compléter, à leurs frais, cette œuvre qui est plutôt celle du gouvernement ou des municipalités, car elle est reconnue d'utilité publique. Ils élèvent des constructions spécialement aménagées, ils distribuent un vaccin qui possède toutes les qualités requises et cependant, on les laisse à leurs seules ressources! Elles sont toujours insuffisantes surtout dans notre jeune pays qui porte un intérêt secondaire aux choses de la science.

Nous restons enlisés dans le passé, et si par hasard, on ris-

que un pas en avant ce n'est qu'au son d'une seule cloche; on ne pense qu'à son village.

Et pourtant, on aime à se faire le protecteur de la colonisation, en haut lieu, en accordant des octrois de terrains ou de forêts aux colons, et c'est juste, mais n'y a-t-il qu'une seule manière de coloniser? Le défricheur qui abat des forêts vierges et qui ensemece des terrains nouveaux fait une œuvre utile à sa famille et à son pays, on le subventionne, c'est agir très bien.

Le chercheur qui arrache au mal le secret de sa guérison et qui conserve à la vie des milliers d'individus fait aussi une œuvre utile à son pays. Et pourtant on ne le subventionne guère ou qu'avec des restrictions infinies, c'est agir très mal.

Il serait désirable que les autorités dirigeantes contractent la bonne habitude d'encourager toute œuvre sérieuse dont le but avoué est utile et désintéressé.

La politique a malheureusement rétréci les horizons; on s'élève avec peine au-dessus des considérations mesquines des partis. Et, lorsque les hasards du ballottage nous ont désignés à la direction de la Chose publique, on oublie ceux qui peinent pour la rendre meilleure, et on se complait majestueusement dans l'idée que tout commence et finit avec Soi.

Que le réveil soit léger!

J.-A. LESAGE.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 26 Février 1901.

Présidence de M. DUBÉ.

Procès-verbal.

Les minutes de la dernière assemblée sont mises aux voix et adoptées.

M. le président, pro-tempore, appelle l'attention des membres sur l'objet de cette assemblée. Il s'agit de discuter le projet de construction d'un hôpital civique.

L'opinion des membres est avisée sur ce sujet. Le rapport a été publié ailleurs.

Séance du 12 Mars 1901.

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

Les minutes de l'assemblée sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

— *Ostéotomie trochantérienne*, par le docteur A. MARIEN. (Voir plus haut.)

— *Pleurésie purulente, variétés bactériologiques, pronostic et traitement*, par le docteur C.-A. DAIGLE. (Ce travail sera publié en mai.)

— *Discussion*: M. A. DEMERS. Il est toujours prudent, avant de faire une thoracentèse, de pratiquer une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz.

Tout épanchement qui dépasse 500 grammes doit être enlevé. Nous avons deux points de repère pour nous guider sur la quantité de l'effusion dans la cavité pleurale.

À droite, le foie déborde les fausses côtes quand le liquide atteint 500 grammes. Il faut se rappeler qu'à droite le danger vient de la compression des gros vaisseaux du cœur: aorte, et veines caves, de même que les oreillettes.

A gauche, quand l'espace de Traubé est disparu, il y a au moins 600 à 1000 grammes et plus. Cet aire est borné en dedans par le 5e et 6e espace intercostal, en dehors par le 8e et 9e espace intercostal.

A sa partie moyenne, c'est-à-dire, en bas du mamelon, sa hauteur verticale est de 8 à 10 centimètres, sa hauteur transversale de 9 à 11 centimètres.

A cette zone correspond la paroi costale et sa plèvre, le diaphragme et sa plèvre, le colon et l'estomac, le poumon arrive à peine à sa limite supérieure.

Quand l'épanchement pleurétique gauche atteint 600 à 2000 gr., le son tympanique de l'espace est remplacé par la matité. Ici, toute affaire cessant, comme je l'ai entendu dire à Potain, c'est le moment de pratiquer la thoracentèse. Quand la seringue exploratrice retire du pus, la question est de savoir s'il est à pneumocoques, à streptocoques ou à bacilles de Koch.

Quand on ne découvre rien, ou bien s'il y a des staphylo, il faut se défier, il y a présomption que nous avons affaire à une pleurésie tuberculeuse. L'inoculation dans le péritoine d'un cobaye nous servira de pierre de touche.

A pneumocoque la pleurésie est bénigne. L'épanchement peut se résorber spontanément ou se terminer par une vomique. C'est ce qui arrive souvent chez les enfants.

A streptocoques, la pleurésie est plus grave, sa guérison n'est pas spontanée.

A bacilles de Koch ou à staphylocoques, la marche de la pleurésie est plus lente et plus grave: la fièvre hectique ou nouvelle poussée tuberculeuse termine la scène.

Si la pleurésie est à pneumocoques, le pus est crémeux, bien lié, ne se sépare pas en deux couches " plasma et sérum ". On fera la thoracentèse.

Si la pleurésie est à streptocoques, le pus se sépare nettement en deux couches, l'une superficielle formée d'une sérosité claire, l'autre profonde, c'est le plasma qui entraîne tous les éléments figurés. On fera ici la pleurotomie hâtive et complète.

Si la pleurésie est tuberculeuse, on se bornera à un traitement palliatif. On ne fera de ponction qu'en cas d'urgence.

Il est bon de se rappeler, que si les pneumocoques sont associés à d'autres microbes, l'empyème deviendra l'opération de choix.

Dans tout épanchement de la plèvre, le vingtième jour est le tern.e moyen de l'intervention, si l'on veut éviter les adhérences plus ou moins étendues, qui laissent les malades en proie à une gêne permanente, à un paroxysme de la respiration, et à des douleurs thoraciques pénibles.

Séance du 26 Mars 1901

Présidence de M. HERVIERX.

Procès-verbal.

Les minutes de la dernière assemblée sont lues et adoptées.

Rapports.

— *L'œuvre de la goutte de lait*, par le docteur S. BOUCHER. (Ce travail est publié plus haut.)

— M. LESAGE. La communication de M. Boucher doit attirer tout spécialement l'attention des membres de la Société Médicale de Montréal. Il n'est pas besoin de développer devant vous un projet qui comporte une idée empreinte de la philanthropie la plus pure. Je félicite mon ami Dubé d'avoir, le premier, jeté le cri d'alarme en face de la mortalité effroyable de la première enfance dans notre province et d'avoir en même temps indiqué le remède à un si grand mal.

J'ai l'honneur de faire la proposition suivante, secondé par M. le docteur Cléroux:

“ La Société Médicale de Montréal, appréciant le but d'utilité publique et de haute philanthropie de *l'Œuvre de la goutte de lait*, donne son appui le plus ferme aux promoteurs de ce projet. Elle exprime l'espoir que tous les membres coopéreront aussi au but tant désiré de diminuer la mortalité chez les enfants pauvres en vulgarisant parmi le peuple les saines idées d'hygiène alimentaire.”

Adopté à l'unanimité.

— *Traitement de l'hydrocèle par retournement de la vaginale.*

par le docteur O.-F. MERCIER. (Ce travail sera publié plus tard.)

— M. LESAGE propose que tous les membres soient convoqués en séance spéciale, mardi le 29 mars, à l'Institut Vaccinal de Montréal, dans le but de s'initier aux différentes opérations de la vaccine, sur l'invitation de MM. les docteurs Archambault et Leduc. — Adopté.

NOUVELLE.

Un nouvel enfant nous est né. "vivant et viable," affirme son parrain; nous voulons dire un nouveau journal de médecine, le *Montréal Médical*.

L'UNION MÉDICALE, en bonne mère, souhaite la plus cordiale bienvenue à ce nouveau Benjamin en herbes. Elle exprime l'espoir que le talent et les efforts de son rédacteur, s'élevant avec aisance au-dessus des personnes et des choses, seront consacrés, avec conviction, à la défense des *grandes idées médicales* dont les conquêtes modernes, tout à la gloire de la pensée ont ouvert des horizons infinis pour les chercheurs de vérités.

AVIS IMPORTANT.

Le Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal informe que des vacances seront créées dans le personnel des médecins internes de cette institution, à partir du 1er juillet 1901, à savoir:

- 1° Médecin interne en chef;
- 2° Un ou deux assistants médecins internes.

Les candidats désireux de remplir ces charges devront adresser leur application au secrétaire du Bureau Médical, à l'Hôpital Notre-Dame, M. le docteur A. Ethier.

Par ordre,

Le Secrétaire.

PHARMACOLOGIE

BRONCHITES AIGÜES (adultes) :

Sirop de diacode....	50 grammes.
Sirop de belladone....	20 grammes.
Eau de laurier-cerise....	10 grammes.
Hydrolate de tilleul....	40 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures — ou bien :

Sirop diacode....	} ää 30 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise....	
Sirop de Tolu....	
Eau de fleur d'oranger....	

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

BRONCHITES DIFFUSES :

Dans les bronchites diffuses avec fièvre :

Sulfate de quinine....	0 g. 30 centigr.
Poudre de Dover....	0 g. 15 centigr.

Pour un cachet, deux fois par jour. Favoriser l'expectoration par :

Poudre d'ipécac....	0 g. 30 centigr.
Ergotine Bongean....	2 g.
Julep gommeux cu looch blanc....	125 g.
Fine champagne (cognac) ou vin blanc.	40 g.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures. Quant l'expectoration devient abondante et purulente donner la *terpine* :

Terpine....	10 grammes
Glycerine....	150 grammes
Alcool à 90°....	150 grammes
Sirop de miel....	125 grammes
Teinture de vanille....	10 grammes

2 à 4 cuillerées à soupe par jour. Appliquer les ventouses sèches, donner les bains chauds, soutenir le cœur chez les vieillards, le repos au lit chez les tuberculeux. — (G. Lyon).

DYSPEPSIE FLATULENTE :

(1) Teinture de noix vomique....	5 grammes.
Gouttes amères de Baumé....	} ää 10 grammes.
Teinture de gentiane....	
Teinture de rhubarbe composée....	} ää 20 grammes.
Eau de laurier-cerise....	
Eau de menthe....		q. s. pour 100 c. c.

(1) Une cuillerée à thé avant les repas.

(2) Au milieu du repas prendre une cuillerée à soupe de la solution suivante :

(2) Acide chlorhydrique officinal....	3 grammes.
Sulfate de strychnine....	0 g. 05 centigr.
Eau....	300 c.c.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'Histologie Pathologique par V. CORNIL, professeur à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et L. RANVIER, professeur au Collège de France, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine, avec la collaboration de Messieurs M. A. BRAULT, médecin de l'Hôpital Lariboisière, chef des travaux pratiques d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine, et M. LETULLE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'Hôpital Boucicault.

Depuis longtemps déjà l'on attendait, avec grand besoin, tant en France qu'à l'étranger, la venue d'un Traité d'Histologie Pathologique. Cette science, qui est l'âme de la médecine et de la chirurgie, a présidé à tous les progrès, à toutes les belles découvertes qui ont métamorphosé depuis une vingtaine d'années nos connaissances médicales.

Jusqu'ici, pour suivre la marche gigantesque de tous ces progrès et de toutes ces grandes découvertes, il fallait s'adresser un peu partout, aux bulletins des sociétés savantes, des congrès, mémoires publiés dans un très grand nombre de journaux et revues. *Le Manuel d'Histologie Pathologique* par MM. Cornil et Ranvier, Brault et Letulle vient de combler cette lacune. La troisième édition de cet ouvrage, qui est présentée aujourd'hui au public médical, est en réalité un livre nouveau. Les auteurs ont conservé le même plan. Tout chapitre de l'histologie pathologique est précédé du chapitre de l'histologie normale nécessaire à sa compréhension.

Les descriptions des lésions à l'œil nu et au microscope ont subi peu de changements; ce qui était bien observé il y a vingt ans est toujours vrai. Mais combien d'additions ont dû être faites en ce qui touche la médecine expérimentale et la compréhension générale de la pathologie.

C'est ainsi que le chapitre des parasites comprend un exposé succinct de microbes pathogènes pour l'homme et que la révolution opérée par Pasteur trouve son nécessaire écho dans beaucoup des descriptions d'histologie pathologique.

Pour mener à bien leur entreprise, MM. Cornil et Ranvier ont fait appel à un certain nombre de collaborateurs; c'est ainsi que le premier volume contient, après les généralités sur l'histologie normale et pathologique et sur l'inflammation, rédigées par eux-mêmes, des chapitres sur les tumeurs par M. Brault, sur les parasites par M. Bezançon, sur les os et les articulations par M. Cazin.

Bien que dû à une collaboration, ce livre est homogène et inspiré par une direction unique, car tous les collaborateurs parlent le même langage et ont tous puisé leur instruction pratique dans les laboratoires dirigés par MM. Cornil et Ranvier; ils appartiennent, en un mot, à la famille scientifique. Aussi cette édition, si différente qu'elle puisse paraître, est néanmoins la descendante directe et rajeunie de celle de 1881. Elle est enrichie de gravures nouvelles, nécessaires à la compréhension du texte. Elle trouvera, sans aucun doute auprès du public médical le même accueil favorable que ses deux aînées.

A. MARTEN.