

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,  
H. HERVIEUX,

MM. A. LeSAGE,  
A. MARIEN.

*✉* Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef  
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVIII

1er DECEMBRE 1909

No 12

## MEMOIRES

### QUELQUES NOTES CLINIQUES SUR L'EPIDEMIE ACTUELLE DE PARALYSIE SPINALE INFANTILE (1)

Par M. le Dr. BOURGOIN,  
Médecin de l'Hôpital Ste-Justine.

Depuis deux mois environ, il m'a été donné d'observer à ma consultation de l'hôpital Ste-Justine, quelques cas de paralysie spinale infantile. Comme cette maladie sévit à l'état épidémique, j'ai cru intéressant de vous causer de mes malades et d'ajouter quelques considérations sur cette étrange affection.

1ère *Obs.* Aimé F... âgé de 7ans se présente à la consultation le 13 septembre avec une paralysie du bras gauche.

La maladie a débuté le 30 août (15 jours auparavant) par de la céphalée, des coliques et troubles stomacaux rappelant l'indigestion. Durant 8 jours il y a eu de la fièvre puis la mère constate que l'enfant ne peut plus se servir de son bras gauche. La paralysie semble être survenue insidieusement, en tout cas sans douleur car l'enfant ne s'est jamais plaint. Actuellement les mouvements de l'épaule sont impossibles, le bras pend inerte sans pouvoir s'éloigner du corps ni se fléchir. Les doigts ont seuls conservé quelques légers mouvements. Il y a abolition des réflexes mais pas de trouble de sensibilité. Ses antécédents héréditaires

ditaires ne révèlent rien. Lui-même a souffert de troubles intestinaux variés, surtout de constipation.

2e *Obs.* Marguerite M. . . 3 ans, bien portante jusqu'au 1er septembre au soir. Elle est subitement prise de douleurs stomacales; elle vomit et devient fiévreuse. Dès le lendemain, il lui est impossible de se tenir sur ses jambes. L'enfant paraît beaucoup souffrir surtout au niveau des genoux. Ces douleurs sont exagérées par les moindres mouvements. Il y a absence de reflexe et impotence complète de la jambe droite, la gauche ayant conservé quelques légers mouvements. La sensibilité paraît plutôt exagérée, mais l'enfant étant nerveuse, ce symptôme n'a pas grande valeur.

La mère m'assure que, le jour même du début de l'affection, la petite malade courait et jouait avec entrain.

Après trois semaines de maladie, les douleurs semblent disparues; il n'y a pas encore d'atrophie marquée bien que les jambes soient plus grêles que normalement.

3e *Obs.* Clément F. . . âgé de 7 mois, est né d'une mère albuminurique qui n'a pu le nourrir. Il a souffert, par conséquent, d'une alimentation défectueuse. Le 28 septembre au soir, l'enfant qui avait passé une bonne journée est pris de vomissements, puis de diarrhée. La mère croit à une simple indigestion et ne constate pas d'autres symptômes. Mais deux jours après, elle voit que son enfant a le côté gauche paralysé. L'œil droit est, en même temps, dévié en dedans.

Une semaine après le début de la maladie il n'y a plus de trace de paralysie dans la jambe et l'œil droit fonctionne normalement. Seul le bras reste impotent.

4e *Obs.* Jean B. . . âgé de 19 mois ne présente rien dans ses antécédents. Le 25 septembre après une excellente journée il a une indigestion qui semble d'ailleurs insignifiante puisqu'il paraît complètement remis le jour suivant, mais le surlendemain, la mère constate qu'il lui est impossible de sortir de son lit où il est complètement immobilisé. Il ne peut remuer ni les bras ni les jambes, tout au plus la main gauche peut-elle serrer un peu.

Les muscles du cou sont également pris et la rotation de la tête ne se fait plus. L'enfant reste dans la position qu'on lui donne.

Au début l'œil gauche était dévié en dedans, mais ce symptôme n'existe plus.

5e *Obs.* Léonidas L... 11 mois, orphelin, n'a pas été nourri au sein. Il y a quelques jours il est pris de frissons et de fièvre durant 48 heures; il vomit tout puis sa grand'mère remarque que sa tête incline à gauche, que sa jambe gauche est faible et que les mouvements y sont très limités. Cette paralysie semble s'être faite insidieusement et sans provoquer de douleur. Il n'y a plus de reflexe dans cette jambe ni trouble de sensibilité.

6e *Obs.* Le soir du 13 octobre, Alfred P... âgé de 2 ans est pris de frisson et de fièvre, il pousse des cris lorsqu'il fait des mouvements. Puis deux ou trois jours après on constate que les jambes n'exécutent plus de mouvement. Les souffrances continuent durant une douzaine de jours. Mais au moment de l'examen, la douleur est disparue pour laisser place à une paralysie complète. Il n'y a pas encore trace d'atrophie.

En résumé, nous avons rencontré depuis le 1er septembre six cas de paralysie infantile chez des enfants (1 fille et 5 garçons) âgés de 7 mois à 7ans présentant tous un début brusque rappelant la vulgaire indigestion nocturne et ayant pour résultat une paralysie plus ou moins complète d'un ou plusieurs membres, paralysie habituellement indolore, mais rappelant chez deux des petits malades le rhumatisme articulaire aigu.

Le diagnostic d'une telle affection s'imposerait quand même nous n'aurions pas pour nous guider l'article sensationnel paru dans un de nos quotidiens. Comme nous le verrons plus loin, il est guère possible de confondre ces cas de paralysie spinale infantile avec une autre maladie. D'ailleurs son caractère épidémique confirme le diagnostic.

La première description de cette maladie a été faite par Heine en 1840. L'étude en a été complétée par Cornil, Charcot Roger et Pierre Marie.

On remarque, au début, de la fièvre, des frissons, de la céphalée, souvent de la rachialgie et des phénomènes gastro-intestinaux, vomissements, etc. Quelquefois les symptômes nerveux sont très prononcés; coma, délire ou convulsions. Ces attaques peuvent durer quelques heures et la mort peut survenir rapidement. D'habitude, la maladie est plus insidieuse et la paralysie s'installe sans bruit et devient complète en quelques heures. Sa localisation est extrêmement variable; tantôt c'est une monoplégie du bras

ou de la jambe, tantôt c'est une véritable paraplégie ou parfois même une hémiplégie avec déviation en dedans de l'œil par lésion pédonculo-protubérantielle. Les sphincters sont ordinairement respectés.

Tous les muscles atteints ne sont pas irrémédiablement perdus. Il se fait dans les premiers mois une sorte de sélection. Certains muscles reprennent alors peu à peu leurs fonctions tandis que les autres s'atrophient définitivement.

Les os eux-mêmes subissent un arrêt de développement et parfois une véritable diminution de volume en masse. — (Les culs-de-jatte sont des paraplégiques, depuis leur enfance). — La peau qui recouvre ces membres inutiles est souvent cyanosée, mince et froide, sujette aux ulcérations.

Les reflexes sont toujours diminués, le plus souvent abolis.

La sensibilité sous toutes ses formes est rarement touchée et l'intelligence est intacte. La maladie ne présente pas toujours un début bruyant, car on trouve des cas où la paralysie a été constatée sans aucun prodrome.

D'autres fois le début rappelle le rhumatisme articulaire aigu et l'enfant accuse de vives douleurs. Peut-être doit-on supposer qu'il y a dans ces cas, participation des méninges au processus infectieux, car autrefois la paralysie spinale a souvent été confondue avec la méningite cérébro-spinale. Le pronostic est grave car en outre de la perte définitive des muscles atrophiés, il y a toujours à redouter "les reprises tardives d'amyotrophie", c'est-à-dire une atrophie musculaire survenant ordinairement, plusieurs années après la première atteinte, dans les muscles qui avaient été frappés, mais qui avaient repris rapidement leurs fonctions.

Disons qu'au point de vue du diagnostic la ponction lombaire n'apporte pas beaucoup de lumière. Elle est tantôt négative tantôt positive; dans ce dernier cas elle indiquerait que les méninges participent au processus. Il serait alors intéressant de la pratiquer dans les cas où l'enfant accuse de la douleur puisqu'on suppose ici précisément une complication méningée. Je n'ai pu le faire dans les deux cas que j'ai rencontrés. D'ailleurs il y avait déjà trop longtemps que la période aiguë était passée.

Quelques maladies seulement peuvent être comparées à la paralysie spinale infantile, mais la confusion paraît impossible.

Les *paralysies radiculaires obstétricales* atteignent surtout les muscles de l'épaule et du bras laissant intact l'avant-bras. Elles guérissent d'habitude au bout de quelques jours.

Dans la *pseudo paralysie syphilitique* les muscles ne sont pas atteints, mais il y a décollement de l'épiphyse. Les moindres mouvements sont douloureux; il y a gonflement articulaire, crépitation et les articulations ne prennent habituellement les unes après les autres.

*L'hémiplégie cérébrale infantile* peut être confondu avec la forme hémiplégique de la paralysie infantile, mais dans le premier cas il y a le plus souvent spasmodicité.

*L'atrophie musculaire progressive infantile* est symétrique et sa lenteur empêche toute confusion.

Les auteurs semblent tous d'accord pour faire de la paralysie infantile une infection. Le fait qu'elle survient souvent comme complication d'une rougeole, variole, etc., confirme cette opinion. Et d'ailleurs le caractère épidémique qu'elle revêt souvent achève de lever les doutes. Bon nombre d'auteurs en ont rapporté des exemples. M. Romme, dans la Presse Médicale nous renseigne sur une récente épidémie qui a frappé la Westphalie. Après quelques cas isolés, observés en 1907 et 1908, la paralysie infantile est devenue épidémique durant l'été de cette année. La maladie semble avoir été importée par deux suédois, et elle a éclaté dans les familles où ils pensionnaient. On a pu dans quelques cas retracer la façon dont les petits malades avaient été contaminés. 436 personnes ont été frappées, c'était en grande partie des enfants et 66 ont succombé.

Dans la province de Québec, c'est, à notre connaissance, la deuxième épidémie de paralysie spinale qui sévit.

En 1905, à Ripon, une vingtaine de personnes furent atteintes en quelques mois. Il y eut deux adultes de frappés; entre autre une jeune fille de 18 ans que nous avons vu à l'Hôtel-Dieu. Elle y est restée deux ou trois mois sans aucune amélioration. Il y avait atrophie des bras et des jambes, déterminant une impotence complète.

La même maladie sévit à Montréal depuis quelques mois puisqu'on en aurait constaté 200 cas.

Que la maladie survienne à la suite d'une infection bien caractérisée, rougeole ou autre et que la lésion se localise à la moëlle,

rien de bien surprenant, mais ce qui déroute un peu, c'est le caractère je pourrais dire primitif de l'affection, sans autres symptômes que des troubles digestifs vulgaires, c'est surtout sa nature épidémique sans contagion bien nette.

Certains auteurs accusent le méningocoque d'être la cause de cette affection. Mais on sait que ce microbe produit une maladie plutôt contagieuse frappant indistinctement les enfants et les adultes, la méningite cérébrale spinale qui devrait, il me semble, être plus fréquente qu'elle ne l'est, au cours d'épidémie de paralysie infantile. Des recherches bactériologiques récentes n'ont donné que des espérances. Le lapin paraît surtout sensible, car il accuse de la paralysie 8 à 10 jours après l'inoculation et la mort suit rapidement la paralysie. Les recherches paraissent devoir être dirigée de ce côté, d'autant plus qu'on a remarqué quelques cas de paralysie chez des oiseaux de basse-cour coïncidant avec la paralysie spinale infantile. Ainsi dans le bourg de Haspe, là où on avait constaté 20 cas de poliomyélite, 60 poulets succombèrent à la paralysie.

Conformément aux données des auteurs, les garçons semblent plus fréquemment atteints que les filles dans l'épidémie actuelle. (Dans mes observations personnelles on compte en effet, 5 garçons).

Au niveau de la moëlle, nous constatons dans les cas récents des foyers de myélite aiguë avec destruction du tissu nerveux, formation de corps granuleux, traces évidentes d'endartérite. Les cellules ganglionnaires sont désagrégées, séparées de leurs prolongements. Les lésions habituellement localisées aux cornes antérieures peuvent quelquefois empiéter sur la substance blanche et sur les cornes postérieures.

Ces différents foyers peuvent être étagés tout le long de la moëlle et remonter jusqu'au bulbe.

Le traitement est le plus souvent illusoire et le médecin n'est presque toujours demandé que lorsque la paralysie est un fait accompli.

Durant les premières semaines on conseille la révulsion sur la colonne vertébrale et plus tard les courants galvano-faradiques en même temps que les massages et les mouvements passifs suivis de frictions sèches.

## TRAITEMENT AMBULATOIRE DE L'ORCHITE BLENNORRAGIQUE (1)

Par FRANÇOIS DE MARTIGNY,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Ancien chirurgien de l'hôpital Péan, de Paris.

Je veux vous entretenir brièvement, ce soir, d'une maladie fréquente trop fréquente même, dont tous ne sont pas atteints dans notre ville, mais dont un grand nombre sont menacés, je veux parler de l'orchite blennorragique.

Cet orchite est en réalité une épидидymite et apparaît une fois sur neuf cas au moins de blennorragie. Pour qui sait combien est répandu l'urétrite gonococcique à Montréal, voit de suite que cette affection est commune et que nous sommes tous appelés à la traiter souvent.

Voici une description du traitement classique tel qu'indiqué par Lardenois: "L'affection une fois déclarée, si l'épanchement vaginal est abondant et la douleur très vive, une ponction aseptique évacuant l'hydrocèle amènera un grand soulagement. La ponction faite en avant et en dehors, là où n'est pas le testicule, avec un petit trocart ou une lancette. On est quelquefois conduit à administrer de la morphine ou un hypnotique IL FAUT EXIGER LE REPOS AU LIT. Une légère vessie de glace appliquée sur le scrotum par l'intermédiaire d'une flanelle, ou des compresses imbibées d'eau chaude, très chaude et fréquemment renouvelés amèneront UNE ACCALMIE. Au début encore, le salicylate de soude à la dose de 4 à 6 grammes par jour est très recommandable. On pourra aussi recommander des bains chauds, des laxatifs très légers. Il faut cependant continuer à traiter l'urétrite causale et pratiquer des lavages, mais en redoublant de prudence."

Le traitement que j'emploie exclusivement depuis près de dix ans est absolument différent du traitement que je viens de vous décrire et consiste essentiellement dans la compression ouatée des bourses à l'aide d'un suspensoir spécial.

Voici comment je procède quand je me trouve en face d'un cas d'orchite blennorragique, qu'il y ait hydrocèle ou non. Après lavage des bourses à l'eau chaude et au savon j'applique une couche d'onguent napolitain belladonné, je recouvre les bourses d'une couche épaisse d'ouate, pardessus l'ouate j'applique une toile imperméable et enfin je place un large suspensoir de toile. Il faut mettre assez d'ouate pour produire une bonne compression,

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 2 novembre 1909.

si cette dernière est bien faite et suffisante, si le suspensoir est bien appliqué il produit une immobilisation complète des bourses. Cette immobilisation permet au malade de faire tous les mouvements sans aucune douleur. J'insiste sur les mots sans aucune douleur car règle générale dès que le suspensoir est appliqué il y a disparition immédiate de toute douleur.

Je proscriis tous les lavages de l'urètre, je donne à l'intérieur soit du santal Monal, soit de l'arrhéol soit de l'urotropine, en plus je recommande au malade de boire chaque jour au moins deux litres d'eau de la Preste et de prendre chaque jour un laxatif, par exemple à chaque repas un peu de cascara sagrada. Je fais appliquer matin et soir une des suppositoires suivants ainsi composé :

Extrait de Belladone.....	0 gr. 02 centigr.
Iodoforme.....	0 gr. 01     "
Excipient.....	Q. S. pour un.

Je permets au malade une alimentation substansielle mais légère.

Je laisse le suspensoir en place trois ou quatre jours, permettant au malade de vaquer à toutes ses occupations. Après ce laps de temps je recommence le même pansement. Généralement dix à quinze jours sont suffisants pour que tout rentre dans l'ordre, pour amener nue regression complète des bourses. Si à ce moment il y a indication je recommence les lavages de l'urètre.

Je ne vous donne que deux observations. Je pourrais, sans intérêt, multiplier les observations semblables.

*Obs. I.* A. P. 27 ans, souffre d'une urétrite gonococcique. Malgré mon conseil au cours du traitement il monte à cheval. Le lendemain il présente tous les symptômes d'une orchite-épididymite des plus douloureuses. Il se fait conduire à l'Hôtel-Dieu et en mon absence un confrère lui prescrit le traitement classique que je vous ai exposé plus haut. A mon retour, trois jours après son entrée à l'hôpital, je le trouve dans l'état suivant : Couché depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu, il a en permanence de la glace sur les bourses. Celles-ci sont très grosses surtout la gauche et très douloureuses, le malade souffre horriblement au moindre mouvement. Je lui applique mon pansement ordinaire, il peut

se lever immédiatement et marcher sans douleurs. Il quittait l'Hôtel-Dieu douze jours après avoir été obligé de s'aliter de nouveau, sans avoir souffert et guéri de son orchite.

*Obs. II.* R. M. 25 ans, vient me consulter dernièrement. Il est artiste lyrique et depuis huit jours il ne peut se rendre à son travail à cause d'une orchite survenue au cours du traitement d'une blennorrhagie. Il se lève de son lit pour se rendre à mon cabinet de consultation. Il peut marcher mais au prix de très vives douleurs. Traitement ordinaire. Il quitte mon cabinet marchant sans douleur et le même soir il peut reprendre son travail, restant près de quatre heures en scène! Il est guéri de son orchite après treize jours de traitement

De ce léger et court exposé l'on peut conclure je crois: que le pansement compressif ouaté supprime complètement la douleur dans l'évolution de l'orchite blennorrhagique.

Qu'il permet au malade de vaquer à toutes ses occupations, sans douleurs. Ceci a une *à* grande importance surtout quand l'on songe que ceux qui sont atteints d'orchite blennorrhagique sont généralement des jeunes gens ou des personnes dans la force de l'âge et qu'ils ont besoin de travailler.

---

## REVUE GENERALE

### LE MARIAGE DES CARDIAQUES (1)

Messieurs, je vais vous parler aujourd'hui du mariage des cardiaques. La question a l'intérêt d'être de celles que fréquemment le médecin doit résoudre dans sa pratique, car, bien souvent des parents vous demanderont si leur enfant atteint d'une affection cardiaque est apte ou non à se marier.

Nous allons envisager ce problème et considérer la manière de le résoudre au mieux des intérêts du malade et de la société. C'est là, en effet, une question dont la considérable portée sociale est soulignée par les sociologues modernes. Beaucoup expriment l'idée que tout mariage devrait être précédé d'un examen médical, et M. Cazalis, dans son livre *La Science et le Mariage* dit qu'un jour viendra peut-être où "deux familles avant de décider un

(1) Par le Dr Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié. Gazette des Hôpitaux, mars 1909.

mariage mettront en présence leurs deux médecins comme elles mettent en présence leurs deux notaires, et où les médecins auront le pas sur les notaires, comme les questions de santé devraient le prendre sur les questions d'argent." L'idée commence à s'imposer que l'on doit apporter autant de soin au choix des générateurs humains que l'on en met en zootechnie domestique. Dans mon livre sur *Les Maladies populaires*, j'ai déjà insisté sur ces points que j'ai cru devoir vous rappeler brièvement, car ils constituent un préambule nécessaire à ce que je vais vous dire maintenant.

La question du mariage des cardiaques doit être envisagée séparément pour l'homme et pour la femme. Les risques personnels de l'homme sont à peu près nuls ; au contraire, il ne peut que bénéficier du calme de la vie de garçon. Mais, les descendants qu'il pourra procréer ne risqueront-ils pas d'hériter de la tare cardiaque paternelle ? Oui, incontestablement. Un père atteint de cardio-sclérose, de néphrite interstitielle, d'aortisme héréditaire, peut, comme l'a montré M. Huchard, engendrer des enfants atteints de lésions semblables. Cette hérédité morbide est à rapprocher de la débilité rénale héréditaire sur laquelle M. Castaigne a récemment insisté.

Pour les cardiopathies valvulaires, la question de l'hérédité morbide est plus discutée. Leur transmission héréditaire a paru peu fréquente à M. Huchard. D'autre part, M. Hirtz et son élève Servin ont publié des faits de transmission aux enfants de sténose mitrale congénitale. Comme il s'agit là d'une malformation congénitale, elle peut s'accompagner d'autres malformations et d'autres stigmates de dégénérescence. Mais, les faits de cet ordre sont en somme assez rares pour qu'ils suffisent à faire refuser systématiquement le mariage aux cardiaques hommes. Le médecin, dans sa détermination, doit tenir compte avant tout de la nature de la maladie et de l'âge du malade. Il est évident qu'un anévrisme aortique, qu'une insuffisance valvulaire mal compensée contre-indiquent formellement le mariage ; l'évidence de cette impossibilité est d'ailleurs telle que le médecin n'est guère appelé à se prononcer sur ces cas. Un rétrécissement mitral congénital doit, surtout si le sujet est âgé, faire déconseiller le mariage, car le malade, outre les risques personnels qu'il encourt, peut devenir souche d'une dystrophie héréditaire. S'il s'agit d'un

artério-scléreux avec forte hypertension, avant de lui permettre le mariage, le médecin devra l'engager à se soumettre au régime spécial que comporte sa lésion, à supprimer les facteurs habituels d'hypertension, tels que le tabac, le café, l'alimentation carnée exclusive. Enfin, un homme cardiaque ne devra pas épouser une femme cardiaque et non plus une personne qui lui serait apparentée à un degré trop rapproché, la consanguinité favorisant la transmission des dystrophies héréditaires. Ces quelques restrictions faites, vous voyez que le plus souvent on pourra permettre le mariage aux cardiaques hommes.

Messieurs, le point capital de la question est le mariage des cardiaques femmes. En effet, outre les risques qui menacent la malade pendant la grossesse, l'accouchement, la lactation, il y a danger, pour l'enfant, de succomber pendant la grossesse et l'accouchement, ou encore de survivre avec une tare cardiaque héréditaire.

Jusqu'à ces dernières années, la conduite du médecin était fort simple. Toute cardiaque était exclue du mariage. On vivait sous l'influence de l'aphorisme de Peter, devenu bientôt une sorte de loi. Il l'avait formulé à propos de deux cas où la grossesse fut interrompue par des accidents redoutables qu'il désigna du nom si exact "d'accidents gravido-cardiaques." Moi-même, en 1894, alors que j'étais chef du laboratoire de M. le professeur Bar, j'ai vu une femme atteinte de lésions mitrales succomber brusquement à l'œdème aigu du poumon, et nous avons rapporté à la Société de biologie l'état très toxique de ses urines et de son sérum sanguin. Mais des faits montrent aussi que ces redoutables accidents ne compliquent pas fatalement la grossesse de toute cardiaque. Dans la littérature médicale, vous trouverez une série de cas établissant que la croyance ancienne doit être discutée. M. Pouliot, dans sa thèse de doctorat (1904) : *Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse*, nous montra l'opinion de Peter acceptée d'abord sans réserves. Pour Leydens, la mortalité des cardiaques enceintes est de 55 p. 100 ; pour Macdonald elle est de 60,7 p. 100 ; pour Berry Hart elle atteint 87,5 p. 100. Aussi à cette époque, on interdit le mariage aux cardiaques.

Assez souvent, on a vu des cardiaques devenir multipares et

ne succomber qu'après un assez grand nombre de grossesses. M. Pouliot cite le fait d'une malade qui mourut subitement à sa huitième grossesse; le professeur Budin a cité le cas d'une cardiaque succombant à la quinzième grossesse, et M. Porak a fait remarquer combien le nombre des cardiaques succombant de ce fait pendant le travail était peu considérable. Des statistiques importantes en fournissent la preuve. M. Vinay sur 5000 accouchées, trouve 80 cardiaques; sur ces 80, 72 n'ont aucun accident, 6 sont prises d'asystolie, 2 d'œdème pulmonaire; sur ces 8 malades atteintes d'accidents cardio-pulmonaires, 3 seulement succombèrent. M. Demelin, sur un total de 5162 accouchées, observa 64 cardiaques. Celles-ci eurent 162 grossesses; 62 de ces grossesses furent tout à fait normales, 100 furent troublées par des accidents divers, 2 seulement furent mortelles. M. Fellner, dans la clinique de Schauta, à Vienne, auscultait systématiquement 900 femmes; 22 avaient des lésions cardiaques; 2 seulement eurent des troubles pendant leur grossesse. M. Champetier de Ribes, sur 5998 accouchements, rencontra 68 cardiaques, 5 seulement eurent des accidents auxquels 2 succombèrent. Personnellement, j'ai observé 3 malades atteintes de rétrécissement mitral chez lesquelles plusieurs grossesses s'accomplirent sans incidents. En somme, l'on peut dire que la plupart des femmes enceintes tolèrent bien leur cardiopathie, un petit nombre d'entre elles seulement présente des accidents graves.

Voyons maintenant en quoi consistent ces accidents. Ils ont deux principaux types: l'insuffisance cardiaque, l'œdème aigu du poumon.

L'insuffisance cardiaque se manifeste à l'ordinaire vers la fin de la première moitié de la grossesse. Son premier signe est la dyspnée survenant d'abord dans l'effort, puis se produisant au repos par accès, enfin devenant continue; elle s'accompagne d'angoisse profonde et de palpitations plus ou moins violentes. La défaillance cardiaque évolue très vite, "elle brûle les étapes" (Pouliot), l'asystolie, d'abord partielle pulmonaire, se transforme vite en grande asystolie. Souvent enfin il survient des hémoptysies répétées, communes surtout dans la deuxième moitié de la grossesse.

L'œdème aigu survient à l'ordinaire plus tardivement que l'insuffisance cardiaque. C'est dans les derniers mois de la gros-

sesse, pendant le travail et parfois même après la délivrance qu'il se produit. Il se manifeste brusquement par de la dyspnée, de mousse sanguinolente et sa terminaison habituelle est la mort en quelques heures.

M. Pouliot a insisté justement sur un syndrome assez spécial qu'il désigne du nom de cachexie gravidocardiaque. Il survient chez les grandes multipares, qui soudainement, dans les trois premières semaines qui suivent l'accouchement, présentent des signes d'insuffisance cardiaque aboutissant rapidement à un état d'asytolie irréductible, d'une extrême gravité.

Mais le nombre des femmes cardiaques supportant parfaitement les fatigues de la grossesse et de l'accouchement est si élevé qu'il convient de faire une révision de la loi de Peter (Pouliot, La révision de la loi de Peter, *Arch. gén. de méd.*, fév. 1908).

Potain, Vaquez, Vinay, depuis longtemps déjà ne défendent plus le mariage des cardiaques. M. Huchard résout très libéralement cette question. M. Pouliot le proscriit seulement pour les femmes chez lesquelles des troubles déjà notables laissent penser qu'elles sont incapables de supporter une grossesse. Il l'interdit aussi aux jeunes filles atteintes de symphyse cardiaque, à celles en état d'insuffisance cardiaque même légère et ne se traduisant que par des œdèmes passagers, de l'oppression dans l'effort ou de l'albuminurie temporaire; enfin encore quand une cardiopathie même bien compensée coexiste avec des malformations théoriques, avec une néphrite ou une tuberculose pulmonaire.

La tension artérielle est aussi un élément important pour juger l'état de ces malades. Une hypotension notable (soit de 8 à 9 centimètres aux appareils de Vaquez ou d'Amblard), une hypertension notable (soit de 16 à 17 aux mêmes appareils) sont aussi des contre-indications formelles au mariage. Mais ces troubles de la tension, pour imposer cette abstention, devront être non pas passagers, mais continus, et l'on ne se prononcera d'une façon définitive que si des examens répétés établissent la permanence du trouble vasculaire.

Tous les autres cardiaques pourront se marier, avec quelques réserves:

a. La cardiopathie ne doit être ni héréditaire, ni familiale; il ne doit pas y avoir d'autres malformations dans la famille.

b. Le mari ne doit pas être porteur d'une cardiopathie; il ne doit pas être parent proche de la jeune fille.

La situation sociale de la femme importe aussi beaucoup. Celles qui sont exposées à des fatigues, à des efforts violents et prolongés ne pourront supporter la coexistence d'une grossesse et d'une lésion cardiaque.

Le mariage d'une cardiaque autorisée, une grossesse survenant, des précautions sont à prendre. Il conviendra de surveiller l'alimentation, d'examiner fréquemment les urines au point de vue de l'albumine et de la rétention chlorurée, car M. Bar a montré combien l'éclampsie survenait aisément dans ces conditions. Il faudra ensuite éviter toute fatigue à la malade et, dès le quatrième mois de sa grossesse, la mettre à un repos complet. Pendant le travail, la surveillance attentive de la malade devra doubler; si celle-ci devient dyspnéique, il faudra hâter le travail par une application de forceps ou la version. Au moment de la délivrance, il ne conviendra pas de se hâter, d'arrêter trop vite le suintement sanguin qui toujours l'accompagne. Cette saignée est plus favorable que nuisible. Enfin l'allaitement sera déconseillé, car il serait l'origine de beaucoup de fatigues, d'ennuis et de surmenage.

La thérapeutique à suivre en présence d'insuffisance cardiaque sera la médication tonicardiaque; la digitaline, la spartéine, l'huile camphrée sont les médicaments de choix à employer.

L'œdème pulmonaire sera traité par la saignée générale. Et en présence d'accidents graves, si la grossesse n'est pas à terme, il faudra recourir à l'avortement, ou à l'accouchement rapide prématurée.

---

#### LA CONCEPTION ACTUELLE DE LA MYOCARDITE TYPHIQUE (1)

Au cours de la fièvre typhoïde, vers la fin du deuxième septénaire, l'attention est parfois attirée par la chute plus ou moins rapide de la courbe thermique: un malade qui, la veille au soir, avait encore 39° ou 40°, ne présente plus le lendemain que 37° ou 36°5 et cette hypothermie, parfois très accusée, peut atteindre 35° (température axillaire) comme l'a signalé M. Hayem. On songe

(1) Par Etienne Chabrol et Paul Bauffe, internes des hôpitaux de Paris.

alors aux complications habituelles de la dothiéntérie: la perforation, l'hémorragie intestinale, la myocardite. A cette dernière appartient le tableau clinique que Wunderlich a décrit sous le nom de *collapsus cardiaque*.

Le choc précordial devient faible, presque insensible, le pouls filiforme; les extrémités se cyanosent et se refroidissent; le visage est terne, bleuâtre, grippé; les yeux sont excavés, les lèvres et les pommettes violacées, le nez froid; une sueur visqueuse couvre les tempes; le regard est fixe, sans expression, les paupières demi-closes; les mouvements sont faibles et incertains, la prostration extrême.

Mais cet ensemble symptomatique ne se révèle point toujours avec la même intensité; il s'installe d'ordinaire insidieusement, sans troubles fonctionnels appréciables: rarement le malade se plaint d'une douleur dans la région précordiale, et lorsqu'il éprouve de la dyspnée, ce signe est en rapport avec la congestion pulmonaire. C'est un examen quotidien qui révélera les signes progressifs de l'affaiblissement du myocarde: en premier lieu survient la diminution de l'impulsion cardiaque, puis sa disparition coïncidant avec l'assourdissement du premier bruit, tandis que le deuxième conserve au contraire sa netteté habituelle. A ces symptômes se joignent la rapidité du pouls, sa diminution d'amplitude, et cet ensemble permet de prévoir l'hypostase et congestion pulmonaire, sinon l'apparition immédiate de phénomènes de collapsus.

Quelle que soit la gravité de ces accidents, leur évolution est rarement brutale et diffère entièrement du tableau clinique que le Pr Dieulafoy a mis en relief dans sa thèse de 1869.

“ Les deux premiers septénaires avaient été traversés sans encombre; la température commençait à baisser, le malade se sentait mieux et réclamait à manger; la convalescence s'annonçait lorsque, tout d'un coup, sans angoisse et sans avertissement, le malade devient d'une extrême pâleur; il est pris de quelques mouvements convulsifs et meurt, la scène entière ayant duré moins de temps qu'il n'en faut pour la raconter: c'est ainsi qu'on meurt subitement dans la fièvre typhoïde et sur vingt observations prises au hasard, les trois quarts présentent le même tableau clinique.”

Il existe une opposition schématique entre la description du

collapsus donnée par Wunderlich et le brutal dénouement dramatisé par Dieulafoy. Cependant tous les intermédiaires rattachent ces deux syndromes et nous en trouvons la preuve dans la phase prodromique qu'on a voulu décrire à la mort subite.

A plusieurs reprises, durant les jours qui précèdent la mort, le malade avait éprouvé une dyspnée soudaine et la respiration s'était notablement accélérée; il avait ressenti une angoisse des plus vives; ou bien de légères défaillances avaient précédé le véritable état syncopal. Tel autre, au milieu de l'agitation et du délire, symptômes habituels de l'intoxication typhique, avait été pris de mouvements convulsifs. Convulsions, crises syncopales, dyspnée *sine materia*, seraient pour beaucoup d'auteurs des signes précurseurs de la mort subite. Ces accidents laissent au deuxième plan les signes qui ont permis d'édifier différentes théories pathogéniques, et l'albuminurie, le météorisme abdominal, la fréquence habituelle des hémorragies ne présentent aucune particularité pour faire prévoir le danger qui menace. Il est cependant un autre caractère auquel M. Hayem accorde une grande importance: nous voulons parler des intermittences du pouls. Mais des observations multiples n'en ont point vérifié la fréquence, et ce signe, principal argument d'une conception pathogénique, ne semble pas appartenir au tableau habituel de la mort subite dans la dothiéntérie.

\* \* \*

Comment interpréter le collapsus cardiaque et la mort subite, dont l'évolution et les caractères cliniques diffèrent sensiblement?

D'après Hayem, *la myocardite serait à leur base*. " Sur la table d'autopsie, le cœur s'affaisse mou et étalé ". Son tissu plus ou moins décoloré prend souvent une teinte jaunâtre, feuille morte, et parfois il présente des stries et des plaques rougeâtres qui indiquent les suffusions hémorragiques; sa consistance est notablement diminuée et sa friabilité anormale, les cavités cardiaques sont dilatées et renferment des caillots fibrineux.

A l'examen microscopique, les dégérescences granulo-graisseuse, vitreuse et vacuolaire se répartissent inégalement en différents points de la même fibre cardiaque et ces altérations disséminées çà et là peuvent très bien échapper à un examen superficiel (Hayem). Le faible degré des lésions nucléaires contraste avec

la dégénérescence du sarcoplasme ; mais le tissu interstitiel est également le siège d'une inflammation plus ou moins circonscrite et les vaisseaux présentent une multiplication des éléments cellulaires de la tunique interne qui réalise une véritable endardérite parfois très étendue (Landouzy et Siredey).

Infiltration lymphoïde portant sur le tissu conjonctivo-vasculaire, lésions dégénératives intéressant la fibre cardiaque, tels sont les deux processus qui traduisent l'un et l'autre l'inflammation du myocarde.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette description anatomique et nous rappellerons pour mémoire l'histogénèse de ces lésions. Bien que le bacille d'Eberth ait été trouvé au niveau du myocarde (Chantemesse et Widal), le rôle prédominant revient néanmoins à la toxine typhique. Dans ces dernières années, certains auteurs se sont demandés si des infections associées à la fièvre typhoïde, la staphylococcie, la streptococcie, par exemple, ne pouvaient aider à réaliser la forme cardiaque ; mais dans une récente communication au Congrès de médecine de Genève (septembre 1908), F. Arloing a contesté cette hypothèse en s'appuyant sur des faits expérimentaux.

A l'heure actuelle, on discute uniquement sur la priorité des lésions parenchymateuses ou des lésions interstitielles. Suivant en cela l'opinion de Virchow et de Zenker, Weber et Blind considèrent la dégénérescence du sarcoplasme comme la première en date, tandis qu'avec Hayem, Landouzy et Siredey, Rabot et Philippe ont insisté sur les lésions initiales de la trame conjonctive.

Quelle que soit la théorie invoquée, deux faits restent acquis : il existe une myocardite typhique traduisant l'altération simultanée de l'élément noble et du tissu interstitiel ; elle rappelle par ses caractères la myocardite de la variole, de la diphtérie, de l'érysipèle et, comme pour ces dernières, on retrouve à son origine la même notion de toxicité.

\* \* \*

Depuis longtemps déjà l'altération de la fibre cardiaque avait été signalée au cours de la dothiéntérie. Louis, Chomel, Laënnec, en avaient rapporté des exemples ; ce fut Griesinger qui lui attribua un rôle essentiel dans le mécanisme des phénomènes de

collapsus et des hypostases pulmonaires: il soupçonna la faiblesse du cœur dégénéré de favoriser la formation de caillots, de déterminer quelquefois des syncopes mortelles.

Ce qui avait été avancé d'une manière presque timide par Griesinger fut élevé par M. Hayem à la hauteur d'une théorie: en 1869, *M. Hayem accuse les altérations du myocarde d'amener chez le typhique l'arrêt brusque du cœur et la mort foudroyante.*

“Ayant pour elle le critérium toujours respectable de l'anatomie pathologique, cette manière séduisante d'envisager un fait encore obscur parut au début devoir rallier tous les suffrages.” (Dewèvre). Les publications successives de M. Hayem développent cette conception et l'étude des lésions cardiaques est reprise par Lorain en 1871, tandis qu'en 1877 Renault et Landouzy signalent une nouvelle altération caractérisée par la fragmentation des fibres musculaires.

Pendant on remarque bientôt que la dégénérescence du myocarde, évidente chez quelques sujets, ne pouvait être toujours constatée. Le mémoire de Dewèvre, qui porte sur 142 observations de mort subite, mentionne 16 fois la teinte feuille morte du myocarde; dans 15 autres cas, la fibre cardiaque était atteinte d'une dégénérescence granuleuse ou grasseuse constatée au microscope; d'autres fois enfin il existait une endartérite proliférante des petits vaisseaux; 34 observations sur 142, telle est la statistique des lésions cardiaques lorsque la mort est survenue brusquement.

On a prétendu, il est vrai, que ces altérations très discrètes ne pouvaient être étudiées sur une seule coupe microscopique; mais l'examen pratiqué par des histologistes comme Cornil, Ranvier, Malassez est resté souvent négatif et, il faut le reconnaître, dans bien des cas de mort subite, la dégénérescence cardiaque n'existe point.

D'ailleurs si l'on examine attentivement les observations de mort subite qui relatent cette dégénérescence, on remarque des caractères particuliers dans l'évolution même des symptômes; le tableau clinique est en effet, celui du collapsus et relève plutôt de l'adynamie générale et de l'état de la circulation pulmonaire. Il s'agit ici de la forme cardiaque de la dothiéntérie qui ne représente point un accident brutal, mais se développe en plusieurs jours sans aboutir fatalement à un brusque arrêt du cœur.

Les différences s'exagèrent encore si l'on envisage la date des accidents; nous avons vu que la mort subite survient le plus souvent au début de la convalescence, c'est-à-dire à une époque où les altérations perenchymateuses sont en voie de décroissance, sinon dans une phase de réparation; la forme cardiaque au contraire est d'ordinaire plus précoce.

Enfin un dernier argument peut être invoqué contre l'opinion de M. Hayem; il nous est fourni par l'étude de la myocardite au cours des différentes maladies infectieuses. Les lésions cardiaques sont peut-être plus fréquentes dans le typhus, la variole, la diphtérie, et cependant la mort subite est une exception.

Pour ces raisons, le terme de myocardite n'est point synonyme de mort subite, comme tendait à l'admettre la théorie de M. Hayem et il existe bien une dualité anatomique à laquelle correspond nettement un double tableau clinique, la mort subite et la forme cardiaque de la fièvre typhoïde.

*Le collapsus cardiaque lui-même relève-t-il toujours de la myocardite?*

On remarqua d'abord que la disparition du premier bruit du cœur n'entraînait pas nécessairement un pronostic fatal; sous l'influence des bains froids, la fréquence excessive du pouls, ses inégalités, ses intermittences, peuvent souvent s'atténuer et même entièrement disparaître; c'est ainsi qu'en 1894, M. Siredey rapportait à la Société médicale des hôpitaux la guérison d'un typhique dont le pouls s'était maintenu pendant huit jours au-dessus de 150 et qui avait présenté des accès de dyspnée et des tendances syncopales. Dans la même discussion, M. Huchard insista sur trois phénomènes: l'affaiblissement ou la disparition du premier bruit, l'embryocardie, l'allongement de la pause diastolique; il ne les attribua point à la myocardite typhique. Cependant M. Hayem prétendit qu'en pareil cas il existait toujours des altérations du myocarde; d'après lui, ces lésions passeraient souvent inaperçues: "pour les trouver, il ne faut pas se contenter, comme on le fait trop souvent, d'une simple dilacération du cœur; il faut examiner de nombreuses coupes, car la dégénérescence se présente en foyers isolés... , d'ailleurs la disparition du premier bruit à la base n'est pas toujours facile à constater et l'irrégularité persistante des bruits du cœur prouve d'ordinaire que le malade est gravement atteint."

Mais cette objection d'ordre anatomique fut encore contestée et Huchard mit en parallèle les petites lésions anatomiques des fièvres qui se terminent si souvent par la mort et même par la mort subite et les lésions considérables de la cardio-sclérose, qui laissent seulement intactes quelques rares fibres musculaires mais permettent cependant une survie prolongée. A ne considérer que les altérations de la fibre myocardique dans les fièvres, on peut dire "petites lésions pour de grands effets, car il m'est arrivé de ne constater souvent à l'autopsie qu'une dégénérescence à peine accusée de la fibre cardiaque à la suite de la fièvre typhoïde."

La thèse de Willaume fournit d'ailleurs 21 observations très concluantes; elle établit qu'en l'absence de toute altération de la fibre musculaire du cœur, il se produit des accidents graves, caractérisés par les symptômes suivants: accélération, faiblesse du cœur et du pouls, arythmie; par des phénomènes de stase viscérale et périphérique (engouement pulmonaire, cyanose et refroidissement des extrémités, abaissement considérable de la tension artérielle) et par la mort subite assez fréquente.

La myocardite typhique se trouvait ainsi contestée, au double point de vue de la clinique et de l'histologie.

Dans la même séance, M. Rendu propose d'expliquer les symptômes de collapsus par des troubles de l'innervation cardiaque. "Sans vouloir nier la réalité parfaitement démontrée de la myocardite des états infectieux, je crois qu'on exagère souvent la fréquence de cette complication. A mon avis, on ne tient pas suffisamment compte des troubles de l'innervation cardiaque qui jouent très certainement un rôle important dans la symptomatologie. Combien de fois ne voit-on pas, au cours d'une fièvre typhoïde, la tachycardie, l'affaiblissement du pouls et de la tension artérielle, l'arythmie, survenir chez des sujets qui, quelques jours après, entrent en convalescence, récupèrent très rapidement l'énergie de leurs contractions ventriculaires et dont le cœur se remet à fonctionner sans aucune défaillance. Il me paraît probable que dans ces cas l'affaiblissement de l'influx nerveux et la parésie du pneumogastrique interviennent au moins autant que les altérations de la structure de la fibre musculaire et que l'on n'est pas autorisé à diagnostiquer la myocardite dès que survient le collapsus cardiaque". Dans la séance suivante, M. Huchard confirme cette opinion: "A côté de l'asystolie cardio-vas-

culaire, il y a lieu de placer l'asystolie d'origine nerveuse; la première caractérisée par des troubles de la circulation, la seconde par des troubles de l'innervation; celle-là plus particulièrement traitable par la digitale, celle-ci pouvant être heureusement modifiée par d'autres agents...

Dans les fièvres, il n'y a pas que des myosites, que des artérites infectieuses, il y a aussi des névrites infectieuses et celles-ci peuvent se localiser sur les appareils d'innervation cardiaque". Une nouvelle distinction s'établissait ainsi entre les divers accidents de collapsus et l'inconstance des lésions dégénératives justifiait cette opposition.

Aux données anatomiques et cliniques manquait une preuve expérimentale: ce sont les travaux de M. Chantemesse qui l'ont apportée. Cet auteur a pu reproduire la myocardite typhique et préciser le rôle physiologique de la toxine éberthienne sur les centres régulateurs du cœur.

L'injection de toxine à doses faibles et répétées détermine dans le myocarde l'apparition de plaques de sclérose et d'après M. Chantemesse, cette sclérose serait "d'origine musculaire, dégénérative, mais non inflammatoire". A doses plus fortes, la toxine entraîne la mort en l'espace de vingt-quatre heures et, à l'autopsie de ces formes rapides, on constate dans le cœur une véritable réaction inflammatoire avec infiltration leucocytaire, congestion sanguine, œdème périvasculaire; mais la lésion principale consiste en une dégénérescence aiguë de la fibre musculaire: ses disques sont fusionnés, elle perd son apparence striée et autour des noyaux la zone protoplasmique subit une dégénérescence vacuolaire plus ou moins accentuée. Tous ces faits confirment expérimentalement l'existence de la myocardite typhique.

Les recherches de MM. Chantemesse et Courtade précisèrent encore des notions d'ordre physiologique. Injectée sous la peau d'une grenouille, la toxine typhique détermine un ralentissement du cœur de plus en plus prononcé, aboutissant finalement à son arrêt en diastole. MM. Chantemesse et Lamy ont d'ailleurs repris cette expérience en pratiquant la circulation artificielle dans le cœur de la tortue avec du sang défibriné de lapin normal; ils ont constaté que les contractions cardiaques restaient parfaitement régulières durant vingt-quatre heures environ; mais si l'on ajoute au sang défibriné une certaine dose de toxine typhique, on voit

apparaître des troubles caractéristiques: en quelques heures les battements se ralentissent, deviennent plus faibles et finalement le cœur s'arrête en diastole: à ce moment ni l'électrisation, ni le passage de sang frais ne peuvent ranimer les battements cardiaques.

Un fait de haute importance fut en outre précisé au cours de ces expériences. Sur le cœur de cobayes soumis à l'intoxication éberthienne, les cellules nerveuses présentaient des altérations manifestes; elles avaient subi des modifications morphologiques: arrondies, sans prolongements, elles renfermaient un noyau en dégénérescence; elles étaient moins nombreuses qu'à l'état normal; enfin, dans leur intervalle, des leucocytes traduisaient la réaction inflammatoire du ganglion nerveux.

Grâce à l'expérimentation, le rôle de la toxine typhique sur les centres cardiaques était prouvé par des arguments physiologiques et anatomiques.

\* \* \*

Nous venons de suivre les différentes phases que traversa la conception de la myocardite typhique.

Au début, la myocardite explique tous les accidents cardiaques de la dothiénterie; mais bientôt la clinique établit une différence entre la mort subite et l'état de collapsus; l'histologie montre en outre l'inconstance de la dégénérescence, et la mort subite n'est plus considérée comme synonyme de myocardite; ce terme est réservé aux accidents de collapsus.

Myocardite et collapsus subissent à leur tour un nouveau démembrement. On met en cause le système nerveux régulateur du cœur: ses troubles expliquent les intermittences et la rapidité du pouls, l'embryocardie qui peuvent survenir dans la fièvre typhoïde, sans que le pronostic soit pour cela fatal. Cette conception nouvelle trouve sa justification dans les données cliniques, dans les recherches histologiques, dans l'expérimentation.

Le domaine de la myocardite typhique se trouve diminué; son existence n'est cependant pas contestable; les premières descriptions anatomiques conservent toute leur exactitude et la bactériologie, qui a montré la présence du bacille d'Eberth au niveau du tissu interstitiel du myocarde, l'inoculation de toxine, qui réalise la dégénérescence de la fibre cardiaque, constituent en :

faveur de nouveaux arguments qui nous ont été fournis par les recherches modernes.

Seule sa fréquence est discutée et ce fait, bien mis en relief aujourd'hui, prend une grande importance au *point de vue thérapeutique*. Lorsqu'un typhique présente des accidents cardiaques, il est parfois dangereux de recourir à la digitale à dose toxique en produisant une accélération paralytique du cœur; c'est ce qui explique la contre-indication et les mauvais effets de ce médicament dans certaines formes cardiaques de la dothiéntérie, car alors la digitale devient en quelque sorte complice de la maladie" (Huchard).

Ces réserves thérapeutiques ne feront cependant pas méconnaître l'asystolie et le collapsus qui chez le typhique sont justifiables des toniques cardiaques, et comme conclusion de cette étude, nous admettons que les toxines sécrétées par les microbes pathogènes peuvent aussi bien porter leur action sur le système nerveux que sur le tissu musculaire. Les opinions opposées se trouvent d'ailleurs confirmées par M. Hayem: "Les altérations de la fibre cardiaque dans la fièvre typhoïde sont sous la dépendance d'altérations du sang dont les mauvais effets retentissent sur tous les organes peut-être, sur le système nerveux certainement".

---

## ACTUALITES

---

### LA LIGUE ANTI-TUBERCULEUSE DE MONTREAL (1)

---

Le 29 novembre 1902, un groupe de citoyens occupant un rang honorable, tant dans la finance, l'industrie, le commerce, que dans les professions libérales, instruits d'une part des moyens de dé-

(1) NOTE DE LA REDACTION. — Depuis quelques semaines, on a beaucoup parlé de dispensaires antituberculeux, de fondations nouvelles et sur un ton qui pourrait laisser croire que Montréal n'a encore rien fait pour ses tuberculeux. Or, on a fait déjà beaucoup pour cette classe de malades; et il importe qu'on le sache.

Ce serait mal reconnaître le dévouement et le désintéressement de ceux qui se sont dévoués à cette œuvre philanthropique, que de manquer de générosité au point de tout ignorer, et d'organiser, à propos des résultats obtenus, une espèce de conspiration du silence.

Qu'on lise cet article, qu'on se renseigne, et qu'on publie les résultats encourageants.

fense contre la tuberculose, mis en œuvre dans les autres pays, et d'autre part, justement alarmés des ravages causés dans notre ville, par cette maladie, jetaient dans une réunion publique, sous le patronage du gouverneur-général du Canada, les bases d'une société de protection contre la tuberculose à Montréal.

Après un travail préliminaire d'organisation, qui dura quelques mois, la nouvelle société devenue la ligue antituberculeuse de Montréal, dont le but est de vulgariser les notions admises, pour protéger le public contre la contagion tuberculeuse, et pour protéger le tuberculeux contre lui-même, prenait possession *gratuitement*, grâce à la générosité d'un de ses membres, de modestes bureaux.

Des adhésions sous forme de contributions pécuniaires, les unes modiques, d'autres un peu plus élevées, vinrent de toutes parts.

Le conseil municipal accorda une subvention de sept cents dollars. — Un appel fut fait aux différents hôpitaux et aux médecins de la ville, priant ceux-ci de bien vouloir faire la déclaration de leur cas de tuberculose dans la classe pauvre, la Ligue en retour se chargeait de faire parvenir à ces malades des instructions sous forme de feuilles, traitant des précautions à prendre vis-à-vis d'eux-mêmes, et vis-à-vis de leur entourage pour empêcher la contagion.

Aux malades privés des premières nécessités de la vie, des secours matériels furent donnés sous forme de nourriture, de vêtements et quelquefois d'acquiescement de loyer ou de bons de charbon.

Un comité de dames fut formé pour s'occuper de ces détails importants.

Le 7 novembre 1904, la Ligue ouvre un dispensaire, où trois fois par semaine d'abord, puis plus tard, tous les jours, excepté le dimanche, les malades pauvres peuvent consulter et recevoir les soins médicaux.

Une fois la maladie reconnue, un inspecteur-visiteur, passe au domicile du malade, s'assure des conditions hygiéniques du logement de l'état de santé des autres habitants, distribue des crachoirs, des feuilles contenant des avis hygiéniques pour le malade et pour ceux qui l'entourent, puis s'il y a lieu, des vêtements, de la nourriture, etc.

Après un décès, la désinfection est faite de la lingerie qui a servi au malade, ainsi que des pièces qu'il a habitées.

Ces visites de l'inspecteur ont lieu aussi pour les cas déclarés à la Ligue par les médecins des différents quartiers de la ville.

Chaque rapport est conservé dans les archives.

La Ligue a à sa disposition à l'hospice des Incurables, à Notre-Dame de Grâce, vingt lits qu'elle entretient à ses frais, et où elle place les malades absolument incapables de se donner à domicile, les soins que requiert leur état.

Depuis l'établissement du dispensaire, 10,000 consultations ont été données :

1700 malades nouveaux se sont présentés à la consultation, sur ce nombre :

197 ont été dirigés vers l'hospice des Incurables.

35 ont été envoyés à la campagne.

8 cas de tuberculose au début, ont été placés dans des sanatoriums.

62 malades ont été repatriés.

157 malades ont reçu des secours matériels, acquittement de loyer, charbon.

360 ont été pourvus de nourriture, vêtement, etc., etc.

L'inspecteur-visiteur a fait jusqu'à présent 25,000 visites à domicile; il y a eu 3500 désinfections, on a fourni au-delà de 140,000 crachoirs aux malades, et plus de 60,000 feuillets contenant des avis sur l'hygiène dans la tuberculose, ont été distribués.

14,000 œufs, 10,000 pintes de lait, 180 bouteilles de bovril, 200 boîtes de cocoa, du lait préparé, des vêtements, et des couvertures de lit, ont été fournis aux nécessiteux.

Un petit catéchisme, renfermant sous forme de questions et réponses, des notions élémentaires, mises à la portée de tous, d'hygiène antituberculeuse, a été publié dans les deux langues.

13,075 exemplaires ont été adressés aux écoles françaises de la ville.

7818 exemplaires aux écoles anglaises.

6,600 exemplaires aux employés de la Cie des Tramways.

Grâce à un don de haute piété filiale et de généreuse philanthropie de la part de la famille Burland, grâce aussi à des souscriptions d'un grand nombre de citoyens, la Ligue dont le nom-

bre des malades à secourir va toujours en augmentant, a pris possession d'un édifice bien aménagé pour le but de l'œuvre, et qui en souvenir de son inauguration, porte le nom de "Royal Edward Institute".

La salle d'attente est une large veranda entourée de fenêtres qu'on peut ouvrir au besoin.

Le toit de la maison est disposé de façon à procurer la cure d'air durant le jour (day time).

Une garde-malade est de service auprès des médecins de la consultation. Elle note le poids, la température, le pouls de chaque malade entrant, prépare les malades à subir l'examen médical et remplit les ordonnances.

Nous espérons que le nouvel "Institut" à l'exemple de ce qui existe à l'étranger, tout en étant un facteur social dans la lutte contre la contagion tuberculeuse, pourra devenir avant longtemps en même temps un centre d'études scientifiques.

En novembre 1908, à la suite du congrès de Washington, sous les auspices de la Ligue antituberculeuse de Montréal, une exposition antituberculeuse fut organisée.

Il est inutile d'insister sur le succès qui couronna les efforts des promoteurs et des organisateurs quand on sait que 50,000 personnes dont 25,000 élèves des différentes écoles de la ville, ont parcouru les différentes salles de l'auditorium et ont entendu les conférences si pratiques qui y ont été données.

Il y a quelques mois à la demande de la Ligue, une commission royale a été nommée pour étudier les causes de la tuberculose dans la province de Québec et aviser le gouvernement sur les meilleurs moyens à prendre pour combattre cette maladie.

Voilà très résumée, l'œuvre accomplie depuis 6 ans par la Ligue antituberculeuse de Montréal, au moyen de contributions des citoyens, de dons de diverses associations et d'une subvention actuellement de 1000 dollars par le conseil municipal, plus le salaire de l'inspecteur-visiteur.

Il est à espérer que grâce au concours généreux de tous nos concitoyens sans distinction de race, la lutte entreprise ici contre "la peste blanche" poursuivra son but éminemment humanitaire et patriotique.

Nous formons le vœu, que ceux à qui la situation de fortune procure quelques loisirs veillent bien en consacrer une légère part au soulagement des infortunés qui méritent que l'on pense à eux, le tuberculeux pauvre est au nombre de ceux-là.

ALBERT LARAMÉE.

---

## NOUVELLES

---

Notre excellent ami, M. le Dr Triboulet, de Paris, dont nous conservons le meilleur souvenir, au Canada, spécialement à Montréal et à Trois-Rivières, a organisé une série de leçons qui seront données à l'Hôpital Trousseau.

Notre distingué confrère nous adresse la circulaire publiée à cette fin.

La faculté de médecine l'a affichée dans les salles de cours, et nous la publions en entier dans notre revue, afin de la faire connaître au public médical.

Ceux qui ont l'avantage d'aller à Paris, et qui auraient l'intention de suivre ces leçons pourront obtenir des conditions spéciales en s'adressant au Dr Triboulet, 25, Avenue d'Antins, à Paris.

---

*Association de l'enseignement médical des Hôpitaux de Paris, année scolaire 1909-1910.*

Séries de conférences cliniques et de manipulations anatomohistologiques et bactériologiques, faites à l'hôpital Trousseau, par M. le Dr Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau, avec le concours de M. le Dr Ribadeau-Dumas, chef de laboratoire, et de M. le Dr Harvier.

Les conférences auront lieu en séries: De la 1<sup>ère</sup> semaine de novembre à Noël 1909; de la 3<sup>e</sup> semaine de janvier à Pâques 1910; et s'il y a des demandes pour une 3<sup>e</sup> série, du 15 avril au 1<sup>er</sup> juin 1910.

Les conférences auront lieu trois fois par semaine, à l'Hôpital, soit le matin, de 10 h. à midi, soit l'après-midi (ces détails devant

être fixés ultérieurement après entente entre les conférenciers et les élèves).

Le prix d'inscription est de 100 fr.

### PROGRAMME

En dehors des conférences cliniques portant sur les divers sujets de la pathologie infantile (croup, tubage, trachéotomie, maladies aiguës de l'enfance, diagnostic et thérapeutique), le programme d'enseignement portera sur les sujets suivants :

**1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> Conférences.** — Etude bactériologique des principaux microbes de la suppuration, streptocoque, pneumocoque, gonocoque, etc.

Morphologie et coloration; méthode de Gram; cultures et inoculations.

Analyses bactériologiques du pus.

**3<sup>e</sup> Conférence.** — Diagnostic bactériologique des angines.

**4<sup>e</sup> Conférence.** — Diagnostic bactériologique de la diphtérie.

**5<sup>e</sup> Conférence.** — Technique de l'examen bactériologique du sang; hémoculture.

**6<sup>e</sup> Conférence.** — Diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde; le séro-diagnostic.

**7<sup>e</sup> Conférence.** — Diagnostic du bac. d'Eberth et des bac. paratyphiques.

**8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> Conférences.** — Diagnostic de la tuberculose: recherche du bac. de Koch dans les crachats et dans les différents liquides pathologiques. Inoculations. Epreuves diverses de la tuberculine (cuti-réaction, intra-dermo-réaction, etc.).

**10<sup>e</sup> Conférence.** — Examen du sang. Numération globulaire et dosage de l'hémoglobine. Formules leucocytaires, etc.

**11<sup>e</sup> Conférence.** — Etude de la chlorose et des anémies.

**12<sup>e</sup> Conférence.** — Le cyto-diagnostic (plèvres, péritoine, liquides articulaires, etc.).

**13<sup>e</sup> Conférence.** — La ponction lombaire; diagnostic histobactériologique des méningites tuberculeuses et non tuberculeuses. Etude du méningocoque.

**14<sup>e</sup> Conférence.** — Examen cytologique et bactériologique des urines. Recherche des cylindres, du pus, du sang, etc.

**15<sup>e</sup> Conférence.** — Diagnostic anatomo-pathologique: tumeurs et inflammations.

**16<sup>e</sup> Conférence.** — Diagnostic anatomo-pathologique: tuberculose. Syphilis (recherche du tréponème pâle de Schaudinn).

**17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> Conférences.** — Coprologie. Examen des matières fécales. Exploration des fonctions biliaire et intestinale (méthode du Dr Triboulet).

---

## SOCIÉTÉS

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

*Séance du 5 octobre 1909*

Présidence de M. ST-JACQUES

M. St-Jacques exprime un vœu de M. le curé Lepailleur, l'apôtre patriote de St-Louis du Mile-End, dans sa campagne en faveur de l'hygiène, regrette de n'avoir pas à sa disposition, pour le distribuer aux mères, un opuscule sur les soins à donner aux enfants et demande les suggestions de la Société qui nomme, séance tenante, MM. Benoît, Valin, Boucher, R. Masson et Leduc, pour s'occuper de la question et faire rapport.

Les règlements de la société sont ensuite suspendus quant aux avis de motions, et l'assemblée adopte la motion suivante, proposée par M. Boucher et secondée par M. Hervieux :

La Société Médicale de Montréal, à sa séance du 5 octobre 1909.

Considérant le fait qu'il n'existe pas, dans la province de Québec, de médecins légistes experts près les tribunaux, c'est-à-dire des médecins dont la fonction spéciale soit d'éclairer la justice dans les cas souvent si complexes ou la loi vient en contact avec la médecine;

Considérant qu'il n'existe pas de laboratoires spéciaux aménagés aux fins de toute analyse médico-légale, qui peut être jugée nécessaire;

Considérant que ces analyses sont actuellement confiées à des personnes extra-médicales et, par conséquent, non revêtues de la compétence voulue pour en tirer des conclusions absolument inattaquables;

Considérant que la société en général, et les médecins en particulier, sont chaque jour exposés à être la victime d'une erreur judiciaire grave, grâce à cette lacune de notre organisation médico-légale;

Considérant que les médecins non légistes qui par hasard sont appelés à remplir les fonctions d'experts, sont d'après leurs dires souvent fort embarrassés pour les accomplir parce qu'ils ne se sentent pas préparés;

Considérant que tous les médecins de cette province, soit en comités, soit en particulier, ont tour à tour exprimé une opinion identique;

La " Société Médicale " demande respectueusement aux autorités administratives de vouloir bien prendre en considération et acquiescer si possible aux vœux qu'elle forme, à savoir:

1° Que des médecins légistes soient nommés par le gouvernement, comme experts devant les tribunaux.

2° Qu'il soit créé des laboratoires où les expertises pourront être faites avec tout le soin qu'exige l'importance de la matière.

M. St-Jacques présente trois radiographies très intéressantes: l'une d'*ostéo-périostite tuberculeuse du tibia*, montrant bien la diffusion des lésions; les deux autres, d'*ostéo-périostite du carpe*, montrant l'infection, à deux périodes différentes, en même temps que l'étendue des lésions.

La séance se termine par le *Procès de l'aphasie*, ou M. le professeur Benoit, dans un exposé très limpide, a su mettre au point la grande controverse entre *Pierre Marie et Paul Broca*.

Rappelant d'abord les premières théories de *Gall et de Bouillaud*, il arrive à celle de *Broca* qui, en 1863, devait localiser le centre de la parole articulée, au pied de la troisième circonvolution frontale gauche, et faire admettre universellement sa conception, durant 40 ans. Mais voici qu'en 1906, un article retentissant de *Pierre Marie* vient ébranler la vieille doctrine: 50% des aphasiques de Bicêtre, déclare-t-il alors, ne présentent pas de lésions au centre de *Broca*."

C'est le moment où M. Déjerine entre en scène, comme défenseur des notions classiques, et dès lors le problème apparaît sous un jour nouveau, que le Dr Oenoit nous dégage de l'obscurité, à la lumière du dossier anatomo-pathologique et clinique. Le Dr

Moutier, dit-il, a dans son fort volume réuni tous les documents de la cause, et la conclusion qui s'impose, c'est que l'aphasie motrice peut exister avec une 3e frontale saine, comme une lésion d'icelle peut évoluer sans trouble du langage. Moutier sur 101 cas d'aphasie autopsiés, en trouve 19 favorables à l'opinion de Broca et 84 défavorables.

Par ailleurs, l'existence des symptômes aphasiques n'est pas toujours en rapport avec l'étendue des lésions et les variations dans la distribution des branches de la sylviennne, expliquent, d'un malade à l'autre, la variante symptomatique.

Enfin Pierre Marie place dans la zone lenticulaire le centre de la coordination du langage, il donne au territoire de l'aphasie la forme d'un quadrilatère, dans les limites duquel se trouvent la zone de Wernicke, le pli courbe, l'insula, la capsule externe, le noyau lenticulaire.

Voici une doctrine nouvelle, ajoute M. Benoit, qui ne peut laisser indifférents les médecins et, si elle n'est pas définitive, elle aura du moins fortement ébranlé la réputation de la 3e circonvolution frontale.

L. VERNER.

#### SEANCE DU MARDI, 19 OCTOBRE

Présidence de M. PARIZEAU

Le procès-verbal est adopté, moins la partie qui concerne la nomination d'un comité pour la rédaction d'un opuscule sur les soins à donner aux enfants, parce que cette motion est illégale, faite sans avis de motion préalable, sur une demande non officielle de M. le curé Lepailleur.

Le président communique ensuite une lettre de la compagnie d'assurance " Métropolitaine " qui sollicite l'opinion de la Société Médicale, sur un nouveau service de gardes-malades qu'elle doit instituer à Montréal, auprès de ses assurés, afin de surveiller leur état sanitaire et leur faire procurer les soins du médecin au moment voulu. — La question jugée très délicate est référée au comité de régie.

Après quoi M. Parizeau présente une jolie pièce osseuse qu'il vient de faire monter par le préparateur de la Faculté. Elle provient d'un homme traumatisé au pied il y a 9 ans, et traité dans le temps pour une fracture.

La jointure, restée grosse n'avait que peu incommodé le malade depuis, lorsque dernièrement, la reprise des symptômes locaux en imposa pour un néoplasme ou une infection profonde. La partie malade fut amputée et l'examen de la pièce laisse voir une hypertrophie prononcée des os du tarse et de l'extrémité inférieure du péroné, vraisemblablement due à des productions ostéophytiques, provenant de l'éclat de la malléole externe, au moment de l'accident.

*M. St-Jacques* termine la séance par une série de projections lumineuses, montrant toutes les modalités de l'infection rénale tuberculeuse. — La séance est suivie d'une visite au laboratoire de pathologie où le Dr Latreille fait voir les progrès de l'installation et surtout le succès des nouveaux procédés de montage des pièces anatomiques.

L. VERNER.

*Séance du mardi 2 novembre 1909*

Présidence de M. PARIZEAU

*M.* le président communique à l'assemblée un rapport du comité de régie conseillant de voir fonctionner le système de surveillance sanitaire que se propose d'établir la compagnie d'assurance Métropolitaine, avant d'y adhérer officiellement. Ce rapport est adopté.

*M. de Martigny*, après avoir exposé rapidement le traitement classique des orchites, lequel donne d'ailleurs de bons résultats, décrit la technique qu'il emploie depuis dix ans avec beaucoup de satisfaction: Ayant frictionné généreusement les bourses à l'onguent napolitain belladonné, il les enfouit dans une épaisse couche d'ouate, recouvre d'un gutta-percha et comprime le tout dans un large et solide suspensoir, que ne puissent défaire les mouvements de la marche, permise durant toute la durée de l'affection. Cette pratique a l'avantage de calmer immédiatement les douleurs et de ne pas immobiliser les malades. Cette dernière considération est précieuse surtout pour ceux obligés de voir aux exigences de la vie.

*M. Robichon* a beaucoup de foi en ce traitement qu'il a employé quelques fois; seulement il signale un échec récent où il lui a fallu remettre son malade au lit, vue la persistance des douleurs après 24 heures de compression ouatée.

*M. de Martigny* attribue cet échec au fait que le pansement n'était pas suffisamment solide et qu'il s'est déplacé dès les premiers mouvements.

*M. Bourgoïn* rapporte "quelques observations cliniques de paralysie infantile" et à propos de six cas qu'il a observés récemment à sa consultation de l'hôpital Ste-Justine, il étudie les données pathogéniques et pronostiques de cette affection et en particulier la physionomie qu'elle revêt dans l'épidémie actuelle. (Voir plus haut.)

*MM. Ricard et Lesage* après quelques remarques ajoutent une observation personnelle chacun à celles du docteur Bourgeois.

B. E. BOURGEOIS.

---

#### ASSOCIATION MÉDICALE DE L'OUEST DE MONTREAL

Présidence de M. E. G. ASSELIN

Etaient présents: MM. les docteurs Henri Lasnier, E. C. Campeau, Ph. Ste-Marie, J. O. Lapointe, J. L. Gratton, Vildac Rhéaume, J. H. Jasmin, Pietro Delvecchio, A. E. Laurin, S. Mauffette et J. M. Aumont.

Etaient aussi présents, M. l'échevin Eugène Guay et MM. Elphège Ethier, U. R. Bluteau et G. S. Deguire, pharmaciens.

M. le Dr Ph. Ste-Marie donne avis de motion pour faire amendement d'application de l'électricité à l'hygiène.

Après discussion au sujet de la petite Rivière St-Pierre, la résolution suivante est unanimement adoptée: "L'Association Médicale de l'Ouest de Montréal émet le vœu que les autorités compétentes s'occupent de faire entreprendre sous le plus bref délai possible, les travaux d'assainissement de la petite Rivière Saint-Pierre, dont l'état malsain cause tant de maladies.

M. le Dr Ph. Ste-Marie donne avis de motion pour faire amender l'art. b. du ch. II, et substituer le mot "citoyens" au mot "médecins".

M. le Président donnera à la prochaine séance, une conférence sur la Physiologie.

Le Secrétaire,

J. M. AUMONT.

## ANALYSES

### MEDECINE

Clinique de l'Hôtel-Dieu sur un cas de pleurésie hémorrhagique,  
par M. le professeur DIEULAFOY, dans *Journal Méd. et  
Chir. Prat.* oct. 09.

Lorsqu'après une ponction de la plèvre, on retire un liquide sanglant, on peut dire que c'est toujours une surprise, car le diagnostic de la pleurésie hémorrhagique est à peu près impossible à faire; et c'est en même temps une surprise pour l'avenir, car il est impossible à ce moment de prévoir ce qui pourra survenir plus tard.

Le cas s'est présenté pour un malade du service chez lequel on avait pu croire à une pleurésie banale, alors que la ponction donna issue à du liquide sanglant. Néanmoins il sortit guéri de sa pleurésie au bout de peu de temps, et les sept ou huit cents grammes de liquide que contenait encore sa plèvre s'étaient résorbés comme un autre liquide quoiqu'il fût hémorrhagique.

En présence d'un fait de ce genre, il n'est pas toujours facile de déterminer l'origine d'une pleurésie hémorrhagique. Celle-ci peut avoir diverses causes.

Parmi les plus rares on peut citer la pleurésie rhumatismale; on sait que le rhumatisme prédispose aux épanchements; et en ce cas, l'épanchement peut être sanglant, mais c'est là une exception bien rare. M. Dieulafoy rapporte cependant avoir vu deux faits de ce genre, faits qui ont été publiés par M. Nattan-Larrier. Dans l'un des cas, où deux ponctions furent faites, le liquide retiré était de coloration rouge vif et l'examen histologique montrait en grand nombre des hématies et des placards endothéliaux. Chez le second, l'épanchement, qui s'était produit aussi au cours d'un rhumatisme, présentait les mêmes caractères.

Mais dans le cas présent, il était impossible d'invoquer le rhumatisme.

On cite encore des pleurésies hémorrhagiques au cours de la cirrhose de Laënnec. L'observation de ce genre la plus connue est certainement celle qui fut publiée par Laënnec lui-même; et cependant, en l'étudiant attentivement, M. Dieulafoy a montré que, chez ce malade, il s'agissait d'une pleurésie tuberculeuse coïncidant avec sa cirrhose. Depuis, bon nombre d'observations de ce genre ont été publiées et ont pu recevoir cette interprétation. Celle-ci d'ailleurs ne pouvait s'appliquer au malade du service.

On observe encore la pleurésie hémorrhagique dans la maladie

de Bright, circonstance assez rare, et qui ne s'observait pas ici, car ce qui fait principalement l'intérêt de ce cas c'est son évolution banale, jusqu'au moment de la ponction qui révéla cette particularité, puis l'amélioration et la guérison comme dans les pleurésies vulgaires.

C'est en se fondant sur des cas de ce genre qu'on a édifié l'histoire de l'hématome simple de la plèvre ou pleurésie primitive hémorragique pour lesquelles M. Duguet proposa la qualification d'arthritique, étant entendu qu'il s'agissait là d'une fluxion simple de la plèvre.

Or il y a 25 ans, M. Dieulafoy, frappé de ce fait que dans les pleurésies les plus simples il y avait très souvent une grande quantité de globules rouges pouvant même dépasser le chiffre de 6000, proposa de les appeler : pleurésies histologiquement hémorragiques. Toutefois on peut dire que toutes les pleurésies sont hémorragiques dans ces conditions, mais c'est seulement quand le nombre des globules rouges dépasse 6 à 7000 que le liquide devient rosé. Mais dès cette époque, tout en admettant ces pleurésies hémorragiques primitives, il conservait des doutes sur leur nature, ayant vu certains cas de ce genre évoluer vers la tuberculose.

Cependant l'hématome simple de la plèvre, ou la pleurésie hémorragique primitive, étaient admis d'une façon générale. Mais en 1890, Hanot publia une observation dans laquelle il s'agissait d'une pleurésie hémorragique d'allure franchement primitive, alors que le liquide inoculé à un cobaye donna une tuberculose généralisée ; et pourtant le malade guérit sans aucune apparence de tuberculose.

Il résulte de ce fait qu'une pleurésie hémorragique, quoique tout à fait primitive par son aspect, peut être de nature tuberculeuse. Aussi M. Dieulafoy affirme-t-il de plus en plus dans son livre la rareté tout à fait exceptionnelle de l'hématome simple ; et, chez le malade du service, malgré l'absence de toute lésion tuberculeuse concomitante, on peut être assuré qu'il s'agit de tuberculose. D'ailleurs l'examen cytologique est venu démontrer le fait en montrant dans le liquide l'existence d'une lymphocytose abondante.

En somme, tantôt la pleurésie tuberculeuse est simplement séreuse, tantôt elle est hémorragique et même elle est presque toujours histologiquement hémorragique... Mais les observations montrent qu'on ne peut plus admettre l'existence de la pleurésie hémorragique primitive par le seul fait qu'elle guérit facilement. Il faudrait, pour que la preuve fût donnée, que le cyto-diagnostic ou l'inoculation du liquide donnassent un résultat

négatif. On peut donc conclure que le groupe des pleurésies hémorragiques doit être révisé et en particulier que l'hématome pleural simple doit être considéré comme tout à fait exceptionnel.

**La physiologie pathologique des paralysies diphtériques, par MM. GUILLAIN et GUY LAROCHE, dans *Tribune Médicale*, 09.**

La clinique et l'expérimentation prouvent que les paralysies diphtériques, dans la plupart des cas, sont en rapport avec le lieu de formation de la toxine et que l'atteinte des centres nerveux se fait par un processus de névrite ascendante toxique. L'anatomie pathologique n'a donné aucun résultat précis sur la pathogénie des paralysies dans la diphtérie; aussi a-t-il semblé aux auteurs que la physiologie pathologique de ces paralysies devait être envisagée par des méthodes toutes différentes.

MM. Guillain et Laroche ont observé récemment un malade de 23 ans qui, à la suite d'une angine diphtérique, a présenté une paralysie complète du voile du palais, puis des symptômes bulbaires aigus (hoquet, vomissements, bradycardie, dyspnée), lesquels amènent la mort. Le liquide céphalo-rachidien ne montre aucune réaction cellulaire; de plus, inoculé aux cobayes par voie intracérébrale, il ne déterminait aucun trouble. Des fragments de bulbe au niveau des noyaux des nerfs naissant de cette région du nevraxe ont été prélevés, lavés pendant 24 heures à l'eau courante, puis broyés avec du sérum physiologique; le liquide ainsi obtenu a été inoculé à des cobayes par voie intracérébrale, intrapéritonéale et sous-cutanée; les animaux sont morts rapidement alors que des animaux témoins inoculés dans les mêmes conditions, mais avec d'autres régions du nevraxe, n'ont présenté aucun trouble. A l'autopsie, le sang du cœur de ces animaux est resté stérile. Ces expériences prouvent que dans le bulbe de ce malade atteint de paralysie bulbaire existait de la toxine qui ne se montrait pas dans d'autres parties du système nerveux.

Une autre série d'expériences a montré que la substance nerveuse mise au contact de dilutions de toxine diphtérique fixe cette toxine et que, même après un lavage de 24 heures, l'inoculation de cette substance nerveuse peut déterminer des paralysies et la mort plus ou moins rapide des animaux. Dans d'autres expériences, les auteurs ont vu que les lipoides extraits du système nerveux par l'éther étaient parmi les substances celles qui spécialement fixaient la toxine diphtérique.

Cet ensemble de faits, intéressant au point de vue du mécanisme lésionnel des corps toxiques microbiens, prouve aussi, mieux que n'avait pu le faire l'anatomie pathologique, l'origine centrale des paralysies diphtériques chez l'homme.

## CHIRURGIE

**Rétrécissement de l'œsophage. Cathétérisme rétrograde sur fil conducteur, par M. WOLFSOHN, *Soc. Chir.* de Berlin.**

L'auteur a eu l'occasion d'employer le cathétérisme rétrograde sur fil conducteur chez un garçon de quatre ans, qui était atteint d'un rétrécissement cocatriciel infranchissable de l'œsophage, à la suite d'une brûlure par ingestion d'eau bouillante. Une gastrostomie fut pratiquée, après quoi on fit ingérer au petit malade des grains de plomb fixés à un fil de soie. Les grains franchirent le rétrécissement et tombèrent dans l'estomac, d'où ils furent attirés au dehors à l'aide d'un aimant. Sur le fil de soie le chirurgien fixa alors une bougie filiforme qui, attirée dans l'œsophage par le bout supérieur du fil, franchit le rétrécissement. Dès lors on remplaça cette bougie par d'autres de plus en plus grosses et bientôt on put reprendre l'alimentation.

---

**Le traitement de l'hydrocéphalie, par M. KAUSCH, *Soc. Chir.* de Berlin**

Kausch, adversaire de toute intervention compliquée dans l'hydrocéphalie, se contente de recourir aux ponctions multiples qui lui ont donné tout récemment deux très beaux succès.

Un premier cas, concernant un nourrisson de quatre mois et demi, a été ponctionné 13 fois en quarante-quatre jours; la quantité totale de liquide évacué a été de 303 centimètres cubes. La circonférence de la tête tomba de 51 centimètres cubes et demi à 46 centimètres cubes; l'exophtalmie, la stase papillaire disparurent, la tête prit une configuration normale.

Le second malade, nourrisson de quatre mois, a été ponctionné six fois en vingt-quatre jours, la circonférence de la tête tomba de 43 à 41 centimètres cubes et demi, et aujourd'hui, quatre mois après la dernière ponction, le volume de la tête est resté stationnaire.

---

**Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum, Gibbon et Stewart, *Jr of Am. Med. Asso.***

Les auteurs rapportent vingt-deux cas d'ulcères perforés de l'estomac ou du duodénum.

Ils sont convaincus que le succès ou l'échec du traitement dépend entièrement de l'espace de temps qui s'est écoulé entre la perforation et la réparation chirurgicale.

Des treize cas opérés avant 17 heures, tous à l'exception d'un seul, ont guéri; tandis que les 9 autres, tous opérés 24 heures après la perforation, sont morts. Ces chiffres sont significatifs et sont, en outre, en accord avec ceux publiés par d'autres chirurgiens.

Il est important d'opérer aussitôt que les symptômes précoces de la péritonite par perforation apparaissent, que nous soyons ou non en état de faire un diagnostic précis de leur cause.

RHÉAUME.

**Rôle du traumatisme dans l'étiologie des tumeurs malignes**, par le Dr CERUTTI, thèse de Lille, dans *Journal de Méd. et Chir. Pratique*, Paris, Sept.-09.

Un traumatisme unique peut-il, survenant chez une personne exempte de toute tumeur antérieure ou de toute prédisposition locale au point contus, être la cause de l'apparition d'un cancer?

Ce qui montre bien la difficulté de la question, c'est la diversité des statistiques que M. Cerutti a réunies sur ce sujet. Certaines d'entre elles admettent un pourcentage de 19 à 20% (Ziegler, Wolf, Kapok), tandis que d'autres descendent à 2 ou 3%. Toutefois, si on laisse de côté certaines statistiques manifestement entachées d'exagération, on constate que, de l'ensemble de ces statistiquistiques, se dégage cette première considération: on relève la présence d'un traumatisme dans l'étiologie de 3,5% des tumeurs malignes en général.

En second lieu, si l'on considère les données ci-dessus au point de vue de la variété de tumeur survenant à la suite d'un traumatisme unique, il ressort de cet examen que les sarcomes relèvent beaucoup plus souvent que les tumeurs épithéliales de cette étiologie. Les statistiques de Ropke, de Wolff, de Ruff, de Lengnick sont particulièrement significatives à ce point de vue. Une étude de Gross, non citée encore, est intéressante à rapporter ici. Cet auteur, sur 144 cas d'ostéo-sarcomes, en donne 63 comme étant manifestement sous la dépendance d'un traumatisme.

Par contre, un rapport de Ziegler fait bien ressortir que les tumeurs épithéliales dérivent plus souvent d'une irritation chronique. Il est de notoriété courante, d'ailleurs, que les lésions chroniques du revêtement épithélial (ulcères, lupus, cicatrices, leucoplasie) peuvent facilement et souvent dégénérer en cancer.

Et, d'autre part, n'est-il pas avéré que les irritations répétées, mécaniques ou chimiques des téguments ou des orifices naturels sont une cause puissante de prolifération cellulaire et de dégénérescence cancéreuse des points irrités? (par exemple: cancer des fumeurs, des ramoneurs, des paraffineurs). On peut donc, jusqu'à un certain point, opposer, sous ce rapport, le carcinome et le sarcome, ce dernier dérivant plus souvent d'un traumatisme brusque, unique, le premier survenant de préférence sur des lésions anciennes ou à la suite d'irritations répétées.

Toutefois, lorsqu'on soumet à une analyse très sévère les observations qui ont été citées, on constate que beaucoup sont encore suspectes et pèchent par quelque point obscur, mais en tout état de cause, on doit conclure que le traumatisme, en aucun cas, se peut être considéré comme la cause vraie, nécessaire et suffisante d'une tumeur maligne, mais uniquement comme une cause seconde, accessoire, occasionnelle, provoquant la mise en activité, chez un individu porteur d'une prédisposition générale ou locale, d'une cause morbide dont nous ignorons encore la véritable nature.

La question est d'autant plus difficile à résoudre qu'elle peut se présenter sous un côté médico-légal, en raison de la loi sur les accidents du travail. M. Cerutti pour ce point particulier arrive aux conclusions suivantes qui montrent une fois de plus que la loi devrait être modifiée ou tout au moins interprétée différemment, sur certains points.

a) Il est certain que, dans le plus grand nombre des cas, la tumeur dont le porteur rapporte la cause à un accident antérieur n'est en réalité qu'une tumeur préexistante au traumatisme et révélée par lui. Pour les cas de ce genre, il est évident que la responsabilité du traumatisme est nulle.

b) Mais il est un certain nombre de faits, rares à la vérité, où l'accident, survenant chez un individu porteur d'une simple prédisposition générale ou locale au cancer, est véritablement la cause occasionnelle de l'écllosion d'une tumeur maligne.

Pour les faits ci-dessus, où le lien étiologique apparaît nettement, l'accident doit être considéré comme responsable, et sa responsabilité ne peut pratiquement être atténuée par l'existence de cette prédisposition dont était porteur l'accidenté.

Par conséquent, dans ces cas, la victime ou ses ayants droits doivent être indemnisés de toutes les conséquences découlant du cancer, quelles qu'elles soient.

c) D'autres cas peuvent se présenter où un accident vient, non plus occasionner une tumeur maligne, mais simplement l'aggraver, soit par ébranlement à distance, soit par choc direct. Il

faut ici, selon nous, faire deux parts de responsabilité pour les suites de l'accident: la part de la tumeur préexistante et la part de l'aggravation résultant directement de l'accident. Cette dernière seule doit donner lieu à une indemnité.

d) Cette façon de voir ne s'accorde pas toujours avec celle des magistrats chargés de l'interprétation de la loi sur les accidents du travail, qui négligent toujours les états pathologiques antérieurs dans l'attribution des indemnités. On serait heureux de les voir, dans certains cas, par exemple dans les cas d'aggravation de cancer par un accident, modifier cette interprétation dans ce qu'elle a de compatible avec la loi.

#### PEDIATRIE

**Comment se transmet la scarlatine,** par Dr COMBY, publié dans les *Archives de médecine des enfants*, dans *Journal de Méd. et Chir. Pratique*. Paris, août 09.

L'auteur proteste de nouveau contre l'inutilité des désinfections de meubles et d'appartements, montrant encore une fois que la cause de l'infection ne se trouve que dans le malade et surtout dans ses sécrétions bucco-nasales ou dans les objets qui ont pu être contaminés par les sécrétions. De nombreux faits montrent que la desquamation elle-même, toujours incriminée dans la scarlatine n'est probablement contagieuse que lorsqu'elle sert de véhicule à ces sécrétions. M. Comby cite l'opinion de plusieurs auteurs compétents comme Lemoine, Bressé, Herrmann et celle de Heubner. "On suppose, dit cet auteur, que le virus peut se conserver dans la chambre, sur les murs et les parquets, même après une désinfection complète. Cette croyance est basée sur les cas dans lesquels les membres sains de la famille, ayant été envoyés loin de leur maison, à leur retour dans les chambres soigneusement désinfectées, ont été pris de scarlatine. Mais on oublie une autre possibilité, c'est que le virus persiste chez le malade guéri en apparence, ou peut-être chez le garde-malade ou chez les parents ayant eu une atteinte légère. Très fréquemment, ce sont les cas légers, les cas non encore déclarés, qui se transmettent à l'entourage, et les véhicules les plus dangereux sont ces adultes, dont la maladie consiste uniquement dans une angine même apyrétique."

Ces opinions se trouvent confirmées par les faits de Thornton (*Orit. med. Journ.*, 29 fév. 1908) ; en 1903, de nombreux cas de scarlatine se déclarent dans une école anglaise surveillée par l'au-

teur. Il y eut 96 cas en tout, dont 31 avec éruption typique, mal de gorge et fièvre; 19 sans éruption, avec un peu d'angine et de fièvre; 46 sans symptômes notables, mais avec desquamation.

Les cas tardifs, à incubation prolongée, ne peuvent s'expliquer que par le contact avec les cas frustes ou avec des personnes conservant plus ou moins longtemps le germe dans leur nez ou leur gorge. Le contact virulent est toujours suivi à bref délai (un à trois jours) de la scarlatine.

Des enfants retenus à l'hôpital pendant six semaines ou davantage, paraissant très bien et n'ayant plus de desquamation, reviennent chez eux et contaminent d'autres enfants. Comment ? En général, cette contamination est due à un écoulement nasal ou auriculaire. On peut trouver, dans la gorge des diphtériques guéris, la bacille de Loeffler virulent huit et dix semaines après la guérison, surtout chez les enfants qui ont des adénoïdes et de grosses amygdales. Il en est certainement de même pour la scarlatine. M. Herrman admet que certaines personnes peuvent garder le contagé dans leur gorge et leur nez pendant des mois. Quand il y a envahissement de l'oreille moyenne, celle-ci sert de réceptacle, de magasin au virus; de même que la vésicule biliaire dans la fièvre typhoïde, peut conserver les bacilles d'Eberth et les disperser dans l'intestin, de même le poison scarlatineux peut être déversé dans le naso-pharynx à travers la trompe d'Eustache. Alors l'enfant, en parlant, en toussant, en éternuant, pourra infecter d'autres enfants. Voilà les véritables véhicules de la scarlatine !

« Ne pensons plus à la desquamation, ajoute M. Colby, comme source d'infection scarlatineuse, mais prenons garde aux sécrétions du nez, de la gorge, des oreilles. Tant que ces organes ne seront pas nettoyés et redevenus sains, nous devons considérer les enfants comme dangereux. Il faut désinfecter les malades du mieux possible; la désinfection des locaux est superflue. Telles sont les conclusions qui se dégagent du mémoire de M. Herrman.

Comme on le voit, d'après les citations que nous avons faites, partout, à l'étranger comme en France, la désinfection des locaux a fait faillite. Qu'on la perfectionne, qu'on la pousse aussi loin qu'on le voudra, jusqu'à la destruction complète, jusqu'à l'incendie, l'échec est certain. Car les microbes de la scarlatine, comme ceux des autres maladies contagieuses ne s'attachent pas aux murs, aux parquets, aux plafonds, ils ne hantent ni la cave ni le grenier, ils ne se réfugient pas sur les toits, fussent-ils de chaume comme dans le cottage cité par Richardson. Les microbes sont véhiculés par le malade et les personnes qui l'approchent; ils vivent dans ses sécrétions et excréments; on désinfectera les objets

souillés par elles. Mais on s'appliquera surtout à la désinfection la plus soigneuse des cavités naso-pharyngiennes, buccales, auriculaires, etc. On prescrira un isolement rigoureux et prolongé; on sera propre, *aseptique*; on mettra des blouses, on se lavera les mains, la figure, quand elles auront pu être contaminées; quant à l'*antiseptic*, elle sera limitée aux linges et autres objets souillés par le contact du malade; l'eau bouillante, la lessive suffisent dans la plupart des cas; l'étuve à vapeur sous pression qui détruit les étoffes, même les matelas, sans d'ailleurs les désinfecter à fond, les pulvérisations de sublimé, qui détériorent tout sur leur passage et ne servent à rien, seront proscrites. Leur règne néfaste a assez duré; il doit cesser.

Assainissons l'habitation, donnons de l'air, du soleil, de l'eau en abondance, isolons rigoureusement les malades de nos hôpitaux, ne laissons pas partir trop tôt les convalescents, soyons propres, aseptiques comme les chirurgiens; ne faisons pas de mal aux malades, respectons leurs meubles, ne détériorons pas leurs pauvres logements; nous ne pouvons faire mieux actuellement pour la prophylaxie de la scarlatine."

---

**Un cas de rougeole développé pendant la vie intra-utérine.** (Nathaniel R. MASON. *The Boston med. and surg. Journ.*, 1er oct. 1908, dans *Gazette des Hôpitaux, de Paris*).

Mason rapporte l'observation d'une primipare de dix-neuf ans à terme, entrée à l'hôpital avec les signes non douteux d'une rougeole: suffusion et congestion marquée des yeux, taches de Koplik, rash sur le plancher de la bouche et le voile du palais, éruption papulo-maculaire en voie de décroissance sur le corps et surtout la face, fine desquamation du nez et des oreilles. L'éruption s'effaça et au huitième jour de son entrée elle ne présentait que de la pigmentation sur le corps et une fine desquamation sur la figure. À ce moment l'accouchement se produisit. L'enfant examiné aussitôt présentait un aspect tacheté de tout le corps et une desquamation analogue à du son sur la poitrine et les aisselles. Le lendemain la desquamation apparut aux avant-bras, à la face plantaire des orteils et entre les orteils; le deuxième jour, desquamation profuse sur la poitrine et la figure et surtout les côtés du nez. Cette desquamation, changeant de place, persista jusqu'au vingt et unième jour.

L'auteur exclut une confusion avec l'exfoliation normale des nouveau-nés, la dermatite exfoliative des nouveau-nés. Il admet que l'enfant avait eu la rougeole en même temps que sa mère et

en était au même point de l'évolution de sa maladie au moment de la naissance. Il fait remarquer que la mère ayant nourri l'enfant il aurait attrapé la rougeole si une attaque récente ne l'avait mis à l'abri. Recherchant les cas analogues dans toute la littérature médicale, Mason ne peut en découvrir que neuf absolument authentiques et qu'il décrit rapidement.

### THERAPEUTIQUE

**Association de la pilocarpine au bromure, dans le traitement de l'épilepsie**, par les Drs J. et R. VOISIN (*Presse méd. et Gazette médicale*) de Paris, 09.

Les auteurs s'en tiennent au bromure de potassium pur et simple (2 à 4 gr. pour les grands enfants et 4 à 6 gr. pour les adultes, chiffres qui d'ailleurs n'ont rien d'absolu et varient selon les malades).

Les doses plus fortes paraissent inutiles, il est en tout cas très rarement indiqué de recourir aux doses massives de 16 grammes par jour que Gilles de la Tourette ne craignait pas de donner.

Pour faciliter l'administration du médicament ou plutôt pour aider à sa tolérance, MM. J. et R. Voisin se sont bien trouvés de lui adjoindre la pilocarpine.

Ils prescrivent :

Bromure de potassium. . . . .	70 gr.
Nitrate de pilocarpine. . . . .	0 gr. 036
Sirop d'écorce d'orange am. . . . .	400 gr.
Eau. . . . .	600 gr.

Le nitrate de pilocarpine est un diurétique et un sudorifique, il facilite l'élimination du bromure.

Le régime déchloruré peut aider à augmenter l'action des bromures sur l'organisme. Mais ce régime ne peut être suivi que temporairement, à cause du dégoût qu'il inspire bientôt au malade. De plus, avec ce régime, l'intoxication bromique apparaît très rapidement et paraît plus grave que dans le régime ordinaire, la privation de sel de l'organisme empêchant le malade de lutter contre les infections et intoxications.

L'intoxication par les bromures survient après la prise de doses plus ou moins fortes, après un temps plus ou moins long, suivant le sujet considéré. Le premier signe que l'on note est la disparition du réflexe pharyngien, qui survient ordinairement

dix ou douze jours après un traitement bromuré intensif. L'apparition d'une aené intense attire souvent l'attention du malade et de son entourage. L'aené n'est pas constante, manque à peu près dans la moitié des cas; il n'est pas rare de voir aussi des plaques d'érythème sur le devant des tibias, plaques qui peuvent s'ulcérer et revêtir un aspect particulier. Puis surviennent des symptômes dépressifs, une marche incertaine, ébrieuse (ivresse bromique de Gubler).

Les troubles digestifs dominent parfois la scène; l'haleine a une odeur particulière, *sui generis*, la salivation est très marquée, le malade have, la perte d'appétit est complète, la constipation opiniâtre.

Des troubles mentaux paraissent même pouvoir être causés par l'intoxication bromique; mais ils ne tirent leurs particularités que de la dégénérescence mentale du sujet.

Aucun de ces symptômes pris séparément ne peut être l'indice de la diminution ou de la cessation du traitement bromuré. Ce n'est que leur réunion et l'état général du malade qui doivent déterminer la décision du médecin.

Un bon adjuvant du traitement bromuré, qui lutte contre son accumulation ou contre les phénomènes accessoires de son effet est l'hydrothérapie. Administrée sous forme de douches brisées tièdes au début, puis froides plus tard quand la réaction est normale, elle est d'une action heureuse sur le mal et sur le traitement. On peut y joindre ou lui substituer les bains salés, les frictions et même l'injection de solution salines physiologiques.

---

#### Traitement de l'urétrite blennorragique, par M. DE SARO, dans *Tribune Médicale* 09.

L'argyrol, doué d'un pouvoir bactéricide considérable, dû à sa teneur en argent, 30 p. 100, très diffusible et dénué de toute causticité, est l'antiseptique de choix dans le traitement de l'urétrite gonococcique.

Une expérience déjà longue, puisque j'emploie l'argyrol depuis 1906, et mes 146 observations de malades dont la guérison a été constatée plusieurs jours, souvent plusieurs mois après la cessation du traitement, me permettent d'affirmer sa supériorité sur ses devanciers.

J'emploie, selon les cas, les lavages urétraux, urétraux-vésicaux à 1 p. 100 ou 1/200; dans quelques cas exceptionnels, au début de la maladie, des lavages bi-journaliers ou même des injections avec 10 c.c. de solution à 10 p. 100.

Dans les complications blennorrhagiques, prostatites, épiphy-mites, rhumatisme et conjonctivite, l'argyrol, en lavages, en pom-made, en injections intra-auriculaires, en solution concentrée, rend de grands services.

Son manque absolu de causticité fait qu'il ne provoque pas le moindre phénomène inflammatoire et que son application ne cause aucune douleur.

Cette qualité, excellente pour les naqueuses, l'est encore<sup>1</sup> plus pour les malades.

### PHARMACOLOGIE

*Contre l'épistaxis rebelle.*

Antipyrine.....	0 gr. 50 centig.
Acide tannique .....	1 gramme
Sucre en poudre.....	10 —

Pour priser.

*Emphysème et bronchite chronique.*

1° Le malade tousse peu. Toux utile pour faciliter l'expecto-ration, qu'on fluidifie avec :

Oxyde blanc d'antimoine .....	1	gramme
Sirop d'ipéca.....	10 à	20 grammes
Alcoolature de racine d'aconit.....		XV gouttes
Sirop diacode.....		20 grammes
Teinture de noix vomique.....		X gouttes
Eau de laurier-cerise.....		5 grammes
Eau de tilleul.....		150 —

*F. s. a.* une potion.

dont on prendra une cuillerée à soupe toutes les deux heures. (L'oxyde blanc d'antimoine et le sirop d'ipéca fluidifient les sé-crétions bronchiques, rendent l'expectoration plus facile; l'aconit et le sirop diacode agissent comme dessiccateurs. La noix vo-mique excite les contractions des muscles bronchiques; l'eau de laurier-cerise masque le goût de la potion; l'eau de tilleul sert de véhicule).

2° La toux violente est très fatigante. Le meilleur calmant est le bromoforme, associé à la bryone, à la *grindelia robusta* et à la *jusquiame*.

Bromoforme .....	XXV à	LX gouttes
Teinture de bryone.....		XXX gouttes
— <i>grindelia robusta</i> .....		XXX —
— de noix vomique.....		XXX —
— de jusquiame.....		XXX —
Alcool.....		25 grammes
Sirop diacode.....		75 —
— d'écorce d'oranges amères.....		100 —

*F. s. a.* un sirop

dont on prendra deux cuillerées à soupe par jour, le plus loin possible des repas : au réveil et en se couchant.

(A. ROBIN.)

*Pour faire disparaître de la peau les taches de nitrate d'argent...*

Bichlorure de mercure.....	} à 10 grammes
Chlorure ammonique .....	
Eau distillée .....	80 —

*Préparations anti-prurigineuses. (1)*

1 Extrait d'opium.....	1 à 3 grammes
Extrait de belladone.....	1 à 3 —
Lanoline.....	15 —
Vaseline.....	15 —
2 Chlorhydrate de morphine.....	0,10 centigrammes
Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme
Lanoline.....	} à 10 grammes
Vaseline.....	
Beurre de cacao.....	

Cette pommade est particulièrement recommandée pour le prurit des muqueuses.

1 Huile camphrée.....	10 grammes
Lanoline.....	20 —
Vaseline.....	20 —
2 Hydrate de chloral.....	1 —
Axonge.....	20 —
Teinture de benjoin.....	0,50 centigrammes
Menthol.....	0,25 à 0,50 —
Gaïacol.....	0,25 à 0,50 —
Oxyde de Zn.....	2 grammes
Lanoline.....	15 —
Vaseline.....	15 —
3 Huile mentholée.....	} à
Lanoline.....	
Vaseline.....	
4 Antipyrine.....	1 gramme
Extrait de belladone.....	2 —
Beurre de cacao.....	10 —
Vaseline.....	20 —

Comme pommades à la fois antiseptiques et antiprurigineuses, on peut encore employer les suivantes :

Acide phénique.....	0,50 centigrammes
Menthol.....	0,30 centigrammes
Oxyde de zinc.....	5 grammes
Lanoline.....	15 —
Vaseline.....	15 —

(1) Par le Dr Carle, dans *Journal de Médecine et de Chir. Prac.* 10 oct. 1909.

Ou encore :

Acide acétique.....	2 grammes
Amidon.....	5 —
lanoline.....	} à 10 grammes
Vaseline.....	

*Contre les douleurs des dyspeptiques.*

Teinture de jusquiame.....	5 grammes
— de belladone.....	5 —
— thébaïque.....	5 —

M. — Cinq gouttes avant les repas dans une cuillerée d'eau.

*Contre la gingivite mercurielle.*

Alcool à 90°.....	100 grammes
Teinture de cannelle.....	2 —
Esence de menthe .....	0 gr. 10

Quelques gouttes de ce mélange dans un verre d'eau pour gar-garismes.

*Traitement de la migraine.*

Caféine.....	0 gr. 10
Benzoate de soude du benjoin.....	0 gr. 10
Valérianate de quinine.....	0 gr. 25
Antipyrine.....	0 gr. 40
Phénacétine.....	0 gr. 40

Pour un cachet. A prendre au début de l'accès. On pourra en prendre un second et un troisième au besoin à une demi-heure d'intervalle chacun dans une infusion de tilleul.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

**TUBERCULOSIS.** A preventable and curable disease, modern methods for the solution of the tuberculosis problem, by S. Adolphus KNOPF, M.D., Professor of Phthisio-therapy at the New York Post-Graduate Medical School and Hospital; Associate Director of the Clinic for Pulmonary Diseases of the Healt Department; Attending Pyhsician to the Riverside Sanatorium for Consumptives of the City of New York, etc. New York, Moffat, Yard and Company, 1909.

Le livre que vient de publier notre ami, le Docteur S. A. Knopf, Professeur de Phthisiothérapie au New York Post-Graduate Medical School, est des plus intéressants.

Il s'agit d'un traité succinct de la tuberculose, au double point de vue de sa prophylaxie et de sa curabilité.

Imprimé sur beau papier et illustré à profusion, ce livre est plein de clarté.

Nous croyons, comme l'auteur nous dit dans sa préface, que ce livre s'adresse à tous les citoyens: aux législateurs, aux instituteurs, aux hommes de profession en générale, tout aussi bien qu'aux médecins.

Les malades qui liront ce traité y trouveront, mises à leur portée, toutes les notions élémentaires qu'ils doivent connaître relativement à la tuberculose; les gens bien portants apprendront à se défendre contre la bacille de Koch. Si ce livre était lu par tout le monde: savants et ignorants, riches et pauvres, les médecins ne prêcheraient plus dans le vide, les savants leur prêteraient main forte en répandant dans leur milieu la bonne nouvelle, les ignorants écouteront et suivraient mieux les conseils qui leur sont donnés; les riches deviendraient tous des philanthropes et les pauvres, surtout les pauvres malades dont l'hospitalisation deviendrait facile, pourraient en se guérissant protéger leur famille et toute la société.

Dans un premier chapitre le Professeur Knopf décrit: tout ce que les tuberculeux doivent savoir de leur maladie: définition de la tuberculose pulmonaire, sa contagiosité, la découverte de bacille de Koch, etc.

Tous les modes de désinfection sont décrits ainsi que la manière de les pratiquer. L'auteur décrit les crachoirs de poche et autres, donne des conseils d'hygiène personnels et insiste sur la possibilité de guérir la tuberculose.

Dans le deuxième chapitre l'auteur s'adresse au public et parle de ses devoirs vis à vis des malades.

Dans le troisième chapitre, le médecin trouve les grandes lignes de sa conduite vis à vis de ses malades; les conseils d'hygiène, régime, et la médication qu'il doit donner.

Le quatrième chapitre traite du sanatorium. Il explique comment ce traitement peut être fait au domicile du malade même. Le traitement par l'air pur et le repos peut aussi bien se faire chez le malade que dans une institution spéciale.

Le Docteur Knopf donne dans ce chapitre la description d'appareil de ventilation, de lits spéciaux, etc., etc.

Le chapitre cinquième traite de l'hygiène, des habitations et des villes.

Les autorités municipales trouveront matière à méditation dans le chapitre six.

Les Conseils d'hygiène pourront voir ce qui se fait à Londres,

Chicago, et ailleurs au point de vue de l'hygiène des rues, ce que ces villes font pour instruire le peuple et le protéger contre la tuberculose. C'est dans ce chapitre que l'auteur traite des expositions anti-tuberculeuse permanentes, des dispensaires pour tuberculeux, des bains et des parcs publics, de l'inspection du lait et des denrées alimentaires.

Au chapitre septième les gouvernements fédéraux et provinciaux apprendront comment ils peuvent collaborer avec les autorités municipales dans la lutte anti-tuberculeuse.

Les grands manufacturiers ainsi que tous ceux qui ont quelqu'un à leur emploi trouveront au chapitre huit une ligne de conduite toute tracée pour prévenir la tuberculose chez leurs employés. L'auteur traite de l'hygiène des ateliers des dangers de l'expectoration, des avantages qu'il y aurait à faire examiner tous les employés avant de les engager, des lois d'hygiène pour les tramways et chemins de fer, de la tuberculose chez les animaux, etc.

Le chapitre neuvième s'adresse aux instituteurs, aux maisons enseignantes et à la presse. L'auteur traite de la construction d'écoles ménagère et de l'aménagement des écoles, des terrains de jeux et des bains, des heures de classe et du travail à la maison, de l'exercice gymnastique spéciale pour les poumons. L'auteur recommande l'examen de tous les enfants avant leur inscription à l'école, etc., etc.

Au chapitre dixième les philanthropes, les individus charitables ainsi que toutes les sociétés de charité trouveront une description complète des moyens à prendre pour se conformer à la grande loi de solidarité qui nous lie tous.

L'hygiène dans l'église, la désinfection des objets qui servent au culte, y sont traitées tout au long.

L'auteur recommande les sermons anti-tuberculeux et la construction d'hôpitaux confessionnels pour le traitement des tuberculeux.

Le chapitre onzième s'adresse au peuple et traite des conférences anti-tuberculeuses, de l'hygiène, de la lutte contre l'alcoolisme, du soin des ivrognes, etc.

Dans le chapitre douzième l'auteur exprime le vœu qu'avant longtemps la tuberculose, la plus préventive de toutes les maladies, disparaîtra complètement de la surface du globe.

J. E. DURÉ.

---

**Traitement de la Syphilis**, par le professeur Alfred FOURNIER, 3e édition. — Vigot Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un vol. in-8, 10 fr.

La troisième édition du *Traitement de la Syphilis*, du professeur Fournier, associe aux qualités d'un ouvrage depuis longtemps classique l'intérêt d'un livre vraiment nouveau.

L'auteur en effet ne s'est pas contenté de mettre son œuvre au courant des acquisitions récentes de la thérapeutique antisypilitique, dans sa lutte contre les accidents primaires, secondaires et tertiaire. A l'étude raisonnée du traitement de la syphilis en général (la méthode abortive et sa critique, la méthode curative décrite dans tous ses détails, la direction d'ensemble du traitement) s'ajoutent d'importants chapitres sur la *parasyphilis*. Seul un syphiligraphe ayant une telle autorité et une si longue expérience était autorisé à envisager avec fruit, au double point de vue pathogénique et thérapeutique, la question encore si controversée des accidents parasyphilitiques, et surtout de la redoutable triade, leucoplasie cancérogène, paralysie générale et tabès.

Il établit, d'après d'importantes statistiques, le moment de l'infection où ces accidents sont particulièrement à redouter, c'est-à-dire la période qui constitue par excellence la *phase périlleuse* de la syphilis. Il montre, preuves en main, la nécessité de ne pas s'en tenir exclusivement à l'emploi des agents spécifiques, mais de faire appel à l'hygiène pour écarter tout ce qui peut nuire au malade, toutes les causes qui peuvent servir d'occasions, de prétextes, de sollicitations à ce qu'on appelle les "décharges" de la maladie. Il envisage enfin la question d'une innovation thérapeutique fort importante pour assurer au malade un supplément de sauvegarde: c'est celle de *cures complémentaires* ou de *renforcement* à faire, non pas suivant le mode habituel pendant les seules premières années de l'infection, mais qui porteraient au contraire sur une très longue période, et particulièrement sur la phase périlleuse de la maladie.

Il y a là, on le voit, des notions toutes nouvelles et d'une importance capitale. Il serait à souhaiter que tous nos Maîtres, arrivés à l'apogée de leur carrière, suivissent un exemple si précieux, en nous apportant ainsi des données empiriques et rationnelles, tirées de longues années d'observation rigoureuse et de travail consciencieux.

**GYNECOLOGIE MEDICALE.** *Traitement médical des maladies des femmes*, par le Professeur Albert ROBIN et le Dr Paul DALCHÉ, 3e édition revue et augmentée. — VIGOT Frères, éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-8°, 12 fr.

Le succès de ce livre, dont l'apparition avait comblé une véritable lacune, s'explique non seulement par l'autorité et la compétence spéciale des auteurs, mais aussi par son caractère éminemment pratique. La connaissance approfondie de la gynécologie est pour le médecin une nécessité qui n'est plus à démontrer; et en cette matière, comme en beaucoup d'autres, si la part de la chirurgie est et doit rester considérable, elle ne doit pas intervenir d'une manière systématique dans tous les cas: beaucoup de malades restent justiciables d'un traitement purement médical: il suffit de parcourir ce volume pour se rendre compte de la richesse de cet arsenal thérapeutique et des résultats qu'on en peut obtenir.

Il est divisé en cinq parties dont les deux premières sont consacrées aux "*fausses utérines*": c'est: une étude complète, clinique et thérapeutique, des retentissements des différents appareils sur les organes génitaux: ces chapitres qu'on chercherait en vain sous cette forme syntétisée, dans la plupart des traités de gynécologie, constituent une des parties les plus originales et les plus neuves de l'ouvrage, et, pour le praticien, un guide précieux qui lui permettra, en évitant les erreurs de diagnostic et d'interprétation, de prescrire le traitement approprié à chaque cas.

Dans la troisième partie où sont passés en revue la menstruation normale puis ses accidents, ainsi que son hygiène et sa thérapeutique, nous trouvons un chapitre sur la puberté chez la femme, question qui a déjà été, de la part de l'un des auteurs, l'objet d'une monographie vivante et très appréciée; puis le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, des métrorragies, de la ménopause, et, enfin, un exposé complètement remanié et mis au point de l'opothérapie ovarienne.

La partie suivante, des plus importantes, contient une étude des différentes maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus et des annexes, avec les moyens thérapeutiques médicaux qu'on peut leur opposer: nous y remarquons notamment un chapitre nouveau sur la syphilis utéro-annexielle encore souvent méconnue, et qu'on consultera avec profit.

Le volume se termine par le traitement hydrothérapique et hydrologique des maladies des femmes; et les auteurs nous montrent quels succès l'on peut retirer des différents modes d'application

de l'eau chaude ou froide, ordinaire ou minéralisée lorsqu'on en pose d'une manière précise les différentes indications.

Ce livre, en résumé, démontre que le médecin est largement armé pour accomplir, en matière gynécologique, une œuvre utile et appréciée des malades. Nous y trouvons ces qualités de clarté, de logique et de pondération, qui caractérisent l'enseignement des deux maîtres qui l'ont écrit. Il sera indispensable à tout praticien désireux de connaître à fond les maladies des femmes et d'utiliser toutes les ressources de son art. Le succès de la troisième édition répondra sans aucun doute à celui des deux premières.

M. BLOCH-VORMSER.

---

**FORMULAIRE MODERNE. Traitements ordonnances, médicaments nouveaux**, par le Dr R. VAUCAIRE. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine. Un vol. in-18 de 1026 pages. Cartonné, 7 fr.

L'excellent accueil fait aux quatre premières éditions du Formulaire Moderne et aussi, la publication du Nouveau Codex, nous ont engagé à donner au public médical une cinquième édition entièrement révisée et mise au courant des nouveaux traitements et des nouvelles médications.

Aussi, dans ce nouveau formulaire, l'auteur a-t-il augmenté et modifié certains chapitres, surtout ceux qui sont consacrés à l'*opothérapie*, à la sérothérapie, au traitement des affections de l'intestin par la méthode des ferments, aux maladies du *système nerveux*, à la *diphthérie*, à la *gynécologie*, à l'*obstétrique*, à la *thérapeutique infantile*, aux maladies des *yeux*, des *oreilles et du nez*, à la *thérapeutique hypodermique*, à la tubercula-thérapie, à la colloïdo-thérapie, à la séro-thérapie, à l'atoxyl dans la syphilis et à l'*antiseptie*, variant les formules suivant les cas et les symptômes. Il a choisi dans l'arsenal thérapeutique, très encombré par les médicaments nouveaux, les remèdes les plus employés prescrits par les maîtres et expérimentés par les plus distingués médecins français et étrangers. Le seul but poursuivi par le Dr Vaucaire dans cet ouvrage, est d'aider dans leurs recherches les praticiens qui demandent à être mis rapidement au courant de la science, et de servir de guide aux étudiants, en leur présentant un manuel bien fait, complet et précis, ce qui le rend indispensable à tous.

---

**DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES MALADIES DU NEZ**, par le Dr GAREL, médecin des Hôpiaux de Lyon.—Paris, VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine. 3e édit., un vol. in-8° avec 145 figures et 4 planches. Cartonné, 7 fr.

Un livre de Garel n'a pas besoin de présentation. Le nom seul de l'auteur y suffirait. Aussi n'ai-je pas tant le désir d'analyser dans le détail le "Diagnostic et Traitement des maladies du nez", qui paraît aujourd'hui en troisième édition, que d'en souligner l'excellent esprit clinique qui en est la base et qui plaira aux médecins et aux spécialistes.

Garel se défend modestement d'avoir voulu écrire pour ces derniers, et pour ma part, je le regrette. Outre que cette nouvelle édition très remaniée, très au courant, avec 120 pages et 75 figures de plus que la précédente, présente une situation très actuelle de la spécialité, le maître lyonnais a su se tenir également loin des exagérations chirurgicales de la toute jeune école et de la thérapeutique médicale systématiquement conservatrice de l'ancienne.

Et c'est justement là ce qui fait la valeur de cet excellent livre. Savoir distinguer dans le chaos de l'écrasante bibliographie moderne ce qui restera de ce qui n'est que mode ou éphémère engouement, choisir judicieusement par expérience clinique ce qui mérite d'être conservé, éviter de tomber dans la systématisation personnelle est une besogne très délicate dont Garel a su résoudre les difficultés.

Malgré un apport bibliographique très important, malgré des additions nombreuses au cours des chapitres très heureusement choisis au point de vue des nécessités cliniques, le livre est resté attrayant et d'une lecture courante, parce que la personnalité de l'auteur reste constamment apparente dans le style simple et plus parlé qu'écrit. Cette manière essentiellement française et si agréable se perd maintenant: la jeune génération écrit, sous le prétexte d'allure scientifique empruntée aux auteurs allemands, des compilations aussi ennuyeuses qu'indigestes.

Beaucoup de jeunes spécialistes et quelques médecins qui ne se croiraient pas modernes s'ils ne donnaient pas dans la fureur chirurgicale et qui lisent, j'espère, les préfaces, trouveront dans celle de ce livre, cette phrase à méditer: "On nous reprochera certainement de ne pas faire la part assez belle aux grandes méthodes chirurgicales; nous n'avons pourtant pas la prétention de les bannir. Nous tenons à répéter que les grandes opérations ne doivent être que les dernières ressources à employer. Il est dangereux pour un rhinologiste d'avoir le bistouri facile, car il oublierait bien-tôt qu'il a à sa disposition nombre de procédés simples, ingénieux,

procédés d'adresse réclamant un peu de patience de la part de l'opérateur et donnant au malade un maximum de sécurité". S'ils veulent se la rappeler, ils s'éviteront bien des déboires, sur la pratique de la clientèle, et surtout après quelques années d'expérience, ils s'éviteront un retour en arrière vers la thérapeutique médicale qui, fruit des déconvenues, sera peut-être excessive.

Les réserves faites par Garel au sujet de certaines tendances modernes, qui nous sont venues de l'étranger, Amérique et Allemagne, sont tout à fait de mode pour qui vit dans le milieu spécialiste. Nous avons assisté, il y a quelques années, à une véritable folie opératoire suivie maintenant d'un terrible recul. Mais l'ère des "exactions chirurgicales" semble terminée aujourd'hui et si nos Congrès contiennent encore des communications chirurgicales, en surabondance, cependant une certaine faveur revient à l'interprétation et à la thérapeutique médicales, ramenées par quelques mécomptes retentissants des opérateurs systématiques. Aussi M. Garel a été bien inspiré d'insister, dans son livre, sur la pathologie générale et de montrer souvent l'influence des diathèses et des affections organiques sur les maladies du nez que l'on croit par trop locales.

En résumé, cet excellent livre n'est l'œuvre ni d'un médecin, ni d'un chirurgien, c'est celle d'un spécialiste, c'est-à-dire de celui qui puise indistinctement dans la médecine souvent, dans la chirurgie quelquefois, les éléments d'une action thérapeutique qui, si elle ne devait être toujours que résolument chirurgicale, ferait de la rhinologie une branche de la chirurgie et non pas la spécialité qu'elle doit rester.

Il faut remercier les éditeurs qui, s'ils n'ont pas assumé une grande responsabilité commerciale en éditant un livre qui sera évidemment un gros succès de librairie, du moins nous donnent avec cette édition nouvelle, une mise au point tout à fait excellente de la rhinologie moderne.

Docteur Fr. HECKEL.

---

## DIRECTEURS

### MM. LES DOCTEURS

**Boulet**, Officier de l'Instruction Publique, France, Professeur suppléant à l'Université Laval, Médecin en chef des services d'Ophtalmologie, de Rhinologie-d'Otologie, et de Laryngologie de l'Institut Ophtalmique, Membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

**Dabé**, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Ste-Justine, Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.

**Hervieux**, Professeur de Pathologie interne à l'Université Laval, Montréal Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

**Le Sage**, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur suppléant à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame ( Rédacteur en chef )

**De Lotbinière-Harwood**, Professeur de Gynécologie à l'Université Laval, Surlintendant de l'Hôpital Notre-Dame, Membre de la Société d'Urologie de Paris.

**Marion**, Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval de Montréal, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Membre de la Société Anatomique de Paris.

## CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

L'Union Médicale du Canada paraît le 1<sup>er</sup> de chaque mois par fascicules de 64 pages, formant, chaque année, un volume de 800 pages environ.

### PRIX DE L'ABONNEMENT

Pour le Canada et les Etats-Unis.....	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'Union Postale ( Etranger ) .....	2.50
Etudiants.....	1.00

Payable d'avance par mandat-poste ou autrement.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le Docteur LE SAGE, 46, Avenue Laval.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé *franco* à M. T VALIQUETTE, 1423, rue St-Hubert, Montréal, ou Boite Postale No. 2189.

## TABLE ALPHABETIQUE DES MATIERES

1909.

A	PAGES	PAGES	
<i>Affections rénales</i> — régime lacté et régime dechloruré dans la diététique des — .....	302	<i>Asphyxie locale</i> des extrémités — formule .....	672
<i>Albuminuries digestives</i> et leur traitement. ....	479	<i>Asthme</i> — pathogénie et traitement .....	417
<i>Alcoolisme et folie</i> — Essai de statistiques sur les rapports de l' — .....	249	<i>Asthme</i> — traitement de la crise —175	53
<i>Anesthésie par voie rectale</i> .....	660	<i>Asystolie</i> , hyposystolie.....	657
<i>Ammoniaque</i> et ammoniacaux.....	97	<i>Auto-intoxication</i> gravidique.....	621
<i>anévrismes de la crosse</i> de l'aorte..	1	<i>Auto-sérothérapie</i> .....	603
<i>Angine</i> — formule contre l' —.....	118	<i>Avortement</i> — menace d'— .....	57
<i>Anorexies chez l'Enfant</i> — traitement des — .....	616	B	
<i>Anthrax</i> — Contre l' — .....	674	<i>Blennorrhagie</i> —traitement par les nitrates d'argent et de zinc.....	425
<i>Appendicite</i> — l'opération précoce dans l'— .....	662	<i>Bleu de méthylène</i> — ses indications et ses contre-indications..	423
<i>Antispasmodique</i> — formules pour enfants.....	303	<i>Bouillon de légumes</i> — formule pour — .....	302
<i>Appendicite</i> à marche aiguë.....	357	<i>Bourdonnement d'oreille</i> — traitement.....	163
<i>Artério-sclérose</i> — formule.....	118	<i>Brightiques</i> Régime alimentaire des — .....	76
<i>Artério-sclérose</i> — nouvelle théorie pathogénique — traitement par silicate de soude... ..	299	<i>Bronchite et broncho-pneumonie</i> des jeunes enfants.....	411
<i>Assoc. Méd.</i> du district d'Ottawa	92	<i>Bronchites capillaires</i> chez l'enfant : son traitement par les compresses sinapisées .....	485
<i>Assoc. Médico-chirurgicales</i> du district de Joliette.....	104, 602	<i>Bronchite simple</i> chez l'enfant.....	670
<i>Association médicale</i> du district de Trois-Rivières.....	49		

PAGES	E	PAGES
<i>Brouardel</i> — inauguration du monument de — ..... 657	<i>Education sexuelle</i> ..... 275	
<i>Bruyères</i> — formule contre les..... 306	<i>Emphysème et bronchite chronique</i> (formules) ..... 727	
<b>C</b>	<i>Epilepsie</i> et régime alimentaire... 116	
<i>Caféine</i> — les solutés officinaux et leur danger..... 552	<i>Epilepsie</i> — traitement par la pilocarpine et le bromure ..... 725	
<i>Cancer d'estomac et sialorrhée</i> .... 604	<i>Epistaxis</i> rebelle — formule contre l' — ..... 727	
<i>Cancer de l'intestin grêle; du gros intestin et du rectum</i> ..... 114	<i>Etudes médicales en France</i> — le nouveau régime — rapprochement avec l'état actuel à Montréal..... 336	
<i>Cancer de l'utérus</i> : causes de la mortalité et sa guérison par l'hystérectomie..... 113	<i>Expectorants</i> — potions diverses.. 554	
<i>Cardiaques</i> — Le mariage des — 691	<b>F</b>	
<i>Cardio sclérose</i> — chez les vieillards — traitement..... 296	<i>Faits divers</i> ..... 194	
<i>Chambre d'enfants</i> ..... 27	"Fantasio" du Bulletin de Québec 656	
<i>Chlorure de calcium</i> — ses emplois thérapeutiques divers..... 486	<i>Fluoroforme</i> dans la coqueluche... 484	
<i>Coliques</i> avec diarrhée ( formule ) 240	<i>Fractures de la base d' crâne</i> — l'épanchement de sang dans les 482	
<i>Coliques</i> — traitement des —..... 49	<i>Furoncle</i> ..... 429	
<i>Collyres isotoniques</i> ..... 229	<b>G</b>	
<i>Compression cérébrale</i> par hématoème intra-cranien..... 497	<i>Gastro-entérites aiguës</i> de l'enfance traitées par l'opium ..... 167	
<i>Coqueluche</i> — formule pour toux spasmodique..... 303	<i>Goutte</i> — formule contre la — ..... 118	
<i>Coqueluche</i> — son traitement par le fluoroforme..... 384	<i>Grippe</i> — formule contre la — ... 240	
<i>Coqueluche</i> — formule contre la — 119	<b>H</b>	
<i>Coqueluche</i> ..... 654	<i>Hémorroïdes</i> — formule contre les —..... 119	
<i>Crevasses du sein</i> formules diverses..... 427	<i>Hépatocholangio duodénostomie</i> .. 55	
<i>Croissance des enfants</i> — formule pour stimuler la — ..... 119	<i>Honoraires médicaux</i> ..... 319	
<b>D</b>	<i>Hopital St. Joseph</i> ..... 155	
<i>Dentition</i> chez les enfants..... 230	<b>I</b>	
<i>Déontologie élémentaire</i> ..... 597	<i>Ictères consécutifs</i> à la chloroformisation ..... 227	
<i>Deuxième convention</i> des médecins hygiénistes à Sherbrooke..... 541	<i>Ichtyosé</i> — formule contre l' —..... 120	
<i>Diarrhée</i> — potion contre la — .. 241	<i>Impétigo herpétiforme</i> ..... 260	
<i>Diète hydrique</i> et ses modalités.... 549	<i>Indigents</i> — à propos de l'admission des — dans les hôpitaux... 539	
<i>Diurétiques</i> dans les affections cardiaques ( formules ) ..... 275	<i>Incontinence nocturne</i> d'urine — traitement..... 423	
<i>Durée du séjour au lit</i> chez les laparotomisés ..... 294	<i>Injectons mercurielles</i> intra musculaires dans le traitement de la syphilis ..... 360	
<i>Dyspepsie douloureuse</i> — formule contre la — .. 729	<i>Internement des aliénés</i> ..... 110	
	<i>Iode</i> — teinture d' — pour la stérilisation de la peau..... 228	
	<b>L</b>	
	<i>La dent de six ans</i> et ses accidents 300	
	<i>La gastro-entérite</i> des nourrissons 503	
	<i>La liège</i> anti-tuberculeuse de Montréal..... 705	
	<i>La loi</i> et l'initiative privée contre la tuberculose..... 266	

PAGES	PAGES		
<i>La révolution</i> .....	237	<i>Ophthalmie des nouveaux-nés — traitement</i> .....	671
<i>La typho-bacillose</i> .....	111	<i>Orchite hémorragique — traitement ambulatoire de l' —</i> .....	689
<i>Le Bulletin de Québec et l'Union médicale à propos de l'élection du registraire</i> .....	531	<b>P</b>	
<i>Le charlatanisme et la nouvelle loi médicale</i> .....	406	<i>Pancréatites chroniques et angiocholécystites calculieuses</i> .....	373
<i>Le médecin et les sociétés médicales</i> .....	107	<i>Paralysie de la troisième paire</i> .....	125
<i>Les bacillifères éberthiens</i> .....	80	<i>Paralysies diphthériques—physiologie pathologique des —</i> .....	718
<i>Les gastro-névrotes</i> .....	466	<i>Pâte épilatoire</i> .....	672
<i>Les médecins et la presse quotidienne</i> .....	138	<i>Péritonite tuberculeuse se présentant sous l'aspect de grosses tumeurs</i> .....	311
<i>Le nouveau bill médical</i> .....	326	<i>Phénacétine quinine et antipyrine</i> .....	617
<i>Le prof. Lannelongue</i> .....	404	<i>Phlegmatia alba dolens</i> .....	559
<i>Le sang dans les urines — procédé simple pour sa recherche</i> .....	468	<i>Phtisie — traitement rationnel de la —</i> .....	521
<i>L'exposition anti-tuberculeuse à Montréal</i> .....	36	<i>Pilocarpine et bromure dans le traitement de l'épilepsie</i> .....	725
<i>L'heure en pathologie urinaire</i> .....	169	<i>Pilocarpine dans le rhumatisme articulaire aigu</i> .....	614
<i>L'horaire du nourrisson</i> .....	501	<i>Pilules de jusquiama et de valeriane composé s</i> .....	673
<i>Liqués et dispensaires anti-tuberculeux dans P. Q.</i> .....	631	<i>Pilules mercurielles savonneuses</i> .....	674
<i>L'incapacité de nos gouverneurs</i> .....	478	<i>Pilules de podophylline belladonnées</i> .....	674
<i>Lithiase biliaire—indications opératoires dans la —</i> .....	607, 608	<i>Pilules purgatives</i> .....	240
<i>Lithiase biliaire — traitement médical de la —</i> .....	234	<i>Pilules de térébenthine</i> .....	674
<b>M</b>		<i>Plaies perforantes de l'utérus survenant au cours de manœuvres intra utérines</i> .....	435
<i>Maladie de Basedow et sulicylate de soude</i> .....	426	<i>Pleurésie hémorrhagique — En un cas de —</i> .....	716
<i>Maladies contagieuses — la déclaration des —</i> .....	278	<i>Pleurésie sero-fibrineuse — son traitement par le serum antidiphthérique</i> .....	414
<i>Migraine—traitement contre la —</i> .....	729	<i>Pneumonie du sommet chez l'enfant</i> .....	410
<i>Mal de Pott — traitement du —</i> .....	664	<i>Point de côté abdominal à forme appendiculaire de la pneumonie</i> .....	157
<i>Morphine dans le traitement de la coqueluche</i> .....	116	<i>Polyomyélite aiguë épidémie de — Pommade à l'oxyde jaune de mercure</i> .....	673
<i>Myocardite hyphique — la conception actuelle de la —</i> .....	696	<i>Pommade de Lyon</i> .....	673
<b>N</b>		<i>Potion expectorante</i> .....	241
<i>Néphrites chroniques traitées par la sérothérapie</i> .....	160	<i>Potion hypnotique pour enfant</i> .....	302
<i>Néphrites épithéliales traitées par la teinture de cantharide</i> .....	646	<i>Poudres antimigraïne et antinévralgiques</i> .....	488
<i>Nombre d'étudiants à Paris et dans les universités allemandes</i> .....	657	<i>Poudre vermifuge pour enfant</i> .....	302
<i>Nomination du Dr Bourgeois</i> .....	404	<i>Prostatite chronique — traitement local de la —</i> .....	615
<b>O</b>		<i>Prurit — préparations anti-prurigineuses</i> .....	725
<i>Occlusions intestinales — diagnostic et traitement</i> .....	409		
<i>Ophthalmie des nouveaux-nés</i> .....	614		

PAGE:	PAGES
<i>Prostate</i> — persistance du gonocoque dans la —.....	661
<i>Purgatif</i> pour enfant.....	302
<i>Psychose post-opératoire</i> .....	57
<i>Pyramidon</i> dans le traitement de la fièvre typhoïde.....	233
<b>R</b>	
<i>Rayons X</i> et cancer du sein.....	667
<i>Réglementation de la prostitution</i> — étude sur la.....	131
<i>Rétention d'urine</i> chez l'enfant à la suite d'indigestion d'oseille	359
<i>Retrécissement de l'œsophage</i> cathétérisme rétrograde .....	719
<i>Rhinites chroniques</i> — formules diverses .....	427
<i>Rhumatisme articulaire aigu</i> traité par les injections hypodermiques de pilocarpine .....	614
<i>Rhuanisme chronique</i> — traitement local .....	422
<i>Rougeole</i> et lumière rouge.....	165
<i>Rougeole</i> — Un cas de — développé dans la vie intra-utérine ..	724
<b>S</b>	
<i>Scarlatine</i> — diagnostic précoce... 297	
<i>Scarlatine</i> — la mort imprévue dans la — .....	49
<i>Scarlatine</i> et rougeole — association chez l'enfant .....	31
<i>Scarlatine</i> — Comment se transmet la — .....	722
<i>Serri médical</i> .....	22, 81, 128
<i>Séjour au lit</i> après l'accouchement	173
<i>Si larrhée</i> et cancer d'estomac....	604
<i>Société médicale de Montréal</i> 45, 147 286, 341, 711.	
<i>Société Médicale de Montréal</i> — rapport de 1908.....	38
<i>Soc. Méd. d l'Ouest de Montréal</i> ..	715
<i>Société médicale du district de Terrebonne</i> .....	224
<i>Société de radiologie médicale de Paris</i> .....	180
<i>Solution apéritive</i> .....	118
<i>Solution chlorurée isotonique</i> aux larmes pour lavages et bains de l'œil.....	115
<i>Sténoses intestinales</i> et hernies étranglées.....	56
<i>Stérilisation</i> de la peau par la teinture d'iode.....	228
<i>Sutures des vaisseaux</i> — transplantation des organes, greffe des membres.....	474
<i>Syphilis</i> contractée dans les maisons publiques administrativement surveillées.....	481
<i>Syphilis</i> Quand faut-il commencer le traitement de la — .....	426
<i>Syphilis</i> à la troisième génération	660
<i>Syphilis</i> — traitement général par la méthode Gaucher.....	577
<b>T</b>	
<i>Tubagisme</i> .....	586
<i>Température physiologique</i> du lait de femme.....	166
<i>Tétanos</i> — traitement du — .....	397
<i>Tonique apéritif</i> pour enfants.....	304
<i>Toniques</i> pour enfants .....	303
<i>Traitement spécifique</i> — son efficacité .....	236
<i>Transplantation des membres</i> .....	144
<i>Traitement de l'urétrite</i> blennorrhagique .....	726
<i>Traumatisme</i> dans l'étiologie des tumeurs malignes .....	720
<i>Troubles du sommeil</i> chez les dyspeptiques .....	161
<i>Tuberculose au Canada</i> — un plan de lutte .....	10
<i>Tuberculose infantile</i> le poumon, porte d'entrées de la — .....	164
<i>Tuberculose</i> — son évolution chez les syphilitiques.....	172
<i>Tuberculose</i> — nos devoirs dans la lutte contre la — .....	63
<i>Tuberculose</i> — sa transmissibilité à l'enfant .....	326
<i>Tuberculose au début</i> — à propos du diagnostic.....	348
<i>Tuberculose pulmonaire</i> — son traitement par les tuberculines de Koch.....	413
Une réponse à "Altruisme" du Bulletin de Québec.....	599
<i>Vésicule biliaire</i> — sa rupture dans la cavité abdominale.....	606
<i>Vieillesse</i> — elle n'est pas une maladie — quelques conseils aux vieillards .....	543
<i>Vin créosolé</i> .....	673
<i>Vin iodo-tannique</i> phosphaté.....	673
<i>Vomissements chloroformiques</i> — conduite à tenir pour les éviter	547
<i>Vomitifs</i> — potion vomitive ( formule ) .....	240

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PAGES	PAGES
<i>Articulations — maladies des —</i> 61	<i>Les préjugés sur la folie</i> ..... 182
<i>Colloïdes en biologie et en thérapeutique</i> ..... 56	<i>Le régime alimentaire des maladies</i> ..... 245
<i>Constipation — le traitement de la —</i> ..... 677	<i>Le spirítisme dans ses rapports avec la folie</i> ..... 181
<i>Consultations médicales et chirurgicales</i> ..... 556	<i>Les synesthésies</i> ..... 179
<i>Diagnostic et traitement des maladies du nez</i> ..... 735	<i>L'évolution psychique chez l'enfant</i> ..... 304
<i>Digestion et nutrition</i> ..... 58	<i>Leucopathies — métastases et icères leucopathiques</i> ..... 519
<i>De l'Illusion</i> ..... 490	<i>L'examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve</i> ..... 60
<i>Études anatomo-cliniques</i> ..... 368	<i>Maladies des mâchoires</i> ..... 429
<i>Formulaire des médications nouvelles</i> ..... 181	<i>Maladies des veines et des lymphatiques</i> ..... 369
<i>Formulaire moderne</i> ..... 734	<i>Maladies du crâne et de l'encéphale</i> ..... 177
<i>Formulaire des spécialités pharmacéutiques</i> ..... 366	<i>Manuel de sémiologie médicaux</i> ... 554
<i>Guide clinique et thérapeutique du praticien</i> ..... 775	<i>Médicaments microbiens — Bactériothérapie, Vaccination, Sérothérapie</i> ..... 243
<i>Formulaire des médicaments nouveaux pour 1909</i> ..... 330	<i>Nouvelles conférences pour l'externat des hopitaux de Paris</i> ... 242
<i>Hygiène oculaire de la première enfance</i> ..... 493	<i>Précis de pathologie générale</i> ..... 241
<i>Indications opératoires dans les affections de l'estomac</i> ..... 58	<i>Principes fondamentaux d'obstétrique</i> ..... 246
<i>Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements</i> 246	<i>Syphilis osseuse</i> ..... 121
<i>La purgation</i> ..... 775	<i>Tableaux synoptiques de physiologie</i> ..... 176
<i>La loi et l'initiative privée contre la tuberculose</i> ..... 183	<i>Technique des bandages et appareils de pratique courante</i> ..... 492
<i>La pathologie de l'attention</i> ..... 178	<i>Thérapeutique vénérienne</i> ..... 305
<i>La grippe — son traitement spécifique par la gaïarsine</i> ..... 307	<i>The correction of featural imperfections</i> ..... 366
<i>L'art pratique de formuler</i> ..... 184	<i>Thérapeutique médicale et médecine journalière</i>
<i>La rééducation phisique et psychique</i> ..... 494	<i>Traité de gynécologie médicale</i> . 733
<i>L'asthme</i> ..... 493	<i>Traité de technique opératoire</i> ... . 120
<i>L'audition morbide</i> ..... 180	<i>Traitement des maladies cutanées et vénériennes</i> ..... 367
<i>Les eaux minérales en injections hypodermiques</i> ..... 306	<i>Travail et folie</i> ..... 305
<i>Le Hachish — essai de la psychologie des paradis éphémères</i> ... 308	<i>Traitement de la syphilis</i> ..... 732
<i>Les hallucinations télépathiques</i> .. 180	<i>Tuberculosis — a presentable and curable disease</i> ..... 729