

PAGE

MANQUANTE

## Visiteurs de France

Le passage—ultra-rapide—de nos collègues français en route pour Washington, a été marqué par des fêtes toutes confraternelles.

La Société Médicale de Montréal—sous l'inspiration de son actif président, le Dr Albert Lesage, et avec l'assistance d'un comité, dont notre collègue, le Dr Ben. Bourgeois a été la "cheville ouvrière,"—avait organisé, pour les quelques heures que nos collègues ont eues à émietter ici, une série de promenades et réceptions.

Le Conseil de Ville a gracieusement reçu les délégués de France et leur a fait les honneurs de la ville. L'échevin Lapointe—avec l'empressement que nous lui connaissons tous—conduisit les visiteurs à la montagne et, au nom de la ville, leur souhaita la bienvenue. Sous une marquise dressée aux jardins municipaux du Mont-Royal—une collation fut servie aux délégués et leurs amis montréalais.

A la soirée, "la profession médicale, sous les auspices de la Société Médicale de Montréal," offrait un banquet aux collègues de France, à l'hôtel Viger. Le Dr Lesage présidait, ayant à ses côtés le doyen de la Faculté de Paris, le prof. Landouzy, notre doyen le prof. E. P. Lachapelle, le prof. Adami, représentant le doyen de McGill, les prof. Arloing et Courmont, de Lyon, les Drs Bernard, Triboulet, Teissier, médecins des hôpitaux, de Paris, l'échevin Dr Dagenais, le Dr Normand, président du Collège des Médecins de la Province, les Drs Guérin, Finley, Foucher, Birkett, Hervieux, Villeneuve, Masson, Bruneau, Benoit, Marien, Mercier, St-Jacques, Parizeau, F. de Martigny, Asselin, Kenneydy, Howard, Hingston, Bérard, Gurd, MacPhail, Morin et plus de cent autres collègues.

La salle, joliment décorée aux couleurs canadiennes, anglaises et françaises, offrait un coup d'œil agréable.

Les santés de Sa Majesté le roi Edouard et du président Fallières furent proposées, et on y but avec enthousiasme.

Le professeur Parizeau souhaita la bienvenue "à nos hôtes" et leur dit, en cette phrase que nous aimons lui entendre, notre vive admiration pour l'École qu'ils représentaient si dignement. Si l'École de Médecine de Laval—un peu votre fille puisque la plupart de ses professeurs, du moins ses jeunes professeurs, sont allés puiser à la science française,—si la Faculté de Laval, disait-il, n'a pas tout l'éclat que vous lui voudriez et

que certes nous plus encore lui voulons, c'est que ses débuts ont été bien humbles et son évolution bien pénible. Mais son droit à la vie et sa place au soleil sont dorénavant assurés, — et si la bonne volonté et si l'effort amènent le succès sinon la gloire, Laval l'aura — elle le devra pour une part à l'École française.

Au nom des collègues anglais, le Dr Archibald, le sympathique jeune chirurgien, de Victoria, et membre de notre Société Médicale, assura les visiteurs du plaisir que nous avons à les recevoir parmi nous. En un français facile et choisi—que l'assistance prit un plaisir non équivoque à souligner de ses applaudissements répétés—M. Archibald évoqua des souvenirs de sa vie d'étudiant en France et rappela combien il avait été frappé de ces belles qualités de clarté et de facilité d'élocution, qui font du professeur français un maître incomparable.

De longs applaudissements saluèrent le prof. Landouzy lorsqu'il se leva.

L'œil vif, le geste facile, la physionomie mouvante, le doyen nous dit son plaisir à se trouver assis à une table française en pays lointain. Avec le tact dont il est coutumier, ce sympathique ambassadeur de la science française eut un mot pour tous. Il parla de McGill, encouragea Laval, il se félicita de voir si agréablement résolue l'entente cordiale.

Le prof. Arloing, lyonnais dans l'âme et attaché comme tout terrien patriote, à ses hauteurs de Fourvières et son Rhône majestueux,—trouve que le Montréalais, comme le Lyonnais doit être "idéaliste et tenace," puisque comme lui il vit entre fleuve et montagne.

Les Drs Teissier, Courmont, Triboulet, Adami et Foucher, prennent à leur tour la parole.

Françoise, au nom des dames Canadiennes—et en remplacement de la femme de notre distingué Président, qui se trouva empêché mais qu'il nous aurait fait plaisir d'entendre—souhaita la bienvenue à leurs cousines de France. A quoi Mme Delaunay répondit en termes chaleureux et choisis, comme la Parisienne semble en avoir le secret.

La soirée fut on ne peut plus agréable.

Puissent nos hôtes d'un soir avoir entrevu un peu de l'âme canadienne sous son vrai jour et emporté en leurs foyers la conviction que les anciens Français du Saint-Laurent—Canadiens d'aujourd'hui—sont toujours heureux d'entendre le parler de la douce France et s'entretenir avec les vieux cousins de là-bas.



## Communication présentée au Congrès Canadien de Médecine à Ottawa, juin 1908

### L'Hémoptysie de la tuberculose pulmonaire

PAR J.-H. ELLIOT, B. A. M. D. TORONTO

(Suite)

*Diagnostic.* Il y a peu de chose à dire. A moins qu'on ait trouvé une insuffisance mitrale, un anévrysme de l'aorte récemment développé, une ulcération spécifique, une blessure, du scorbut ou toute autre maladie où l'on voit l'hémoptysie on doit diagnostiquer la tuberculose.

Ceci fut reconnu par Louis qui disait que l'hémoptysie rendait la présence du tubercule dans le poumon infiniment probable.

S'il n'y a aucun symptôme physique, on doit faire la recherche du microbe dans le sang.

*Pronostic.* -- Les cas d'hémoptysie sont extrêmement rares au début, quoiqu'on en ait vu quelques-uns, aussi on peut, à coup sûr, rassurer pour le présent un malade qui a une hémoptysie. L'avenir n'est pas si brillant quand la tuberculose est un peu plus avancée, cependant s'il n'y a pas de température, avec quelques jours de repos l'hémorragie s'arrête et ne cause pas trop de malaise. Mais si l'hémorragie est considérable, le danger se trouve dans une infection probable de broncho-pneumonie, ou pire encore, dans une tuberculose miliaire -- aussi, tant que la température reste haute, la dyspnée présente et le pouls vite, on doit toujours réserver le pronostic.

A mesure que la tuberculose avance en gravité, le pronostic de l'hémoptysie la suit, car les complications surviennent plus fréquemment et l'hémoptysie elle-même devient plus considérable en même temps que le malade devient moins capable de la supporter.

L'hémorragie n'est cause de mort que dans 1 à 2 100 de tous les cas de tuberculose. L'hémorragie peut se faire dans une large caverne et causer la mort sans presque d'hémoptysie ou être considérable avec suffocation, le sang sortant avec rapidité par la bouche.

### HÉMOPTYSIE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

*Traitement.* -- Le traitement général est le même que celui prescrit par Celse. "Si le sang vient de la gorge ou de l'intérieur, on doit prendre plus de précautions. Erisistrate attache à divers endroits les jambes, les cuisses et les bras. Si la fièvre est forte, on donne du gruau et de l'eau en abondance, quand il n'y a pas de fièvre on peut permettre du maïs lavé, du pain trempé dans l'eau froide, un œuf peu cuit, et pour boisson du vin sucré et de l'eau froide.

Le calme, la tranquillité et le silence doivent être gardés. La tête doit être haute. La figure doit être souvent lavée à l'eau chaude. Il ne faut pas donner de vin, de bains, de gibier, d'huile, pas d'épices. Les fomentations chaudes, une chambre chaude et fermée, beaucoup de couvertures, et les frictions sont dangereuses. Quand le sang a cessé de couler, on peut faire des frictions aux jambes et aux bras, mais pas à la poitrine."

On doit prendre les mesures nécessaires pour procurer le maximum possible de repos physique et moral; la tranquillité et le calme étant le meilleur moyen d'abaisser la tension sanguine et de ralentir la circulation. Dans la majorité des cas, pour arrêter l'hémorragie, les précautions sont inutiles. Elle cesse spontanément, peu importe les mesures prises. C'est un des accidents où les moyens employés, surtout les médicaments ont fort peu d'influence.

Le genre de traitement diffère selon que l'on se trouve en face d'un anévrysme, ou bien d'une congestion de la muqueuse seulement. On peut difficilement faire le diagnostic différentiel.

Le patient doit être au repos complet, à demi couché. On ne doit pas le déshabiller immédiatement s'il est vêtu, mais attendre quelques heures après la cessation de toute hémorragie; et alors le malade doit se laisser faire par sa garde malade. Un peu d'eau froide sur le front fera du bien si le malade est nerveux. De petits morceaux de glace lui seront donnés pour calmer sa toux. Tout doit être tranquille autour et dans la chambre du malade, et les quelques personnes qui l'approchent doivent lui montrer une grande confiance pour qu'il en ait lui-même.

Il doit être légèrement couvert, faire peu d'efforts pour rejeter de sa gorge les caillots qui s'y trouvent, et la garde malade doit elle-même lui présenter le crachoir afin de lui éviter tout mouvement musculaire. Les bras surtout doivent être au repos. Dans un cas très sérieux, ces précautions doivent être rigoureusement observées

au moins pendant 4 jours après qu'à cessé l'hémorragie. Il est plus prudent de rester au strict repos les autres journées, après que tout caillot aura cessé de paraître dans les crachats.

Aucune visite pendant les jours du traitement, surtout de gens anxieux, nerveux ou sensibles. La femme et la mère doivent s'abstenir de voir le malade si elles ne sont pas maîtres de leurs nerfs.

Le malade ne doit pas essayer de tenir un journal ou un livre, de se brosser les cheveux ; il ne peut laisser le lit pour aucune raison, même pour changer de position. Si son bras ou ses jambes fatiguent, la garde malade doit les changer de position.

La garde malade et le médecin doivent faire tout leur possible pour éviter d'effrayer le malade, car l'énervement cause une augmentation dans la pression du sang. Comme l'hémorragie est rarement fatale, le médecin peut facilement assurer le malade, et sa manière d'être durant l'attaque aura pour effet de calmer le patient.

Il peut devenir urgent de donner de la morphine pour calmer l'excitation. On injecte alors hypodermiquement  $\frac{1}{4}$  grain (0.01 à 0.02) à répéter si nécessaire. On ne doit pas cependant arrêter toute la toux, car il vaut mieux que le patient tienne ses bronches libres de sang pour éviter une broncho-pneumonie subséquente.

Une toux excessive réclame aussi l'emploi de la morphine ; car dans un cas d'anévrysme en particulier, comme la cicatrisation survient par voie de caillot, si on laisse la toux provoquer le rejet des caillots ou empêche l'arrêt de l'hémorragie.

L'emploi de médicaments pour abaisser la pression du sang est tout à fait illusoire, on recommande les nitrites à cause de leurs propriétés vasodilatatrices.

Les uns les trouvent utiles, d'autres doutent de leur efficacité. Il est certain que l'administration de nitrite d'amyle suivi de l'injection hypodermique de nitroglycérine abaisse la pression ; le pouls tombe en quelques minutes de 20 à 105 pulsations ; mais si l'on veut maintenir cette basse pression, il faut donner du nitrite de soude ou du tetranitrate d'Erithrol car ces médicaments agissant plus lentement, leur action sera plus prolongée.

Le second bruit pulmonaire nous renseigne sur l'état de la circulation pulmonaire. Les résultats que j'ai obtenus personnellement avec les nitrites ne me permettent pas de m'y fier beaucoup. J'ai vu des cas d'hémorragies assez persistantes malgré l'emploi de nitrite d'amyle. L'aconite, elle aussi, abaisse la pression du sang, affaiblit la force du cœur et ralentit les pulsations. A dose de

1 200 à toutes les 15 minutes, l'aconit ralentira le pouls de 120 à 90 pulsations en quelques doses. Quand le pouls est rapide je le donne jusqu'à ce que le pouls soit au-dessous de cent, à moins que le malade ne sente des fourmillements de la langue ou de l'engourdissement des doigts.

L'atropine a été chaudement recommandé par V. W. Babcock et d'autres à dose de 1/100 de grain répété, ou 1/25 grain en une seule dose. On doit faire attention à son emploi car il cause chez quelques malades, un peu d'appréhension et devient alors nuisible.

On emploie le lactate et le chlorure de calcium pour aider et hâter la formation du caillot. Le premier est le moins irritant. On le prescrit, pour la première journée à dose de 15 grains (1 gramme) à prendre quatre fois par jour, et les autres jours 3 fois par jour. On ne peut le donner que trois jours sur 6. J'ai connaissance d'un cas d'hémorragie persistante pendant plusieurs semaines qui guérit rapidement par injection rectale d'une solution de gélatine de 1 once par chopine d'eau. On donnait 6 onces 3 fois par jour. Je recommande ce traitement dans tous les cas difficiles. On a prétendu que l'action de cette solution était due au sel de calcium qu'elle contient.

On est irrémédiablement divisé quant à l'efficacité de l'ergot. J'ai vu un grand nombre d'hémorragies cesser avec son emploi, mais j'en ai vu un plus grand nombre cesser sans son emploi et très souvent je l'ai vu employer sans succès. Mon opinion est que l'ergot est inefficace dans l'hémorragie pulmonaire. Quand l'hémorragie a été considérable on peut lier une jambe et un bras assez fort pour arrêter le retour du sang veineux, changeant de côté tous les 20 minutes.

Comme traitement d'une hémoptysie au début de la tuberculose, il y a peu de chose à faire à part du repos au lit, diète légère et attention aux selles.

Pour une hémorragie due à la muqueuse congestionnée, on donne la digitale et la strychnine. Une marche ou un peu de gymnastique pulmonaire complètent le traitement.

Les malades qui ont souvent de petites hémorragies doivent être avertis de ne faire aucun violent effort comme lever de lourds fardeaux, courir, monter rapidement les escaliers ou faire des ascensions.

Diète : Elle doit être très légère quand l'hémorragie est abondante et continue.

Les aliments solides ne doivent pas être de nature stimulante et n'être jamais donnés chauds.

On ne doit pas donner d'alcool,—thé, café, cocoa ;

est aussi proscrit tout ce qui demande des efforts de mastication.

La diète des premiers jours comprendra des œufs, du lait, des gelées à la gélatine, de la crème à la glace, des œufs au bain-marie, du jus de boeuf. On peut donner à peu près 50 onces (1400 c.c.) ou même 25 onces 700 c.c.)

Quand l'hémorragie est définitivement arrêtée, on peut permettre des aliments solides mais en petite quantité jusqu'à ce que les crachats aient cessé de contenir des parcelles de sang caillé. Le malade doit être nourri par la garde malade tant qu'il se trouvera du sang dans ses crachats.

Si on a jugé plus prudent d'ordonner des sels de calcium, on n'ira pas donner des boissons acides qui prolongeraient le temps de la coagulation. Dans les cas d'hémorragie du début, le malade peut se lever après quelques jours.

Dans les cas plus avancés, le repos doit de toute nécessité être plus long.

Dans un cas léger on doit garder 4 jours, et dans un cas plus grave pour au moins 7 jours, après que toute trace de sang est disparue des crachats.

On doit avertir le malade d'éviter tout ce qui pourrait, en aucune façon, augmenter la pression du sang pour empêcher toute nouvelle perte de sang.

(Traduit de l'anglais par le Dr BARETTE.)

---

## Glande thyroïde

### Considérations physiologiques et pathologiques

PAR LE DR ELIE ASSELIN

(Suite)

La suppression des glandes principales—à l'exclusion des glandules—provoque des troubles trophiques.

La gravité des accidents dépend principalement de l'âge du sujet.

Chez l'adulte l'ablation des thyroïdes—(à l'exclusion des glandules.)—n'est jamais mortelle à brève échéance (Gley). L'apparition des troubles trophiques chroniques

est favorisée par l'état de gestation. (Jeandelize) l'allaitement forcé (Vassale). Morvan a noté l'influence des grossesses répétées et de l'allaitement prolongé sur la production du myxœdème. Toute cause capable d'altérer les glandes thyroïdes (infection, intoxication, arrêt de fonction) aboutit à un syndrome caractérisé par :

(a) Des troubles de l'intelligence qui consistent principalement dans de l'apathie : (b) des troubles des téguments dont la bouffissure (oedème ou adipeuse) est le trait principal. (c) des troubles du squelette qui aboutissent au nanisme (d) des troubles du côté des organes génitaux, dont le caractère le plus saillant consiste dans l'arrêt de développement.

La suppression de l'ensemble de l'appareil thyroïdien (glandes et glandules) provoque l'évolution d'accidents à marche rapide, et mortels à bref délai. L'ablation des glandules seules—à l'exclusion des glandes—provoque les mêmes effets. Les accidents consécutifs à l'opération sont donc sous la dépendance de l'ablation de ces glandules.

*Symptômes.*—Le symptôme dominant est la tétanie. On constate dans les muscles des contractures fibrillaires, des contractions spasmodiques, cloniques et toniques, parfois des contractures et de véritables crises épileptiformes. Pendant les accès la température s'élève. L'ascension est brusque et rapide. La respiration est très accélérée, dyspnéique.

Le pouls est très rapide.

Les opérés ont de l'anorexie, de la difficulté dans la préhension et la mastication des aliments. La soif est très vive. On constate des vomissements muqueux et bilieux des selles fétides, sanguinolentes ; l'haleine est fétide. Les urines sont rares.

*Survie.*—La mort est la règle lorsqu'on enlève toutes les glandules, même s'il reste les glandes thyroïdes. L'opéré survit s'il reste des glandules.

*Médication thyroïdienne.* La cure thyroïdienne réussit, soit contre les troubles trophiques et le myxœdème (congénitale ou acquis) soit contre les accidents aigus (tétanie). Elle atténue certaines goitres.

Le fait que l'ingestion des thyroïdes peut présenter des inconvénients est connu depuis longtemps.

La médication thyroïdienne expose, lorsqu'on emploie des doses croissantes ou lorsqu'on prolonge trop le traitement, à des accidents dont quelques-uns rappellent ceux qui suivent la thyroïdectomie. Les sujets maigrissent, ils peuvent présenter de l'accélération du pouls, des palpitations, des crampes, des crises épileptiformes etc. L'iode cause des symptômes d'excitation générale. Il

donne de la sécheresse au pharynx. La circulation devient plus active, la peau plus chaude, l'appétit augmente. L'administration de l'iode produit parfois des éruptions.

Il faut citer parmi les accidents les plus communs des préparations iodées : le coryza qui s'accompagne de céphalalgie et de larmolement.

A côté de l'iodisme accidentel il en existe une autre forme : la cachexie iodique (Coindet).

E. ASSELIN.

---

## Notes Editoriales

### La délégation française

Nos collègues de France sont venus. Il nous a fait plaisir de recevoir des maîtres connus, des amis de jadis et des confrères de France. Mais à peine arrivés, — qu'ils étaient déjà partis.

Ils auront à peine entrevu notre ville et ses institutions. Encore moins ont-ils eu l'occasion de se rendre compte de l'état des choses, du mouvement universitaire, de la mentalité locale. C'est dommage, car il y avait là des hommes dont le coup d'œil, la largeur d'esprit et la mentalité internationale désignaient tout spécialement comme pouvant apprécier les conditions locales si spéciales.

\*\*\*

### Le mouvement universitaire

Les membres du Conseil de la Faculté de Médecine viennent d'élire un nouveau collègue et ont appelé à siéger avec eux M. George Villeneuve, le médecin-aliéniste distingué que tous connaissent si bien.

A la chaire de clinique médicale de l'hôpital Notre-Dame, la Faculté vient d'appeler définitivement le Dr E. P. Benoit, qui en avait été jusqu'ici chargé à titre d'agrégé—tandis qu'elle a nommé le Dr Amédée Marien, professeur de clinique chirurgicale, et les Drs Merrill et Saint Jacques, professeurs-adjoints de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. *Labor multa vincit!*

\*\*\*

### Ouverture de l'année Universitaire

Septembre a vu la reprise des cours. Ne manquons pas de noter et dire combien nous apprécions une inno-

vation. Le Doyen entouré du corps universitaire a fait l'ouverture solennelle des cours. C'était solennel et à la fois très-simple. Le vice recteur, M. Dauth, dont tous savent le dévouement et l'inlassable bienveillance, avait bien voulu rehausser de sa présence cette petite fête intime. En quelques phrases dont il a le secret, le Doyen a souhaité la bienvenue aux élèves ne manquant pas de leur rappeler ce que nous attendions d'eux.

Cette "prise de contact" du Doyen et des professeurs avec les élèves ne manquera pas de porter ses fruits c'est par de tels rapprochements que s'opère graduellement l'union et la fusion et qu'un jour naîtra l'esprit universitaire. Evidemment la venait. Le *spiritus morens* se fait sentir.

\*\*\*

### Nos médecins au Congrès de Washington

Nous notons avec satisfaction qu'un bon nombre de médecins et chirurgiens de nos hôpitaux vont prendre part aux délibérations du Congrès International de la Tuberculose à Washington. C'est avec plaisir que nous relevons les noms des prof. Guérin et St-Jacques, des docteurs Dérome, Kennedy, George Dupont, Alphonse Mercier, Elie Asselin et Berard.

---

### Traitement du diabète par le régime gras

*A la Société de Biologie, séance du 11 avril 1908*

M. Maignan rapportait que les graisses sont les seuls aliments qui soient utilisés en totalité par l'organisme des diabétiques. Les substances grasses, en effet, ne donnent pas naissance à du sucre.

Il faudra donc, dans le régime des diabétiques, supprimer les hydrates de carbone, réduire au minimum les albuminoïdes et donner des substances grasses.

MM. Maignan et F. Arloing ont traité par cette méthode plusieurs glycosuriques qui ont rapidement guéri.

Ces résultats concordent avec ceux qu'ils avaient précédemment obtenus sur des chiens. Ces animaux, rendus expérimentalement glycosuriques, avaient été soumis au régime des graisses. Le sucre, grâce à ce traitement, avait disparu, la quantité d'urée et d'acétone avait diminué, le volume des urines avait baissé et l'état général avait rapidement remonté.

## Sociétés Médicales

### Association Médi-Chirurgicale du district de Joliette, 7 septembre 1908

*Présidence : Dr C. Bernard*

Membres présents : G. Desrosiers, St-Félix de Valois ; S. Martineau, Lavaltrie ; J. J. Shepperd, Joliette ; Th. Gervais, Berthierville ; Ed. Turgeon, St-Jean de Matha ; J. O. Paquet, Ste-Elizabeth ; E. Lafontaine, St-Barthélemy ; J. A. Barolet, Joliette ; J. Lippé, St-Ambroise de Kildare ; J. A. Lamarche, St-Henri de Mascouche ; J. P. Laporte, Joliette ; Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon ; MM. les Drs E. Lafontaine, de St-Barthélemy, et A. Peltier, de St-Ambroise de Kildare sont admis membres de l'Association.

Le secrétaire dépose devant les membres de l'Association le projet de loi préparé par la Commission spéciale nommée à cet effet par le Bureau des Gouverneurs à sa séance de juin dernier et fait les remarques suivantes :

*Messieurs,*

Vous n'ignorez pas qu'à la prochaine session nous nous proposons de faire amender nos lois médicales. Depuis déjà longtemps que la profession réclame des réformes d'ordre matériel et scientifique, mais des circonstances malheureuses ont fait obstacle à la réalisation de ces vœux. Dans l'ordre matériel il est reconnu que la profession souffre de pléthore, et ce qui est pénible à avouer c'est que cet encombrement est cause de dégradation de nos honoraires. Regardez ce qui se passe dans les plus humbles de nos villages, et à plus forte raison dans les cités où la compétition est plus âpre : au rebours de la logique, le tarif médical baisse à mesure que la proportion des médecins monte. Il y a là un fait que j'ai cherché à comprendre et que j'ai essayé à expliquer dans le discours sur les "intérêts professionnels" que j'avais préparé pour le dernier Congrès à Québec. Nous sommes dans un pays jeune, vaste, et dont les ressources immenses sont pour ainsi dire inexploitées. Quiconque veut et met un peu d'énergie et de travail au service de sa volonté, peut se faire un avenir brillant dans l'agriculture, l'industrie, le commerce, les mines, la spéculation, etc., etc., et cependant les profes-

sions libérales, la médecine surtout, attire et fascine notre jeunesse, comme la flamme attire et dévore l'ignorant papillon de nuit. Je n'appuierai pas sur les causes premières de cet état de choses, mais je crois que nous pourrons par une bonne législation améliorer notre sort en créant d'abord un "Bureau provincial d'examineurs" puis en organisant un Conseil de discipline effectif. Ces deux mesures, dont l'une est destinée à surveiller les portes d'entrées de notre profession et l'autre à exercer un contrôle actif et continu, sur le moral, la conduite de nos membres, s'imposent et produiront, je l'espère du moins, de bons fruits.

Dans l'ordre scientifique, d'abord avec nos universités nous réclamons une formation théorique et pratique adéquate aux pays avancés d'Amérique et d'Europe. Nous croyons qu'à la suite du cours universitaire actuel, une année d'études pratiques aux hôpitaux et aux laboratoires, ne sera pas de trop pour compléter une instruction, jusqu'aujourd'hui trop abstraite ;—et au sortir de ce stage hospitalier et pratique, les jeunes membres de notre profession ne seront plus tenus de faire de l'expérimentation au début de leur clientèle, sur les premiers malheureux patients que le sort conduira à leurs bureaux. Armés d'un bon bagage scientifique, brisés aux difficultés des luttes corps à corps avec des maux tangents, réels, vivants, nos jeunes quitteront la Faculté en état de rendre des services immédiats à la société, et notre communauté grandira dans l'estime du public, et cette estime se traduira par une appréciation matérielle, *monétaire*, si le mot ne vous répugne pas trop, de nos services. Tel est, Messieurs, le but que nous visons.

En outre il est plusieurs autres questions d'ordre particulier, de régie interne, qu'il est important de régler, dans l'intérêt de la bonne administration du Collège des médecins. Pour ces motifs, si vous êtes convaincus que l'intérêt de chacun réside dans l'intérêt commun, je vous demanderai, mes amis, et confrères, de faire tous vos efforts auprès de la députation pour nous la rendre favorable. Que chaque médecin insiste donc auprès de son député pour que justice nous soit accordée durant la prochaine session, c'est le devoir de chacun. Et il ne faut pas attendre que nous soyons rendus devant les représentants de la nation pour faire ce travail de propagande ; en ce temps d'élection il se fait un grand mouvement des hommes politiques il faut profiter dès maintenant de toutes les occasions ; n'oubliez donc pas lorsque vous rencontrerez votre député provincial, s'il est votre ami, de lui fournir des explications sur

les réformes que la profession désire, et insistez pour qu'il vote en faveur de notre loi."

Plusieurs des membres présents prennent la parole dans le même sens que le secrétaire, une résolution à cet effet est unanimement adoptée.

Re. tarif des compagnies d'assurances. Le secrétaire donne communication de lettres de "The Royal Victoria Life Ins. Co." "The Canada Life Ass. Co." "The Manufacturers Life Ins. Co." "The Home Life Association of Canada" "The Mutual Life Ass. of Canada" "The North American Life Ass." Ces compagnies ont adopté un tarif uniforme de quatre dollars pour tous leurs examens médicaux.

Dr. J. Lippé.—Les compagnies d'assurances ont parfaitement le droit de nous offrir \$4.00 pour chacun de nos examens, mais nous avons aussi le même droit de refuser cet honoraire, si nous croyons que ce montant n'est pas suffisamment rémunérateur. J'ai toujours affirmé Messieurs qu'un bon examen, consciencieusement fait valait au moins cinq dollars, je ne me suis jamais départi de cette règle, et ce n'est pas du fait que les compagnies ont haussé leur tarif d'un dollar, que je vais modifier mon opinion. Cette espèce de marchandage de la part des compagnies est indigne, cela ressemble un peu aux procédés de pauvres paysans. Je suis d'opinion que nous devons maintenir le tarif de \$5.00 par examen quelque soit le montant de l'assurance.

M. le Dr Shepperd et Laporte de Joliette, Lafontaine, de St-Barthélémy, Turgeon, de St-Jean de Matha, Gervais, de Berthier, se prononcent en faveur du maintien du tarif de \$5.00.

M. le Dr Bernard, résume les débats sur cette question et conclut qu'il y va de notre dignité de nous en tenir aux résolutions adoptées en 1905, 1906 et 1907. Puis

Il est proposé par M. le Dr Lippé de St Ambroise de Kildare ; secondé par M. le Dr Laporte de Joliette :

Que les résolutions adoptées en septembre et décembre 1905, en mars et septembre 1906 et en mars 1907 soient maintenues en vigueur, et qu'aucun membre de l'association médico-chirurgicale du district de Joliette ne fasse aucun examen médical pour aucune compagnie d'assurances à moins de cinq dollars (\$5.00) chacun.

Et que copie de cette résolution soit envoyée à tous les médecins du district et à toutes les compagnies d'assurances faisant affaires dans la province.

Adopté unanimement.

Puis l'on passe à l'étude du sujet suivant :

"Un médecin est-il justifiable et si oui, dans quel cas de faire une opération, un accouchement, une extrac-

tion de dents, etc. etc., sous chloroforme ou autre anesthésique sans l'assistance d'un confrère ?"

MM. les docteurs Bernard, Rivard, Laurendeau, Gervais, Laporte prennent part à la discussion.

Comme conclusion les propositions suivantes seraient l'expression d'opinion des membres de l'association.

1o Le médecin est autorisé à faire une extraction de dent sous chloroforme ou autre anesthésique, sans l'assistance d'aucun confrère.

2o Il est aussi autorisé à administrer seul le chloroforme ou autre anesthésique dans les accouchements, même dans le cas de dystocie ; pourvu que dans ce dernier cas, le médecin soit en état de surveiller l'administration de l'anesthésique.

3o. Il en est de même dans les opérations mineures de peu de durée, dans la majorité des luxations, etc.

4o. En somme, le médecin, lorsque le malade ou la famille de ce dernier lui en laisse la liberté, est le juge autorisé à demander l'assistance d'un confrère où à se passer de cet aide, dans les cas ci-dessus.

5o. L'on doit se départir de ces règles et toujours demander le secours d'un confrère lorsqu'il existe quelques faits de nature à aggraver l'emploi d'un anesthésique.

#### RAPPORT DU SECRÉTAIRE TRÉSORIER

Le secrétaire trésorier fait rapport que l'Association a en banque un montant de trois cents huit dollars.

Il est proposé par M. le Dr Th. Gervais, secondé par M. le Dr S. Martineau, que l'Association paie un an d'abonnement à un journal de médecine à chacun des membres de l'Association.—Adopté.

Re-Charletans.—Le Dr Shepperd fait rapport que notre avocat vient de lui remettre la somme de \$50.00, produit d'une amende payée par le rebouteur Mireault, ce qui portera les fonds de l'Association à au-delà de \$350.00.

De plus, il y a actuellement quatre actions pendantes pour exercice illégal de la médecine, dont deux contre le fastidieux Mireault, une contre Ovide Destrempe, de Berthierville, et l'autre contre J.-Bte Destrempe, de St-Cuthbert.

Ce rapport est adopté avec enthousiasme.

#### CORRESPONDANCE

Communication d'une lettre de M. le Dr Bourgeois, secrétaire de la Société Médicale de Montréal invitant les membres du district de Joliette à assister à un ban-

quet, le 15 courant, à l'hôtel Place Viger, en l'honneur de M. le prof. Landouzy, de Paris, et autres princes de la science médicale. M. le Dr Gervais croit que les moyens de l'Association lui permettent de se faire représenter en cette circonstance. Il propose donc, appuyé par le Dr A. Laurendeau.

Que le président, M. le Dr Bernard soit prié de représenter l'Association Médicale de Joliette à ce banquet. Et que les frais de voyage et d'admission soient à la charge de la dite association médicale de Joliette.

Adopté.

On procède ensuite à l'examen de quelques plaintes contre certains médecins du district, pour manquements à la déontologie médicale, et ces petites difficultés intestines se règlent à la satisfaction générale.

#### ÉLECTION DES OFFICIERS

Les officiers dont les noms suivent sont élus à l'unanimité : Charles Bernard, président ; J.-A. Barolet, vice-président ; Albert Laurendeau, sec. trés. ; G. Desrosiers et J.-P. Laporte, membres du comité de régie ; MM. Rivard, J.-J. Shepperd, J. Lippé, S. Martineau, membres

du tribunal de déontologie, et J. J. Shepperd, M. Rivard et C. Bernard membres du comité re charlatans.

La séance est ajournée au second lundi de décembre à Joliette.

#### ASSEMBLÉE DE L'ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE JOLIETTE, TENUE A JOLIETTE LE 7 SEPTEMBRE 1908

Il est proposé par M. le docteur Lippé, de St Ambroise ; secondé par le Dr Laporte, de Joliette :

Que les résolutions adoptées en septembre et décembre 1905, en mars et septembre 1906, en mars 1907, soient maintenues en vigueur et qu'aucun membre de l'association médico-chirurgicale du district de Joliette ne fasse aucun examen médical pour aucune compagnie d'assurance à moins de cinq dollars (\$5.00) chacun.

Et que copie de cette résolution soit envoyée à tous les médecins du district, et à toutes les compagnies d'assurances faisant affaires dans la province.

Adopté unanimement.

« Extrait du procès verbal de l'assemblée du 7 septembre 1908.

(Vraie copie)

LAURENDEAU.

## PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

### Arthrite blennorrhagique et puerpéralité

Les arthrites qui viennent parfois compliquer la grossesse ont été longtemps expliquées de manières diverses. Tantôt considérées comme un rhumatisme réveillé par la grossesse, tantôt s'il y avait suppuration, regardées comme une arthrite purulente due à la pyohémie, il semble bien, en réalité, que si ces interprétations sont valables pour quelques cas, dans l'immense majorité de ces faits, il s'agit de manifestations articulaires de nature gonococcique, de véritables arthrites blennorrhagiques éclatant sous l'influence de la puerpéralité, soit pendant la grossesse, soit pendant le *post-partum*. C'est à cette interprétation que se rallie M. le Dr Joseph Martin dans un important travail qu'il vient de publier sur ce sujet (1), et

dans lequel, il s'applique à montrer les diverses formes que peut revêtir l'arthrite blennorrhagique pendant la puerpéralité.

Les deux formes les plus communément observées sont la forme séro-fibrineuse et la forme suppurée.

I. *La première, la forme simple*, peut commencer pendant la *grossesse* ou *après l'accouchement*. Habituellement ce sont des douleurs *articulaires multiples* qui ouvrent la scène. Ces arthralgies durent vingt-quatre, trente-six heures, parfois plusieurs jours. Ce sont des *douleurs vagues erratiques*, changeant tous les deux ou trois jours. Puis, au bout d'un certain temps, deux septénaires au plus, elles se *fixent* un instant sur deux ou trois articulations, qui se tuméfient aussitôt, mais elles se *localisent bientôt sur une seule*. Le plus ordinairement ce sont les genoux et les poignets qui sont pris,

(1) *Thèse de Paris*, chez Michalon.

parfois les coudes. Ce peut être le cou-de-pied ou une articulation digitale.

Assez souvent les malades sont subitement prises, quelquefois la nuit, pendant leur sommeil, d'une douleur très vive au niveau de l'articulation qui sera seule le siège de la maladie. Dans ce cas l'articulation atteinte est le poignet ou le genou.

Pendant ce temps, l'état général n'est pas mauvais. L'état gastrique n'est pas marqué. La fièvre est ordinairement peu intense et ne dépasse pas 38°, 38,5°. Si elle est assez vive, si elle atteint 36°, elle n'est alors que passagère.

Cette fièvre est de courte durée, puis la gonococcémie se fixe en général sur une articulation pendant que les autres se libèrent. Le membre atteint se place dans la position qui lui est la plus favorable et ce qui est le plus remarquable après cette période de réaction aiguë c'est la "rapidité avec laquelle se produit l'atrophie des muscles périarticulaires."

II. *La seconde forme* de l'arthrite blennorrhagique que l'on observe pendant la puerpéralité est *la forme suppurée*. Elle est relativement assez fréquente et se montre "généralement dans les huit jours qui suivent l'accouchement."

Elle peut donner par son début l'impression d'une atteinte de rhumatisme aigu, plusieurs articulations se prennent successivement, en même temps que survient une fièvre assez forte. Mais bientôt on voit la maladie se localiser sur une articulation avec gonflement considérable et douleur des plus vives. Si on ponctionne, alors on peut rencontrer le gonocoque dans le liquide, et c'est d'ailleurs ainsi seulement qu'on peut distinguer cette arthrite de l'arthrite streptococcique due à l'infection puerpérale elle-même.

Toutefois, quand on voit survenir une arthrite de ce genre, la règle pratique est la suivante :

On devra toujours et avant tout soupçonner la blennorrhagie lorsqu'on reconnaîtra des manifestations articulaires chez une femme en couches ou pendant sa grossesse. Pour cela, on fera un interrogatoire minutieux sur l'état antérieur des organes génitaux de la femme : avait-elle des pertes blanches abondantes, quelquefois verdâtres, souffrait-elle en urinant ou avait-elle des envies fréquentes d'uriner ? On pourra s'enquérir, discrètement et par une enquête habile, sur la possibilité d'une blennorrhagie chez le père de l'enfant. Enfin on examinera les yeux de ce dernier.

Le pronostic de cette complication est sérieux. Si cette complication ne met pas les jours de la malade en

danger, elle est cependant grave par l'ankylose et par l'atrophie musculaire qui l'accompagnent.

Aussi doit-on la traiter de bonne heure. Dès qu'une femme constatera des pertes abondantes, ayant plus ou moins le caractère gonococcique, on devra faire prendre des injections vaginales de 2 à 4 litres, tous les jours ou même plusieurs fois par jour, dans le décubitus horizontal, sous une faible pression et à la température de 37°. Le mieux sera d'employer un antiseptique non dangereux dont le meilleur est le permanganate de potasse à 0 gr. 50 pour 1.000 grammes.

On devra continuer les injections après l'accouchement, car il y a souvent recrudescence à ce moment. L'immobilisation sera pratiquée seulement pour empêcher la douleur, et remplacée par la mobilisation et le massage dès que la chose est possible. Quant à l'arthrotomie ou même simplement à la ponction articulaire, elle sera réservée pour les cas graves.

E. SAINT-JACQUES

## Le rein mobile et son traitement

Combien souvent nos mains diagnostiquent un rein errant ! Le Prof. Albarran vient d'exposer en une magistrale leçon les différentes manifestations de ces vagabonds et ce que nous pouvons contre eux. Nous résumons son enseignement.

Une jeune femme de 30 ans entre à l'hôpital pour des douleurs sourdes, continues, dans le côté droit du ventre. Les accidents ont éclaté quelques mois après une couche faite il y a plusieurs années. Ce sont des douleurs profondes, non traversées de crises paroxystiques, mais qui s'exagèrent quand la malade se couche du côté gauche. A un moment donné, les urines ont été troubles, mais elles sont redevenues claires par la suite.

L'examen montre un rein droit mobile, non augmenté de volume et non douloureux, à qui on peut aisément faire réintégrer sa loge. Le foie est également abaissé et dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. La rate est légèrement mobile. Le toucher vaginal permet de localiser un point douloureux à l'orifice urétéral du côté droit. La cystoscopie ne montre rien d'anormal.

L'urine est claire, normale, un peu moins abondante et moins riche en quantité sécrétée et en principes minéraux pour le rein droit que pour le rein gauche. De légères traces d'albumine sont décelées dans l'urine : ce phénomène est fréquent dans le rein mobile. Les

grosses différences dans la sécrétion de l'un et l'autre rein n'apparaissent qu'à l'occasion d'altérations rénales accusées ou d'une rétention rénale abondante.

Cette malade ne se plaint d'aucun trouble digestif ou nerveux. Jamais elle n'a eu de crises douloureuses aiguës.

Le cathétérisme urétéral permet de remonter jusqu'à 15 centimètres de hauteur ; à ce niveau, la sonde est arrêtée et il faut faire remonter par un aide le rein dans sa loge pour dissiper l'obstacle et atteindre jusqu'au bassinnet. Une coudure urétérale était en jeu qui disparaissait avec le relèvement de l'organe. Chez de pareil les malades, le bassinnet est en général dilaté ; des rétentions légères de 20 à 40 centimètres cubes sont communément observées.

Ce qui domine pour cette femme, ce sont les douleurs, celles-ci indépendantes de toute rétention rénale et bien plutôt attribuables à des lésions de périnéphrites avec adhérences. Les adhérences peuvent exister en dépit de la mobilité rénale ; ce qui semble indiquer que cette cause de douleur est bien en jeu, ce sont les souffrances accusées par la malade quand elle se couche du côté opposé. Des tiraillements se produisent et les douleurs s'exagèrent de ce fait.

De multiples risques entourent l'existence de tout rein mobile. Ce sont d'abord les dangers de rétention et d'inflammation, cette dernière apparaissant souvent comme une suite d'une maladie infectieuse, la grippe, par exemple. Les urines deviennent troubles et renferment du pus : une pyélo-néphrite s'est déclarée. Ce sont ensuite les symptômes du côté du tube digestif : ces phénomènes dyspeptiques se produisent, maintes fois liés à des adhérences péritonéales en rapport avec la partie inférieure du rein et provoquant des plis sinueux du côté du côlon tirailé par en haut. D'autres fois, les troubles dyspeptiques sont liés à un état névropathique concomitant et qui peut, jusqu'à un certain point, être indépendant de l'abaissement du rein. Dans d'autres circonstances, les accidents nerveux sont consécutifs. Tel malade atteint d'une hypochondrie anxieuse a vu ses accidents disparaître avec la fixation du rein,

Le traitement palliatif consiste dans le port d'une ceinture : mais celle-ci doit être dépourvue de pelote. Le rôle des pelotes est néfaste ; ou elles compriment le rein ou elles le font remonter plus haut et déterminent sa déviation en avant (antéversion) ; d'où douleurs accrues. Les seules ceintures qui puissent convenir sont celles qui exercent une contention uniforme des parois abdominales et refoulent le rein en haut, par l'intermédiaire de l'in-

testin comprimé. Seulement, les ceintures ne conviennent qu'à une sorte de malades, à celles dont les parois abdominales sont flasques. Fréquemment, tel n'est pas le cas. Des jeunes filles, des jeunes femmes à ventre très ferme ont néanmoins un rein abaissé. L'usage d'une ceinture n'est que d'une utilité très douteuse, quand une entéroptose réelle n'existe pas concurremment.

Si les douleurs persistent, on recourra à l'intervention chirurgicale qui est la néphropexie. Plusieurs précautions devront guider l'opérateur. Il ne fixera pas le rein trop haut, crainte de le voir basculer en antéversion sous la pression du foie abaissé ; il s'emploiera à le remplacer aussi près que possible de sa place normale mais sans employer de violence. Les coudures urétérales devront être recherchées et réduites et, en dernier lieu les fils de soutien ne traverseront pas le parenchyme rénal, comme il était d'usage de faire il y a quelques années. Pareille technique risque d'augmenter l'altération du tissu rénal, de provoquer autour des fils des îlots de sclérose qu'il vaut mieux éviter. On se contentera après décortication et rupture des adhérences, de pratiquer une incision longitudinale entre le parenchyme et la capsule. Les bords de la capsule sont ensuite de chaque côté détachés avec une pince et sectionnés dans leur milieu ; il en résulte quatre lambeaux et capsules qui sont chacun liés entre eux et fixés ensuite à la douzième côte au moyen de fils.

Le résultat opératoire est immédiat. Les douleurs, les troubles dyspeptiques cèdent tout de suite ; mais les accidents nerveux s'il étaient antérieurs, ne sont pas amendés.

C'est au médecin, non au chirurgien, de pourvoir à ces derniers troubles par un traitement général et une psychothérapie efficaces.

### Certains états subfébriles

Nous avons tous rencontré des fébricitants, la plupart jeunes, sans qu'il soit possible d'établir la cause de ces légères élévations de température, si irrégulières d'apparition. Dernièrement M. Dufour faisait à la Soc. de Pédiatrie une communication à ce sujet et étudiait un rapport de M. Jacobson sur ces états morbides un peu vagues, mais qui présentent un grand intérêt clinique. Il s'agit d'enfants chez lesquels le thermomètre dénote pendant des périodes plus ou moins longues (semaines, mois, années), des élévations thermiques de 2 à 6 dixiè-

mes de degré, survenues soit le matin, soit l'après-midi soit le soir.

La plupart du temps, c'est un peu par hasard qu'on a découvert l'état subfébrile. En général, cet état est consécutif à une maladie infectieuse, le plus souvent la grippe ; et l'enfant paraît un peu souffrant, mais en général, il faut prendre la température plusieurs fois par jour, pour constater son élévation, laquelle se fait à des heures variables.

Dans le cours des périodes fébriles, on note assez souvent, un ou plusieurs jours, parfois même plusieurs semaines d'apyrexie, avec des températures normales et parfois même sous-normales.

Alors l'aspect du petit malade change comme par enchantement : d'un jour à l'autre la lassitude disparaît le teint se recoloré, et les parents peuvent affirmer même sans le secours du thermomètre que l'enfant n'a plus de fièvre ; puis la fièvre reparait et la mauvaise mine avec.

Un caractère assez constant de cette fièvre, c'est, qu'elle affecte les allures de la fièvre de surmenage. Les jeux, même modérés, les fatigues intellectuelles (lectures prolongées), les repas trop abondants ou indigestes paraissent l'exagérer. Le repos absolu au lit l'atténue.

Mais ce qui distingue cette fièvre de la fièvre de surmenage, c'est que le repos même prolongé ne la fait pas disparaître complètement. D'autre part, *quand le malade est dans une période afebrile*, on peut le laisser jouer, courir, sans que la courbe thermique en soit nullement influencée.

Ce qui caractérise tout particulièrement les états fébriles dont il est question, c'est leur longue durée : M. Jacobson possède des observations où la fièvre a persisté pendant plusieurs semaines, et même où l'état subfébrile a duré trois, quatre mois, deux ans, et même trois ans. Les malades qui ont fébricité pendant deux et trois ans ont présenté à diverses reprises des trêves apyrétiques de quinze jours à dix mois environ.

L'examen des urines a toujours été négatif.

L'examen du sang, dans les cas où il a été fait, a démontré un état d'anémie simple, sans éléments anormaux, sans modifications de la formule : jamais on n'a trouvé d'hématozoaires.

Les antipyrétiques en général et la quinine en particulier n'ont eu aucune influence sur la fièvre, bien qu'on ait administré souvent la quinine en très fortes doses, et même en injections sous-cutanées.

Les ferrugineux n'ont rien donné non plus. Quelques uns des malades ont paru améliorés par des injec-

tions de cacodylate de soude, mais l'amélioration n'a pas persisté.

M. Jacobson a observé ces états subfébriles prolongés chez de tout petits enfants (8 mois, 1 an), dans la deuxième enfance (4 ans, 8 ans) et aussi chez des adolescents (16 ans).

L'état fébrile s'est montré aussi bien en été qu'en hiver, mais il a paru plus accusé en été. Il a paru généralement amélioré par le séjour à la montagne (1000 mètres), mais seulement à la longue.

La pathogénie de ces états subfébriles est des plus obscure.

On a invoqué la tuberculose, la cholémie familiale, la chlorose, l'origine palustre, etc., mais sans qu'il y ait aucun fait démonstratif.

Mais si on recherche avec soin les antécédents de ces petits malades, on note régulièrement, *chez tous*, que ces enfants souffrent de végétations adénoïdes, de pharyngite chronique, d'amygdalite lacunaire, ou ont subi autrefois des opérations pour l'une de ces affections. La plupart ont eu à un moment donné des otites suppurées ou des douleurs d'oreille.

Il faut donc au point de vue thérapeutique, aviser à mettre le nasopharynx en bon état, puis à traiter l'état général par une médication appropriée et une hygiène ad hoc.

### Œdème aigu du poumon : sa symptomatologie et son traitement

L'œdème aigu du poumon constitue un syndrome morbide rare à la vérité, mais qu'il faut bien connaître car il est d'une haute gravité, et cependant peut être modifié avantageusement par un traitement énergique, s'il est traité à temps. M. le Dr Chémery vient d'en faire une étude très intéressante tant au point de vue clinique qu'au point de vue de sa pathogénie.

En voici tout d'abord l'aspect général.

Brusquement, le plus souvent sans phénomènes prémonitoires appréciables, un malade, dont la santé antérieure pouvait, en apparence, paraître satisfaisante, est pris d'une sensation pénible de constriction thoracique, d'une gêne subite de la respiration, donnant aux assistants l'impression d'une asphyxie imminente et d'une mort prochaine.

La face pâle, l'œil éteint, les lèvres livides, les doigts et les ongles bleuâtres, la respiration anxieuse, le pouls misérable et accéléré, tel est l'aspect du malade. En même temps que la violente dyspnée, survient une toux,

sèche et quinteuse, bientôt accompagnée d'une expectoration spumo hématiche extrêmement abondante. Si par une intervention hâtive ces phénomènes graves ne sont point conjurés, la mort ne tarde pas à survenir au milieu d'une orthopnée et d'une cyanose intenses. Tel est le tableau clinique du "coup d'œdème pulmonaire."

Le premier point principal est la brusquerie du début qui est soudain, inattendu, parfois cependant précédé de quelques phénomènes prémonitoires. Ainsi que l'indique M. Dieulafoy, l'accès s'annonce par un chatouillement laryngé, par une toux quinteuse, saccadée et par une oppression qui, en quelques minutes, en un quart d'heure, en quelques heures, atteint son apogée. Tous ces symptômes, la toux, l'oppression, la dyspnée, sont dus au brusque encombrement des alvéoles pulmonaires par un liquide séro-albumineux. Généralement, c'est par la base du poumon que commence l'inondation ; elle peut gagner plus ou moins vite la totalité des poumons. Le sérum sanguin, transsudant sous pression dans les alvéoles et dans les bronchioles, le malade est aussitôt pris de quintes de toux, et il rend alors un liquide tout à fait caractéristique, abondant, mousseux, albumineux, rosé, qui est signalé dans toutes les observations. Certains peuvent rendre en quelques heures, et plus vite encore, jusqu'à un litre ou deux litres de ce liquide. Il se peut, toutefois, que les bronches n'aient pas la force d'expulser le liquide ainsi accumulé, et l'asphyxie est d'autant plus menaçante que l'expectoration est moindre.

Dès le début aussi, à l'auscultation, on entend une pluie de râles fins, sous-crépitants, sibilants, témoignage de l'inondation des alvéoles pulmonaires.

Le pouls conserve d'abord une certaine force, indiquant l'hypertension artérielle, puis brusquement survient l'hypotension, caractérisée par la faiblesse du pouls, l'asystolie aigue, une expectoration rare.

Le pouls conserve d'abord une certaine force, indiquant l'hypertension artérielle, puis brusquement survient l'hypotension, caractérisée par la faiblesse du pouls, l'asystolie aigue, une expectoration rare.

L'œdème aigu du poumon peut présenter trois formes : les deux premières suraiguës ou foudroyantes, la troisième bronchoplégique sans expectoration.

Dans la forme suraigue et aiguë, beaucoup plus fréquemment observée, on constate les phénomènes qui viennent d'être décrits : dyspnée intense survenant tout d'un coup ; pluie de râles sous-crépitants dans tout le poumon, expectoration aérée, quelquefois rosée, extrêmement abondante ; puis période asystolique et mort en quelques minutes, en quelques heures.

Mais la mort n'est pas la terminaison constante et fatale de l'œdème pulmonaire aigu ou même suraigu ; le malade peut triompher de ce terrible accident.

Toutefois, il ne faut pas se hâter de chanter victoire, car ce premier accès peut être suivi à quelques heures, à quelques jours de distance, de nouveaux accès qui pourront emporter le malade. Cependant, il peut guérir, surtout si une thérapeutique active et promptement intervenue.

Dans la forme bronchoplégique, l'expectoration ne peut se produire, le malade meurt d'une véritable obstruction bronchique.

Les deux causes les plus importantes de cet œdème sont les affections du rein et de l'aorte ; mais on peut le voir après beaucoup d'autres affections : la thoracentèse, les maladies du système nerveux.

Le traitement peut avoir ici une action considérable, s'il est appliqué à temps, il consiste avant tout dans une large saignée de 300 à 400 grammes.

Malgré le refroidissement du malade, malgré le collapsus imminent qui, au premier abord, pourraient paraître autant de contre-indications, il ne faut pas hésiter mais ouvrir largement la veine ; là est le salut. Il se produit chez le malade un changement à vue.

Sous l'influence de la saignée, l'on voit rapidement l'œdème et les râles sous-crépitants, qui en sont l'expression, diminuer, le calme se rétablir et tout danger de mort conjuré.

Des saignées locales : ventouses scarifiées, sangsues, appliquées sur le thorax, sur la région hépatique, sur les reins, viendront ajouter leur action à celle de la saignée générale, ou la remplaceront, parfois, dans les accès de faible intensité où celle-ci n'est que difficilement acceptée par certaines familles.

Si le cœur paraît faiblir, la période d'asystolie menaçante, on aura recours, non à la digitale ou la spartéine dont l'action tarderait trop à se faire sentir, mais l'on pratiquera sans tarder des "injections sous-cutanées, soit de caféine, soit d'huile camphrée, soit d'éther."

### La sagesse des vieux maîtres

Albucasis qui, au Xe siècle, personnifiait jusqu'à un certain point la chirurgie arabe, a laissé une oeuvre considérable. Écoutons ce qu'il dit quelque part :

"Vous saurez, mes enfants, que les opérations chirurgicales se divisent en deux classes : les unes qui pro-

fitent aux malades et les autres qui les tuent le plus souvent ; partout où il le faudra, je n'aurai dans ce livre les opérations où il y aura du danger et de la crainte. Il faut alors être prudents et vous abstenir, pour ne pas donner aux ignorants un prétexte de propos malveillants. Conduisez-vous avec réserve et précaution : ayez pour les malades de la douceur et de la persévérance ; suivez la bonne voie, celle qui conduit au bien et aux heureuses terminaisons. Abstenez-vous d'entreprendre des traitements périlleux et difficiles. Evitez ce qui pourrait vous léser dans votre réputation et le plus conforme à vos intérêts dans ce monde et dans l'autre. Galien a dit quelque part : " Ne traitez pas de mauvaises maladies, sous peine de passer pour un mauvais médecin."

### Des cirrhoses alcooliques avec ictère

La question des cirrhoses, si fertile en hypothèses ne laisse pas inactives les sociétés savantes. Dernièrement, à la Société de Biologie MM. Gilbert et Lereboullet ont fait une étude sur des cas de cirrhose ascitique accompagné d'ictère franc, dont ils ont observé un assez grand nombre d'exemples, parmi lesquels 6 avec autopsie. A cet ictère permanent, mais sujet à variation, s'associent les symptômes ordinaires des cirrhoses ascitiques.

Elles se distinguent par leur évolution rapide, en persistant qu'exceptionnellement plus d'un an. Ces particularités peuvent entraîner certaines difficultés de diagnostic avec l'adéno-cancer avec cirrhose, la cirrhose hypertrophique diffuse et surtout la cirrhose graisseuse parfois aussi avec les cirrhoses biliaires et les cirrhose-calculieuses. L'examen anatomique montre des lésions comparables à celles des cirrhoses communes avec quelques caractères spéciaux : cirrhose plus rapidement étendue à tout l'espace diffusant dans le parenchyme avoisinant, cirrhose jeune, riche en éléments embryonnaires, abondance de néo-canalicules biliaires, peu ou pas de lésions cellulaires. L'évolution anatomique semble plus rapide.

Ces cirrhoses se rattachent par des faits de transition aux cirrhoses alcooliques communes ; — cliniquement, il est des cas où l'ictère, quoique léger et achlorurique, est toutefois plus accusé que dans la cirrhose commune et correspond à une cholémie plus intense. Anatomiquement, ces caractères peuvent se retrouver à l'état atténué dans des cas où l'ictère cholurique a fait défaut. Ces cirrhoses alcooliques avec

ictère ne doivent pas être séparées des cirrhoses veineuses, mais elles méritent cependant une description spéciale en raison de leur évolution et des problèmes de diagnostic qu'elles peuvent soulever.

VERVER.

### Traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie

MM. Griffon et Lian rapportent un cas de tétanos traité avec succès par les injections intra-rachidiennes de solution de sulfate de magnésie. Cette méthode thérapeutique découle des recherches expérimentales de Meltzer et Auer qui ont montré que les sels de magnésie portent leur action sur les conducteurs nerveux dont ils réalisent temporairement une véritable section physiologique.

Après ponction lombaire et évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, on injecte une solution de sulfate de magnésie à 25 p. 100, un centimètre cube par vingt-cinq livres de poids du corps. Au bout d'une heure tous les muscles sont relâchés, le tétanique ne souffre plus : il peut boire, se tourner dans son lit. Les douleurs et les contractures reparaissent généralement le jour suivant, souvent toutefois avec une moins grande intensité. On recourt alors à une nouvelle injection : on n'a pas eu à dépasser cinq injections en tout.

Ce traitement a été appliqué à neuf cas de tétanos sur 11 en Amérique : Blake, Logan, Robinson, Greely ; deux en Europe : Franke. (Griffon et Lian) a fourni les résultats suivants :

3 morts	{	2 tétanos foudroyants (morts en 28 h., 50 h.)
		1 tétanos aigu.
6 guérisons	{	2 tétanos aigus.
		4 tétanos subaigus et chroniques.

Les injections ont toujours été suivies d'une rémission manifeste dans les douleurs et les contractures, sauf dans les deux cas de tétanos foudroyant.

Cette méthode, employée d'abord en vue de l'anesthésie chirurgicale, puis appliquée au traitement de quelques maladies nerveuses (crises gastriques, tabétiques, épilepsie, chorée) a parfois dans ces cas entraîné à quelques accidents : paraplégie et rétention d'urine transitoires, ralentissement marqué des mouvements respiratoires. Ces accidents n'ont d'ailleurs pas été observés chez les tétaniques : dans un seul cas (il s'agissait d'un

tétanos foudroyant), on vit survenir après deux injections : bronchorrhée profuse, dyspnée, cyanose : tous ces phénomènes n'ont été que passagers et ont cédé facilement à une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme d'atropine (Logan). En pareil cas, on pourrait aussi évacuer par ponction lombaire une certaine quantité de liquide céphalo rachidien, qu'on remplacerait par du sérum artificiel, on partagerait ainsi un véritable lavage de l'espace sous arachnoïdien (Meltzer et Auer).

En somme, accidents rares, passagers et relativement bénins : par contre, bons effets manifestes, tel est le bilan de cette méthode qui mérite de continuer à être appliquée dans le traitement du tétanos. L'avenir étendra sa valeur.

### Suppression et reprise du lait dans les diarrhées de l'enfance

M. Rousseau Saint-Philippe. Comme conclusions générales, l'auteur croit pouvoir lire :

1o. Que le lait n'est pas cet aliment parfait, antitoxique, facilement assimilable, complet, qu'on a préconisé pour tous les cas :

2o. Que notamment le lait de vache, même pur, même sain, même normal, n'est pas, *ipso-facto*, accepté par l'estomac de l'enfant ; qu'il faut en surveiller et en favoriser la digestion et l'assimilation :

3o. Que s'il est nécessaire de veiller à avoir du lait pur, sain et normal, il n'importe pas moins de diriger avec le plus grand soin l'administration et le dosage de cet aliment :

4o. Qu'il est des cas où le lait devenu toxique doit être supprimé sans hésitation, des cas à marche aiguë, des cas à marche chronique, où les succédanés doivent être très soigneusement choisis :

5o. Que néanmoins le lait étant l'aliment le plus naturel, il convient, en thèse générale et à moins de contre-indication absolue, de n'en pas priver l'enfant trop longtemps, surtout si l'alimentation intermédiaire ne lui est point ou ne lui est plus favorable. Les voies digestives une fois nettoyées, désinfectées et remises en état, acceptent volontiers le lait qui leur était antérieurement nuisible :

6o. Que cette reprise du lait—et c'est là le but principal de ce travail—doit être faite à doses infinitésimales pour débiter, qu'elle doit être conduite avec prudence, précaution et patience, et qu'elle doit être aidée de substances digestives légères, mais sûres, et ayant fait leurs preuves.

### Auscultation dorsale du cœur

Cette méthode d'examen est très utilisée par les médecins italiens, concurremment avec l'auscultation de la région précordiale. Elle donne des renseignements utiles pour le diagnostic souvent si délicat des cardiopathies.

Voici sur ce sujet les conclusions d'un travail de Cicconardi (*Il Morgagni*) mettant bien au point les données fournies au clinicien par l'auscultation dorsale du cœur.

*Souffles péricardiques* : se propagent peu et, sauf dans des cas exceptionnels, on ne les entend pas au dos.

*Insuffisance mitrale* : A) *anatomique* : la propagation à la région dorsale est constante ; elle dépend surtout de la dilatation de l'oreillette gauche : on peut avoir un souffle rétrocardiaque fort et un souffle précordial léger ; le souffle s'entend surtout dans l'espace scapulo-vertébral gauche ; l'auscultation dorsale pourra renseigner sur l'état de l'oreillette gauche et surtout sur son degré de dilatation : la gravité de l'insuffisance mitrale est en rapport avec l'intensité du souffle rétrocardiaque.

*Insuffisance mitrale* : B) *relative* ; propagation à travers le ventricule gauche ; le souffle s'entend plus en bas de la région scapulo-vertébrale, surtout à l'angle de l'omoplate.

*Sténose mitrale* (anatomique) : propagation à la région scapulo-vertébrale gauche moins marquée que dans l'insuffisance : pas de transmission du souffle présystolique ; propagation du dédoublement diastolique ; propagation excellente du bruit systolique et du diastolique.

*Rétrécissement aortique* : souffle systolique propagé plus en avant de la région sus-épineuse, jusqu'aux 3e et 4e vertèbres dorsales.

*Insuffisance aortique* : souffle diastolique propagé comme le précédent.

*anévrismes de l'aorte* : souffles transmis à la moitié droite et exceptionnellement à la gauche : quand celle-ci existe, penser à un anévrisme.

*Artério-sclérose* : souffle aortique systolique perçu à la région sus-épineuse droite et pas ailleurs : de même pour le souffle diastolique.

### Le gosier de Berlin

Le quarante et unième volume de la célèbre collection Oswald " Documents sur les grandes villes. Gross

*stadt-Dokumente*” vient de paraître. Il a pour titre : “Le gosier de Berlin” (*Die Gurgel von Berlin*) et est dû à la plume de M. Hirschfeld, médecin de Charlottenbourg. Ce volume, tout plein de nouveaux documents statistiques, comprend trois parties : I. Ce qui coule en une année dans le gosier de Berlin. II. Comment le corps de Berlin reçoit son contingent d'alcool.—III. Les auxiliaires du Berlin alcoolique.

La matière est énorme et intéressante pour l'hygiéniste, autant que pour le politicien et pour l'historien. Voici seulement quelques faits :

En 1905 Berlin a compté 15,941 cabarets, soit 1 pour 128 habitants ; la même année on comptait 24,493 maisons, ce qui fait, pour deux maisons, une au moins où l'on vend des spiritueux. Notamment la Friedrichstrasse a plus de cabarets que de maisons.

Plusieurs sont installés dans la même. Il faut encore considérer les dimensions de ces établissements. Le “Rheingold” par exemple ouvert récemment, contient 4 000 places au moins.

Par tête de Berlinois (femmes et enfants compris) on a compté comme consommation : 214 litres 81 de bière, 9 kilogr. 59 de vin et 12 kilogr. 09 d'eau-de-vie. Ce dernier chiffre a constamment monté depuis quatre ans. En évaluant très bas, Berlin dépense chaque année 206,075,-377 marks (257,594,221 francs), soit par tête 100 marks 85. Comme le revenu par tête en 1906 a atteint 713 marks, 88, chaque Berlinois dépense en alcool le septième de son revenu.

Jetons un regard encore sur le revers de la médaille. 5,486 hommes et 560 femmes ont été arrêtés pour ivresse. Sur un total de 1,451 hommes qui furent admis dans la section interne de l'hôpital de Charlottenbourg dans le dernier exercice, 436, c'est-à-dire 30 pour 100, étaient alcooliques. Parmi les hommes nouvellement admis à Dalldorf en 1905-06, 540 étaient alcooliques. Parmi les épileptiques et les hystéro-épileptiques reçus à Wuhlgarten, 46 p. 100 (dont 44 pour 100 de femmes) étaient issus de parents alcooliques. 67,2 pour 100 des pensionnaires des maisons de correction de Berlin étaient issus de buveurs. 10.000 passent bon an mal an en police correctionnelle grâce à l'alcool. Parmi les charges pécuniaires qui grèvent le budget d'assistance de la commune de Berlin, six millions et demi de marks incombent à l'alcoolisme et à ses conséquences.

On pourrait comme à plaisir grossir encore cette liste. Ces quelques chiffres suffiront. Quiconque s'intéresse à la cause antialcoolique peut consulter le livre. Il est à souhaiter qu'il ouvre les yeux d'une société qui

laisse un poison subtil la miner et la détruire sans qu'elle y prenne garde.

## Leucémie myélogène, son traitement par les rayons X

Dans ces dernières années Henry Harris a observé cinq cas de leucémie myélogène, dont il relate le résultat du traitement radiothérapique dans “The Am. J. of the med. sci.” juillet 1908. Sous l'influence du régime et des applications des rayons, quatre malades purent reprendre leurs occupations en quelques semaines. La liqueur de Fowler ne put être supportée à cause des troubles gastro-intestinaux. Les résultats les plus satisfaisants ont été donnés par des doses petites et répétées de rayons X. Les malades virent leurs forces s'accroître et on constata une diminution du foie et de la rate. Les leucocytes, surtout les myélocytes, diminuèrent de nombre. Les globules rouges ne remontèrent pas à la normale et même dans les cas les plus favorables on trouva encore des myélocytes.

En général les applications furent faites trois fois par semaine pendant trois mois, puis tous les cinq jours pendant deux mois et suivant l'amélioration, à des intervalles plus éloignés. Les rayons furent dirigés sur la rate, les régions dorsale, épigastrique et sternale. On évita avec soin la dermatite.

On admet généralement aujourd'hui l'action palliative des rayons X dans les leucémies et les pseudoleucémies. Cependant la plupart des bons résultats ont été obtenus dans la leucémie myélogène. La récurrence se montre au bout de plusieurs mois. On constate en même temps une amélioration de l'état général, une augmentation de l'appétit et des forces et chez les femmes la réapparition de la menstruation. Habituellement il y a réduction du volume du foie et de la rate.

Quant au mode d'action des rayons X on sait qu'ils déterminent le développement de leucocytiques.

L'injection du sérum d'un animal traité par les rayons X à un autre animal détermine une leucopénie, tandis que le sérum de contrôle cause une leucocytose. Le sérum des leucémiques traités par les rayons X entraîne aussi une leucopénie chez les animaux auxquels on l'injecte.

L'auteur conclut que la leucémie myélogène pourrait être considérée comme une affection néoplasique maligne et que l'action des rayons X est associée à la production chez le malade de substances leucocytiques.

E. ST JACQUES.

## Tabes et thérapeutique mercurielle

Les bons effets du mercure dans cette affection spinale ressortent clairement d'une excellente étude de Miliou, dans le *Progrès Médical*.

Si, au dire de Miliou, les cas de guérison complète du tabès par la médication spécifique sont rares, il n'en est pas de même de ceux où le tabès sera arrêté dans son évolution par ce mode de traitement. L'auteur suit, de puis six à huit ans, une dizaine de tabétiques, arrivés à tous les stades de la maladie, qui viennent régulièrement se faire soigner. Or, aucun d'eux n'a progressé : aucun n'a vu survenir de symptômes morbides nouveaux. au contraire, beaucoup des symptômes anciens sont en rétrocession.

Un seul malade n'a subi aucune amélioration : au contraire, il ne peut supporter les injections hydrargyriques qui provoquent chez lui des troubles graves du tube digestif et du système nerveux.

Au nombre des symptômes qui peuvent être influencés par le seul traitement mercuriel, il faut citer en premier lieu les douleurs fulgurantes : celles-ci peuvent se manifester pour la première fois, à la suite du traitement, ou encore s'exaspérer, si elles existaient déjà, mais le plus souvent le mercure est un sédatif de ces douleurs, surtout chez les tabétiques frustes.

E. ST-JACQUES.

## L'appendicite chronique chez l'enfant

Comby faisait dernièrement une importante communication à la Société Médicale des Hôpitaux sur ce sujet.

Il rappelle la fréquence et l'étiologie de l'appendicite chez l'enfant, survenant dans le décours ou après la convalescence de maladies infectieuses aiguës, consécutives souvent à des amygdalites, en rapport avec l'adénoïdisme.

La distinction qu'on a voulu établir entre l'appendicite et l'entéro-colite muco-membraneuse est subtile, en réalité les deux affections coïncident souvent.

Au point de vue symptomatique, rien n'est plus agaçant que l'appendicite chronique. Troubles digestifs variés, inappétence, amaigrissement, règles douloureuses, souvent manifestations ictériques égareraient le diagnostic si une palpation méthodique souvent répétée de la région épigastrique ne permettait de faire le diagnostic.

## Ce qu'on doit entendre par ferments lactiques

M. Albert Fournier propose dans la Tribune Médicale avril 1908, de diviser en trois catégories les ferments capables de produire de l'acide lactique aux dépens des sucres.

1o Les *ferments lactiques vrais* (dénomination adoptée par Duclaux). Ils transforment un sucre donné, en fournissant une quantité d'acide lactique égale à la quantité théorique :

2o Les *ferments paralactiques*. Ils scindent un sucre donné en alcool, acides acétique, formique, malique, lactique, etc. Le taux de ce dernier est d'environ 50 à 70 p. cent du chiffre théorique :

3o Les *ferments pseudo-lactiques* qui ne produisent que de faibles quantités d'acide lactique (1 à 3 p. 100 du chiffre théorique).

Les ferments lactiques sont très répandus. On les trouve dans le lait, les fromages, le beurre, etc.

Les fermentations acidogènes entravent les putréfactions des matières albuminoïdes. Ce fait explique l'action antiputride des ferments lactiques et leur emploi dans le traitement des infections intestinales. Il faut utiliser, de préférence, les ferments vrais, car ils donnent une grande quantité d'acide lactique.

VERNER.

## Le salicylate de soude dans la maladie de Basedow

Nombre de médications réussissent dans la maladie de Basedow. A toutes, M. Babinski préfère le salicylate de soude, préconisé par Chibret (de Clermont-Ferrand). Vincent estime que cette médication convient surtout aux basedowiens rhumatisants ; pratiquement, il est difficile de faire la différence et de savoir s'il s'agit ou non d'un rhumatisant.

Le traitement faradique, l'hémato-éthéroïdine ont guéri nombre de malades. M. Babinski estime que le salicylate de soude, s'il agit moins lentement, produit des effets plus durables. Nombre de malades qui ont usé de salicylate de soude sont guéris depuis des années. La dose est de 2 à 3 grammes par jour. La tumeur thyroïdienne se dissipe, le tremblement, la tachycardie cèdent, l'augmentation de poids est rapide.

