

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

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

SOMMAIRE

MEMOIRES: —

- Hydropneumothorax tuberculeux. — Prof. Debove. 241
- Les ictères hemolytiques. — M. M. Brulé. 243
-
- La thyroidite aigue grippale. 246
- Médication antivomitve. 247
- La pleurésie purulente chez le nouveau-né. 248
-

NOTES CLINIQUES:

- Applications chirurgicales du Baume du Pérou
Cholécystite et péritonite circonscrite. 249
- Quelques cas de tabes frustres. 251
- Utilité de la craniectomie décompressive dans
les tumeurs cérébrales. 253
-
- Le Bill Roddick. 253
-

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES:

- La polomyélite aigue et les affections voisines 256

L'Adrénaline dans la Fièvre de Foin

Dans le traitement du coryza d'origine vasomotrice, mieux connu sous le nom de Fièvre de Foin, de tous les agents thérapeutiques à la portée du praticien, l'Adrénaline s'est montré le plus satisfaisant. Sans être un spécifique, dans le sens strict du mot, il contrôle très effectivement les symptômes et apporte au patient un degré de confort non équivoque.

La solution de chlorure d'Adrénaline et l'Adrénaline inhalant

Sont les préparations les plus communément employées, sous forme de vaporisation dans les narines et le pharynx. La solution doit être diluée dans quatre ou cinq fois son volume de sérum artificiel. L'Adrénaline inhalant (préférée par certains médecins à cause de sa base huileuse, qui lui donne un effet émollient et tempère son action astringente) doit être étendu de deux ou trois fois son volume d'huile d'olive. Ces deux préparations sont faciles à administrer avec notre Glaseptic Nebulizer.

En vente en flacons d'une once, bouchés à l'émeri.

Nous vendons aussi l'Onguent d'Adrénaline, l'Onguent d'Adrénaline et de Chloretone, la Crème d'Anesthone (en tubes flexible à col allongé) et les Rubans d'Anesthone, qui sont tous employés avec succès dans le traitement de l'asthme de foin.

Le "Glaseptic Nebulizer" Vaporisateur Aseptique en verre

Nous croyons sincèrement que ce vaporisateur est le plus pratique qui ait jamais été offert à la profession médicale. Il est à la fois aseptique, commode, efficace et simple. Facilement stérilisable, son mécanisme consiste en un seul morceau de verre. Il donne un jet très fin, et convient tout aussi bien aux huiles de toute densité qu'aux solutions aqueuses, alcooliques ou éthérées. Prix au complet (morceau pour la gorge compris) \$1.50.

Demandez notre brochure sur l'Asthme de foin.

Parke, Davis & Cie.

Walkerville, Ont.

Montréal, Qué



**HÉMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{ie}.

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

Clinique Médicale

Par M. le Dr. Debove

HYDROPNEUMOTHORAX TUBERCULEUX.

Le malade dont je vous entretiendrai aujourd'hui est atteint d'hydropneumothorax, affection assez fréquente, caractérisée par la présence de liquide et d'air dans la cavité pleurale et due le plus souvent à une perforation pulmonaire d'origine tuberculeuse. Il en présente les signes habituels; cependant, il s'éloigne du type classique de cette maladie par quelques particularités que je m'efforcerai de faire ressortir.

H... est âgé de 22 ans, mais son aspect vaillot, chétif, n'est pas en rapport avec son âge. Rien, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, ne mérite d'être rapporté: je ne ferai que signaler une lésion très intéressante dont il est atteint, une hémiatrophie faciale gauche, mais je n'y insisterai pas, car elle n'a aucun lien direct ou indirect avec la maladie pour laquelle il a été admis dans notre service.

H... est tuberculeux. Les occasions de contagion sont si nombreuses et la période latente de la tuberculose pulmonaire est souvent si longue que nous ignorons la date du début anatomique comme celle du début clinique de cette infection. Il ne semble pas cependant qu'elle remonte à une période éloignée, car ce n'est qu'au mois de mars dernier que le malade, toussotant, s'était senti fatigué, sans pourtant interrompre son travail un seul jour.

L'affection actuelle a un début très précis: le mercredi 10 novembre, H... est pris, en se levant, d'une vive douleur dans l'aisselle gauche et d'une dyspnée subite et d'emblée intense; il va à l'imprimerie où il est employé, mais il est obligé de regagner son lit; un médecin appelé prend sa température, qui atteint 40°. Le lendemain, 11 novembre, le malade entre à l'hôpital, pâle, très souffrant, on procède à une dyspnée très accentuée, qui attire notre attention sur l'appareil respiratoire; du côté gauche, la poitrine présente une voussure très nette, les espaces intercostaux sont légèrement dilatés et presque immobiles. A la percussion on entend un son tympanique dans les quatre cinquièmes supérieurs du thorax, un son mat dans le cinquième inférieur. Les vibrations thoraciques sont très facilement perçues. Plus de murmure vésiculaire à l'auscultation; les bruits bronchiques, la voix, la toux prennent un timbre amphorique; on entend le tintement métallique décrit par les classiques; le choc de deux sous contre la paroi thoracique provoque le bruit d'airain; la succussion hippocratique permet de percevoir un bruit de flot. Du côté droit, on entend quelques râles de bronchite, un peu plus nombreux à la base que dans le reste du poumon.

Le cœur est refoulé vers la droite; sa pointe bat près du milieu droit. Le pouls bat 100 pulsations par minute. La température s'élève à 40°. Les urines sont rares et légèrement albumineuses.

Le 13 novembre, la zone de matité qui occupe la partie inférieure de la plèvre droite augmente, le tintement métallique diminue d'intensité. Le 14, la matité s'élève encore un peu plus haut, à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate; le tintement métallique est moins facilement perceptible; le mardi 16, il a complètement disparu. La ponction exploratrice amène un liquide clair, citrin, analogue à l'épanchement des pleurésies simples et qui se coagule presque aussitôt après l'extraction.

Le souffle amphorique, le bruit de flot à la succussion sont toujours perçus; on entend le murmure respiratoire, faible, mais net, dans les trois quarts supérieurs de la cavité thoracique. L'épanchement gazeux diminue, l'épanchement liquide augmente; il semble que, progressivement, les symptômes de l'hydropneumothorax s'atténuent pour faire place à ceux d'une pleurésie. La pointe du cœur moins déviée se rapproche du bord sternal droit.

Analysons quelques-uns des symptômes observés. La douleur du début caractérisée par sa soudaineté et son intensité, est d'ordinaire attribuée à la brusque rupture du poumon et de la plèvre. Mais le poumon et la plèvre ne sont pas doués d'une sensibilité assez développée pour que la minime déchirure qui les atteint puisse donner lieu à une douleur aussi violente. D'ailleurs, dans les pneumothorax partiels, la plèvre est également déchirée, et cependant le point de côté est atténué et manque même souvent. Comparable au point de côté qui marque le début de la pleurésie, la douleur initiale du pneumothorax doit, il me semble, être attribuée à l'irritation de la plèvre; elle sera d'autant plus soudaine et plus aiguë que celle-ci sera plus brusque et plus étendue, à tel point que, dans le pneumothorax total, elle est caractéristique par son intensité et sa brusquerie.

La dyspnée semble liée moins au point de côté qu'à la diminution soudaine du champ de l'hématose, car le malade ne respire plus, tout d'un coup, qu'avec un seul poumon. Dans les pleurésies lentes, les malades ne se plaignent que de vagues troubles respiratoires et cependant leur plèvre renferme souvent plusieurs litres de liquide; mais leur épanchement s'est développé peu à peu, permettant au malade de s'accoutumer à ce rétrécissement du champ de l'hématose; au contraire quand l'épanchement s'est formé rapidement, la dyspnée est beaucoup plus vive. En somme, c'est moins la suppression fonctionnelle d'un poumon que la brusquerie avec laquelle se fait cette suppression qui cause la dyspnée du pneumothorax. Le déplacement du cœur, causant un trouble dans la circulation pulmonaire, doit être aussi un facteur de cette dyspnée.

Un autre signe nous a particulièrement intéressés, c'est le tintement métallique, que nous avons pendant plusieurs jours si bien perçu sur notre malade. Il a deux caractéristiques: son timbre et son rythme. C'est un petit bruit sonore, qu'on a comparé au bruit produit par la chute

d'un grain de sable dans une coupe de cristal, d'une tonalité si spéciale qu'une fois perçue il ne peut guère être confondu avec aucun autre bruit pathologique. Il ne survient pas irrégulièrement, mais revient au contraire à intervalles égaux, de 16 à 40 fois par minute. On a donné de ce bruit des explications diverses et un peu bizarres. Il est certain qu'il ne se produit que dans une grande cavité contenant du liquide et de l'air. D'après Laënnec, "l'air extérieur, communiquant librement (par la fistule pleuro-bronchique) avec la cavité de plèvre, frémit et s'agite entre la surface du liquide qu'elle renferme et les parois de la poitrine, toutes les fois que le malade tousse, parle ou respire et produit ainsi l'espèce de résonance qu'est le tintement métallique". Les recherches de M. Band, de M. Bédère, ont confirmé cette théorie.

Le tintement métallique serait très rare, selon le même auteur, quand il n'existe pas de fistule pleuro-bronchique. Indépendamment de la toux, de la voix, de la respiration, il ne se manifesterait alors que quand le malade s'assoymait brusquement, "il arrive qu'une goutte de liquide restée au haut de la poitrine, tombe au moment où l'on explore", sur la surface de l'épanchement pleural. Cette hypothèse est peu soutenable, car le tintement métallique est un phénomène durable et non passager; or, il n'existe pas au sommet du thorax une masse de liquide d'où une goutte pourrait tomber rythmiquement, de 15 à 30 fois par minute, sur l'épanchement sous-jacent.

Dance a donné une autre explication: il suppose que l'orifice de la fistule pulmonaire est situé au-dessous du niveau supérieur de la couche liquide, qu'à chaque inspiration une bulle d'air en sort et vient crever à la surface de l'épanchement. S'il en était ainsi, rapidement la tension de l'air contenu dans la cavité pleurale augmenterait et le malade serait en proie à une dyspnée progressive et bientôt effroyable. D'ailleurs, la fistule pulmonaire s'ouvre au-dessus de la couche liquide et le tintement peut persister après qu'elle a été oblitérée.

D'après Béhier, le tintement est produit par des râles qui, dans la cavité pleurale résonnante, prennent un timbre particulier. Mais, dans ce cas, les tintements ne pourraient être aussi réguliers; du reste, il ne se produit habituellement aucun râle dans le poumon que l'air ne distend plus, et qui est, au contraire, rétracté contre la colonne vertébrale. Des recherches que nous avons faites en collaboration avec notre chef de clinique, le Dr F. Trémolières, nous permettent, croyons-nous, d'expliquer facilement le mécanisme du tintement métallique.

Notons d'abord que le bruit de flot obtenu par la succussion hippocratique a un timbre métallique. Si, au lieu de remuer violemment le thorax, on ne lui imprime qu'une légère secousse, on perçoit un bruit de flot menu qui, comme timbre et comme intensité, est analogue au tintement métallique.

Mais le tintement métallique se produit en apparence spontanément; la cause qui provoque l'agitation du liquide nécessaire à sa production n'est autre que le mouvement respiratoire, surtout l'excursion diaphragmatique. Les tin-

tements métalliques et les mouvements de la respiration sont, en effet, synchrones; fait-on accélérer ceux-ci, ceux-là sont d'autant plus fréquents; les ralentit-on, les tintements deviennent d'autant plus rares. La toux produit les tintements métalliques, disent les classiques; cela est vrai, et elle accroît leur intensité parce qu'elle agit plus violemment que la respiration le liquide intra-thoracique.

On peut même reproduire, expérimentalement le tintement métallique. Supposez une cloche en verre fermée à sa partie inférieure par une feuille de caoutchouc et contenant trois quarts de son volume d'air et un quart d'eau. Agitez cette cloche et auscultez-la: vous entendrez un bruit de flot analogue à celui que produit la succussion hippocratique dans l'hydropneumothorax. Appuyez maintenant contre son fond élastique une surface sphérique qui le refoule en l'incurvant comme le diaphragme; une pression brusque et énergique provoque encore le bruit de flot; une pression moindre produit un flot moindre, dont le bruit se rapproche du tintement métallique; des pressions légères et soutenues, suivies de dépressions imprimant à la membrane de caoutchouc des mouvements rythmés comme les mouvements respiratoires, produisent de petits bruits de flots analogues au tintement métallique. Si l'on fait subir à la membrane ce va-et-vient régulier, quinze à trente fois par minute, on obtiendra un bruit de timbre et de rythme identique à ceux du tintement métallique.

Evidemment, cette petite recherche ne touche en rien aux grands problèmes de la pathologie générale et ne modifie nullement nos idées sur le pneumothorax; mais en présence des théories peu soutenables émises sur la pathogénie du tintement métallique, il nous a paru intéressant de vous l'exposer.

Je vous ai dit que la tuberculose est la cause la plus fréquente du pneumothorax. Mais il n'est pas toujours facile de mettre cette infection en évidence, car le pneumothorax total se complique d'ordinaire d'une tuberculose récente. Quand la rupture pleuro-pulmonaire se produit au cours d'une tuberculose avancée, les adhérences étendues de la plèvre ne permettent plus l'épanchement d'air ou, tout au moins, n'en font qu'un accident pour ainsi dire local.

L'auscultation ne révélait pas de signes de tuberculose, le poumon gauche ne respirant plus et le droit étant ou paraissant à peu près sain.

L'examen macroscopique des crachats ne fournissait aucun renseignement; ils étaient simplement muqueux. Après des recherches multiples, on y a trouvé pourtant quelques rares bacilles de Koch.

La recherche récemment préconisée par M. H. Roger, sous le nom d'albumino-réaction des crachats, nous a été fort utile. Notre distingué collègue a en effet attiré l'attention sur ce fait que les crachats délayés dans un peu d'eau, additionnés de quelques gouttes d'acide acétique, puis filtrés, renferment de l'albumine dans les cas de tuberculose, de bronchite albuminurique et d'inflammation aigüe des voies respiratoires au début, mais jamais dans les bronchites.

L'expectoration de notre malade contenait de l'albumine. Or, il n'y avait aucune trace de pneumonie, de bron-

cho-pneumonie ou de congestion pulmonaire, aucune bronchite albuminurique: la tuberculose devait donc être en cause.

L'examen du liquide pleural confirme encore cette opinion. La réaction de Rivalta, extrêmement nette, nous a montré que l'épanchement était, non un transsudat, mais un exsudat inflammatoire; dans cet exsudat, nous avons pu déceler, par l'inoscopie, quelques bacilles de Kohn. L'histoire du malade et les résultats de ces diverses recherches nous permettent d'affirmer, sans recourir à l'inoculation de l'épanchement au cobaye, que l'inflammation pleurale est d'origine tuberculeuse.

Le liquide pleural extrait par la ponction n'avait pas les caractères habituels des épanchements tuberculeux: il se prit, dès son issue, en un gros coagulum fibrineux, comme un exsudat de pleurésie très franche, très aigue. L'examen cytologique y révéla 20 pour 100 de mononucléaires et 80 pour 100 de polynucléaires. On dit souvent que les premiers caractérisent les épanchements inflammatoires banaux. En réalité, la présence des leucocytes indique non la nature, mais l'intensité du processus inflammatoire. L'épanchement pleural était donc chez notre malade, le résultat d'une inflammation très aigue, ce que faisait déjà prévoir la température initiale de 40 degré. La nature des microbes introduits dans la plèvre par la perforation pleuro-pulmonaire (bacilles tuberculeux et probablement aussi d'autres microbes, mais pas de pyogènes) et l'état antérieur de la plèvre, qui était relativement saine, expliquent cette violente réaction inflammatoire.

Habituellement le diagnostic du pneumothorax est grave, car la rupture du poumon se fait en un tissu malade, peu apte à la cicatrisation spontanée, moins capable de guérir qu'une fistule anale. Pourtant, la fistule pleuro-pulmonaire de notre malade s'est oblitérée, car les signes du pneumothorax se sont considérablement atténués. Le pneumothorax va donc très vraisemblablement guérir et faire place à une pleurésie tuberculeuse aigue.

Cette pleurésie tuberculeuse guérira sans doute à son tour, comme cela arrive souvent. On attribue cette guérison fréquente à ce que l'épanchement pleural qui contient de la tuberculine, constitue une sorte de vaccination anti-tuberculeuse. On a même traité les pleurésies séro-fibrineuses par l'injection dans le tissu cellulaire péri-costal, d'une certaine quantité du liquide retiré de la plèvre. Nous hésiterions, pour notre compte, à employer cette méthode, ne croyant pas sans inconvénients de réinjecter sous la peau les bacilles contenus dans l'épanchement.

Peut-être même le malade pourra-t-il guérir complètement de sa tuberculose pulmonaire, ses lésions étant peu développées.

La médication doit être surtout symptomatique. Nous avons agi contre la dyspnée par la révulsion thoracique et quelques préparations opiacées. Il faut surtout s'abstenir de ponctionner l'épanchement pleural: l'orifice de la petite plaie pulmonaire est trop récemment oblitéré; en évacuant brusquement le liquide, nous favoriserions une expansion rapide de poumon qui pourrait amener la rupture de la cicatrice encore peu résistante.

Les ictères hémolytiques

Les ictères hémolytiques, dont on parle beaucoup en ce moment, constituent des états morbides assurément assez rares mais dont les exemples se multiplieront à mesure qu'ils seront mieux connus, et leur étude est d'autant plus intéressante qu'elle nécessite l'association des moyens de recherche fournis par la clinique et le laboratoire. M. le Dr. Marcel Brulé, dont les travaux, associés à ceux de MM. Widal et Abrami, ont contribué pour une grande part à les faire connaître vient de publier sur ces ictères un ouvrage de haute valeur où se trouve exposée leur description d'une façon très complète. Nous chercherons à en donner une idée générale, sans insister d'ailleurs sur la partie hématologique de ce travail qui en constitue cependant une partie fort importante, mais nécessaire, pour être bien comprise dans leur détail, des notions qui ne sont pas familières à tous les médecins.

Voici d'abord la définition de ces ictères, donnée par Brulé pour bien comprendre ce qui les sépare des autres. M. Brulé, définition dont il est important de bien se pénétrer.

On appelle *ictères d'origine hémolytique* des ictères dans lesquels la cholémie, et tous les symptômes qui en découlent, sont la conséquence d'une destruction exagérée des globules rouges, l'hémoglobine, mise en liberté en quantités anormales, se transformant en pigments biliaires soit dans le foie soit dans un autre point de l'organisme.

La dénomination d'*états hémolytiques avec ictère* conviendrait peut-être plus exactement à ces cas, puisque la destruction globulaire, l'hémolyse, est la lésion fondamentale; mais cliniquement l'ictère domine le tableau morbide, les altérations hématiques demandent au contraire à être recherchées. Ce qui importe, c'est, par une dénomination quelle qu'elle soit, de montrer que ces ictères découlent d'une lésion sanguine et par cela même méritent d'être isolés en une classe toute particulière. Si la jaunisse, dernier terme du syndrome hémolytique, s'approche au premier abord l'affection que nous étudions des ictères les plus communément observés, cette ressemblance n'est que superficielle; ce n'est plus, en effet, comme dans les cas habituels, une lésion du foie ou des voies biliaires qui est à la base de la maladie; il s'agit là au contraire d'une altération du sang et cette pathogénie si spéciale commande une symptomatologie, une évolution morbide, un traitement même tout particuliers.

Un mot d'histoire est nécessaire pour bien se rendre compte des phases par lesquelles a passé cette découverte.

La notion d'ictères d'origine hémolytique, c'est-à-dire secondaires à une destruction exagérée des globules rouges, est d'introduction assez récente en clinique. M. Minkowski a rapporté, le premier, en 1900, un cas d'ictère acholurique, c'est-à-dire sans pigment biliaire dans l'urine, avec grosse rate, congénital et familial, et dans lequel, à l'autopsie le foie et les voies biliaires étaient indemnes. Mais M. Chauffard montra le premier, en 1907, que certains types

d'ictères congénitaux relevaient d'une *fragilité globulaire spéciale*, caractère des plus importants, facile à mettre en relief par une technique particulière (mélange avec des solutions salines).

M. Chausseffard montrait ainsi que la recherche de la résistance globulaire constituait un précieux moyen de différencier les ictères hémolytiques des ictères d'origine hépatique: il a souvent ainsi en clinique le chapitre des ictères par fragilité globulaire. Depuis, M. Brulé avec MM. Wildal et Abram, ont montré qu'en modifiant légèrement la technique employée, on pourrait retrouver la fragilité globulaire dans un certain nombre d'ictères acquis, pris souvent pour des ictères d'origine hépatique, et non congénitaux. De plus, un autre stigmate sanguin, la présence d'*hématies granuleuses*, altération très particulière des globules rouges décrite par MM. Chausseffard et Fiessinger dans les ictères congénitaux, a été retrouvé dans les ictères hémolytiques acquis.

Ce ne sont là que quelques points de cette histoire. Depuis 1907, de nombreux travaux ont été publiés sur la question; ils ont montré que les ictères hémolytiques étaient des types cliniques actuellement bien isolés; leur fréquence est déjà relativement assez grande et le deviendra encore plus, lorsque des examens hématologiques, pratiques systématiquement, permettront de déceler la pathogénie exacte de bien des ictères dont l'origine hémolytique reste encore méconnue.

Quelle en est maintenant la symptomatologie? Les ictères hémolytiques se présentent cliniquement selon deux types différents: tantôt il s'agit d'*ictères congénitaux*, souvent familiaux, dont le type est remarquablement fixe; tantôt il s'agit d'*ictères acquis* survenant chez les adultes, et évoluant au contraire de façons très diverses.

Ces deux formes d'ictères hémolytiques ont beaucoup de points par lesquels ils se rapprochent, mais M. Brulé estime cependant que leurs dissimilitudes sont assez accentuées pour légitimer leur séparation.

Pourtant, si on s'en tient à leurs caractères communs, on peut décrire tout d'abord le *syndrome de l'ictère hémolytique*, qui s'applique avec quelques modalités différentes aux deux types d'ictère.

L'*ictère*, symptôme clinique dominant de l'affection, varie du jaune foncé au jaune pâle; généralisé à tout le corps, aux téguments et aux muqueuses, il peut tantôt par son intensité simuler l'ictère par rétention, tantôt au contraire rappeler la teinte légère de la cholémie familiale. Non seulement l'intensité de l'ictère diffère selon les malades, mais encore, chez les mêmes sujets, elle diffère selon la période de l'affection. Cette *variabilité* de la jaunisse apparaît surtout au cours des ictères hémolytiques acquis: à certains jours, sous l'influence de fatigues ou de troubles digestifs, on voit brusquement, en l'espace de quelques heures, la coloration des téguments se passer du jaune pâle au jaune foncé, puis diminuer rapidement d'intensité jusqu'à ce qu'une nouvelle crise survienne; ces poussées ictériques coïncident chez les malades avec une augmentation des symptômes anémiques, avec de brusques poussées de dé-

globulisation; aussi, chez les ictériques congénitaux dont l'instabilité sanguine semble moindre, l'ictère présente-t-il une beaucoup plus grande fixité; là encore cependant, si l'affection s'aggrave momentanément, si l'anémie devient plus grande, l'ictère augmentera peu à peu d'intensité.

Un des caractères les plus importants de cet ictère, caractère que M. Brulé a mis en évidence avec MM. Wildal et Abraham, c'est l'*absence* en général absolue de *tout symptôme d'intoxication biliaire*. Malgré l'intensité souvent considérable de ces ictères et leur longue durée, on n'observe ni bradycardie, ni prurit, ni xanthélasme. L'ictère est *acholurique*: on ne trouve pas de pigments biliaires dans l'urine par les réactions de Gmelin et Grubler; mais on y trouve de l'urobiline. Pas de décoloration des matières fécales comme dans l'ictère par rétention; ces matières sont hypercolorées et on pouvait prononcer le mot d'*ictère pléiochromique*.

Le foie est souvent un peu augmenté de volume, mais jamais on n'a trouvé de signes d'insuffisance hépatique: ni hypoazoturie, ni glycosurie alimentaire, ni glycosurie intermittente. Mais parfois peuvent apparaître des *crises douloureuses vésiculaires*, revêtant tous les caractères des coliques hépatiques frustrées et liées d'ailleurs à la présence de boue biliaire, parfois même de véritables calculs pigmentaires.

Par contre, la rate est toujours augmentée de volume, et dans l'ictère congénital, la splénomégalie peut être énorme. Dans l'ictère acquis, elle est surtout variable et se modifie avec les poussées de la maladie.

A ces phénomènes si particuliers se joignent des *symptômes anémiques* qu'on ne voit presque jamais dans l'ictère d'origine hépatique et qui sont en rapport avec des altérations très spéciales du sang. Ils sont d'ailleurs beaucoup plus marqués dans l'ictère acquis que dans l'ictère congénital.

C'est le lieu d'insister ici sur les différences cliniques existant entre les deux formes d'ictères hémolytiques.

Dans l'*ictère hémolytique congénital*, le tableau morbide est remarquablement fixe et les observations déjà nombreuses qui en ont été publiées semblent presque calquées les unes sur les autres.

C'est une affection congénitale et souvent familiale dans laquelle la symptomatologie est réduite très exactement au syndrome ictérique qui vient d'être décrit et qui persiste avec les mêmes caractères pendant toute l'existence: ictère plus ou moins foncé selon la gravité du cas, pas de décoloration des matières fécales, pas de signes d'intoxication biliaire; les urines ne contiennent en général que de l'urobiline; l'hépatomégalie, mais surtout la splénomégalie, presque constantes, se montrent souvent très accentuées.

Par contre, les symptômes cliniques d'anémie restent peu marqués: ce n'est qu'exceptionnellement, sous l'influence de fatigues ou d'affections intercurrentes, que l'on peut voir l'anémie augmenter momentanément, l'ictère devenir plus foncé.

De telles aggravations sont rares et toujours passagères; au contraire un des traits dominants des ictères hémolytiques congénitaux est la fixité des symptômes, la par-

Essence de Pepsine—Fairchild

Est, à dessin et de fait, physiologiquement différente des préparations à base de pepsine sèche, on l'obtient des glandes sécrétées de la muqueuse gastrique fraîche, par un procédé qui extrait les principes et les propriétés du suc gastrique associés à tous les éléments solubles de la cellule gastrique.

Essence de Pepsine—Fairchild

est réellement un suc gastrique artificiel dont l'activité est proportionnée à chacun des deux ferments gastriques bien connus. Elle assure promptement le bon fonctionnement de l'estomac, qui régit la transformation normale des aliments en vue de leur absorption, source directe de vie et d'énergie.

Fairchild Bros & Foster
NEW YORK

Agents pour le Canada
Holden & Compagnie, Montreal

Ne se vendent pas au Détail.

Blancard **INALTERABLES** **CHLOROSE** **ASSIMILABLES** *Blancard*
PILULES **SIROP**
ANÉMIE **BLANCARD** **LEUCORRÉE**
 EXIGER : Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.
 PARIS, Rue Bonaparte, 40.
IODE **SCROFULE** **FER**
 Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGENOL

Naline

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nuclarrhine)
 Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique :
TUBERCULOSE, BRONCHITES LYMPHATISME, SCROFULE
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES
FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.
 FORMES : Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.
 Échantillons : S'adr. Laboratoire A. NALINE, 11¹¹ & Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Seuls agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, agence Déery-Rougier, 63 Notre-Dame Est, Montréal.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie
Coliques hépatiques
Ictère

GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉ

Cachexie
d'origine paludéenne
et consécutive au long
séjour dans les pays chauds.

POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS. — DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

BOLDOINE ÉPARVIER

NOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

Granules — Non Alcoolique — Soluble

STIMULANT TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE

DOSE : DEUX À QUATRE CUILLÉRÈES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)

Prescrites avec un succès constant par le Corps Médical depuis plus de vingt ans dans tous les cas de

CONSTIPATION — Atonie intestinale — Hémorroïdes — Jaunisse — Grossesse — Allaitement.

Pas de Congestion, pas de Coliques, pas de Diarrhée, pas d'Accoutumance.

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ECHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR DEMANDE adressée à la PHARMACIE DECARY 168C RUE STE-CATHERINE A MONTREAL.

MARIUS ÉPARVIER, Pharmacien de 1^{re} classe, 26, Grande rue Saint-Clair, LYON (France)

AFFECTIONS DE LA GORGE

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites
Angines, Diphtérie
Toux nerveuses
Picotements

PASTILLES HOUDÉ
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille

renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,
à prendre consécutivement.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 9, Rue Dieu, PARIS. DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

CAPSULES DARTOIS

Ogr. 05 véritable créosote de hêtre titrée en Gaïacol. 2 à 5 à chaque repas, contre :

Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose

6, rue ABEL, PARIS (Anct. 83, rue de Rennes). Le Fl. 3 fr.

faite tolérance de l'organisme à l'égard d'une maladie qui dure autant que la vie. De tels sujets peuvent mener une vie active, travailler à des métiers parfois pénibles et vivre très longtemps, ne succombant qu'à une affection intercurrente et non au progrès du processus hémolytique. Ce sont, comme l'a dit M. Chauffard, plus des ictériques que des malades.

—Singulièrement plus complexe et polymorphe est la symptomatologie des ictères hémolytiques acquis; il ne s'agit plus là, comme dans l'ictère congénital, d'un type morbide toujours le même, d'une maladie dont les observations semblent calquées les unes sur les autres.

Tantôt des ictères acquis surviennent comme des affections en apparence primitives, tantôt ils se montrent comme de véritables complications au cours d'affections générales telles que le paludisme ou la syphilis.

Mais si l'on prend le type le plus ordinaire, voici ce que l'on observe.

Tandis que l'ictère hémolytique congénital apparaît indifféremment dans l'un et l'autre sexe, l'ictère acquis semble frapper avec une prédilection toute particulière le sexe féminin, puisque dans toutes les observations jusqu'ici publiées, deux seulement se rapportent à des hommes.

On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires ou personnels qui se rapporte à l'ictère.

Il s'agit généralement de femmes petites, d'aspect enfantin, mais sans tare hérédito-syphilitique. Chez elles, l'ictère apparaît sans cause bien appréciable, et souvent comme apparaît l'ictère d'origine hépatique, de sorte que si on n'avait, pour se guider, que l'examen hématologique, rien ne permettrait d'affirmer que cet ictère est de nature hémolytique.

Souvent en pareil cas on avait diagnostiqué la lithiase biliaire et même on avait pratiqué une opération chirurgicale. Dans d'autres cas plus complexes, on avait cru à une anémie pernicieuse, à un cancer de l'estomac. D'autres fois encore, la concomitance d'une affection cardiaque a pu rendre le diagnostic plus difficile.

Ces formes d'ictère hémolytique peuvent être secondaires et survenir au cours du paludisme, d'une anémie post-hémorragique, de la syphilis, et peuvent présenter ainsi un tableau morbide très variable; mais ce qui relie ces états souvent différents d'aspect, c'est la formule hémato-logique dont les éléments sont presque constants. C'est là un point sur lequel nous ne pouvons insister: nous énumérerons seulement les principaux caractères de ces altérations du sang que M. Brulé a décrits minutieusement dans son travail.

C'est d'abord l'anémie, constituée par une hypoglobulie très accentuée et variable, dont l'évolution est souvent parallèle à celle de la jaunisse. Souvent aussi se produisent de véritables crises de déglobulisation.

Les hématies peuvent présenter un grand nombre d'altérations, mais leur caractère est avant tout leur fragilité, qui se mesure, ainsi que nous l'avons dit, par la facilité avec laquelle le globule est détruit et l'hémoglobine mise en liberté lorsqu'on met le globule en contact, suivant une technique particulière, avec une solution saline. Et cette

fragilité est d'autant plus remarquable que, dans l'ictère d'origine hépatique, la même expérience montre que la résistance globulaire est au contraire augmentée.

Un autre point curieux est que cette fragilité ne peut être démontrée pour l'ictère hémolytique acquis que si, au lieu d'expérimenter avec le sang en totalité, on commence par séparer les globules du plasma.

Cette fragilité se retrouve d'ailleurs dans la contact avec diverses substances hémolytiques.

A côté de l'anémie et de la fragilité globulaire, un autre caractère essentiel consiste dans la présence dans le sang, en grande abondance, de globules altérés que MM. Chauffard et Fiessinger ont décrits sous le nom d'hématies granuleuses; il est à remarquer que ces hématies peuvent se retrouver dans d'autres anémies; mais ce qui fait leur importance diagnostique ici, c'est leur très grand nombre.

On a décrit encore un certain nombre d'autres altérations du sang dans ces ictères, mais elles n'ont pas la même importance, et ne pouvant y insister, nous nous contenterons d'indiquer quelle est l'évolution générale de la maladie. Il y a lieu de revenir sur la différence qui existe à cet égard entre l'ictère hémolytique congénital et l'ictère acquis.

Dans l'ictère hémolytique congénital, affection souvent familiale, malgré l'intensité de l'ictère et de la splénomégalie, les malades peuvent mener une vie active; les symptômes anémiques sont peu accentués, l'hypoglobulie est moyenne et reste sensiblement fixe chez chaque malade; il semble que l'organisme se soit adapté à l'incessante destruction globulaire qui commande l'ictère et que la rénovation sanguine compense exactement la déglobulisation. La maladie reste à peu près invariablement fixée pour la vie, qu'elle n'abrège probablement pas.

Inversement, dans les ictères hémolytiques acquis, les symptômes anémiques dominent le tableau clinique; l'instabilité sanguine est longtemps extrême et se traduit par de brusques poussées de déglobulisation, imparfaitement compensées par la rénovation sanguine. Mais même après de longues années, même dans les formes les plus graves en apparence, on peut voir rétrocéder progressivement tous les symptômes cliniques, toutes les anomalies sanguines, et une guérison au moins temporaire, peut-être définitive, survenir: les choses se passent comme s'il s'agissait d'une maladie accidentelle. Le fait suivant, cité par M. Brulé, donne bien l'idée de ce que peut être la maladie.

Chez une malade, l'ictère hémolytique durait depuis neuf ans. L'intensité de la destruction globulaire était telle que pendant la phase d'activité de l'affection, le tableau clinique était celui de l'anémie pernicieuse, à forme ictérique; le sang était dans un état d'instabilité si marquée que, sous la moindre influence, des poussées massives de déglobulisation pouvaient réduire de près de la moitié le nombre des hématies en circulation. A ce moment, le syndrome clinique et hématologique de l'ictère hémolytique était au grand complet.

Lentement, sous l'action du repos et de la médication ferrugineuse, on a vu ce syndrome entrer en régression, pour disparaître définitivement. L'amélioration ne fut

d'abord pas régulière; et, pendant longtemps, la malade resta soumise à de nouvelles poussées d'ictère et d'anémie, qui faisaient craindre un retour offensif de l'affection. Puis à cette phase d'instabilité succéda une amélioration continue, qui devait aboutir à la disparition complète de tous les symptômes morbides. Aujourd'hui, neuf ans après le début des accidents, d'ictère, la splénomégalie, font entièrement défaut; le sang a repris les caractères du sang normal.

Cette évolution est loin d'être toujours la même; et il est des cas où tout ce processus paraît être terminé en quelques mois, peut-être même plus rapidement.

L'intérêt pratique de ces recherches, qui laissent encore bien des points obscurs à éclaircir, c'est qu'il existe des ictères qui ne sont nullement en rapport avec une origine hépatique; en pareil cas, toute médication hépatique, toute intervention chirurgicale sur les voies biliaires seront donc inutiles, sinon nuisibles: c'est l'anémie qu'il faut traiter chez ces malades, et chez eux ni l'opothérapie, ni l'arsenic n'ont paru donner de résultat; au contraire le fer, le repos au lit, une alimentation substantielle, paraissent les moyens les plus utiles à employer.

Médecine Pratique

La thyroidite aigue grippale

D'une façon générale, l'inflammation de la thyroïde est assez rare; elle peut se montrer sans cause bien appréciable et être considérée comme primitive, ce qui est bien exceptionnel; elle est beaucoup plus souvent secondaire et on peut l'observer dans les maladies éruptives, scarlatine, rougeole, variole; dans la diphtérie; dans les affections rhumatismales et pseudo-rhumatismales; dans le paludisme; dans la fièvre puerpérale, les psychémies. On a surtout étudié les thyroidites dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde, où elles sont le plus fréquentes.

Enfin, on a rapporté quelques cas de thyroidite aigue au cours de la grippe. Ils sont peu nombreux et semblent pour la plupart avoir été relatés en raison de leur grande rareté. Le premier cas a été rapporté en France par M. le Prof. Gauchier, lors de l'épidémie de grippe 1889-1890. Tavel (1892), dans sa monographie sur des thyroidites au point de vue étiologique, signale 4 observations.

M. le Dr Fontanier, qui on a recueilli un certain nombre d'observations nouvelles, a fait à ce sujet une monographie intéressante en montrant comment l'affection évolue dans ces conditions.

Un fait important dans l'étiologie de la thyroidite grippale, c'est que la cause prédisposante principale est l'existence antérieure d'un goître. La chose est très nette

pour la fièvre typhoïde, où les thyroidites se sont manifestées presque exclusivement dans les pays à goître. Lobert, dans les 50 cas qu'il a relevés, a noté 22 fois la préexistence de goître.

Dans la statistique de M. Fontanier, sur un ensemble de 13 cas, le goître préexistait 5 fois.

Dans la thyroidite aigue grippale, contrairement à ce qu'on voit dans la thyroidite de la fièvre typhoïde par exemple, les symptômes initiaux sont en général très accusés parce que l'organisme n'est pas sous le coup d'une forte infection. C'est dans la convalescence ou le décours de la grippe qu'on voit survenir les premiers symptômes, qui consistent surtout en un frisson puis dans un gonflement du cou qui est d'abord limité à l'une des cornes de la glande.

La douleur est habituellement sourde et continue, mais sujette à des paroxysmes violents. Elle est exaspérée par la pression, par les mouvements de la tête et du cou, surtout par l'extension. La phonation, la déglutition, la contraction des sterno-mastoïdiens sont pénibles. Le malade, pour relâcher ses muscles sous-hyoïdiens fléchit la tête en avant, le menton incliné vers le sternum et quelquefois soutenu par les mains.

La tuméfaction augmente de volume en quelques jours, atteint la dimension d'un oeuf de poule d'oie. Elle est dure et tendue. Par la palpation on peut la circoncrire encore d'une manière assez précise. Le lobe enflammé se dirige obliquement en haut vers le sterno-mastoïdien, sous lequel il disparaît en partie; il s'engage également en bas sous ce muscle, se dirigeant vers le sternum et la clavicule. La région est chaude, on peut constater une température locale plus élevée du côté atteint.

Alors se manifestent des phénomènes de gêne fonctionnelle, peu marqués d'ordinaire, au début: une forte dyspnée, de la dysphagie, des troubles de la phonation, de la congestion de la face aussi par compression des gros vaisseaux, des douleurs irradiées et autres complications des thyroidites.

Pendant cette période, il y a un mouvement fébrile assez marqué. Le pouls est fréquent, la soif est vive.

Ces troubles généraux et locaux peuvent rétrocéder et la résolution se faire au bout d'une ou deux semaines dans les cas favorables, où la glande thyroïde était antérieurement saine surtout. Il peut subsister un certain gonflement de la glande, qui est parfois lent à disparaître et peut servir d'amorce à un goître ultérieur. Mais dans une partie des cas et presque de règle pour les strumites, l'évolution se fait vers la suppuration (7 sur 11 des observations citées).

La formation du pus s'accompagne de frissons irréguliers. Les symptômes locaux peuvent s'améliorer, mais en général, le gonflement s'accroît et la douleur devient plus lancinante. Le pus se collecte et, dans les cas favorables, il se fraye un passage vers la face antérieure.

Malheureusement, il est des cas où l'état s'aggrave et on voit alors les formes dites disséquantes ou même gangréneuses; et non seulement on peut voir des complications locales, mais certains phénomènes d'hypothyroïdie, comme la tachycardie.

On conçoit que le pronostic de cette complication de la grippe soit très variable. Il dépend en somme beaucoup de l'état antérieur de la glande.

Dans les formes discrètes, subaigues ou au stade congestif du début de l'inflammation, le *traitement médical* est de mise, bien qu'il n'ait pas ici l'efficacité que la médication spécifique (salicylate de soude, quinine) a souvent dans les poussées congestives des rhumatisants ou des palludéens. On ordonnera le traitement général de la grippe: antipyrine, phénacétine, sulfate de quinine, etc.

L'intervention chirurgicale sera indiquée lorsque les signes de *suppuration* seront évidents.

Médication antivomitiv

M. le Dr A. P. Plicque vient de publier dans l'*Encyclopédie scientifique* du Dr Toulouse, un volume intitulé: *Les médicaments, action pharmaco-dynamique: formules, emplois*, excellent livre d'ordre absolument pratique et dans lequel on trouve exposé les principales médications usitées en thérapeutique. Voici quelques indications relatives à la médication antivomitiv:

Si l'on a parfois à provoquer des vomissements, on a bien plus souvent, en clinique, à combattre les vomissements répétés et incoercibles. Dans la tuberculose en particulier, la toux émétisante est très fréquente au début, elle survient presque à la fin de chaque repas, amène le rejet des aliments et compromet très vite la résistance générale.

Les moyens d'ordre purement externe tel qu'emplâtres, narcotiques, révulsion avec les pointes de feu, application de compresses humides chaudes ou froides au creux de l'estomac, électricité, lavage de l'estomac, donnent souvent de bons résultats. Dans certains cas, et en particulier dans la toux émétisante de la tuberculose au début, ou de la coqueluche, le traitement de l'hypéresthésie pharyngée, le passage de la sonde œsophagienne diminuent très vite cette hypéresthésie. Les inhalations d'oxygène, les boissons gazéifiées par l'acide carbonique ou par l'oxygène ont, elles aussi, cette action. Mais les moyens les plus efficaces sont les badigeonnages du pharynx. On peut employer une solution concentrée de bromure de potassium.

Bromure de potassium: 2 grammes 50; Glycérine neutre: 20 grammes; Eau de laurier-cerises: 5 grammes.

L'effet est alors assez durable et il suffit de faire les badigeonnages deux ou trois fois dans la journée.

On peut aussi employer la solution de cocaïne au quarantième. L'effet est plus intense mais plus passager. Il faut faire le badigeonnage quand survient le léger chatouillement, prélude de la toux émétisante.

Les insufflations réussissent chez certains malades mieux que les badigeonnages. Pégurier a obtenu dans les vomissements des tuberculeux des effets particulièrement

favorables par les insufflations du mélange:

Diiodoforme: 10 grammes; Chlorhydrate de cocaïne: 0 gramme 10 centigr.; Chlorhydrate de morphine: 0 gramme 05 centigr.

A insuffler en plusieurs fois.

Les médicaments internes qui donnent les meilleurs résultats contre les vomissements agissent parfois au passage sur cette hypéresthésie pharyngée. Cet effet est très net avec les potions bromurées. Mais, en outre, ils calment l'irritation de la muqueuse stomacale. Fait singulier, cet engourdissement de la muqueuse est souvent plus intense et plus durable avec des substances légèrement irritantes; teinture d'iode, créosote, acide phénique, acide chlorhydrique, qu'avec les narcotiques purs.

La créosote à petites doses a été surtout préconisée par Jaccoud. On évite souvent les vomissements en donnant dans un peu d'eau au début du repas VI gouttes du mélange suivant:

Créosote pure de hêtre: 2 grammes; Alcool rectifié: 4 grammes.

Marfan, dans son étude sur la gastrite des phtisiques, a particulièrement indiqué le mélange d'acide phénique et d'iode. Ces gouttes ne sont pas très irritantes quand on a soin d'employer l'acide phénique pur et de les diluer dans un demi-verre d'eau.

Teinture d'iode récente, à 4 grammes.

Acide phénique cristallisé en neige, à 4 grammes.

Alcool rectifié, à 4 grammes.

Cinq gouttes dans de l'eau, au début de chaque repas.

Ces mélanges semblent surtout agir en activant la sécrétion du suc gastrique. C'est de la même façon qu'agissent la stychmine, le quassia, les solutions chlorhydriques, la potion de Rivière, les boissons chargées d'acide carbonique. La potion de Rivière a été très heureusement utilisée par Pouchet et Brissemoret comme véhicule pour faire tolérer, en cas de vomissements incoercibles, les médicaments actifs à administrer par l'estomac.

Le gingembre, très employé contre les vomissements dans l'ancienne thérapeutique, agit de même comme stimulant de l'estomac. On peut prescrire, soit la poudre à la dose de 1 à 2 grammes, soit la teinture à la dose de 2 à 4 grammes. On peut ajouter ce médicament à une solution gazeuse d'acide carbonique.

Le menthol, l'eau chloroformée ont une action à la fois stimulante et narcotique. Le menthol est souvent donné à l'état d'émulsion.

Menthol, 0 gramme 05 centigr.

Teinture de salspareille, 5 grammes.

Julep gommeux, 120 grammes.

Par cuillerées à soupe.

Son principal inconvénient est de produire un sentiment de froid intra-stomacal assez pénible.

Les perles d'éther, les gouttes d'Hofman, réussissent bien dans les vomissements nerveux. Parmi les narcotiques, il suffit de mentionner l'emploi de la jusquiame, de la belladone, du cannabis indica, des gouttes blanches anglaises. Il y a souvent avantage à associer ensemble plusieurs narcotiques comme dans les formules.

Julep gommeux, 100 grammes.
 Chlorhydrate de morphine, 0 gr. 05 centigr.
 Chlorhydrate de cocaïne, 0 gr. 10 centigr.
 À prendre par cuillerées à café.
 (Chaque cuillerée à café renferme un demi-centigramme de cocaïne, un quart de centigramme de morphine.)
 Teinture d'opium, à 2 grammes.
 Teinture d'aconit, à 2 grammes.
 Teinture de belladone, à 2 grammes.
 Dix à trente gouttes par jour.
 L'opium agit souvent mieux en l'associant, comme faisait Daromberg, à la solution chlorhydrique :
 Extrait thébaïque, 0.10 centigrammes.
 Acide chlorhydrique, 1 gramme.
 Eau distillée, 100 grammes.
 Une cuillerée à soupe dans un verre de boisson à la fin du repas.

La pleurésie purulente chez le nouveau-né

M. le Dr Comby a publié dans les *Archives de Médecine des Enfants*, (no 12, 1909), une revue générale sur cette forme de pleurésie, qui est moins rare qu'on ne serait tenté de le supposer, et dont on a cité bon nombre d'observations depuis quelques années. Il est vrai qu'il s'agit le plus souvent d'une trouvaille d'autopsie, mais il y aurait grand intérêt à reconnaître l'affection pendant la vie.

Autrefois, la fièvre puerpérale était la cause habituelle de la pleurésie purulente des nouveau-nés; il se faisait une broncho-pneumonie, et la plèvre était envahie secondairement. Mais la pleurésie peut être primitive. Elle est due généralement au streptocoque, mais on peut rencontrer, dans les exsudats, le pneumocoque, le staphylocoque et plus rarement d'autres microbes (colibacille, bacille d'Eberth, etc.), isolés ou associés.

L'infection pleurale du nouveau-né peut se faire par plusieurs voies: *placentaire* (infection utérine), il s'agit de femmes atteintes de méningite, pneumonie, infection puerpérale; *respiratoire* (infection par le liquide amniotique, rupture prématurée des membranes, infection de l'enfant au passage, refroidissement et aigreur à la naissance); *ombilicale* (phlébite, artérite, érysipèle); *cutanée* (érosions, érythèmes, eczéma); *digestive* (allaitement artificiel, infections digestives).

Il faut admettre que la pleurésie purulente des nouveau-nés est presque toujours secondaire. Sans doute, on ne trouve pas facilement la cause dans tous les cas, mais cette cause existe.

La maladie étant aiguë et rapide, le pus n'a pas le temps de s'enkyster, et il est libre dans la cavité pleurale. Plus rarement, il est localisé et circonscrit par des adhé-

rences. Il est d'ordinaire louche, séro-purulent, mal lié (pus à streptocoques ou staphylocoques), parfois jaune verdâtre, bien mé, crémeux (pus à pneumocoques). Dans quelques cas, c'est une sérosité plus ou moins rougeâtre (pus sanieux). Mais il y a toujours des fausses membranes tenues, flottant librement dans le liquide; inodore le plus souvent, le pus est parfois fétide.

Quantité de pus variable, de quelques grammes à 100 grammes. Chez une fillette de vingt-huit jours, du service de M. Bar, la quantité de pus retiré par la pleurotomie dépassait 80 grammes.

La plèvre, épaissie, est tapissée de fausses membranes molles, se détachant facilement des parois, et les autres lésions n'ont rien de spécial.

Il faut s'appliquer à découvrir les symptômes de la pleurésie purulente chez le nouveau-né. Facies pâle, blaillard, icterique ou parfois cyanosé; traits tirés, poids diminué. On pense aux troubles digestifs, d'autant plus que l'enfant a souvent des vomissements, de la diarrhée, etc. On pense aussi à la méningite quand il ya des vomissements, des convulsions.

Mais il y a trois symptômes de grande valeur: toux, fièvre, dyspnée. La toux est sèche, brève, quinteuse, provoquée par changement de position. Fièvre rémittente à grandes oscillations au début; plus tard, la fièvre peut tomber et faire place à l'apyrexie. Sevostre considère la dyspnée comme plus importante que la fièvre: respiration courte, saccadée, diaphragmatique, avec tirage sous-sternal.

À un examen attentif, on voit l'immobilité du thorax du côté malade, la dilatation de ce côté, la saillie des espaces intercostaux (Macé). On a vu aussi l'œdème de la paroi thoracique avec circulation superficielle très marquée. Celle-ci peut exister sans celle-là.

La percussion donne une matité qu'il faut rechercher attentivement, sans frapper fort. Il y a de la sensibilité à la pression et à la percussion.

L'auscultation, très importante, après avoir fait entendre des râles de bronchite, ne fera percevoir aucun bruit; ce silence est en faveur de la pleurésie (Bar).

Le diagnostic de la pleurésie purulente chez le nouveau-né est difficile, parce qu'on ne pense pas à cette affection. On se trouve en présence d'un bébé qui crie, ne mange pas, a le ventre ballonné et douloureux, des vomissements, de la diarrhée. On cherche dans le ventre et l'on oublie d'examiner le thorax. Ou bien c'est vers la tête qu'on dirige son attention, à cause des cris, des convulsions, de la fièvre, etc.

Il faudrait, de parti pris, percuter et ausculter la poitrine.

Enfin la ponction exploratrice viendra lever les doutes; on la renouvelera en cas d'insuccès. La radioscopie peut être utile dans quelques cas.

La pleurésie purulente du nouveau-né a toujours passé pour très grave; si la maladie est abandonnée à elle-même, elle se termine par la mort, et dans un court délai.

La prophylaxie doit s'inspirer des principes suivants: éviter les infections maternelles, la rupture prématurée des membranes, ne pas faire le toucher à la légère, se laver soigneusement les mains; si le vagin est infecté, faire des

lavages avant le passage de l'enfant, ne pas laisser sans pansement les plaies ombilicales ou dermiques; nourrir l'enfant au sein, régler son alimentation.

La pleurésie purulente étant développée, il faut la traiter chirurgicalement; c'est la seule chance de salut. La ponction évacuatrice ne suffit pas; il faut faire la pleurotomie le plus tôt possible, avec résection costale. Il est inutile de laver la plèvre, mais il faut la drainer largement. Dans un cas, M. Devraigne ajouta quelques injections intrapleurales d'électroargol.

Notes Cliniques

Applications chirurgicales du baume du Pérou

Le Baume du Pérou constitue un excellent topique qui n'est pas assez souvent employé. M. le Dr. Limouzi vient de passer en revue dans sa thèse quels en sont les applications et le mode d'emploi dans ses divers usages.

Il a rendu des services dans des cas de cancer de la face et du sein, lorsqu'il reste une plaie non fermée. On verse un peu de baume au centre de la compresse qui va être en contact avec la plaie. Le baume diffuse et gagne bientôt toute la compresse. On panse autant que possible rarement: deux fois par semaine d'abord, puis tous les 8 jours, puis tous les 15 jours même si c'est nécessaire. Au début, il peut être utile, quand on craint la suppuration, de panser tous les jours. Si l'inflammation apparaît il est bon de remplacer le baume par un autre antiseptique, tel que l'eau oxygénée.

Dans les vaginites et métrites chroniques, un pansement vaginal au Baume du Pérou renouvelé tous les deux ou trois jours donne de bons résultats.

Dans les ulcères variqueux, le Baume du Pérou, conseillé autrefois par Brocq, peut être utile.

Le pansement doit être rare; tous les 6 ou 8 jours seulement. Il suffit de mettre très peu de Baume au centre d'une compresse, quelques compresses au-dessus, de l'ouate, et l'on fait un peu de compression avec une bande. Quand on change le pansement, il faut agir avec de grandes précautions pour ne pas troubler le travail d'épidermisation qui est lent, délicat et fragile. Si l'ulcère est enflammé et s'accompagne de lymphangite, il convient d'obtenir la résolution de ces accidents à l'aide de pansements humides avant d'employer le Baume, car ces tissus sont sans vitalité.

Dans les fractures compliquées avec écrasement, on peut imiter la pratique de Van Stockum, qui est la suivante: le dernier ne lave pas, ne désinfecte pas les plaies, ne lie pas de vaisseaux, sauf les artères qui donnent d'une façon appréciable; il remplit simplement tout le foyer de

Baume du Pérou, réduit la fracture, fait un pansement avec gaze et ouate, puis met le membre dans un appareil plâtré; il préfère le plâtre à l'extension continue. Les 4e et 5e jours, la température peut monter à 39 ou 40 degrés. Mais elle tombe le lendemain. Il laisse ce pansement 3 semaines; et 3 pansements semblables suffisent pour tous les cas. Suter a la même technique. Bockenheimer change fréquemment les pansements et y ajoute de l'antitoxine tétanique. Leurs statistiques sont excellentes.

Dans le traitement des plaies simples, le mode de pansement est banal.

On verse une petite quantité de Baume sur la plaie, on met des compresses de gaze, de l'ouate et l'on maintient par quelques tours de bande. Le cas échéant, la plaie aura été auparavant lavée, régularisée; les bords auront été rapprochés aux agrafes si la section est nette, au crin dans le cas contraire. Naturellement, les plaies contuses guériront moins vite que les plaies à section nette. D'ailleurs il n'y a pas de règle absolue de conduite; il faut un peu s'inspirer des circonstances; le bon sens et l'expérience du médecin traitant jugeront l'opportunité de la fréquence des pansements selon la nature de la plaie, son siège et son étendue. En règle générale, il faut viser au pansement rare, faire le pansement immédiatement après l'accident si possible et s'abstenir de Baume du Pérou quand on est en présence d'une plaie nettement enflammée, en état de suppuration aigüe.

Le Baume du Pérou agit comme un stimulant de la vitalité des tissus; il limite le sphacèle, il est légèrement hémostatique et remarquablement kératoplastique. Sous la coque qu'il forme, il ne macère pas les tissus, n'y adhère que très peu, même quand il se mélange au sang de la plaie. L'épidermisation est intense et régulière.

Dans les hôpitaux du Japon, le Baume du Pérou est utilisé sous la forme d'un onguent ainsi composé: —

Nitrate d'argent, 1 gramme
Baume du Pérou, 10 grammes
Vaseline, 100 grammes.

Dans les foyers tuberculeux ouverts on peut l'utiliser ainsi qu'il suit: on nettoie ce foyer avec de l'eau oxygénée par exemple, on cautérise à la teinture d'iode et l'on introduit dans la plaie une mèche imbibée de Baume du Pérou. On la laisse à demeure pendant un assez long temps, si l'infection secondaire n'est pas venue greffer des phénomènes aigus sur l'évolution chronique du processus.

Enfin, le Baume du Pérou a surtout été utile dans les panaris, quand la période suraiguë est passée. Le pansement humide est indispensable au début. Mais dès que les dégâts semblent se limiter, dès que la douleur diminue, que la fièvre disparaît, que la rougeur et la tension du doigt régressent, il est bon d'avoir recours au Baume du Pérou. Sous cette influence, les lambeaux de tissu cellulaire bridés et mortifiés accentuent leur séparation du vif et viennent d'eux-mêmes, comme par un travail d'énucléation, hors de la plaie, ou se laissent très facilement enlever lors du pansement.

Cholécystite, péritonite circonscrite par perforation ou abcès du foie ?

Par M. le Pr Pierre Delbet.

Un malade âgé de 34 ans entre à l'hôpital dans les circonstances suivantes : habituellement très bien portant, il éprouvait de temps à autre, depuis six mois, quelques douleurs vagues dans l'hypochondre droit il y a deux mois, il fut pris brusquement, vers 5 heures du soir, de douleurs abdominales très vives, irradiées, à l'épaule droite et au cou. Ces douleurs, qui affectaient le type de coliques intestinales, ne se calmèrent que sous l'influence d'une piquûre de morphine. Trois jours après, survinrent quelques vomissements ; la température était élevée, le malade était constipé ; les selles ont toujours conservé une coloration normale.

Actuellement, la fièvre est tombée : le thermomètre ne monte pas au-dessus de 37°8 ou 37°9 le soir. A l'inspection, on constate au niveau de l'hypochondre droit l'existence d'une tuméfaction assez considérable pour qu'elle soit visible à distance. Cette tuméfaction semble déborder un peu par en haut et déjeter en dehors le rebord costal ; elle atteint presque, en bas, une ligne horizontale passant par l'ombilic ; en dehors, elle se prolonge jusqu'à mi-distance de la ligne axillaire et mamelonnaire ; en dedans, elle ne débord pas la ligne médiane. Dûre à la périphérie, la tuméfaction présente un point central dépressible et nettement fluctuant ; la douleur réveillée par la pression, très supportable sur les bords, devient de plus en plus aiguë à mesure qu'on se rapproche du centre. La matité de la tumeur se continue avec la matité hépatique sans interposition de zone sonore.

Devant cet ensemble symptomatique, trois hypothèses se présentent à l'esprit ; celle d'une péritonite circonscrite consécutive à la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal ; celle d'un abcès du foie ou du kyste hydatique suppuré ; celle enfin d'une cholécystite.

La première a pour elle le début brusque avec douleurs abdominales violentes ; mais dans les péritonites circonscrites par perforation, il est de règle que la douleur provoquée présente son maximum à la périphérie, au niveau des adhérences protectrices ; ici, les phénomènes observés sont exactement inverses.

Une cholécystite peut donner lieu à une tuméfaction considérable, soit que la vésicule elle-même soit très distendue, soit que de gros paquets d'épiploon et d'adhérences péritonéales entourent une vésicule restée petite ; mais cette tuméfaction ne se prolonge jamais par en haut au-dessous des fausses côtes. Dans le cas actuel, il semble à l'inspection qu'elle fuie sous le rebord costal ; mais une palpation très attentive permet de constater à la partie supérieure de la tumeur, au point où elle atteint les côtes, une ébauche de pédiculisation. Cette forme de la tuméfaction, de même que son siège, cadre bien avec l'hypothèse d'une cholécystite : les vésicules biliaires distendues se dirigent volontiers en bas et en dedans vers l'ombilic. Cependant, avant d'affirmer quoi que ce soit, il est indis-

pensable d'établir avec plus de précision les connexions de la tumeur avec le foie, et pour ce faire de déterminer le trajet du bord inférieur du foie.

Il est bien évident que si l'on arrivait à sentir ce bord inférieur au-dessous de la tuméfaction, l'hypothèse d'une cholécystite ne serait plus soutenable : il s'agirait d'une lésion intra hépatique, et en l'espèce d'une collection suppurée du foie. Le foie hypertrophié peut recouvrir en partie une vésicule enflammée, mais on n'a jamais en pareil cas qu'une hypertrophie dite linguiforme, c'est-à-dire qu'une languette de tissu hépatique s'insinue entre la vésicule et la paroi, sans jamais descendre au dessous de la tumeur constituée par la cholécystite jusqu'à la masquer complètement.

Pour chercher à sentir le bord inférieur du foie au dessous de la tumeur, il est préférable de commencer l'exploration dans la zone externe de l'hypochondre droit ; on évite ainsi les intersections tendineuses du muscle grand droit qui peuvent prêter à des erreurs. Cette exploration, méthodiquement effectuée de bas en haut, est gênée dans le cas actuel par une contracture de défense et ne donne aucun renseignement précis ; il semble bien toutefois que le bord hépatique inférieur ne dépasse pas la zone tuméfiée.

D'ailleurs, les commémoratifs ne sont guère en faveur d'un abcès du foie ; sans doute, la température peu élevée (au-dessous de 38 degrés) est compatible avec une infection localisée ; seules, les infections diffuses, les angiocholites s'accompagnent à peu près constamment d'accidents fébriles très marqués. Mais rien, dans les antécédents du malade, ne paraît avoir pu provoquer l'écllosion d'un abcès hépatique.

S'agirait-il d'un kyste hydatique suppuré ? L'absence de tous les "petits signes" de l'échinococcose hépatique (démangeaisons, dégoût des graisses, etc.) ne suffit pas à faire rejeter cette hypothèse. Le début brusque des accidents est un caractère négatif plus important : les symptômes qui traduisent la suppuration d'un kyste suivent d'ordinaire une progression ascendante, au lieu d'éclater brutalement.

Il est aujourd'hui classique de demander à l'examen du sang des renseignements précis sur l'existence d'un kyste hydatique : cet examen porte sur la recherche de l'éosinophilie d'une part et des anticorps hydatiques d'autre part. L'existence d'une éosinophilie nettement caractérisée est un argument de réelle valeur : toutefois, cette réaction leucocytaire appartient à d'autres affections que l'échinococcose (helminthiase intestinale, etc.) ; de plus, on en a cité certains faits troublants. M. Delbet avait en même dans son service, il y a quelques années, deux femmes présentant une grosse tumeur de siège différent. Il avait fait chez la première le diagnostic de kyste hydatique du foie, chez la seconde le diagnostic de sarcome du mésentère. Or, l'examen du sang révéla chez la seconde malade une éosinophilie très nette, tandis que la formule leucocytaire était normale chez la première. L'opération confirma de tous points le diagnostic clinique.

La recherche des anticorps hydatiques dans le sang (réaction de fixation) a une valeur énorme quand cette réaction est positive; est-elle négative, le résultat est beaucoup moins probant, car il est des malades dont l'organisme épuisé n'est plus capable de fabriquer des anticorps.

Dans le cas actuel, on ne saurait tirer de l'examen du sang une conclusion définitive, car la réaction de fixation a été négative et la numération globulaire a donné 13,200 leucocytes avec un pourcentage de 84 polynucléaires et 2 éosinophiles.

Tout étant bien pesé, M. Delbet conclut qu'il s'agit d'une cholécystite. Les douleurs vagues ressenties pendant 6 mois par le malade au niveau de l'hyponchondre droit étant, selon toute vraisemblance de légères coliques vésiculaires précédant les accidents aigus.

Si le diagnostic est délicat, l'indication thérapeutique est formelle: il existe une collection suppurée dont on peut discuter l'origine, mais dont l'ouverture s'impose. L'incision donnera peut-être issue à des calculs, et le diagnostic sera dès lors confirmé: on ne cherchera pas à enlever la vésicule, les manœuvres nécessitées par cette ablation pouvant rompre des adhérences protectrices et infecter la grande cavité abdominale. On se contentera de drainer: une fistule persistera pendant un certain temps mais ces fistules se ferment en général rapidement, souvent en moins d'un mois.

(In Jnal des Praticiens.)

* * *

Quelques cas de tabes fruste.—Utilité de la craniectomie décompressive dans les tumeurs cérébrales

(Leçons cliniques de M. le Dr Babinski.)

Parmi les maladies du système nerveux, le tabès constitue certainement un des types les plus intéressants pour le médecin, car c'est celui qui est appelé à rencontrer le plus souvent, et c'est aussi un de ceux qui, dans sa forme fruste, peut présenter le plus de difficulté pour le diagnostic lorsqu'on n'est pas suffisamment averti. M. Babinski a présenté une série de cas de ce genre des plus instructifs.

Un premier groupe de ces malades est constitué par deux soeurs, syphilitiques depuis 20 ans, avec cette particularité que l'une a contaminé l'autre accidentellement.

La première a été présentée à M. Babinski il y a 13 ans, pour une paralysie de la e paire qui subsiste encore et que, dès cette époque, il considéra comme syphilitique, bien qu'elle eût été traitée jusque-là comme étant d'origine hystérique. Aussi conseilla-t-il l'emploi du mercure, qui malheureusement ne fut pas utilisé, car on se contenta pendant 7 à 8 ans de faire faire de l'hydrothérapie avec quelques autres moyens anodins.

M. Babinski ne revit la malade qu'il y a quatre ans, et

à ce moment, elle présentait des phénomènes tabétiques très marqués et les troubles oculaires s'étaient beaucoup développés.

Actuellement, on constate que le réflexe rotulien est conservé à gauche, mais aboli à droite; d'autre part, le réflexe achilléen est conservé à droite, mais aboli à gauche. L'altération est donc croisée, phénomène assez fréquent dans le tabès, ainsi que l'a montré M. Babinski, qui a démontré aussi la fréquence plus grande de la disparition des réflexes pour le tendon d'Achille que pour le tendon rotulien.

Le doute ici n'est donc pas possible, d'autant mieux que cette maladie a eu il y a quelques années des douleurs fulgurantes, suivies bientôt de crises gastriques, lesquelles n'étaient pas très violentes, car elles n'empêchaient pas la malade de s'alimenter. Toutefois, son état s'aggravant, on chercha à calmer les douleurs par l'emploi des rayons X, qui paraissaient avoir agi ici d'une manière très favorable et les avoir fait disparaître. Cette influence heureuse a déjà été signalée par divers auteurs, et il semble bien qu'il y ait là un moyen thérapeutique qu'il ne faut pas négliger. Mais, de plus, le traitement mercuriel a été mis en oeuvre et il y a une incontestable amélioration dans tous les phénomènes.

Un point particulier ici est que la soeur de cette malade, ayant contracté d'elle la syphilis, présente, elle aussi, des signes de tabès. Elle n'a pas eu de paralysies oculaires ni de crises gastriques, mais elle a souffert de douleurs fulgurantes et chez elle les réflexes rotuliens sont complètement abolis. Ces deux femmes ont donc toutes deux une méningite chronique spécifique de même origine et c'est le cas de se demander si certains virus ne se portent pas de préférence sur le système nerveux. Dans un cas de ce genre on pourrait objecter que les deux soeurs sont prédisposées de la même manière, mais il est à noter que beaucoup de tabétiques ne présentent aucune prédisposition nerveuse, de telle sorte qu'on est tenté d'admettre que certains virus syphilitiques ont une véritable spécificité. On a cité, d'ailleurs, un certain nombre d'observations qui confirmeraient cette manière de voir, et M. Babinski a rappelé à ce propos l'histoire de trois étudiants en médecine qui, contaminés par la même femme, succombèrent tous les trois à la paralysie générale.

Un second groupe de tabétiques frustes présentés par M. Babinski se compose de la fille et du père, tous deux atteints, mais présentant des phénomènes assez peu marqués pour ne pas éveiller tout d'abord l'attention dans le sens du tabès.

La première est âgée de 22 ans et est venue consulter surtout pour des douleurs avec élancements dans les membres inférieurs; leur nature pouvait rester obscure, car cette malade avait présenté différents phénomènes nerveux, tels que des tics, des phobies, pour lesquels elle avait dû être soignée à plusieurs reprises. Cependant on constatait alors des troubles pupillaires, avec abolition du réflexe à la lumière et en même temps abolition du réflexe rotulien du côté gauche seulement, ce réflexe persistant à droite, ainsi que le réflexe achilléen. II

n'y avait pas de troubles de la marche, mais cet ensemble : abolition des réflexes, même unilatérale, avec troubles oculaires et douleurs fulgurantes, suffisait à poser le diagnostic de tabès fruste, diagnostic qui fut confirmé par une ponction lombaire, laquelle indiqua une leucocytose notable. Mais ici se présentait une particularité intéressante au point de vue étiologique. On sait que la syphilis joue dans cette étiologie un rôle à peu près constant ; or chez cette jeune fille on ne trouvait pas de syphilis acquise, mais elle avait eu depuis l'âge de 17 ans une kératite interstitielle bilatérale, forme de kératite qui, on le sait, est caractéristique de l'hérédo-syphilis. Il était donc très vraisemblable que chez elle le tabès était en rapport avec la syphilis héréditaire et, sous l'influence du traitement mercuriel qu'elle suit depuis longtemps, les douleurs se sont calmées, la maladie n'évolue plus et semble être arrêtée.

D'ailleurs l'enquête a montré que cette hérédo-syphilis s'était transmise dans des conditions intéressantes. Le père, en effet, avait eu une première fille actuellement encore très bien portante, mais il avait contracté la syphilis dans des rapports extra-conjugaux, et cela seulement après la conception de la seconde fille, la malade actuelle, et ne l'avait communiquée à sa femme qu'alors que sa grossesse était déjà assez avancée. L'enfant naquit bien portante, mais en puissance de syphilis, comme le prouve l'existence de la kératite interstitielle survenue plus tard, et le tabès procède lui-même certainement de cette hérédo-syphilis.

Quant au père, il offre cette particularité, lui aussi, de présenter un tabès fruste, avec perte des réflexes, troubles oculaires, lymphocytose du liquide rachidien et seulement des douleurs fulgurantes au début, douleurs qui ont disparu, probablement sous l'influence du traitement, car il se soigne depuis huit ans et sa maladie n'évolue pas ; elle semble stationnaire. A ce dernier point de vue aussi, ce cas est des plus intéressants, parce qu'il montre les bons effets du traitement, effets que M. Babinski a constatés dans un grand nombre de cas. Mais il n'est pas moins intéressant au point de vue de la spécificité héréditaire qui s'est transmise indirectement. En effet, le père n'étant pas encore syphilitique au moment de la conception, la mère, contaminée plus tardivement, a servi d'intermédiaire ; mais elle n'a rien présenté au point de vue du tabès.

Les cas de ce genre doivent être dénommés tabès hérédo-syphilitiques et ne doivent pas être confondus avec la maladie désignée sous le nom de maladie de Friedreich, ou ataxie héréditaire, et qui est bien différente à tous les points de vue, et notamment au point de vue du traitement et du pronostic.

— Nous avons déjà eu l'occasion de signaler les bons effets que peut donner la crâniectomie décompressive préconisée par M. Babinski dans certains cas de tumeur cérébrale et de montrer par des exemples les heureux résultats qu'on en pourrait obtenir à titre d'opération palliative, parfois même curative. M. Babinski est revenu

sur cette question qu'il a d'ailleurs traitée récemment dans une communication à l'Académie, au sujet d'une malade amenée dans le service pour des douleurs de tête qui remontent à six années environ. Ces douleurs durent une quinzaine de jours, se calment pendant une semaine, puis se reproduisent ensuite à peu près périodiquement. Depuis un an, la marche est difficile, incertaine. Enfin, il y a une cécité complète due à une atrophie papillaire consécutive à la stase sanguine produite par la compression due vraisemblablement à un néoplasme intra-cranien. Dans un cas pareil il y a de l'oedème cérébral et le seul moyen de le faire disparaître est de décompresser le cerveau en pratiquant une crâniectomie. Même faite tardivement, cette opération peut amener une amélioration sensible dans l'état de la malade, et si on l'avait faite il y a quelques années au moment où on vit apparaître les premiers symptômes permettant de soupçonner une tumeur cérébrale, on aurait pu obtenir un résultat très heureux, et en particulier l'arrêt des troubles oculaires et le rétablissement de la vision ; à l'heure actuelle, on ne peut espérer, par une opération, que la cessation des douleurs et l'arrêt des accidents, résultat encore considérable, en égard à l'état dans lequel se trouve la malade. Mais si l'opération avait été faite au début, le résultat eût été tout différent.

M. Babinski a présenté quelques malades chez lesquels l'opération a amené ces changements si favorables : une malade entrée dans le service il y a deux mois, avec des nausées, des troubles de la vision, une cécité presque complète, et l'impossibilité de marcher, et chez laquelle l'ophtalmoscope montrait une névrite oedémateuse en évolution, fut opérée après avoir été soumise vainement pendant quelque temps au traitement mercuriel. L'opération, faite en deux temps, suivant la méthode préconisée par M. Babinski, amena des résultats remarquables : la douleur a disparu, l'acuité visuelle, est restée stationnaire, et non seulement la station debout est devenue possible, mais la marche et même la course sont presque faciles. Il est incontestable que si l'opération avait été faite plus tôt encore, avant surtout que l'acuité visuelle ait diminué, les résultats eussent été encore beaucoup meilleurs.

Un autre homme a présenté une amélioration plus grande encore : il avait de profonds troubles de la marche, de l'obnubilation, des douleurs, une stase papillaire très marquée, indiquant l'existence d'une tumeur cérébrale mais sans localisation précise. Une première crâniectomie fut faite, mais insuffisante. Après une seconde opération complémentaire, l'amélioration fut énorme ; mais une hémiparésie s'étant produite on refit une crâniectomie beaucoup plus tard et qui, cette fois, transforma en quelque sorte le malade tant l'amélioration fut grande.

Il y aurait dans des cas de ce genre un intérêt considérable à faire le diagnostic de bonne heure et à provoquer une opération qui, faite assez tôt, pourrait certainement bien souvent amener une guérison temporaire ou même parfois définitive, alors même qu'on n'a pu attaquer directement la tumeur et que l'opération a été

LA MEDICATION IODOTANNEE

Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane de l'Huile de Foie de Morue
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence

Le plus puissant des Iodo-Tanniques

Pas de contre-indications
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants:

Engorgements ganglionnaires, lymphatisme, rachitisme, suppurations prolongées, MALADIES DE POITRINE, cachexies, anémie et faiblesse générale.

AGENTS POUR LE CANADA

"LE MEDECIN" LIMITEE

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



BOVRIL

POUR MALADES

Notre préparation "Invalid Bovril" répond parfaitement aux desiderata des medecins dans l'alimentation des malades.

Notre preparation possede toutes les excellentes qualites du Bovril ordinaire moins l'assaisonnement.

Un echantillon vous sera expedie gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitee,

27 rue St-Pierre,

MONTREAL.

Un echantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une preparation a base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indique dans le traitement de l'indigestion, de la constipation, du diabete, des affections gastriques et renales.

Il trouve surtout son indication dans le RHUMATISME, l'ARTHRITE RHUMATISMALE, la GOUTTE, le LUMBAGO, la SCIATIQUE, les NEVRALGIES, en un mot dans tous les desordres de la DIATHESE URIQUE.

SAL LITHOFOS contient en solution, sans precipite, la lithine et le phosphate de soude.

Cette combinaison possede des proprietes toniques, alterantes et laxatives que nulle eau minerale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

PHARMACIE
du DOCTEUR MIALHE
 Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
 6, rue Favart, Paris.

SOLUTION DE DIGITALINE
 de Petit-Mialhe
Soul traitement rationnel et scientifique des cardiopathies

LEVURE de BIÈRE MÉDICINALE
Furonculose, Eczéma, Diabète, Dermatites

LAB-LACTO-FÉRMET
Digestion et assimilation du lait à tout âge

BANANINE MIALHE
Farine de bananes phosphatée. Nourriture légère et rafraîchissante.
 Employée également avec succès dans le traitement de la dyspepsie, de la Gastro-Entérite et de la Constipation habituelle.

ELIXIR ET PASTILLES DIGESTIVES MIALHE
Digestion - Suralimentation

Dépôt Général : **Agence ROUEN**
MONTREAL

MALADIES DE LA PEAU

Les cas les plus rebelles d'ECZÉMA, PRURIGES, DARTRES, RIPELS, DE-
 MANGEAISONS, ULCÈRES, MAL DE
 BARRE, ETC., sont guéris rapidement par

— LA POMMADE —
ANTISEPTIQUE RAMEAU

Ce remède efficace a pour base une
 association de produits antiseptiques
 puissants et inoffensifs.
 Les travaux d'une légion de savants
 ont proclamé et prouvé les succès
 éclatants de l'antiseptique, et les succès
 obtenus dans les hôpitaux démontrent
 tous les jours l'efficacité incontestable
 de cette merveilleuse méthode.

En vente dans toutes les pharmacies

Dépositaires pour le Canada:
LECOEURS & DECARY, — Montréal.

Pour les États-Unis:
GEO. MORTIMER & CO.,
 247, Atlantic Avenue, — Boston, Mass.

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
 OXYGÈNE PUR NAISSANT

Affections de la Gorge et Voies Respiratoires
 Maladies et hygiène de la bouche et des dents

Les TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN sont à base d'Oxygène à l'état naissant de Menthol, faible de
 Cascaïovaine, de Benzoin de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

Toux, Gripes, Laryngites, Pharyngites,
 Asthme, Amphyseme, etc - - - -

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

Echantillons gratuits sur demande, adresser

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
 OXYGÈNE PUR NAISSANT

Pharmacie PERRAUDIN, 50 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour
 le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Mont-
 réal.

+ Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels du FOIE**, la
DYSPEPSIE ATONIQUE, les **FIEVRES INTERMITTENTES**,
 les **CACHEXIES** d'origine paludéenne
 ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS
 On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

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

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine de **GRENOBLE (France)** et
 ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.
 Dépôt Général pour le **CANADA** : Pharmacie **ARTHUR DECARY**, à **Montréal.**

simplement décompressive. Mais alors même que le diagnostic a été tardif et que les accidents sont anciens, on peut encore soulager les malades, et le médecin ne doit pas hésiter à soumettre ces sujets au chirurgien, qui pourra leur être très utile.

Loi à l'effet d'amender la Loi Médicale du Canada

(BILL RODDICK PROJETÉ)

Sa Majesté, suivant et avec l'avis et consentement du Sénat et de la Chambre des Communes du Canada, décrète ce qui suit: —

Titre abrégé.

1. La présente loi peut être citée sous le titre "Amendement à la Loi Médicale du Canada, 1910."

Interprétation.

2. En la présente loi, à moins que le contexte n'exige une interprétation différente, —

(a) médecine est censée comprendre la chirurgie et l'art obstétrique, mais non la chirurgie vétérinaire, et l'expression médical est censée comprendre chirurgical et obstétrique;

(b) conseil médical provincial comprend bureau médical provincial et collège de médecins et de chirurgiens;

(c) université comprend toute université qui possède une faculté de médecine et a le pouvoir de conférer les degrés médicaux;

(d) école de médecine comprend toute institution reconnue par le conseil médical provincial comme enseignant la médecine;

(e) conseil signifie le conseil médical du Canada constitué sous l'autorité de la présente loi;

(f) il n'est pas donné d'effet rétroactif à aucune disposition.

3. La présente loi ne peut s'interpréter de façon à autoriser la création d'écoles de médecine, ou à donner à quelque titre un enseignement médical.

Constitution du Conseil.

4. Les personnes qui sont de temps à autre nommées ou élues, ou qui deviennent d'autre manière membres du conseil médical du Canada, en vertu des dispositions de la présente loi, sont constituées en corporation sous le nom de Conseil médical du Canada.

5. Le but du conseil est, —

(a) d'établir un degré d'aptitudes et de connaissances en médecine qui permette à ceux qui l'atteignent d'être admis et autorisés à exercer dans toutes les provinces du Canada;

(b) d'établir un registre des praticiens en médecine canadiens, et de faire la publication et la révision de ce registre;

(c) d'établir et de fixer les qualités et connaissances requises pour l'inscription, les examens à subir quant à la profession seulement, et en général les conditions requises pour l'inscription. Pourvu que le conseil n'établisse ou ne fixe aucune qualité ou connaissance exigible comme étant préliminaire ou nécessaire pour l'admission à l'étude de la médecine et pour l'obtention des licences provinciales, ces choses étant connues auparavant, réglées par les autorités provinciales;

(d) de créer et de maintenir un bureau d'examineurs pour l'examen et l'octroi de certificats de capacité;

(e) l'obtention, avec la coopération et à la demande des différents conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions de la présente loi, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés.

6. Le conseil peut acquérir et garder tous immeubles qui lui sont nécessaires ou utiles pour atteindre ses fins ou ne tirer un revenu applicable à cet objet, et il peut les vendre, les louer, ou autrement en disposer; mais la valeur annuelle des immeubles possédés et gardés par le conseil pour des fins de revenu ne doit jamais dépasser la somme de vingt-cinq dollars.

7. Le conseil est composé —

(a) de trois membres, nommés par le gouverneur en conseil, chacun d'eux résidant dans une province différente;

(b) de deux membres représentant chaque province, élus suivant les règlements adoptés à cet égard par le conseil médical provincial;

(c) d'un membre de chaque université ou de tout collège ou école de médecine constituée en corporation au Canada ayant quelque arrangement avec une université l'autorisant à conférer des degrés à ses élèves, engagés dans l'enseignement actif de la médecine, lequel est élu par cette université, par ce collège ou par cette école, conformément aux règlements applicables.

(d) de trois membres élus par les praticiens homœopathiques en Canada, chacun d'eux demeurant dans une province différente;

2. Personne ne peut être membre du conseil, à moins qu'il ne, —

(a) réside dans la province pour laquelle il est nommé ou élu;

(b) soit inscrit comme membre de la profession médicale en conformité de la loi de la province qu'il représente;

(c) soit inscrit comme médecin exerçant dans le registre établi en vertu des dispositions de la présente loi; mais cette qualité n'est requise d'aucun des membres qui composait le conseil à son origine.

3. Cette loi ne sera en vigueur que quand les législatures de toutes les provinces en auront accepté les dispositions par un loi; pourvu, cependant, que le bureau médical de toute province puisse, s'il le veut, cesser d'avoir des représentants dans le conseil, lorsque la proposition est soumise à une séance générale ou spéciale du dit bu-

reau convoquée à cet effet, et adoptée par le vote des deux tiers des membres présents à la dite séance et lorsque avis de cette proposition a été antérieurement publié pendant trois mois dans la "Gazette Officielle du Canada;" et advenant le cas de l'adoption d'une telle proposition, les dispositions de cette loi cesseront d'être en vigueur dans la dite province et personne ne pourra avoir le droit de pratiquer la médecine là où la dite province a juridiction par le fait d'être qualifié ou inscrit en vertu de cette loi.

8. La durée de charge des membres nommés est de quatre ans.

2. Tout membre peut, en tout temps, donner sa démission, par avis écrit adressé au président ou au secrétaire d'Etat du Canada, et si c'est un membre élu, au secrétaire du conseil médical de la province, ou à toute université, à tout collège ou école de médecine constituée en corporation, et si c'est un représentant des praticiens homoeopathiques qui donne sa démission aux autres représentants homoeopathiques qui sont encore dans le conseil.

3. Toute personne qui est ou a été membre, si elle possède les qualités requises, peut être nommée de nouveau ou être réélue; mais personne ne peut cumuler les fonctions de deux membres.

4. Dans le cas de membres du conseil dont la durée de charge touche à sa fin, leurs successeurs peuvent être nommés ou élus en tout temps dans les trois mois qui précèdent l'expiration de leurs fonctions; néanmoins, lorsqu'il se produit quelque vacance parmi les membres du conseil, soit par expiration de la durée de charge, soit pour toute autre cause, cette vacance peut être remplie en tout temps.

5. Si l'autorité compétente à élire un membre néglige de le faire, ou manque d'élire un membre possédant les qualités requises, ou de transmettre le nom du membre élu au secrétaire du conseil dans un délai raisonnable après que cette élection aurait pu avoir lieu; alors, après avis donné par le conseil invitant le conseil médical provincial, ou le collège ou l'école constitué en corporation, ou l'université, ou praticiens homoeopathiques, à faire cette élection et son rapport au conseil sous un mois de la date de la signification de cet avis, le conseil peut si le manquement se continue, faire cette élection lui-même.

6. Un membre nommé ou élu pour remplir une vacance causée par le décès ou par la démission du titulaire, a les mêmes attributions que celui qu'il remplace, et occupe la charge pendant le temps qu'il lui resterait à la remplir.

7. Tout membre nommé ou élu reste en charge jusqu'à ce que son successeur soit nommé ou élu, ou jusqu'à l'expiration de son terme d'exercice, si son successeur est nommé avant l'expiration de ce terme.

Membre du Conseil

9. Le conseil peut, au besoin,—

- (a) élire dans son sein un président, un vice-président et un comité de régie;
- (b) nommer un registraire, qui peut aussi, si la chose est jugée à propos, agir comme secrétaire et comme trésorier;
- (c) nommer ou engager tous autres officiers et employés qu'il juge nécessaires pour les fins de la présente loi et pour sa mise à exécution;

(d) exiger et recevoir du registraire, ou de tout autre fonctionnaire ou employé, pour la bonne exécution de ses devoirs, tel cautionnement que le conseil juge nécessaire;

(e) fixer l'indemnité ou la rémunération à être payée au président, au vice-président, et aux membres, fonctionnaires et employés du conseil.

10. Le conseil tient sa première assemblée en la cité d'Ottawa, à la date et à l'endroit que fixe le ministre de l'Agriculture; et ensuite, les assemblées annuelles du conseil ont lieu aux époques et aux endroits que fixe le conseil au besoin.

2. Jusqu'à ce qu'il y soit autrement pourvu par ordre ou par règlement du conseil, onze de ses membres forment quorum, et tous les actes du conseil sont décidés par la majorité des membres présents.

11. Le conseil peut établir des règlements, non contraires à la loi, relativement à toutes ou à quelque une des fins qui ont pour objet ce que le conseil a pour but pour sa formation de faire ou d'effectuer, y compris mais sans restreindre la généralité de ses pouvoirs,—

- (a) la direction, la conduite et l'administration du conseil et de ses biens;
- (b) la convocation et la tenue des assemblées du conseil, les dates et localités où doivent avoir lieu ces assemblées, les délibérations et l'expédition des affaires;
- (c) les pouvoirs et devoirs du président et du vice-président, et le choix de leurs remplaçants, s'ils ne peuvent agir à certains moments pour quelque cause que ce soit;
- (d) la durée de charge des officiers, et les pouvoirs et devoirs du registraire et des autres officiers et employés;
- (e) l'élection et la nomination d'un comité de régie et d'autres comités pour des fins générales et spéciales; la convocation et la tenue de leurs réunions, et la procédure à suivre pour l'expédition de leurs affaires;
- (f) en général, toutes contributions à imposer, à payer ou à recevoir en vertu de la présente loi;
- (g) l'établissement, le maintien et la tenue d'examens relativement à la profession seulement, pour s'assurer si le candidat possède les qualités requises; le nombre, les époques et le mode de ces examens; la nomination des examinateurs; et en général tout ce qui se rattache à ces examens; ou est nécessaire ou opportun pour en atteindre le but;
- (h) l'immatriculation et l'enregistrement de toutes personnes qui ont droit, en vertu de la présente loi, de figurer sur le registre des praticiens en médecine canadiens;
- (i) en général, toute chose au sujet de laquelle il devient nécessaire ou opportun de pourvoir ou de régler pour atteindre le but de la présente loi suivant son intention générale.

2. Aucun règlement promulgué en vertu du présent article n'a force exécutoire avant d'avoir été approuvé par le gouverneur en conseil.

12. Nonobstant toute disposition de l'article qui précède, et tout pouvoir par le dit article conféré,—

- (a) Aucun candidat ne peut être admis à subir les examens prescrits par le Conseil, à moins qu'il ne soit

porteur d'un certificat d'inscription provinciale, ou à moins qu'il ne présente un certificat du registraire de son propre conseil médical provincial attestant qu'il possède le degré médicale accepté et approuvé par le conseil médical de la dite province;

- (b) le programme des examens ne doit jamais être inférieur aux meilleurs programmes alors établis dans le but de constater les capacités des candidats à l'inscription dans l'une quelconque des provinces;
- (c) la possession du seul degré d'une université canadienne ou d'un certificat d'inscription provinciale fondée sur cette possession, obtenu postérieurement à la date à laquelle le conseil est pour la première fois dûment constitué aux termes de la présente loi, ne donne pas à celui qui en est porteur le droit d'être inscrit aux termes de la présente loi.

13. Un exemplaire de tout règlement, certifié conforme par le registraire ou par le secrétaire sous son seing et sous le sceau du conseil, fait foi devant toute cour de justice, sans autre preuve que la production de cet exemplaire paraissant ainsi certifié.

14. Le conseil établit des règlements à l'effet d'assurer aux praticiens homoeopathiques, des droits et privilèges relativement à l'inscription par le conseil non inférieurs à ceux qu'ils possèdent actuellement en vertu des lois de toute province et des règlements de tout conseil médical provincial.

Bureau d'examineurs.

15. A chaque réunion annuelle du conseil, celui-ci nomme un bureau d'examineurs, désigné sous le nom de "Bureau des examinateurs du Conseil médical du Canada", dont le devoir est de faire subir les examens prescrits par le conseil, sauf les dispositions ci-dessus de la présente loi.

2. Les membres du bureau des examinateurs peuvent être nommés de nouveau.

Examens.

16. Les sujets d'examens sont décidés par le conseil, et les candidats peuvent, à leur choix, être examinés en anglais ou en français. La majorité du comité examinant un candidat doit parler la langue choisie par le candidat pour passer son examen.

2. Les examens n'ont lieu que dans les centres où il y a une université ou un collège activement engagé à l'enseignement de la médecine, et où il y a un hôpital ne contenant pas moins de cent lits.

Enregistrement

17. Le conseil fait tenir par le registraire, sous la direction du conseil, un livre ou registre appelé le "Registre médical canadien," dans lequel sont inscrits de la manière et avec les détails prescrits par le conseil, les noms de toutes les personnes qui se sont conformées aux prescriptions de la présente loi et aux règlements établis par le conseil au sujet de l'inscription en vertu de la présente loi, et qui demandent au registraire d'y inscrire leurs noms.

18. Toute personne qui passe l'examen prescrit par

le conseil et se conforme à toutes les conditions et règles requises pour l'enregistrement, ainsi que l'exige la présente loi et l'exige le conseil, a droit, moyennant le paiement des honoraires prescrits à ce sujet, d'être enregistrée comme praticien en médecine.

2. Toute personne en possession d'une commission ou d'un certificat d'inscription avant la date à laquelle la présente loi devient exécutoire, ainsi qu'il est dit plus haut, et qui a été engagé à l'exercice actif de la médecine dans l'une ou dans plusieurs des provinces du Canada, a, après dix ans de la date de ce certificat, le droit d'être inscrite aux termes de la présente loi comme praticien en médecine, sans avoir à subir l'examen, en payant la contribution voulue et en se conformant aux conditions et règlements établis à cet égard par le conseil.

Pourvu que, si le conseil médical de toute province n'est pas satisfait de la période de temps prescrite par cette division, ce conseil médical puisse, comme condition à l'inscription provinciale, exiger un examen sur les matières finales, des praticiens inscrits en vertu de cette subdivision.

19. Toute écriture dans le registre peut être annulée ou corrigée pour cause de fraude, d'accident ou d'erreur.

20. Sur la décision du registraire au sujet d'une demande d'inscription, de correction ou de modification du registre, le requérant, s'il se croit lésé par la décision du registraire, peut en appeler au conseil, qui entend les parties et décide l'affaire; mais toute demande à l'effet de faire annuler ou biffer une inscription au registre à l'encontre de l'intérêt de la personne visée, est renvoyée au conseil par le registraire, et le conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui a le droit de comparaître par avocat, entend la cause et la décide.

21. S'il est démontré au conseil, après enquête, qu'une personne inscrite en vertu de la présente loi a été convaincue, dans quelque partie des possessions de Sa Majesté ou ailleurs, d'une contravention qui, si elle eût été commise en Canada, eût entraîné une mise en accusation en vertu du code criminel, ou qu'elle s'est rendue coupable d'une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel, que cette contravention ait été commise, ou que la conviction ait eulieu, ou que la conduite infamante ou indigne ait été tenue avant ou après la sanction de la présente loi, ou avant ou après l'inscription de cette personne, le conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui a le droit de comparaître par avocat, ordonne au registraire de rayer le nom du coupable du registre; pourvu, néanmoins, que si une personne inscrite en vertu de la présente loi a aussi été inscrite en vertu des lois de quelque province, et si cette inscription provinciale a été biffée du registre, pour quelqu'une des causes susdites, par ordre du conseil médical de cette province, le conseil doit alors, sans plus ample enquête, ordonner la radiation du nom de cette personne du registre tenu en vertu de la présente loi.

2. Le nom d'une personne ne peut être biffé du registre en vertu du présent article, —

- (a) parce qu'elle a adopté ou refusé d'adopter la pratique de telle ou telle théorie particulière en médecine ou en chirurgie; ou,
- (b) parce qu'elle a été trouvée coupable, en dehors des

possessions de Sa Majesté, d'un délit politique contre les lois d'un pays étranger; ou,
(c) parce qu'elle a été trouvée coupable d'une contravention qui, bien que tombant sous le coup des dispositions du présent article, est, de l'avis du conseil, soit à cause de l'insignifiance de l'infraction, soit par suite des circonstances dans lesquelles elle a été commise, insuffisante pour empêcher quelqu'un d'être inscrit en vertu de la présente loi.

22. Sur appel au conseil, ou sur demande de rayer le nom d'une personne du registre aux termes de l'un ou de l'autre des deux articles qui précèdent, la personne qui le demande ou la personne accusée ont le droit de comparaître et d'être entendue soit en personne soit par avocat.

Commission d'enquête

23. Lorsqu'il est démontré au gouverneur en conseil que quelqu'une des prescriptions de la présente loi n'a pas été remplie, le gouverneur en conseil peut autoriser une commission d'enquête composée de trois membres nommés l'un par le gouverneur en conseil, le deuxième par le conseil, et le troisième par le plaignant à s'enquérir d'une manière sommaire et de faire rapport au gouverneur en conseil sur la vérité des choses mises à charge dans la plainte, et, advenant le cas où les dites accusations ou quelqu'une d'elles seraient démontrées comme existantes, la commission prescrit la manière d'y remédier, si la chose est possible.

2. Le gouverneur en conseil invite le conseil médical du Canada à y remédier dans tel délai que, en tenant compte du rapport de la commission, il juge à propos de fixer. Si le conseil manque de le faire, il doit, par un arrêté en conseil, modifier les règlements ainsi qu'il lui semble bon, ou prendre les mesures ou rendre les ordres qu'il juge nécessaires pour donner effet à la décision de la commission.

3. La commission peut contraindre les témoins à comparaître, leur administrer le serment et les interroger sous serment, exiger la production de livres et documents, et est revêtue de tous les autres pouvoirs nécessaires que lui confère le gouverneur en conseil pour les fins de l'enquête.

24. Aucun amendement de cette loi, ou de la loi telle qu'amendée, ne peut être proposé par le conseil, à moins qu'il n'ait été auparavant accepté par le conseil médical provincial.

d'autres, elle a présenté des allures très particulières, et c'est pour ces deux formes que M. Wickman propose le terme de maladie de Heine-Medin, suivant le nom des deux auteurs qui les ont le mieux étudiées.

Dans sa forme se rapprochant le plus de la paralysie infantile, cette maladie présentait ceci de particulier que la paralysie disparaissait parfois sans laisser de traces, et qu'au cours de son évolution on observait des symptômes très particuliers, comme la névrite optique ou des phénomènes oculo-pupillaires.

Dans les formes qui s'éloignaient complètement de la paralysie infantile, le tableau clinique était parfois exactement celui de la paralysie de Landry. Presque tous les malades appartenant à ce groupe ont succombé. D'autres fois la symptomatologie indiquait une localisation sur le bulbe ou la protubérance annulaire: paralysie faciale, paralysie de l'hypoglosse, paralysie des muscles oculaires, paralysie des muscles oculaires, paralysie bulbaire aiguë. Dans certains cas, l'affection évoluait comme une paralysie infantile cérébrale ou bien comme une ataxie aiguë rappelant le plus la forme cérébrale, ou bien encore comme une polyneurite aiguë qui se terminait rapidement par la guérison. Dans d'autres cas encore, la poliomyélite évoluait sous forme d'une méningite séreuse, ou revêtait une forme frustre caractérisée par des symptômes généraux.

L'auteur admet que toutes ces formes de la poliomyélite et la forme classique y comprise sont d'origine infectieuse et produites par le même agent pathogène. Il estime cependant qu'au point de vue clinique les formes anormales ci-dessus citées doivent être réunies en un groupe à part, sous le nom de maladie de Heine-Medin. Il trouve encore qu'en raison du caractère respectif des lésions on ne saurait accepter de faire de la poliomyélite et de la maladie de Heine-Medin une forme de méningite cérébro-spinale.

L'étude des conditions épidémiologiques de la poliomyélite et de la maladie de Heine-Medin, telles ont régné en 1905, en Suède, a montré que les deux ont un caractère immédiatement contagieux, transmissible, non seulement par contact direct avec le malade, mais encore par des objets ou des tierces personnes ayant été en rapport avec des malades. C'est ainsi que, dans le village de Kircåspiel, qui a une population de 500 habitants et où l'épidémie a fait 49 victimes, on a pu établir que celle-ci a pris naissance à l'école, que les camarades du premier élève malade ont importé la maladie dans leurs familles, parfois sans être frappés eux-mêmes. Cette notion de contagiosité paraît tellement nette à l'auteur qu'il n'admet pas l'existence réelle d'une poliomyélite sporadique.

La maladie de Heine-Medin a présenté encore, au cours de cette épidémie, ceci de particulier que le pronostic, en ce qui concerne le rétablissement complet, a été plutôt bon, tandis que le pronostic *quoad vitam* a été particulièrement mauvais. La mortalité a été, en effet, de 27,9 p. 100 et a oscillé entre 10 p. 100 chez les enfants au-dessous de deux ans et 33,3 p. 100 chez les individus de trente à trente-deux ans.

Par Ivar Wickman, (*Jahrb. fur Kinderheilt.*, 1908.

Progrès des Sciences Médicales

LA POLIOMYELITE AIGUE ET LES AFFECTIONS VOISINES; MALADIE DE HEINE-MEDIN.

En 1905, a régné en Suède, sous forme épidémique, une maladie infectieuse qui avait frappé un millier de personnes, enfants ou adultes. Dans la plupart des cas, elle avait des caractères de la paralysie infantile, mais dans