

PAGES

MANQUANTES

AOÛT 1903

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 537—Teigne tondante à petites spores..... *Dr R. M.*
543—Thérapeutique chirurgicale..... *Dr F. L.*

REVUE GÉNÉRALE

- 564—Glamures..... *Dr E. M.*
575—Revue d'électrothérapie..... *Ch. V.*

ANALYSES

- 577—Formulaire du praticien..... *X.*
579—Pédiatrie..... *B.*
581—Rapport d'une séance de la société médicale du
district de Chicoutimi et du Lac St-Jean... *Dr A. R.*
582—A nos lecteurs.....
583—Bibliographie..... *Dr S. B.*

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

De la Province de Québec

BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE

EXAMEN PRÉLIMINAIRE

L'examen pour l'admission à l'étude de la Médecine et de la chirurgie commencera mardi le 15 septembre prochain, à 9 heures A. M. dans les salles de l'Université Laval de Québec

Certificats de bonne conduite, ainsi que l'honoraire de l'examen, \$20. doivent être remis au moins dix jours à l'avance, entre les mains de l'un des secrétaires soussignés.

Collège des Médecins et Chirurgiens

DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE

ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine aura lieu mercredi le 23 septembre prochain, à 10 heures, dans les salles de l'Université Laval, Québec.

Les Candidats à l'Examen Professionnel ou à la licence doivent remettre l'honoraire \$40. entre les mains de l'un des Secrétaires soussignés, au moins dix jours d'avance.

Le comité des créances s'assemblera le 22 septembre prochain à 9 heures A. M. les candidats doivent se présenter avec leurs diplômes et certificats d'admission à l'Étude. Après cette date aucun candidat ne sera admis.

Le Comité d'Examen Professionnel se réunira le 22 septembre prochain à 9 hrs. A. M. Les Bacheliers ès-Arts, ès-Licences et ès-Lettres, qui se proposent d'étudier la médecine, pourront avoir leur brevet sans examen, en se faisant assermenter sur leur diplôme respectif, par l'un des Secrétaires, au moins huit jours à l'avance, ou bien, à leur choix, ils pourront prêter serment devant un juge de paix ou un commissaire de la Cour Supérieure résidant dans cette localité, d'après une formule d'affidavit qu'ils pourront se procurer chez l'un des secrétaires.

Ils devront ensuite adresser le dit affidavit avec leur diplôme, leur certificat, de bonne mœurs et leur honoraire à l'un des secrétaires au moins dix jours avant la date de l'assemblée du Bureau.

Ces certificats et diplômes seront renvoyés à leurs propriétaires, aussitôt leur authenticité reconnue.

J. A. MACDONALD, M. D., Montréal.
C. R. PAQUIN, M. D., Québec.

Secrétaires.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

ÉLECTION

L'élection d'un gouverneur en remplacement de feu le Dr Vallée, pour le district de Québec No. 1. division électorale de Québec-Centre aura lieu le 19 septembre prochain à Québec, conformément à la loi régissant le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

M. le Dr P. H. BEDARD, No. 336, rue St-Jean Québec, a été nommé Officier-Rapporteur à cette fin.

A. R. MARSOLAIS, M. D.,
Registraire du C. M. et C., P. Q.
159, rue St-Denis.

Montréal, 15 août 1903.

MEMOIRES

TEIGNE TONDANTE A PETITES SPORES (MICROSPORON AUDOUINI)

Par M. le Dr ROBERT MAYRAND, de Québec.

Une observation récente m'offre l'occasion de signaler dans la Province de Québec, l'existence de la teigne tondante à petites spores. J'ai cru qu'il serait intéressant en même temps d'attirer l'attention des lecteurs du " Bulletin Médical " sur la nature de cette maladie, sur ses symptômes cliniques et sur ses indications thérapeutiques.

Observation.—M. C. est un garçon de 9 ans. Il était dans un pensionnat durant l'année 1902-03. Au mois de janvier dernier, sa mère, en faisant sa toilette, s'aperçoit que le peigne ramenait beaucoup de cheveux ; elle ne s'en préoccupe pas. Au mois d'avril il revient du pensionnat et présente les mêmes lésions qu'il a encore aujourd'hui. Sur le sommet de la tête, il présente une grande plaque alopécique, ovoïde, parfaitement délimitée. Sur cette plaque, les cheveux existent presque en aussi grand nombre que sur les points normaux, seulement ils sont plus courts et d'une teinte grisâtre. L'épiderme sous-jacent est gris et recouvert de fines squames qui se détachent facilement. Autour de cette plaque mère, on remarque quatre autres plaques de la grandeur d'une pièce de dix centins ; ces plaques secondaires sont aussi recouvertes de cheveux courts, gris, et de squames fines. Le cheveu saisi à la pince, se détache facilement et montre une gaine blanche entourant sa base.

L'examen microscopique confirme le diagnostic clinique de *teigne tondante à petites spores Gruby Sabouraud*.

La teigne tondante à petites spores est causée par un champignon parasite, un mucédiné. Ce parasite fut décrit pour la

première fois par Gruby. Dans une série de notes présentées à l'Académie des sciences en 1848, il décrit successivement les parasites du muguet, du favus, de la mentagre contagieuse et de la teigne tondante à petites spores qu'il appela *Porrigo decalvans*. La découverte de Gruby fut contestée et l'on oublia ses travaux jusqu'en 1892, époque à laquelle Sabouraud retrouva chez l'enfant le même parasite, décrit par Gruby cinquante ans auparavant. Sabouraud eut le mérite de l'isoler et d'en faire le premier des cultures pures,

Les caractères cliniques qui nous permettent de différencier cette maladie des autres affections cryptogamiques du cuir chevelu sont des deux ordres : ceux qui sont fournis par la plaque malade ; ceux qui sont fournis par le cheveu lui-même.

Caractères de la plaque malade.—Il peut y en avoir deux ou trois : ce sont des plaques alopeciques de grandeur variable ; elles sont ovales, parfaitement délimitées ; à leur niveau les cheveux sont plus courts qu'à l'état normal, gris, *d'un gris de cendre*, suivant l'expression de Sabouraud. L'épiderme est recouvert de fines squames d'un blanc terne. Si on passe le doigt sur la plaque on a une sensation de rudesse, *de papier buvard*.

En dehors de ces plaques qu'on pourrait appeler plaques initiales, on peut rencontrer sur le reste du cuir chevelu plusieurs points qui paraissent sains au premier abord, mais, que si on les regarde de plus près présentent les mêmes caractères que les grandes plaques.

Caractères du cheveu malade.—Sabouraud nous donne une magnifique description des caractères spéciaux que présente le cheveu malade. (Diagnostic et traitement de la pelade et des teignes de l'enfant :) Les cheveux atteints, dit-il, sont fragiles, et si l'on essaie leur résistance entre deux doigts, les doigts en enlèvent facilement dix ou quinze d'une seule pincée, sans rencontrer de résistance et même sans que l'enfant s'en aperçoive c'est qu'on le

casse sans arracher leur racine. Le poil n'est pas épilé, il est fracturé presque au niveau de son émergence de la peau et ne montre jamais cette racine bulbeuse et noire que l'épilation du poil sain amène toujours.

Même en place, les cheveux de la tondante à petites spores ont des caractères spéciaux. Portons notre loupe montée, notre compte fils sur une des plus petites plaques et nous verrons que le cheveu est enveloppé, depuis sa base jusqu'à trois millimètres de hauteur, par un étui blanchâtre très régulier d'où la pointe du cheveu semble sortir.

Le cheveu malade a donc deux portions affectant réciproquement l'apparence de deux segments d'une longue-vue. Cet aspect est tout à fait particulier. On pourrait encore comparer le cheveu malade aux premières plumes des oiseaux, à ces plumes bleuâtres qui sortent d'un cornet épidermique blanc. ”

Tels sont les symptômes objectifs de la tondante à petites spores. Quelque fois surtout lorsque la maladie débute ces caractères peuvent nous échapper, c'est alors que le microscope nous sera d'une grande utilité.

Voici la technique que l'on emploie pour l'examen des teignes en général : Prendre une lame porte objet y déposer quelques gouttes d'une solution de potasse caustique (30 ou 40 parties pour 100 d'eau) ; mettre dans cette goutte le fragment de cheveu à examiner, recouvrir d'une lamelle et porter la préparation sur une flamme. Il faut chauffer légèrement de manière à ramollir le cheveu et à pouvoir l'écraser complètement en appuyant sur la lamelle.

La même technique sert aussi pour l'examen des squames seulement il faut avoir soin de les désorganiser et de les dégraisser préalablement dans l'alcool éther.

En examinant une préparation de cheveu malade au microscope. (obj, 7 ocul. 3 Stiassénie,) nous voyons que le cheveu est

entouré par une gaine de petites sphérules blanches, très claires. Ces spores sont petits, inégales, et agglomérées les unes contre les autres ; l'on ne distingue pas de filaments mycéliens comme dans la tricophytie ou le favus.

La tondante à petites spores se cultive assez facilement. J'aiensemencé, au laboratoire du docteur Guimont, des fragments de cheveux appartenant au cas relaté plus haut sur de la glucose contenant 5 0/0 de glycérine, j'ai obtenu des cultures typiques. Les cultures sont intéressantes surtout pour classer les différentes espèces de microsporion. En effet, de même qu'il y a plusieurs espèces de teignes tricophytiques, il y a plusieurs microsporions. On en connaît à l'heure actuelle trois sortes : celui de l'homme du cheval et du chien.

Pour ceux que cette étude intéresserait, je les renvoie au magnifique article de Bodin sur les microsporions (Pratique dermatologique.)

Cette maladie évolue très lentement, elle peut durer de 6 mois à 3 ou 4 ans. A l'âge de 15 ans, à la puberté, la maladie ne s'observe plus jamais.

Que doit-on faire lorsque nous avons un teigneux sous nos soins?

Il faut d'abord lui faire couper les cheveux très courts. Autour de chaque point malade on pratique de larges bordures d'épilation. La coupe des cheveux doit être renouvelée toutes les semaines et l'épilation chaque mois.

Trois fois par semaine, on doit raser au rasoir les parties malades. Aussitôt après chaque rasure on fera sur toutes les régions rasées une application de teinture d'iode. Il serait bon que l'une de ces applications soit faite sur tout le cuir chevelu (Sabouraud).

L'extrême contagion des teignes, leur longue durée, le préjudice matériel et surtout moral qu'elles causent à l'enfant font

réfléchir tous ceux qui ont entre leurs mains une école, un dispensaire, une clinique (Sabouraud). Au Canada il n'existe pas de législation empêchant les teigneux de fréquenter les écoles ; tous ces enfants en France sont internés. La ville de Paris a fondé des écoles où les enfants teigneux sont admis et d'où ils ne sortent que lorsqu'ils sont guéris. Le nombre des enfants admis en 1901 était de dix mille. Évidemment nous ne pouvons pas demander cela dans nos villes, mais combien d'épidémies seraient enrayées, si le médecin signalait les cas de teigne et leur défendait l'entrée des écoles et des pensionnats ! Malheureusement l'on ne surveille pas assez le cuir chevelu des enfants ; l'hygiène de la tête dans notre pays est presque complètement ignoré. Je terminerai par un passage de Sabouraud qui traite de cette question :

C'est un préjugé quasi religieux que celui qui empêche les mères de nettoyer le cuir chevelu de leur enfant. Même dans les classes riches, mais surtout chez les pauvres, le respect de cet enduit sordide qui revêt le sommet de la tête chez les jeunes enfants est absolu.

L'idée ne vient pas aux mères, que si elles ne lavaient pas le reste du corps de leur enfant, il serait partout aussi sale et qu'il ne s'en porterait pas mieux.

Tous ces préceptes d'un autre temps, sur la génération spontanée des poux, leur nécessité, sur le bienfait de la gourme, sur le rôle protecteur de cette crasse séborrhéique appelée " la calotte, " toutes ces absurdités doivent trouver le médecin impitoyable, et je n'admets pas que, pour complaire à des mères inintelligentes, le médecin consente à paraître aussi borné qu'elles.

L'hygiène de la chevelure surtout chez les pauvres, est une chose primordiale, à laquelle le médecin doit s'intéresser particulièrement. Même chez les filles, très souvent il doit conseil-

ler les cheveux ras. C'est déjà de l'hygiène, quand on ne peut pas faire davantage.

C'est la certitude d'éviter la pédiculose, cause la plus fréquente de l'impetigo, dans la classe populaire. Et dans ce milieu, l'impetigo, c'est la porte ouverte à toutes les misères de l'enfance : à la blépharite, à la héralite phlycténaire, etc.

Combien ces misères seraient diminuées de nombre, si l'on pouvait obtenir pour chaque enfant une coupe de cheveux mensuelle, et un savonnage hebdomadaire !



LE SANMETTO DANS L'IRRITATION VÉSICALE ET DANS LA PROSTATITE.

J'ajoute avec plaisir mon certificat aux centaines d'autres qui attestent les mérites du SANMETTO. Dès son début j'en ai fait un usage très étendu et dépourvu de tout échec dans tous les cas typiques.

Dans l'irritation vésicale chez l'homme et chez la femme il est d'une action parfaite. Je ne dirais pas que tout cas est guéri, ma's s'il y avait un insuccès parmi mes malades, je pouvais toujours déceler une entrave mécanique ou une condition tuberculeuse. Dans le traitement de la prostatite je n'ai jamais vu un médicament comparable au SANMETTO.

Je l'ai pris moi-même avec un brillant succès. Je n'ai guère besoin de dire que je l'ordonnerai toujours partout où il est indiqué.

Madison, Ind.

DR. THOMAS W. FORSHEE,

Diplômé en 1854.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Dr F. LEGARS Prof. agrégé à la faculté de Médecine de Paris.

LA THÉRAPEUTIQUE " IN EXTREMIS ".

Ce n'est point une thérapeutique brillante, et les succès ne laissent pas que d'en être rares : à vouloir sauver quand même " ceux qui vont mourir ", on encourt souvent des responsabilités lourdes et injustifiées, on se crée de rudes besognes et l'on s'expose à des échecs d'autant plus pénibles que la lutte a été plus longue et plus acharnée. Peut-être vaudrait-il mieux, à tout prendre, dans ces cas limites, dans ces situations quasi désespérées dont nous allons parler, s'en tenir aux suggestions d'un sage pessimisme et se borner à ces petites pratiques, inutiles et constantes, qui représentent le formulaire des agonies.

Nous ne le croyons pas ; nous savons par expérience qu'au nombre des " condamnés sans appel ", il en est qui échappent à la sentence, et qui guérissent ; on dit, de ces guérisons inexplicables, que ce sont des " résurrections ", et cela n'a pas de sens. Mieux vaut chercher—avec les données, si incomplètes soient-elles, que nous possédons—la solution du problème, tel qu'il se pose en clinique : est-il temps encore de " faire quelque chose " ? J'entends quelque chose d'efficace et qui puisse sauver la vie. A quels signes reconnaitrons-nous que la résistance vitale est épuisée sans retour, et qu'il n'y a plus " qu'à laisser mourir " ?

Bien entendu, nous ne saurions prendre la question dans ses termes les plus généraux ; nous ne voulons pas d'avantage faire état de ces éventualités trop fréquentes où, par le fait d'une cachexie ancienne, du cancer, de la tuberculose, d'une affection organique avancée, la déchéance vitale est irrémédiable, et où le découragement ne saurait être qu'à peine retardé.

La situation est tout autre à la suite des *traumatismes graves*, dans les *anémies aiguës* ou dans ces *infections* qui éclatent en pleine santé. Ce sont des accidents, à proprement parler : d'eux seuls dérivent tous les désordres et la fin prochaine. Est-il possible encore de conjurer cette fin ? Comment ? Quels ressources avons-nous pour aider la réaction vitale ? A quelles opérations, à quels types d'opérations pourrions-nous recourir ?

I

C'est à la suite des *grands traumatismes* que la question se pose d'abord, et souvent. Or, il convient de s'entendre sur ce terme et d'en préciser le sens.

Les lésions vitales irrémédiables, ne sont pas toujours celles qui se traduisent, d'emblée, par l'appareil symptomatique le plus alarmant ; et, d'autre part, les différents types de traumatisme, la " manière dont on est blessé ", provoquent des réactions immédiates fort dissemblables, qui ne représentent pas exactement la gravité réelle de la " blessure ". Faut-il rappeler le *shock* toujours si intense qui accompagne les accidents de chemins de fer ? Et encore celui qui était autrefois coutumier à la suite des plaies de guerre ? Je dis autrefois, car l'expérience des campagnes récentes paraît démontrer que les plaies par la balle de petit calibre entraînent beaucoup moins souvent ces grandes perturbations générales. MM. Küttner (1), Hildebrandt (2) et la plupart des chirurgiens ont constaté le fait au cours de la guerre sud-africaine.

Au début et dans les premières heures, nous nous trouvons donc en présence du *shock* : il masque les signes précis des lésions proprement dites, et caractérise cette période indécise et trouble, où le pronostic est hésitant et les indications si malaisées à poser. On a beaucoup abusé de ce terme de *shock*, et, en effet, c'est là un état fort complexe et qui reconnaît des agents pathogéniques multiples : l'hémorrhagie, les désordres mécaniques graves de la respiration et du cœur, l'infection commu-

(1) H. Küttner. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege 1899-1900. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXVIII, 3, p. 793.)

(2) H. Hildebrandt. Beobachtungen über die Wirkungen des kleinkalibrigen Geschosses aus dem Boerenkriege 1899-1900. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXV, 3, p. 760.)

cante, mais il relève aussi de la secousse nerveuse, de l'ébranlement mécanique ou réflexe, direct ou à distance, des centres cérébro-médullaires et des grands nerfs splanchniques, et de ce fait même il acquiert (je parle du shock traumatique) une réelle individualité. En dehors de l'anémie, de l'asphyxie, de la syncope, le shock, c'est la commotion cérébrale, la commotion médullaire, la commotion du sympathique ou du pneumogastrique, avec leurs degrés divers et leurs combinaisons variées.

Or, nous est-il possible de distinguer le shock curable, qui se dissipera plus ou moins vite et qui ne cache aucune lésion traumatique fatalement mortelle, du shock grave, avant-coureur du coma et de l'agonie? En pratique—et hormis certains faits où le problème ne se pose même pas—la réponse est souvent fort difficile à donner, d'emblée tout au moins.

Un homme est apporté dans mon service avec un écrasement des deux membres inférieurs jusqu'à mi-cuisse, des fractures de la clavicule et des côtes, des contusions sans nombre de la tête, du thorax et de l'abdomen; il est pâle, froid, avec un pouls presque incomptable, une respiration toute superficielle, une insensibilité absolue. On le réchauffe, on lui injecte du sérum en abondance: peu à peu le pouls reprend quelque force, la respiration se régularise et devient plus ample, le faciès se restaure; au bout de quelques heures, l'état général s'est "remonté" suffisamment pour que mon interne, M. Coudert, puisse lui amputer les deux cuisses (je reviendrai dans un instant sur ces interventions précoces): il est aujourd'hui guéri.

Et les exemples ne manquent pas. Je ne veux en tirer qu'une conclusion: très fréquemment, quelle que soit la gravité apparente et irrémédiable, semble-t-il, de la situation, on ne peut rien inférer de certain d'un premier examen; ce n'est qu'en suivant ces "grands blessés" qu'on dégage peu à peu, et plus ou moins vite, des notions précises et les éléments d'un pronostic dûment fondé, et *c'est le cœur, ici encore, qui fournit les meilleures indications.*

Si le pouls se déprime progressivement, s'il devient intermittent, et que des pauses prolongées l'interrompent souvent, s'il reste indifférent à tous les moyens utilisés, et, en particulier, que

l'injection de sérum n'exerce plus sur lui qu'une action nulle ou toute passagère, la fin est proche ; ajoutez encore l'accélération des mouvements respiratoires et surtout leur caractère rythmique, passif, purement mécanique, et, de plus, si la situation se prolonge plusieurs heures, l'anurie complète, la suppression de toutes les sécrétions, la sécheresse de la bouche, du nez, des yeux. Enfin le hoquet, surtout à la suite des traumatismes abdominaux, est encore un signe de gravité majeure, et M. D'Anna (1) y a insisté.

Toujours est-il que nous ne saurions trouver là, en général, les éléments d'une certitude : à cette période intermédiaire, instable, hésitante, il faut agir, et la thérapeutique, j'entends un ensemble de pratiques raisonnées et utiles, trouvera dans tous les cas à s'exercer.

Il faut agir, mais dans certaines limites, et savoir, avant tout *ce qu'il ne faut pas faire*. Certaines tendances traditionnelles subsistent encore, et très souvent elles deviennent meurtrières : je veux rappeler surtout la *précipitation des transports*, la *précipitation des pansements et des interventions*.

Les transports immédiats lointains, improvisés, sont maintes fois la cause prochaine de la mort, et cela est vrai dans la pratique civile, rurale, comme en chirurgie de guerre. Pendant la campagne anglo-boer, on a eu de nouvelles preuves des périls que font courir, non seulement aux blessés du ventre, mais à ceux de la tête, de la poitrine, des membres, ces " évacuations " prématurées. Et le fait se vérifie d'autant mieux qu'il s'agit de blessés plus gravement atteints, et dans cet état d'équilibre instable dont nous parlions plus haut.

L'immobilité absolue est, alors, la première indication thérapeutique, et c'est pour cela aussi, que, à part certaines blessures vitales, à traiter séance tenante, la précipitation des pansements étendus et compliqués est une erreur et un danger grave. J'ai vu, plusieurs fois, des écrasés, des brûlés, qu'on s'était empressé de traiter, de désinfecter, de panser, et qui s'éteignaient, à peine terminée cette longue besogne, alors qu'au début le pouls

(1) E. D'Anna. Alcune considerazioni sullo shok traumatico. (*Clinica chirurgica*, nov. 1901, p. 907.)

était relativement bon et la résistance encore très suffisante. C'est un second traumatisme, c'est une seconde série de secousses nerveuses de tout ordre, que l'on impose à ces " grands traumatisés ". Arrêtez, suspendez l'hémorrhagie, et vous avez, pour cela des moyens assez simples, en général, et ne croyez pas qu'un retard de quelques heures accroîtra notablement l'infection (1). L'infection, elle est contemporaine de l'accident et des instants qui la suivent, elle existe, quand vous voyez le blessé, et, quelle que soit votre hâte, la résorption des poisons septiques vous devancera toujours ; si vous ne touchez pas aux plaies, si vous maintenez l'immobilité complète, elle ne s'aggravera pas.

Et cela s'applique, à plus forte raison, aux interventions proprement dites, aux amputations traumatiques, en particulier. Une fois passée la période de shock initial, il sera souvent, d'ailleurs, de bonne pratique de procéder à certaines exéréses immédiates, et ce sera, en maintes rencontres, la meilleure méthode de désinfection.

Donc ne faites rien qui puisse aggraver le shock, et traitez-le. Telle est la première indication à remplir, et l'efficacité de cette thérapeutique n'est pas discutable, dans nombre de faits.

Traiter le shock initial, cela veut dire surtout *traiter le cœur*, et l'aider à reprendre son activité et son fonctionnement. Telle est, à notre sens, l'idée fondamentale qui doit présider à nos efforts. Toutes les autres pratiques sont illusoire, et l'on perd son temps à mettre en œuvre les soi-disant " excitants diffusibles " et les divers artifices par lesquels on prétend " réveiller " le système nerveux : c'est par le cœur, par l'afflux plus régulier et plus abondant du sang que le système nerveux " se réveillera ", si la gravité des lésions n'est pas irrémédiable, et que les fonctions se rétabliront. Les piqûres d'huile camphrée et de caféine, d'une part, et surtout le sérum artificiel rempliront cette indication fondamentale. Encore faut-il, ici, comme dans les autres situations d'extrême péril que nous allons examiner plus loin, que le sérum soit *administré tout de suite et à très haute*

(1) La résorption des poisons septiques serait, du reste, ralentie dans l'état du shock, d'après les expériences de M. R. Galeazzi (La recettività dell'organismo in " shock " per le infezioni, 1895.

dose et non point avec cette parcimonie étrange qui, trop souvent encore, paraît être une règle pour quelques-uns. Le sérum n'est pas seulement, alors, le meilleur agent de la thérapeutique *in extremis*, il devient aussi le meilleur élément du pronostic vrai, et si, injecté en abondance et pendant plusieurs heures, il ne relève pas la tension sanguine, n'agit pas sur le cœur, vous pouvez tenir pour assuré que, cette fois, " il n'y a plus rien à faire ".

II

L'hémorrhagie entre souvent, pour une part, dans le mécanisme de cet état complexe qu'on désigne du nom de shock ; il est d'autres éventualités où, par elle-même et par elle seule, elle crée le péril de mort imminent. Je veux parler des hémorrhagies profuses, des *anémies aiguës*, d'origine diverse, qui se présentent souvent, en pratique ; hémorrhagies extérieures, d'ordre traumatique, hémorrhagies internes par rupture de grossesse tubaire, hématoméses " cataclysmiques " de l'ulcère de l'estomac, grandes hémoptysies, métrorrhagies obstétricales.

Ici l'on peut dire, en quelque manière, qu'en dépit de toutes les apparences, *il n'est jamais trop tard pour agir*. Sans doute, au delà d'une certaine limite, la perte de sang n'est plus réparable et la mort s'ensuit fatalement ; mais cette limite vitale est difficile à prévoir, même chez les animaux, et les chiffres donnés par les expérimentateurs en témoignent : d'après M. Hayem, chez le chien, la déperdition sanguine mortelle varie de 4.34 à 5.55 0/0 du poids de l'animal ; d'après M. Kireef (1), de 4.3 à 7, 3 0/0 ; et d'ailleurs, le rapport de la masse sanguine au poids du corps est lui-même variable, de 5, 5 à 9, 1 0/0. Ces oscillations et ces écarts montrent bien que, chez l'homme, où, du reste, la quantité de sang perdu est si malaisé à évaluer, on ne peut d'emblée, rien augurer qui soit définitif.

Ici encore, les signes extérieurs, la pâleur de la peau et des muqueuses, le refroidissement des extrémités, la petitesse extrême et la fréquence du pouls ne révèlent qu'en partie la situation exacte. La respiration — *le type respiratoire* — fournit par fois de meilleurs éléments, et les observations expérimentales faites

(1) V. Kireef. Ueber arterielle Blutungen. (*Arch. f. Physiol.*, 1884, p. 156.)

par Mr Holovtschiner (2) valent d'être rapportées; cet auteur distingue trois types de respiration chez les animaux " saignés " 1° la respiration *pneumatoectique*, profonde et le plus souvent aussi accélérée, qui dérive du besoin d'oxygène; si l'hémorragie est arrêté pendant cette période, le retour à l'état respiratoire normal ne tarde pas; 2° la respiration *hypokinétique* accélérée, superficielle, avec pénétration incomplète de l'air dans le poumon; le péril est grave alors; M. Holovtschiner estime, toutefois, qu'à ce stade l'injection de sérum artificiel est encore susceptible de sauver la vie; d'après M. Rosenberg, la transfusion sanguine pourrait être seule efficace; 3° la respiration *syncopale* entrecoupée, interrompue, par de longues pauses, les mouvements respiratoires recouvrant une certaine fréquence, au début, et devenant de plus en plus rares et superficiels, jusqu'à la cessation finale; ici, le sérum artificiel est impuissant, mais la transfusion sanguine pourrait donner des résultats inattendus.

On retrouve, en clinique humaine, lors d'anémie aiguë ces divers types respiratoires, et la gravité du type *syncopal* est de notion commune. Ce n'est pas seulement, d'ailleurs, la quantité de sang perdu qui crée le danger immédiat, c'est encore la brusquerie de l'hémorragie: un blessé qui perd d'un coup, en quelques instants, un litre et demi de sang, est fort exposé à mourir séance tenante par syncope, alors que la contre-partie s'observe de temps en temps, et que certaines hémorragies intraabdominales se montent à un taux certainement plus élevé, tout en permettant aux malades de survivre de longues heures, de supporter l'anesthésie générale et la laparotomie, et finalement de guérir.

Le mécanisme de la mort par hémorragie n'est pas univoque, en effet, car à côté de la mort *fonctionnelle* (*Junktioneller Verblutungstod*) due à la perte globulaire trop exagérée, il y a la mort *mécanique* (*mechanischer Verblutungstod*), qui dérive, elle, de la dépression extrême du tonus vasculaire, de l'affaissement des vaisseaux, trop vides, qui ne peuvent plus réagir utilement sur leur contenu, et " donner au cœur la réplique. "

(2) Holovtschiner. Ueber hamorrhagische Dyspnoe (*Arch. f. Physiol.*, 1886, p. 232.)

Ce sont là des notions anciennes déjà, et depuis longtemps établies, mais qui n'en méritent pas moins d'être reprises, répétées, vulgarisées. Elles seules, en effet, permettent de comprendre l'action de la sérothérapie artificielle, de *l'infusion* comme disent les Allemands, et de préciser les conditions qu'elle doit remplir pour jouer tout son rôle et donner tous ses résultats.

J'ai déjà parlé de la parcimonie que l'on met trop souvent à l'emploi du sérum. On injecte 200, 300 grammes de solution salée physiologique, et l'on croit avoir fait tout le nécessaire. C'est un non-sens ; dans les grandes anémies aiguës, l'injection de sérum a un but mécanique : il faut remplir, et remplir le plus vite possible, les vaisseaux trop vides, et, pour cela, *injecter séance tenante une grande quantité de liquide*, et l'injection intraveineuse répond précisément à ces nécessités d'extrême urgence.

Alors même que l'hémorrhagie a été considérable et que la mort " fonctionnelle " paraît inévitable, la sérothérapie artificielle, comme le fait remarquer fort justement M. Ercklentz (1) dans un mémoire récent, peut encore servir à prolonger la vie quelques heures—et ce n'est jamais là un résultat négligeable—et, de plus, durant ce répit, la régénération globulaire peut être suffisante pour écarter le dénouement fatal. Ne sait-on pas avec quelle rapidité se régénèrent les globules, en particulier chez les jeunes sujets ? D'ailleurs, M. de Ott a démontré que la sérothérapie artificielle exerce une influence des plus efficaces sur cette réparation globulaire du sang ; elle devient, sous l'action du sérum, deux fois plus rapide, et plus active même qu'après la transfusion sanguine.

Telle est donc la méthode " héroïque ", l'arme la plus puissante que nous ayons dans la lutte *in extremis*, si nous savons la bien manier. Les exemples abondent, et nous pourrions citer un grand nombre de faits où l'injection de sérum, pratiquée d'emblée, poursuivie pendant toute la durée de l'intervention hémostatique, et dans les heures qui suivent, a tenu ses promesses et,

(1) W. ERCKLENTZ. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Leistungen der Kochsalzinfusion, (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1903, *NL V III* 3-4, p. 171.)

contre toute attente, sauvé la vie. Nous rappellerons seulement deux cas où nous avons pu voir, jusqu'à quelles limites extrêmes sur un sujet exsangue, et condamné sans recours, il est possible grâce au sérum, de retarder l'échéance fatale. Il s'agissait, dans l'un de ces faits, d'un écrasement des deux membres inférieurs ; le blessé, un jeune homme, resté sans secours pendant plusieurs heures, avait perdu, par une déchirure de l'artère poplitée droite une quantité de sang d'évaluation impossible ; il saignait encore, il n'avait plus de pouls qu'à l'humérale et à la fémorale, sa respiration était entrecoupée, anxieuse, et il présentait la pâleur livide de ces hémorragies "à blanc" ; pendant qu'on examine sommairement les foyers d'écrasement et qu'on pince l'artère, il cesse tout à fait de respirer, on ne sent plus le pouls, on n'entend plus le cœur, la cornée est insensible, les paupières inertes, la langue tombante. C'est le cadavre. Nous nous précipitons sur une veine du coude, nous l'ouvrons, nous poussons une canule, du sérum chaud : au bout de quelques minutes, une vague coloration reparait aux lèvres, le cœur se reprend à battre, les mouvements respiratoires se rétablissent peu à peu, la connaissance revient. Le patient survécut près de vingt-quatre heures.

Autre "résurrection" momentanée aussi, mais plus frappante encore, car le malade, épuisé par des hématemèses profuses répétées, les jambes œdématisées, les urines rares, était dans un état si avancé de déchéance que rien ne pouvait plus le sauver ; il s'éteignait lentement ; le pouls devient de plus en plus petit et incomptable, la respiration de plus en plus superficielle, interrompue, embarrassée ; toute connaissance a disparu : c'est l'agonie, et, bientôt, le silence complet, l'arrêt de la respiration et du cœur. On le croit mort : pourtant en pratique, en hâte, l'injection de sérum artificiel, et c'est un spectacle rare et émouvant que de voir, au bout d'une dizaine de minutes, ce "mort" se ranimer, ouvrir les yeux, reprendre connaissance, parler. Lui aussi survécut plus d'une journée.

Si, dans de pareilles situations, quand tout est perdu, et fatalement perdu, on obtient, par le sérum, des survies de ce genre

et de ces trêves inexplicables, que ne doit-on pas attendre de la sérothérapie, utilisé à temps, et à dose suffisante ?

III

J'arrive à une question autrement complexe : celle des *infections* et des ressources que nous possédons et que nous devons mettre en œuvre, dans les cas extrêmes et les périodes avancées.

Sans doute il y a, ici encore, une limite vitale, autrement dit un degré d'empoisonnement et d'imprégnation septique au delà duquel toute résistance est annihilée. Ce degré d'intoxication, nous n'avons, pour l'apprécier à son titre exact, que des moyens jusqu'ici assez frustes, et, de même, nous ne pouvons évaluer avec précision la "quotité de défense" de l'organisme. Quelque jour, nous ferons mieux, peut-être, et nous pourrions appliquer à la lutte contre les infections une thérapeutique nouvelle, spécifique, qui supprimera ou réduira grandement les actions locales et l'emploi de nos méthodes actuelles. Quoi qu'on en veuille dire, cette heure n'est pas venue, et, quels que soient les services que nous puissions attendre de quelques sérums spécifiques, de quelques agents médicamenteux, il serait d'une suprême imprudence de les utiliser seuls.

On lutte contre l'infection avec son cœur et avec ses reins ; la formule est simpliste, peut-être, et il serait mieux de dire que la lutte est soutenue par des cellules vivantes, grâce aux mécanismes de défense aujourd'hui bien connus ; en pratique, cette formule simpliste reste vraie ; elle conserve toute sa valeur et au point de vue du pronostic et au point de vue de la thérapeutique ; c'est l'état du cœur et des reins qui révèle le mieux la capacité de défense de l'organisme à telle ou telle période, c'est en agissant sur le cœur et les reins qu'on obtient le maximum d'effet utile.

Quelques exemples, empruntés aux différents types d'infections, suffiront à le démontrer ; ils nous fourniront, en même temps, les moyens de répondre à la question qui se pose une fois de plus : Est-il encore temps d'intervenir ? Comment faut-il intervenir, à ce stade "d'équilibre instable" entre la vie et la

mort, où si peu de chose suffit à faire tomber la balance du mauvais côté ?

Pareil problème se présente assez souvent en présence des *stercorémies* profondes, qui succèdent aux étranglements herniaires ou aux iléus, méconnus ou non traités.

Une femme de soixante-quatre ans, courte et grasse, est atteinte depuis huit jours d'un de ces pseudo-étranglements ombilicaux, plus graves que l'étranglement vrai ; elle est à la dernière phase de l'empoisonnement stercorémique, le peau marbrée de violet, le facies plombé, les extrémités froides, régurgitant des matières fécaloïdes ; la hernie est énorme, bosselée, tendue, rougeâtre et la kéléctomie sera, certes, fort malaisée. Deux éléments me laissent pourtant quelque espoir : l'haleine n'a pas cette fetidité caractéristique qui annonce sûrement l'agonie proche ; le pouls est tout petit, mais il est net encore et les pulsations se détachent bien sous le doigt.

L'anesthésie générale eût été mortelle ; je me contente d'insensibiliser la peau à la cocaïne et d'aller le plus vite possible. Je trouve un vaste sac herniaire divisé en loges multiples, parsemé de brides et de diverticules, tout l'épiploon hernié, épaissi, adhérent, un paquet d'intestin grêle d'au moins 35 centimètres, coudé, segmenté, plicaturé en maintes places entre les cloisons incomplètes et les brides épiploïques, et adhérent. Très vite, et par étapes, m'arrêtant un peu, quand la malade résiste, et reprenant, dès qu'elle s'est calmée, je sectionne les brides, je débride, je décolle et je résèque l'épiploon, je libère l'intestin. La réduction est faite, l'ouverture abdominale rapidement fermée, et toute cette rude besogne est finie en vingt-cinq minutes. La malade se réchauffe peu à peu ; dans la nuit, elle a plusieurs selles. Elle guérit (1).

Je pourrais citer quelques autres faits tout semblables où l'intervention a eu lieu *in extremis*, aux confins de l'agonie, et s'est jugée par une guérison inespérée. Bien entendu, à cette période trouble et indécise, un nombre élevé de malades succombent, et l'opération elle-même, lorsqu'elle n'est pas conduite avec

(1) Cette observation figure dans la thèse de M. H. Kresser : Les limites ultimes de l'opérabilité en chirurgie d'urgence. (*Thèse de Paris*, 1902)

la rapidité et la simplicité que nous dirons plus loin, " donne le coup de grâce " mais le fait seul que quelques-uns d'entre eux trouvent le salut dans ces tentatives suprêmes suffit à légitimer celles-ci. Et ce que nous venons de dire de la hernie s'applique de tout point à l'iléus, sous la réserve toutefois que l'on se borne à l'entérostomie, à la vidange pure et simple de l'intestin.

A joutons que la stercorémie, avancée crée des dangers d'autant plus graves que l'action du coeur est en règle, et de bonne heure, grandement compromise.

Dans les *péritonites*, comme dans la stercorémie, c'est encore le coeur qui fournit au pronostic ses meilleurs indices, et précisément les formes les plus graves, et sur lesquelles nous avons le moins de prise, sont celles où l'iléus et la péritonite se combinent; comme le fait remarquer M. von Beck (2), l'empoisonnement du coeur procède alors d'une double source et devient vite irrémédiable.

Il y a, du fait, un départ à établir dans l'ensemble, si divers et si complexe, des péritonite: on ne discute plus le bien fondé de l'intervention aux stades précoces et dans les types de gravité atténuée où la suppuration intra-abdominale revêt plutôt les allures du phlegmon par diffusion que les caractères de la généralisation proprement dite. Nous voulons parler, ici, des formes les plus malignes et des périodes retardées, où la mort semble toute probable et toute prochaine.

Un certain nombre de chirurgiens se refusent alors à une intervention, presque sûrement condamnée à l'impuissance, et la question s'est présentée et a été plusieurs fois discutée, à l'occasion des péritonites diffuses d'origine appendiculaire. On a cherché même à établir que l'abstention opératoire laissait plus de chances — des chances bien précaires — de survie; mais la démonstration n'a pas été faite, et jusqu'à ce que nous possédions une thérapeutique antitoxique, la laparotomie reste un des termes nécessaires et primordiaux de notre action de défense. Il faut toujours intervenir, hormis les cas où l'intoxication est trop profonde pour que la moindre tentative opératoire ne soit pas

(2) B. von Beck. Weitere Erfahrungen über operative Behandlung der diffusen Peritonitis. (*Beilage, z. klin. Chir.*, 1902, XXXIV, p. 116.)

suivie de mort immédiate ou rapide, et toute la question pratique se résume précisément à reconnaître les situations désespérées. Sous ce rapport, la dépression progressive et l'irrégularité du coeur, l'anurie sont des indices fort importants ; M Friedrich (3) a assisté à la signification toute spéciale de la cyanose du refroidissement, de l'hypothermie très accusée qui témoignent de l'"empoisonnement" des centres bulbaires par les toxines microbiennes ; à cette heure-là, la diffusion est trop grande et l'imprégnation toxique trop avancée, pour que l'évacuation du foyer, le lavage du péritoine et la destruction—fût-elle intégrale,—des microbes originels puissent servir au moindre résultat. A ce stade de l'infection bulbaire, tout est perdu ; jusque-là, et quelles que soient les apparences et les probabilités, on n'a pas le droit de conclure.

Il n'est pas douteux que la nature microbienne de la péritonite et le degré de virulence de l'infection ne commande d'emblée, pour une grande part, au moins, le pronostic et le dénouement ; et surtout parmi ces malades que nous opérons, pour ainsi dire, *in extremis*, un très grand nombre, presque tous sont voués, sans secours possible, à la mort. Nous le savons bien, et l'expérience nous le montre assez ; ce que nous ne savons pas, c'est, si je puis dire, la quantité de résistance vitale qui reste à chacun d'eux, et ce que l'on peut attendre encore de leur activité cellulaire—de leur coeur et de leurs reins, pour reprendre la formule indiquée plus haut—avec le concours de notre intervention adjuvante et des ressources thérapeutiques auxquelles nous pouvons recourir. Du fait seul qu'il y a doute, nous devons aller de l'avant, et les surprises heureuses, les guérisons qu'on dit merveilleuses parce qu'on n'en sait pas démontrer encore les raisons cachées, pour rares qu'elles soient, ne suffisent pas moins à légitimer, à encourager l'action quand même. En voici un exemple :

Une femme de vingt-deux ans est apportée mourante dans notre service, sans autre renseignement que celui-ci : elle est ma-

(3) P. J. FRIEDRICH. Zur bakteriellen Aetiologie und zur Behandlung der diffusen Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXXVII, 2, p. 124, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 121.)

lade depuis dix jours, et les accidents ont débuté bruyamment par des douleurs abdominales; et des vomissements. Le ventre est énormément distendu, dur, mat sur presque toute son étendue, surtout dans les fosses iliaques et le flanc droit. On ne sent pas le pouls aux radiales; les pieds et les jambes, les mains et les avant-bras sont froids, la peau violacée par places, plissée, sans élasticité; le facies est celui de la péritonite infectieuse, les yeux vagues, la langue sèche et froide, la connaissance incomplète. De toute évidence, la mort est là, toute proche. Pourtant l'haleine n'a pas le relent agonique, et, d'autre part, le jeune âge de la malade reste, en dépit de tout, un élément—fort précaire—d'espoir.

Séance tenante, on opère. L'injection sous-cutanée de sérum est commencée tout de suite et poursuivie durant toute l'intervention; on donne quelques bouffées de chloroforme, et je pratique une première incision dans la fosse iliaque droite: il sort un flot de pus fétide; j'incise plus haut et, de toute la profondeur du flanc, une quantité considérable de pus sanieux continue à s'échapper: tout le ventre en paraît rempli.

Je fais une seconde incision, médiane: même avalanche purulente; j'en fais une troisième dans la fosse iliaque gauche, et là encore, j'ouvre un immense foyer. Le pus remontait dans les deux flancs et communiquait de l'un à l'autre.

Plusieurs litres de sérum artificiel chaud achèvent la déterision, puis j'assure le drainage, de tous les côtés, sans réunion. Après l'opération, on pratique, dans une veine du pli du coude gauche, une injection d'un litre et demi de sérum. Pendant le reste de la journée, on continue à injecter du sérum dans le tissu cellulaire, jusqu'à concurrence de deux litres environ. Le pouls imperceptible, est redevenu très net, et, le lendemain matin, il a repris une ampleur qui nous fait bien augurer de l'avenir. En effet, les accidents cessent et, un mois après la guérison est complète.

Ce sont là de véritables expériences; elles parlent plus haut que toutes les théories et que tous les systèmes, elles créent des convictions tenaces, et la volonté *d'essayer toujours, puisqu'on peut réussir.*

Il y a, d'ailleurs, comme nous le dirons dans un instant, une technique de ces interventions de suprême secours qui deviendraient si aisément meurtrières, ou, pour mieux dire, qui, si facilement, avanceraient l'heure de l'échéance fatale, et qui en porteraient la responsabilité. Il y a, de plus, toute une thérapeutique, dont la sérothérapie artificielle est l'élément capital, tout un ensemble de réconforts, dont la mise en oeuvre raisonnée, continue, patiente, est le complément indispensable de l'acte chirurgical.

Sans que nous puissions entrer dans des détails, ce que nous venons de dire, s'applique, avec des chances variables de succès, aux péritonites traumatiques, aux péritonites par perforation, à celles qui procède de l'appendicite, aux péritonites puerpérales.

Dans la septicémie puerpérale, d'ailleurs, de formes si diverses, la thérapeutique *in extremis* trouvent à s'exercer. Elle n'est pas toujours opératoire, et, sans discuter à nouveau le bien fondé et les indications de l'hystérectomie, nous nous contenterons de rappeler que les septicémies, sans localisation précise et "opérable", sont fréquentes, et que la sérothérapie artificielle, telle que nous l'étudierons dans un instant, bien appliquée, peut donner; même dans les formes les plus graves, des succès inattendus.

Enfin, sur un autre terrain, dans les grandes *infections des membres* (phlegmons gangreneux, suppurations diffuse, arthrites suppurées, etc., compliquées de septicémie menaçante), il y a lieu de se demander encore, dans certains cas : *Faut-il amputer ?* Le sacrifice du membre est-il justifié, peut-il être une intervention de salut ? — La question a été longuement discutée, dans ces dernières années; M. Dörfler, (1) a soutenu qu'il fallait rayer des traités classiques ces opérations, autrefois fréquentes, et que les amputations en pleine septicémie, et destinées à enrayer la septicémie ne cadraient plus avec les données actuelles de la science. D'autres travaux, émanés de la clinique de M. von Berg-

(1) H. Dörfler. Blutvergiftung und Amputation. (*Munch. med. Wochenschr.*, 23 et 30 avril 1901 et 21 janv. 1902.)

mann, à Berlin (2), de M. Von Angerer, à Munich (3), ont conclu dans un sens tout différent, et, d'après leurs auteurs, si l'exérèse radicale n'est jamais qu'une dernière ressource et qu'un pis aller, elle n'en a pas moins ses indications, et devient, dans certaines conditions, le facteur suprême de la guérison. Il en est ainsi, pour préciser, lorsque le traitement local, aussi actif qu'on le suppose, et, en particulier, les grandes incisions, ne suffisent pas à enrayer le processus local et l'infection générale; ou encore, lorsque, le foyer local ne progressant plus, la gravité croissante des accidents généraux n'en témoigne pas moins d'une resorption continue et sans cesse accrue de toxines et d'un empoisonnement qui sera bientôt irrémédiable. Un étudiant de vingt ans, dont parle M. von Bergmann (4), est blessé à la main gauche; la gangrène se déclare; on fait l'amputation du petit doigt; les lésions phlegmoneuses s'étendent et remontent, malgré les grandes incisions; la fièvre est élevée et continue, l'état général fort grave; dans le sang on trouve des streptocoques. On ampute le bras: réduction progressive, puis disparition des microbes dans le sang; le malade guérit — Qu'il ne faille pas trop se presser, en pareil cas, cela n'est pas douteux, mais on ne saurait nier qu'une détermination énergique et radicale ne puisse, seule, parfois sauver la vie.

J'ai regretté de ne pas l'avoir prise, il y a quelques mois, chez un malade qui succomba à une suppuration diffuse, consécutive à un panaris; et, d'autre part, j'ai guéri contre toute attente, en lui désarticulant la hanche, pour ainsi dire *in extremis* un blessé atteint d'un vaste écrasement infecté du membre inférieure droit, et, lui aussi, en pleine septicémie.

Nous l'avons dit plus haut sur les frontières de la mort, si l'intervention peut être encore bienfaisante et assurer au mala-

(2) H. Wolff. Blutvergiftung und Amputation. (*Munch. med. Wochensh.* 26 nov. 1901.)

(3) H. Brauser. Blutvergiftung und Amputation (*Munch. med. Wochensh.* 21 janv. 1902.)

(4) Von Bergmann. Ueber Amputation bei Phlegmone. (*Deutsche med. Wochensh.* 14 nov. 1901, Vereins Bellage, p. 286, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 373).

des dernières chances, ce ne sera jamais que sous la réserve de remplir certaines conditions. Elle sera faite séance tenante, sur place, elle sera courte et simple, elle aura lieu sans anesthésie générale, ou, du moins, avec le minimum d'anesthésique.

Toutes ces règles ont un but commun : laisser au cœur tout ce qui lui reste d'énergie. Que de fois le chloroforme n'a-t-il pas été, dans ces opérations *in extremis*, la cause directe de la mort ! Le malade s'endort sans trop de peine, il est calme, il ne s'agite nullement, et l'intervention se prolonge, et la respiration devient de plus en plus faible et saccadée, et le sommeil se continue sans transition avec le coma terminal. Or, il faut bien savoir que la sensibilité est d'ordinaire fort atténuée, en pareil cas, et que, d'autre part, une réaction douloureuse, médiocre et courte, en excitant les centres nerveux, ne saurait être nocive.

Encore une fois, c'est le cœur qu'il faut ménager avant tout c'est à lui qu'il faut penser, et c'est pour cela que, dans les péritonites diffuses, les grands lavages ne doivent être employés qu'avec discrétion, et sous la réserve que le liquide soit chaud et lentement injecté : autrement, ils provoquent volontiers, du côté du cœur, des accidents de dépression syncopale, que ne compensent certes pas leur efficacité comme agent de détergence péritonéale.

A cette première et fondamentale indication ; soutenir le cœur — et à d'autres aussi, comme nous allons le voir, qui sont intimement liées à celle-là — répondent les injections intraveineuses ou sous-cutanées, de solution salée physiologique. Et ici encore, dans le troisième domaine de la thérapeutique *in extremis*, dans les infections, leur rôle est inappréciable, et rien ne saurait, à l'heure présente, y suppléer.

Le temps est déjà loin où l'on déniait à la sérothérapie artificielle une valeur réelle dans la lutte contre l'infection, où l'on affirmait même qu'à haute dose elle pouvait nuire et aggraver les accidents.

Il y avait, dans cette manière de voir, une part de vérité, et la voici. Le sérum n'agit efficacement que sous la double condition que le cœur et les reins aient conservé une suffisante aptitude fonctionnelle. Le fait est démontré expérimentalement.

M. Ercklentz (1) le confirme : chez les animaux intoxiqués par divers poisons ou infectés, et que l'on cherche à guérir par " l'infusion ", le sérum, par lui-même, n'exerce aucune influence fâcheuse, hormis les cas, toutefois, où la sécrétion urinaire reste nulle ou très réduite. Quand le sérum ne provoque pas la diurèse, on voit se produire de l'agitation, de l'anxiété respiratoire, et les animaux semblent très malades. Un certain nombre se remontent " plus tard, et ce sont précisément ceux chez lesquels survient la débâcle urinaire ; lorsque la diurèse ne s'établit pas, le poison injecté fait son œuvre et la mort ne tarde pas. Or, si les reins ne fonctionnent pas, chez ces derniers sujets, cela tient à l'action du poison qui s'est fixé sur eux, et non à celle du sérum : à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion qui soit attribuable au sérum lui-même.

Donc, la sérothérapie artificielle reste inefficace et les accidents s'aggravent, si l'intoxication est trop profonde, et les *émonctoires renaux fonctionnellement détruits* ; et l'action du sérum devient, de la sorte, un des meilleurs éléments du pronostic. Quand la solution salée, injectée à dose suffisante, ne relève pas, de façon durable l'action du cœur, quand l'urine reste rare, on peut tenir pour certain que le mécanisme de défense organique est gravement vicié.

C'est, en effet, par le cœur et le rein que la sérothérapie artificielle exerce son action ; dire tout uniment qu'elle sert à élever la tension sanguine, ne suffit pas. A ce relèvement de l'activité cardiaque et du tonus vasculaire se rattachent le rétablissement de la fonction rénale et l'augmentation quantitative des urines. Et, quelle qu'en soit la théorie, cet accroissement de l'élimination urinaire prend une large part à la désintoxication : avant toute explication scientifique, c'est un fait d'expérience indiscutable.

Faut-il avoir là un *lavage* proprement dit ? On s'est efforcé depuis longtemps de le démontrer, et, il faut bien le dire, les expériences, assez malaisées, d'ailleurs, n'ont pas donné, en général de réponse précise ni positive. Tout récemment, M. Ercklentz a repris ces recherches : avec la strychnine, l'arsenic, la ri-

(1) W. ERCKLENTZ. (*Loc. cit.*)

cine, la cantharidine, et des cultures de staphylocoques dorés, il n'a obtenu que des résultats négatifs ; avec l'aniline, sur 13 expériences (elles étaient faites sur le cobaye, l'animal recevant, en injections sous-cutanée, une dose de 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes d'aniline chlorhydrique et, de trois à cinq minutes après, de 350 à 380 grammes de solution salée physiologique), 6 fois " l'infusion " se montra tout à fait inefficace, 2 fois elle parut accélérer la terminaison fatale, 5 fois elle fit preuve d'une réelle activité : elle prolongea la vie, pendant douze heures dans 1 cas, définitivement dans les 4 autres, ces 4 animaux ayant guéri, alors que les quatre " témoins " succombaient rapidement. Or, dans les faits heureux, la sécrétion urinaire s'était établie très vite après l'injection de sérum et très vite était devenue abondante ; dans les autres faits, elle était restée pauvre ou nulle.

C'est là, sans doute, dans la précocité plus ou moins grande des lésions rénales, dans la suppression plus ou moins hâtive, suivant la dose du poison, suivant la réceptivité individuelle, du fonctionnement urinaire, qu'il y aurait lieu de chercher le motif des contradictions expérimentales, et de cette antithèse un peu étrange entre les résultats cliniques, si généralement heureux, de la sérothérapie et le peu de succès des tentatives, maintes fois reprises, chez les animaux.

M. Ercklentz s'est, d'ailleurs, attaché à préciser mieux cette action de lavage, exercée, au moins dans certaines conditions, par le sérum, en choisissant une substance qu'on pût doser dans l'urine et dont la courbe d'élimination pût être exactement dressée. Il a choisi le chlorate de soude, qu'on injectait, en qualité égale, sous la peau, à deux animaux (deux cobayes) ; alors que l'un d'eux était soumis ensuite à l'injection de sérum, l'autre servait de témoin ; or, sans entrer dans les détails, voici les résultats d'une expérience, qui peut être prise comme type : dans la première heure, chez l'animal témoin, on retrouve dans l'urine, sur les 6 grammes de chlorate de soude injectés, 0 gr. 521 milligr., soit 8.35 0/0 ; chez l'animal soumis au sérum, 1 gr. 1624 décimilligr., soit 16.60 0/0 ; au bout de quatre heures,

la quantité totale éliminée est de 2 gr. 3448 décimilligr. (39.08 0/0) chez l'animal contrôle, de 2 gr. 8641 décimilligrammes (40.91 0/0) chez l'animal "lavé".

Il est donc avéré que la sérothérapie artificielle active l'élimination des poisons et des toxines, et cela, pourrait-on dire, en raison inverse du degré d'intoxication rénale. C'est là une donnée de la plus haute valeur. Toutefois, même si les reins sont malades et très malades, l'afflux du sérum n'aggrave pas leurs lésions : à l'autopsie de ses animaux, M. Ercklentz trouvait toujours les reins moins désorganisés chez eux qui avaient été lavés, alors même que le lavage avait été inutile et que la diurèse n'avait pas paru. Les résultats obtenus par le sérum dans l'urémie (et les exemples en sont aujourd'hui nombreux) plaident dans le même sens ; j'en ai eu récemment une démonstration des plus frappantes, chez une jeune femme que j'avais opérée d'une appendicite gangreneuse ; au deuxième jour, la malade est très déprimée, sombre, presque insensible ; il n'y a aucune réaction abdominale, mais la quantité d'urine émise se réduit à 400 grammes ; au troisième jour, c'est le coma et l'anurie, et la situation serait désespérée si le pouls ne conservait sa régularité et une certaine force. L'administration du sérum avait commencé tout de suite ; on la poursuit hardiment, on injecte jusqu'à 4 litres d'eau salée par jour, pendant trois jours, bien qu'il n'y ait pas eu d'urine ou seulement quelques grammes d'un liquide brunâtre albumineux ; au cinquième jour, la débâcle se produit, et, du même coup les accidents cérébraux cessent, la malade revient à elle, sortant comme d'un long rêve, qui ne lui laisse aucun souvenir ; elle est depuis longtemps guérie. Je ne mets pas en doute qu'elle eût fatalement succombé, si, au lieu de profiter de résistance conservée du cœur et de surélever la tension sanguine par de grandes affusions de sérum, on eût craint, bien à tort, nous venons de le dire, d'aggraver encore l'état des reins et que l'on se fût tenu à une hypodermoclyse insignifiante.

De fait, ici encore, dans les infections, pour lui faire rendre tout ce qu'on en peut légitimement attendre, il faut savoir manier le sérum, l'injecter à dose élevée, progressive et en prolonger l'emploi. Il faut aussi n'utiliser qu'un bon sérum, non seulement

stérile mais isotonique, et, d'après les recherches de M. Hamburger et de M. Köppe, la solution de sel marin à 0.90 ou 0.92 0/0 est celle qui remplit ces conditions, qui agit le plus efficacement sur la sécrétion urinaire, et qui met le mieux en garde contre tout accident.

Ces graves questions vandraient d'être plus longuement discutées, et, de ce rapide exposé, je ne veux tirer qu'une conclusion, celle-ci : il ne faut renoncer à la lutte que devant les signes certains de l'agonie proche et les preuves de la déchéance irrémédiable du cœur et des reins ; il faut lutter, non point en utilisant une thérapeutique clinique, d'efficacité toujours douteuse, mais en s'attachant à suivre, à aider, à corroborer les grands processus de défense naturels. Par ces idées et cette méthode, on sauvera quelques vies de plus.



LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ ET L'INFLAMMATION DE LA VESSIE, DES VOIES URINAIRES ET DANS LES TROUBLES PROSTATIQUES.

Quand mon attention fut attirée pour la première fois sur le SANMETTO j'en ai eu une bonne idée parce que les principes qui le composent le recommandent pour le traitement de l'irritabilité et de l'inflammation de la vessie, des voies urinaires, des troubles prostatiques et d'autres affections semblables. Le SANMETTO se présente dans un véhicule agréable et sous une façon élégante, uniforme et sure. Les expériences cliniques ont données raisons à ma première idée et justifiées les applications répétées que j'en ai faites.

St. Louis, Mo.

DR. I. N. LOVE,

Diplômé en 1872, etc.

GLANURES

PETITS FAITS CLINIQUES.

M. Hunner décrit une complication intéressante dans le diagnostic de la lithiase biliaire. Il relate deux cas d'adhérences épiploïques à d'anciennes plaies opératoires, situées à quelques distances de la vessie. Dans un cas, ce diagnostic de calculs biliaires fut incertain, tandis qu'il fut positif dans l'autre cas. La diagnostic exacte ne put être fait dans un cas que pendant l'opération, d'après les observations qu'on avait faites sur l'autre opéré. La présence d'une cicatrice témoignant d'une opération abdominale antérieure doit mettre le chirurgien sur ses gardes lorsqu'il se trouve en présence de symphômes abdominaux obscurs. Un des malades fut atteint de douleurs dans la région hépatique, avec élévation de température, sueurs profuses, nausées et parfois vomissements graves. A l'opération, la vésicule et les canaux biliaires étaient absolument normaux, mais on trouva des adhérences solides de l'épiploon au point de la plaie antérieurement faite. On les détruisit et le malade guérit de ses douleurs. (Americ, med.)

*
* *

M. Garnier, vient de publier un travail sur les déviations morales de l'hystérie et principalement sur la calomnie. Il cite à ce propos le fait d'une hystérique trouvée dans une chambre une corde au cou et les mains liées ; elle raconta qu'elle avait été violée et liée par un individu qu'elle désigna. Or c'était faux, Dans un second cas, il s'agit d'une jeune fille qui raconta successivement qu'elle était enceinte d'un jeune abbé, puis de son père. Or tout cela était calomnie.

Dans un troisième cas, les calomnies d'une hystérique eurent pour effet de faire condamner à 6 mois de prison 3 personnes honorables qu'elle avait accusées d'avoir empoisonné un de leurs parents. M. Garnier insiste sur cette tendance à la calomnie, qui caractérise certains hystériques.

De cet ensemble de faits ou de considérations, il résulte que le plus pressant devoir pour le médecin légiste et pour le magistrat est de toujours se souvenir de cette aptitude colomniatrice et de cette suggestibilité chez l'hystérique. La justice, on le comprend, est fortement impressionnée par la précision des détails et la nullité des affirmations qu'il est habituel de constater en pareils cas. Elle est portée à trouver dans cet exposé d'une forme généralement saisissante une démonstration en faveur de la véracité du dénonciateur. Le magistrat prudent et expérimenté ne s'en laissera pas imposer. Il aura en mémoire des faits, ceux-ci, qu'il importe de méditer. Il soupçonnera le danger et donnera la parole à l'expert.

*
* *

La leucoplasie linguale, psoriasis linguale, glossite des fumeurs est d'après Gancher toujours d'origine syphilitique. On trouve la syphilis avouée, reconnue dans 90 à 95 p. 100 des cas.

*
* //

Koenig, de Berlin, pense que le cancer peut rester latent dans les ganglions pendant nombre d'années et il cite deux cas de cancer du sein ayant donné lieu à des récidives ganglionnaires après 10 et 13 ans.

*
* *

Croizier rapporte un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, se reproduisant au cours de 3 grossesses successives et qui disparurent après l'ablation de l'appendice.

*
* *

Tout récemment le professeur Gancher adressait à un journal médical de Paris une lettre fort intéressante à propos des sanatoriums. Nous en extrayons le passage suivant sur le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Tout praticien le lira sans doute avec profit :

“ Il ne faut ; pour reconnaître cette tuberculose pulmonaire en germination (prétuberculose) ni une oreille spécialement délicate et fine, comme on me l'a objecté, ni un instrument quelconque amplificateur des bruits d'oscultation ; il faut tout simple-

ment une certaine méthode d'examen. Ou lieu d'ausculter et de chercher à définir tout les bruits que l'oreille peut saisir : inspiration, expiration, craquement, etc, le médecin, après avoir percuté, palpé et constaté qu'il n'y a ni submatité, ni vibrations augmentées, s'attachera à ausculter *uniquement, exclusivement l'inspiration* et à comparer, sous les deux clavicules et aux fosses sus épineuses, les deux *inspirations* droite et gauche, en faisant *abstraction de tout le reste*.

Ces deux inspirations doivent donner à son oreille exactement les mêmes sensations d'ampleur, de douceur, de moelleux, du murmure vésiculaire. S'il y a une différence sensible ; si, d'un côté, le murmure est plus faible, ou plus rude, ou saccadé, il y a lésion en ce point. Reste l'interprétation. Or dans la grande majorité des cas, l'interrogatoire attentif relèvera une défaillance de l'organisme souvent inaperçue jusque là. Avec ou sans la petite toux sèche, c'est un peu de paleur, d'amaigrissement, de faiblesse, et au thermomètre, l'instabilité thermique. Cela suffit, et donne à *l'inspiration anormale* sa signification vraie : 95 fois sur 100, il s'agit de tuberculose en Evolution. A fortiori, le diagnostic s'impose si, comme il arrive trop souvent, à cette *anomalie inspiratoire* s'ajoute une légère altération du son, ou un peu de broncho-phonie, ou une expiration un peu prolongée ; mais déjà la conglomération est commencée et le diagnostic est tardif. C'est donc à *l'inspiration anormale seule*, signe physique du début, qu'il faut demander le diagnostic précoce de la tuberculose du poumon. Alors, quand les tubercules sont encore discrets, petits, séparés, dans quelques lobules pulmonaires sains, ou a peine congestionné, la tuberculose en germination obéit docilement à la thérapeutique. Elle s'arrête d'abord, puis recède et souvent guérit entièrement. A l'extrême début de la conglomération on obtient encore de très beaux résultats ; mais plus tard, à la première période classique, et surtout à la deuxième à la troisième, il faut pour des résultats toujours précaires, un traitement difficile et très prolongé. Le plus souvent même le traitement le meilleur échoue. Ma longue expérience de ces choses me permet d'affirmer que si, par impossible, demain, le diagnostic précoce, tel que je le demande, était fait un peu par-

tout, et avec lui, le traitement hygiénique, immédiat, les médecins, à eux seuls, sans bruits et sans dépenses, auraient résolu la moitié du problème curatif et prophylactique de la tuberculose, car la lésion pulmonaire guérirait ou pour le moins resterait fermée. Le médecin doit donc faire un diagnostic précoce. Il doit aussi éclairer le malade sur la qualité de sa maladie et la nécessité d'un long traitement, *Deux ou trois ans sont nécessaires.*"

*
* *

Un des meilleurs remèdes contre les douleurs thoraciques qui accompagnent si souvent la toux chez les tuberculeux, est l'emploi de la compresse de Priessnitz : une serviette trempée dans de l'eau à la température de la chambre, appliquée sur le thorax et recouverte d'une feuille de taffetas gommé.

*
* *

Dans la diarrhée cholériforme des jeunes enfants, quand le pouls est petit, inégal. Hutinel préfère les injections d'huile camphrée aux injections de caféine, la caféine pouvant déterminer chez les enfants des phénomènes d'excitation trop marquée.

*
* *

Un traitement populaire du lumbago : appliquer sur les reins deux doubles de flanelle trempée dans du vinaigre chaud, pardessus, deux doubles de flanelle sèche. Repasser lentement avec un fer chaud pendant dix ou vingt minutes, matin et soir.

*
* *

D'après Hallopeau, l'arnica en applications locales ne sert absolument à rien ; en outre ces applications peuvent provoquer une dermatite des plus violentes.

*
* *

Il faut se garder, dit Alex Renault, d'employer les grands lavages au permanganate à la période inflammatoire de la blennorrhagie : " c'est de l'huile sur le feu, et dès le deuxième ou troisième lavage, la cystite du col.

* *

Le Dr Pascault interçût le lait comme boisson habituelle aux repas. De deux choses l'une, dit-il, ou les aliments co-ingérés provoquant une abondante sécrétion d'acide chlorhydrique, entravent la digestion, et il fermente ; ou par ses principes gras, il ralentit le travail de l'estomac au détriment des susdits aliments, et ce sont eux qui fermentent.

* *

M. Mayo Robson, dans une leçon sur *l'importance d'un diagnostic précoce de cancer de l'estomac au point de vue du traitement radical*, appelle l'attention sur les points suivants : l'intérêt du diagnostic précoce réside dans la possibilité d'intervenir de bonne heure. On pourra faire une exploration exploratrice pour compléter le diagnostic, car cette exploration peut être faite sans risque dans les premiers temps de la maladie et a l'avantage de renseigner sur la nature radicale ou palliative de l'opération à faire dans la suite. Dans les cas où l'opération radicale est impossible en raison de l'extension de la maladie, la gastro-entérostomie peut être faite sans grands risques, elle peut prolonger la vie et la rendre supportable. Si la région du cardia est trop atteinte pour faire une opération complète, c'est à la gastrostomie qu'on aura recours. Si la gastro-enterostomie ne peut être faite avec quelque chance de succès, on aura recours à la jéjunostomie.

* *

Dieulafoy conseille le traitement suivant contre les hématomésés dues à l'ulcère de l'estomac : Le malade doit être soumis à un repos complet et à une diète rigoureusement absolue pendant plusieurs jours. On ne permettra même pas l'ingestion de quelques cuillerées d'eau ou de lait, car il faut supprimer totalement les fonctions de l'estomac, ses mouvements et ses sécrétions. Toute médication doit se faire par le rectum et par la peau. Par le rectum on fait absorber des lavements nutritifs, peptone, oeufs, lactose. Par la peau on pratique des injections de serum, abondantes et répétées.

Chlorure de sodium 8 grammes
 Benzoate de caféine 0.10 centigrammes
 Eau distillée 1 litre

Si le traitement médicale ne suffit pas, si les grandes hématomèses se répètent coup sur coup, si les syncopes deviennent menaçantes, il faut d'urgence et sans tarder pratiquer l'opération dont les suites et les conséquences sont presque sans danger.

* *

Mosny considère comme des manifestations de l'héredo-dystrophie par la tuberculeuse le rétrécissement mitral pur, le rétrécissement de l'artère pulmonaire et le rétrécissement généralisé des artères ou aplasie artérielle qu'il réunit sous le nom " d'hypoplasies congénitales cardio-angio-hématiques. "

* *

Sur 1000 cas de diphtérie traités par le sérum anti-diphthérique, Galitzis a observé 242 érythèmes dans le service de Marfan. Par ordre de fréquence : l'urticaire vient en premier lieu, puis l'érythème marginé et l'érythème scarlatiniforme. Des variétés plus rares sont les érythèmes morbilliformes, purpurique miliaire. Le plus souvent l'éruption apparait du cinquième au treizième jour, mais on voit des éruptions retardées jusqu'au vingt-cinquième jour.

* *

Dans le cancer des voies biliaires, l'ictère d'après Chauffard, aboutit à la cachexie, à l'ascite et à l'œdème. Au contraire, l'ictère d'origine lithiasique aboutit plutôt à la cirrhose biliaire d'une part, et d'autre part aux accidents d'insuffisance hépatique et d'ictère-grave secondaire.

* *

La tachycardie chez un homme qui avoisine la cinquantaine, constitue un phénomène suspect qui doit d'après Hfichard, toujours éveiller l'attention du côté des reins ; elle est alors souvent prémonitoire du bruit de galop.

* *

Roas sur 62 cas de cancer du foie et de l'estomac, a consta-

té dans 9 cas, soit un sixième des cas, tantôt un traumatisme direct, tantôt un ébranlement général à la suite d'une chute.

Arnozan, sur 25 cas, a trouvé dans la même proportion, c'est-à-dire dans 4 cas, un traumatisme antérieur.

* * *

M. Hirst donne une statistique de 122 cas d'albuminurie et de 48 cas d'éclampsie à la maternité de l'Hôpital de Pensylvanie. Il n'attache pas grande importance à la diminution de l'urée comme signe de la toxémie. Sur 122 cas d'albuminurie, il y eût seulement 8 cas d'éclampsie. Le travail a été provoqué lorsque le traitement, régime lacté, injection d'eau salée, bains tièdes n'a apporté aucune amélioration. L'albuminurie existait dans tous les cas d'éclampsie avant et pendant l'attaque. Le traitement a consisté en purgations, injections sous-cutanées de sérum veratrum veride dans les cas de pouls plein et tendu, rarement saignée, chloroforme dans les cas de convulsions. On appliqua de forceps lorsque le col était dilaté. L'auteur n'a pas eu recours à l'accouchement forcé, mais essaierait dans ces cas le dilataleur de Bossé.

* * *

Les annales de la Société de chirurgie de Paris contiennent un travail du Dr Tuffier sur la difficulté du diagnostic de l'obstruction du cholédocque, et la conduite à tenir à l'égard du cholédocque, après la cholécotomie. Voici ce qu'il dit : "Le diagnostic d'obstruction est difficile avant, pendant et après l'ouverture de l'abdomen. C'est avec le cancer du pancréas que sont confondus le plus souvent les calculs biliaires du cholédocque. Au cours de la laparotomie, on les trouve assez facilement, mais certains petits cancers en noyaux dans l'épaisseur de la tête du pancréas peuvent donner le change, et surtout peuvent être confondus avec des noyaux de pancréalite chronique. Chez une malade atteinte d'ictère, sans distension de la vésicule, je trouvai une tumeur de la tête du pancréas qui obstruait le cholédocque et le cystique, la vésicule n'était pas distendue, mais le canal hépatique était du volume du pouce, et j'hésitai longtemps, le prenant pour la veine porte. Je fis l'anastomose hépatico-gastro-cys-

tique et la malade mourut. A côté de ces faits, on peut trouver des malades chez lesquels, au cours de laparotomie, on reconnaît une tumeur de la tête du pancréas, que l'on croit un cancer, et qui peuvent, après l'intervention, se remettre pendant un temps assez long, huit, neuf mois, pour qu'on puisse légitimement prouver que l'on n'avait point eu affaire à un cancer. Dans ces cas, il est fort probable que l'on avait affaire à une irritation du canal de Wirsung, à une pancréatite chronique.

Dans un autre cas, j'ai relevé la coïncidence de calculs du cholédocque et de la vésicule. C'était une femme dans un état grave. Elle avait 40 de température, la vésicule distendue, douloureuse, je me contentai de faire la cholecystotomie et d'enlever quelques calculs de la vésicule. La malade a guéri et les calculs se sont éliminés peu à peu. Chez une dixième malade, j'ai pu ouvrir la vésicule et le cholédocque et enlever les calculs. Je n'ai pas suturé le cholédocque. Il a fermé sa fistule huit jours plus tôt que celle provenant de la taille de la vésicule. Le Dr Tuffier reste partisan, en général, de ne pas suturer le cholédocque. et comme Hartmann, il place un gros drain jusqu'au contact de l'incision du canal entre la face inférieure du foie et la face supérieure du mésocôlon transverse, limitant le foyer latéralement avec deux mèches de gaze stérilisée. La fistule biliaire se forme spontanément en trois ou six semaines.

* *

Dans la sciatique-névrite, un signe ne manque jamais, d'après Babinski, l'abolition du réflexe achillien. Pour rechercher ce réflexe, il faut percuter le tendon d'achille, le malade étant agenouillé sur une chaise, les pieds ballants et relâchés, débordant le rebord de la chaise.

* *

A côté des prurits d'origine hépatique, urémique, diabétique, alcoolique et sénile, Wickham signale avec Besnier, l'existence du prurit cutané comme signe révélateur d'un cancer abdominal.

* *

D'après Samuel Sée, la syphilis héréditaire peut se mani-

fester uniquement chez les nourrissons par la splénomégalie accompagnée d'une cachexie plus ou moins prononcée. La statistique démontre que la syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente de l'hypertrophie de la rate dans les deux premières années.

*
* *

L'apparition de vomissements répétés avec intolérance gastrique absolue, dans la convalescence de la diphtérie, est un phénomène d'un pronostic très grave, devant faire prévoir une mort rapide par syncope ou par colapsus.

*
* *

Un accoucheur américain blâme les médecins qui persistent encore à donner de l'ergot après l'accouchement. Non seulement, écrit-il, on ne doit pas le donner pendant l'accouchement, ce qui est admis d'ailleurs, mais on doit surtout se garder d'en prescrire après l'accouchement, alors que l'arrière faix est expulsé. Il y a là un mal et un danger qu'il veut dénoncer. De nombreuses observations d'infections secondaires, telles que métrite salpingite sont attribuables à l'ergot. Si, pour une raison ou pour une autre, on avait affaire à une hémorragie post partum il faudrait avoir recours aux moyens ordinaires, surtout les douches d'eau chaude, expression utérine etc.

*
* *

Partant de ce fait que le goitre, là où il est endémique, affecte un rapport de causalité avec certaines particularités, encore mal connues de l'eau potable de ces régions (il s'agit peut-être de germes pathogènes) M. C. A. Rayne (Lancet 18 juillet, 1903) dans trois cas de goitre volumineux avec gêne respiratoire, ayant résisté à tous les traitements antérieurs (préparations iodo iodurées digitale, thyroïdine, etc), conseilla aux malades de ne boire que de l'eau distillée ou de l'eau de pluie. Ce moyen si simple donna, en effet, des résultats surprenants. Dans le premier cas, concernant une jeune femme, le goitre disparut complètement en six semaines. Chez le second malade, ayant dépassé la quarantaine, la tumeur diminua de moitié en huit mois, en même temps que disparaissaient les troubles respira-

toires. Enfin dans le 3e cas, se rapportant à une jeune femme et qui se trouve encore en observation, le goître est en voie de diminution rapide.

* * *

Dans la moitié environ des cas, l'hématurie est le premier symptôme d'une tumeur du rein. Sur 83 cas réunis par Hériseo l'hématurie s'est montrée 34 fois avant tout autre symptôme soit 41 fois sur 100. Israël l'a noté 70 fois sur 100. Sur 257 observations de tumeurs rénales réunies par Albarran, l'hématurie a été le symptôme au début dans 157 cas, soit une proportion de 54 p. 100.

* * *

Quand l'estomac n'est pas dilaté, on ne doit pas entendre le clapotage sur une ligne verticale audessous d'un point unissant l'ombélic au rebord costal ; de même en allant de gauche à droite, au delà du bras droit du muscle droit. Si le clapotage dépasse ces limites, c'est qu'on a affaire à un estomac dilaté.

* * *

M. V. Leyden dans un travail sur l'étiologie du tabès étudie les causes déterminantes du tabès sans considérer d'une façon spéciale si le terrain syphilitique est nécessaire à son développement. Les causes qu'il envisage sont le traumatisme, le surmenage et le froid. Il cite des cas appartenant à ces variétés reconnaissant des causes directes, et dans plusieurs d'entre eux on n'a pu découvrir aucun antécédent syphilitique personnel ou héréditaire. L'expérimentation a encore démontré que le traumatisme du moins peut être suivi d'une dégénérescence des cordons et les cornes postérieures, ainsi que des racines postérieures toutes lésions correspondant d'une façon typique à celles du tabès.

* * *

Les ferments constitutifs de la levure de bière paraissent avoir une action élective sur les micro-organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré, agent pathogène de la furonculose. Dans ce cas, leur action est exceptionnellement rapide et comparable à celle des sérums antitoxi-

ques et particulièrement du sérum anti-diphthérique. Au point de vue de son action sur les agents streptococciques, il serait peut-être intéressant d'essayer la levure de bière sur les angines diphthériques associées ou le sérum de Roux est souvent si peu efficace.

* * *

D'après Gaucher, l'eau ammoniacale est le meilleur dissolvant des pellicules du cuir chevelu et suffit à guérir l'eczéma séborrhéique. Une cuillerée à café d'ammoniaque dans un verre d'eau tiède ; lavez la tête avec cette solution et en deux ou trois semaines l'eczéma disparaît.

* * *

Le Dr Waldo de Bristol, conseille dans la pleurésie séreuse avec épanchement, l'application sur le thorax de compresses imbibées de chlorure de sodium : ces applications activeraient la resorption de l'épanchement pleurectique.

Dr E. M.



Le SANMETTO dans la cystite chronique, l'urétrite chronique et dans l'impuissance des vieillards.

Pour ceux qui peuvent y être intéressé :

Ceci est pour certifier que j'ai fait usage du SANMETTO sur une large échelle et que je suis en mesure de le recommander dans la cystite chronique, et l'Urétrite chronique. Dans le traitement de l'impuissance sénile, il m'a donné de remarquables et brillants résultats. Je considère ce remède, après expériences cliniques décisives dans les maladies sus mentionnées, comme le *sinequa non* obligatoire pour le traitement de ces maladies.

THOMAS M BROWN M. D.

Oakland City, Ind.

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Marshall, dans le "N. Y. Medical Record", août 8, 1903, vante beaucoup l'électrisation intra-gastrique (nouvelle méthode de Max Einhorn) en général, et en particulier dans certaines affections de l'estomac ayant résisté obstinément aux différentes formes de traitement médical (par les drogues) et diététique. Dans son intéressant travail, l'auteur rapporte plusieurs cas, entre autres quelques-uns de vomissements incoercibles. Chez les hommes l'affection ayant résisté à tous les moyens soi-disant classiques — et qui ont complètement disparu dès la deuxième ou troisième application. Le traitement était généralement continué deux fois la semaine en moyenne, pendant un mois. L'appétit est revenu et les douleurs *post-prandiales* furent grandement soulagées. Il a aussi traité avec le même succès des cas de gastralgie rebelle et de dilatation stomaciale. La méthode est une légère modification de celle de Einhorn.

L'histofluorescence du tissu vivant est une nouvelle découverte (ainsi appelée par lui-même) que vient de faire le Prof. W. J. Morton, de New York, bien comme déjà par ses travaux en électrothérapie et les courants qui portent son nom.

L'on sait que les rayons X ont la propriété de rendre lumineux ou phosphorescents certains sels chimiques qu'ils frappent, entre autres le tungstate de calcium et platino cyanure de barium bien connus, dont on enduit les écrans fluoroscopiques ordinaires. Mais un bon nombre d'autres sels s'illuminent aussi, plus ou moins faiblement en présence des radiations X, entre autres le bi-sulfate de quinine. Cinq grains de celui-ci dissouts dans trois drachmes d'eau et placés dans un tube à réactif bien bouché donneront si l'on met le tube contenant la solution dans la boîte

fluoroscopique dont on aura enlevé l'écran et remplacé celui-ci par plusieurs feuilles de papier noir—une fluorescence bien marquée devant les rayons X, opalescente, d'une belle couleur bleue, violette.

Cette même expérience peut être répétée avec diverses substances, chaque sel présentant sa propre phosphorescence qui lui est caractéristique. Partant de ces faits, Morton calcule que la quantité de sang chez un adulte étant en poids 1/13 ème du poids total du corps, un homme de 130 livres contiendra 10 lbs de sang ce qui équivaut à 10 chopines, ou 1 grain par 8 onces d'eau. Par conséquent un sujet à qui on a fait absorber 20 grains de quinine contient en lui-même à peu près la solution ci-haut mentionnée, et lorsque cette personne sera exposée aux rayons X, sa chair de viendra fluorescente.

Parmi les autres liquides "fluorescents" au nombre desquels un certain nombre de drogues pouvant être administrées à l'intérieur—Morton nomme : le pétrole, le rouge de Magdala, l'éosine, l'uranimine, la suffranine, la pavéine, l'aesculine, l'acide amidophthalique, la fluorescine, la rhodamine, la thalléine, la résorcorufine et le bleu de résorcine.

Partant de ces faits, il a paru intéressant et pratique à Morton d'administrer au malade (susceptible d'être amélioré par radiothérapie), la drogue fluorescente d'abord puis d'établir ensuite la fluorescence *dans le tissu vivant lui-même*, sous l'influence des rayons X.

L'effet thérapeutique il va sans dire sera ainsi logiquement beaucoup plus prononcé, "at very close quarters with the tissue elements", comme dit Morton lui-même. Depuis un an, l'auteur a expérimenté avec cette méthode; il fait prendre environ une heure avant la séance radiothérapique de 5 à 10 grains de bisulphalte de quinine à ses malades et prétend avoir eu des résultats supérieurs avec cette "méthode de combinaison" comme il

la nomme. C'est lui aussi qui a le premier employé le mot "histofluorescence", d'ailleurs éminemment approprié. Sa méthode paraît avoir donné des succès éclatants dans le traitement de la malaria chronique, de la maladie de Hodgkin (pseudo leucocythémie), le lupus et l'arthrite tuberculeuse.

Une curieuse expérience à faire en rapport avec cette méthode, c'est que Morton a réussi à prendre plusieurs épreuves photographiques du corps humain, *au moyen de la lumière seule que celui-ci émet dans l'obscurité*, par la fluorescence qui lui est ainsi artificiellement communiquée.

Le Prof. William J. Hammer, de New-York, qui a, lui aussi fait des expériences, préalables à celle de Morton, mais non sur les tissus, sur la fluorescence de différentes substances chimiques, mais qui est plus connu par ses belles expériences sur le radium, vient d'obtenir tout récemment avec l'emploi *combiné* des radiations ordinaires et de celles données par le radium des résultats pour le moins *étonn.* Chez une petite fille atteinte de cécité depuis quatre ans, et due à une paralysie du nerf optique, il aurait *temporairement* (pendant plusieurs heures) après l'application des rayons, rendu la vue à celle-ci. C'est déjà beau et cela promet.

Dr CHS. VERGE.

—ooo—

FORMULAIRE DU PRATICIEN

LA NÉVRALGIE FACIALE

Un malade souffre d'une névralgie faciale. Cherchons la cause ; il n'existe pas de maladie générale : ni siphilis (la névralgie syphilitique du trijumeau est une affection assez fréquente (Dr Paul Herrouet, *Th. Paris 1903*), ni paludisme, ni chlorose, ni diabète, ni goutte, ni embarras gastro-intestinale. Aucune lésion locale : pas de dent malade, pas d'affection des sinus, pas de lésions nécessitant une intervention chirurgicale. En pareil cas le traitement de la névralgie tient le premier plan : dans les

cas les plus simples, comme dans la névralgie qui fait suite à la grippe et occupe souvent le nerf sus-orbitaire, de simples cachets antinévralgiques en viendront à bout. L'antipyrine aux doses de un gramme réussit. On peut encore prescrire :

Phénacétine..... 30 centigr.
Bromhydrate de quinine... 0 gr. 25

P. 1 cachet. — 3 par jour.

Ou bien :

Aconitine cristallisée..... 1/5 de milligr.
Valérianate de zinc..... 0 gr. 10

P. 1 pilule. — 2 à 3 par jour.

Ou bien :

Pyramidon.... 0 gr. 25
Phénacétine..... 0 gr. 20

P. 1 cachet. — 3 par jour.

Ou bien :

Extrait de jusquiame..... 0 gr. 02
Extrait d'opium..... 0 gr. 005
Valérianate de quinine... 0 gr. 10
Conserve de rose..... Q. S.

P. 1 pilule. — 2 à 3 par jour.

Les goutteux se trouvent bien de la formule suivante :

Extrait de colchique..... 0 gr. 02
Ext. de racine d'aconit. } à 0 gr. 01
Ext. de belladone..... }
Valérianate de quinine... 0 gr. 10

P. 1 pilule. — 3 par jour.

On a recommandé la caféine dans les névralgies neurasthéniques. On peut la prescrire dans les fortes dépressions et passagèrement, le neurasthénique payant souvent l'amélioration obtenue par une fatigue consécutive plus considérable.

Caféine..... 0 gr. 15
Extrait alcool. de kola... 0 gr. 15

P. 1 pilule.

Chez les arthritiques, on prescrira le régime lacto-végétarien : une cuillerée à dessert de sel de Seignette le matin à jeun dans un verre d'eau et avant le repas un cachet :

Salicylate de soude....	} ââ 0 gr. 25
Benzoate de soude....	
Sulfate de quinine.....	0 gr. 10

P. 1 cachet.

Un petit vésicatoire volant au niveau du nerf sensible rendra les plus grands services ; de même les injections sous cutanées de cocaïne, d'acide phénique ou de morphine. Chez une vieille femme de 70 ans, qui souffrait d'une névralgie sus-orbitaire que ni la sévérité du régime, ni la prescription des analgésiques les plus divers n'arrivaient à soulager, une injection sous-cutanée quotidienne de un demi à un centigramme de chlorhydrate de cocaïne a mis fin aux accidents en huit jours, alors que la douleur durait depuis des mois. L'acide phénique aux doses de 20/0 a pu réussir ; une seule injection au point douloureux a parfois amené la guérison.

Les injections de morphine (1/2 à 1 centigr.) soulageront également ; elle réussissent dans les névralgies à paroxysmes temporaires, telles que les névralgies liées à une carie dentaire. Les courants galvaniques sont fort recommandables : une électrode à la nuque, l'autre sur le point douloureux. Procéder avec précaution et ne pas dépasser, si la douleur siège au front, quelques milli-ampères, afin d'éviter les éblouissements et les vertiges. Durée du courant : quelques minutes. M. Zimmern (Dr. Emmanuel Morisse, *Th. Paris, 1903*) conseille une durée bien plus longue : 45 minutes à une heure à l'aide d'un courant d'intensité faible (3 à 12 milli-ampères). Il applique l'électrode positive sur la face, l'électrode négative sur la colonne vertébrale.

Les applications de liniments calmants ne soulageront que momentanément.

X.

— 300 —

PÉDIATRIE

La vulvo vaginite des petites filles.—Souvent mais non toujours d'origine hémorrhagique et la distinction est souvent malaisée à établir, la vulvo vaginite des petites filles n'est pas une affection indifférente. Toutes sortes de complications lui peuvent

faire suite. Les unes consistent en propagations aux organes génito-urinaires (cystite), au péritoine (péritonite), dans l'envahissement de la muqueuse rectale (blennorrhagie ano-rectale), dans des accidents directement liés à l'inflammation vulvaire (hémorragies). D'autres complications procèdent d'une inoculation à distance (ophtalmie) ou d'une infection générale (rhumatisme blennorrhagique, plus rarement endocardite ou pleurésie). Il convient donc de traiter dès le début une affection qui peut ouvrir la porte à des accidents d'une gravité aussi haute.

Avant tout, comme rappelle M. le Dr Michalovitch (*thèse*, Paris 1903), dans un bon travail pratique, on recourra au prophylactique. Une mère ou une grande sœur sont-elles atteintes d'écoulements vaginaux? On les préviendra du danger de la contagion. Elles peuvent transmettre leur maladie à l'enfant, quelle que soit la nature de l'écoulement. La transmission s'opère soit directement, soit par l'intermédiaire des objets de toilette intime (éponges, linges, etc.) Des ophtalmies par propagation sont également à craindre. L'enfant est-elle atteinte quand même et en dépit des précautions prises? On lui interdira l'usage de piscines communes; on la baignera et la baignoire sera ensuite nettoyée à l'eau bouillante. Le linge sera désinfecté et les objets de toilette dont l'enfant se sert ne seront affectés à nul autre. Il sera prudent de ne pas livrer à la blanchisseuse les linges souillés de pus avant de les avoir plongés dans l'eau bouillante.

Le traitement est réglé de la façon suivante par M. le Dr Well, médecin en chef de l'hôpital Rothschild. Contre la vulvite, trois fois par jour lotions des organes génitaux externe avec une solution tiède de permanganate de potasse à 1/1000. Après chaque lotion, saupoudrer la surface des parties malades et l'entrée du vagin avec de la poudre de salol à parties égales. Une feuille d'ouate assujettie par un bandage en T complète le pansement. Les grands bains tièdes, les bains d'amidon de sou, constituent un excellent adjuvant du traitement local.

Dans les formes rebelles, on substitue aux solutions de permanganate de potasse celles de sublimé au dix-millième, sans alcool, celles de nitrate d'argent 3/1000, de résorcine 1/100, de sulfate de zinc 5/100, de chlorate de potasse 5/100; aux pulvéri-

sations de poudres antiseptiques, on associe les pansements avec des pommades (iodoforme, salol, ichthyol 1/30, précipité rouge 1 0/0. La vaginite s'adjoin-t-elle à la vulvite ? Il faut en plus des injections au permanganate à 1 0/0, à raison de 1/2 litre de solution tiède et à l'aide du bock. L'enfant est couchée en travers du lit, dans la position obstétricale sur une [alèze imperméable, dont les angles inférieurs épinglés en gouttière aboutissent à un seau. Le premier jet sert au lavage de la vulve. On adapte ensuite à la canule une sonde urétrale de Nélaton, qu'on introduit avec précaution par la fente hyménéale jusqu'au fond du vagin. Dans le jour nettoyer la vulve, après chaque miction, à l'aide d'une solution stérilisée. Un seul lavage suffit par 24 heures. Continuation du traitement 5 à 6 jours après la disparition de la vulvite. La guérison s'effectue dans une moyenne de trois semaines. On peut associer aux lavages l'emploi de pansements vaginaux sous forme de crayons à l'iodoforme ou au salol.

Iodoforme au salol	-	-	0 gr. 10
Beurre de Cacao	-	-	1 gramme

P. 1 crayon de 13 millimètres de diamètre ; appliquer 1 à 2 fois par jour.

Un traitement général tonique (ferrugineux, huile de foie de morue, etc.) sera institué en même temps. B.

RAPPORT D'UNE SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE CHICOUTIMI ET DU LAC ST-JEAN

24 mai 1903

Tel qu'il a été convenu à la réunion du mois d'octobre dernier, la Société Médicale du District de Chicoutimi et du Lac St-Jean s'est de nouveau réunie à Chicoutimi, sous la présidence de Mons. le Dr. G.-A. Talbot Président.

A cette réunion étaient présents : Messieurs les Docteurs

G.-A. Talbot, L. E. Beauchamp, Jules Constantin, L. Flumuruu Edmond Savard, H. Tousignant, J. S. Michaud, J. D. Warren, Frs, Plourde, Adélarde Bouchard et A. Riverin.

Le Procès-Verbal de la dernière séance est lu et adopté puis Mon. le Dr. G. A. Talbot se lève et présente à l'assemblée un travail magistral sur la *Tuberculose*. La multiplicité des citations, la longueur et la beauté du travail dénotent chez Monsieur le Président une érudition sérieuse et un travail soigné. Aussi l'Assemblée adopta-t-elle unanimement les deux propositions suivantes :

Proposé par le Dr Edmond Savard, Secondé par le Dr Frs Plourde. Que les félicitations les plus sincères soient votées au Dr C. A. Talbot pour le magnifique travail qu'il vient de présenter à l'assemblée.

Adopté.

Proposé par le Dr Jules Constantin, Secondé par le Dr Edmond Savard : Que Monsieur le Dr C. A. Talbot soit prié de remettre au Secrétaire le magnifique travail qu'il vient de présenter à cette assemblée, afin que ce travail soit transmis au Bulletin Médical de Québec, avec prière de publier.

Adopté.

Le Dr G. A. Talbot nous ayant ensuite invité à se réunir chez lui à l'automne, cette proposition est adoptée d'emblée et nous espérons que tous les confrères se feront un devoir de se rendre à une si aimable invitation.

Proposé par le Dr Jules Constantin, Secondé par le Dr Frs. Plourde : Que des remerciements soient votés aux médecins de Chicoutimi pour la bonne hospitalité qu'ils ont donné à leurs confrères. Adopté.

La séance s'ajourne ensuite Sine die. Dr A. RIVERIN.

A NOS LECTEURS

A une assemblée des actionnaires du Bulletin Médical tenue le 28 du courant, le rapport du trésorier constatant un état satisfaisant des affaires de la compagnie a été présenté et adopté.

Les anciens directeurs ont été ensuite réélus pour l'année courante, à une très forte majorité. Par ordre.

L'ADMINISTRATION INTESTINALE DES MÉDICAMENTS

Par le Dr S. BERNHEIM.

(1 volume de 96 pages, Maloine éditeur, à Paris. Prix : 2 frs.

La plupart des médicaments sont difficilement administrés par la voie buccale à cause de l'intolérance de l'estomac pour les produits pharmaceutiques qui, eux-mêmes sont trop souvent altérés ou transformés par le suc gastrique. Aussi l'auteur a-t-il recherché un moyen pratique d'enrobage des médicaments pour que ces derniers passant dans l'estomac ne soient pas désagrégés.

De nombreuses expériences *in-vitro* et *in-vivo*, démontrent que les capsules de gélatine, les pilules ordinaires ou vernissées, les dragées, les produits granulés, les pilules de Kératine sont complètement dissous dans l'estomac : aucune de ces préparations ne résistent même pendant deux heures au suc gastrique. Un grand nombre de capsules de gluten, du commerce, dont on a vanté faussement la résistance, n'ont pas triomphé de l'épreuve stomacale. M. Bernheim a expérimenté alors des globules enrobés avec un gluten spécial, chimiquement pur, et ces globules ont supporté le séjour dans l'estomac du chien, pendant 3, 4, 5, 6 et même 7 heures, sans être altérés, au contraire, au contact du suc intestinal alcalin, ces globules glutinisés se ramollissent en trois ou quatre heures, se désagrègent et se vident. Pour que le médicament ne se répande pas subitement au contact de la muqueuse intestinale, l'agent médicamenteux est mélangé avec un produit résineux neutre sans action : l'assimilation du médicament est ainsi ralentie, graduelle et progressive et n'offre aucun inconvénient pour la muqueuse intestinale lui-même.

Il va sans dire que la durée normale, de la digestion stomacale est de beaucoup inférieure au délai de résistance supporté par ces globules glutinisés et résineux. Mais qui peut plus, peut moins. M. Bernheim a expérimenté ce procédé chez un grand nombre de malades à troubles gastriques, et il a constaté que ce

système d'enrobage rendait très facile l'administration des médicaments les plus actifs, qui étaient ainsi tolérés. Le praticien appréciera certainement cette nouvelle méthode d'administration des médicaments.

Il résulte de toutes ces expériences et les nombreuses observations cliniques auxquelles a donné lieu l'emploi des médicaments glutinisés à excipient résineux, que l'enrobage de gluten est actuellement le mode d'enrobage le plus parfait pour préserver la muqueuse stomacale contre le contact irritant des médicaments et que l'excipient résineux assure le fonctionnement physiologique des doses médicamenteuse ingérées.

—00—

LE SANMETTO DANS LES ÉTATS INFLAMMATOIRES DES ORGANES GÉNITAUX ET DANS L'INCONTINENCE.

J'ai prescrit le SANMETTO dans plusieurs cas dans ces dernières années. D'après mes expériences, ce médicament est une préparation supérieure pour combattre les états inflammatoires des organes génitaux et l'incontinence consécutive à une irritation de la vessie ou de l'urètre.

St. Louis, Mo.

DR. PHIL. SCHOLZ,
Diplomé en 1889.

Le Bulletin Médical de Québec

4ÈME ANNÉE

SEPTEMBRE 1902 A SEPTEMBRE 1903

— TABLE DES MATIÈRES —

A	
	PAGES
Acte médical du Canada et nos privilèges.....	28
Assemblée bi-annuelle du Bureau des gouverneurs.....	48
Anticosti (géographie médicale) <i>Dr. Schmidt</i>	15
Appendicite.....	80
Altérations cutanées dans diagnostic du cancer.....	78
Adrénaline.....	145
Appendicectomie.....	164
Abcès de la prostate.....	183
Altitude, la cure d'.....	275
Alcoolisme chronique.....	289
B	
Brochu, Dr. M. D.....	96
Banquet des Étudiants en Médecine.....	184
Banquet au Prof. Brochu.....	185
C	
Congrès belge de Chirurgie.....	83
Cécité en France.....	83
Céphalématome.....	331
D	
Diabète, traitement.....	362
E	
Empoisonnement par le sumach.....	87
Eclampsie.....	167
Endocardite infectieuse.....	233
G	
Gomenol dans la tuberculose.....	479
H	
Hémiplégie.....	125
Hygiène infantile.....	158
I	
Insuffisance rénale, <i>Dr. Brochu</i>	49
Iritis.....	257

L	
Levure de bière en thérapeutique.....	85
M	
Mercuriel, traitement.....	70
<i>Morton</i> , les courants de, et leurs applications à la médecine, par <i>Dr. Chs. Verge</i>	138
Méningisme	133
N	
Nouvelles et Variété.....	83, 143, 188
Neurasthénie.....	204
P	
Peritonite tuberculeuse.....	270
Pied-bot paralytique.....	305
Prostate, traitement radical de l'hypertrophie. <i>Dr. Ahern</i>	3
Polype fibreux.....	115
Paraffine, injections de dans prolapsus anal.....	133
R	
Rotule, luxation incomplète.....	366
Revue d'électrothérapie, par <i>Dr. Chs. Verge</i>	575
S	
Société Médicale de Portneuf.....	92, 172, 277, 372
" " " Fraserville.....	95, 515
" " " Québec.....	140, 170
" " " Chicoutimi.....	174
Sérum anti-typhoïdique	365
Stomatite. puerpérale.....	398
T	
Tuberculose, essai d'inoculation de la tuberc. bovine à l'homme	86
Tuberculose testiculaire.....	75
Trachome.....	241
Teigne tondante.....	537
U	
Utérus double, <i>Dr. Ahern</i>	122
V	
Vallée, feu le Dr. A.....	239

