

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. ROULET,  
J. E. DUBÉ.

MM. L. de L. HARWOOD,  
H. NERVIEUX.

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

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

Vol. XXXVII

1er JUIN 1908

No 6

## MEMOIRES

### REGIMES ALIMENTAIRES GENERAUX (1)

Par M. C. N. VALIN,

Suppléant à la chaire d'hygiène, Professeur de dermatologie,  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

On appelle ainsi des régimes pouvant remplir des indications générales dans diverses maladies, tandis que les régimes spéciaux ne remplissent que des indications spéciales.

Nous connaissons aujourd'hui les régimes généraux suivants : lacté, lacto-végétarien, lacto-ovo-végétarien, déchloruré, hypo-azoté, hyper-azoté, reminéralisateur.

#### RÉGIME LACTÉ THÉRAPEUTIQUE

Le régime lacté est un des premiers régimes devenus classiques. C'est le régime qui vient naturellement à l'idée du médecin dans l'état de fièvre, dans la scarlatine surtout dans le but de ne pas irriter les reins, dans le mal de Bright, dans les œdèmes comme diurétique, dans certains états morbides des voies digestives et du foie, comme aliment de repos pour ces organes. Pour beaucoup

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, 1908.

de médecins c'est le régime banal dans tout état maladif, le régime à tout faire. Cependant, c'est une grave erreur de ne pas approfondir davantage cette question et connaître mieux la valeur réelle du régime lacté. Les grandes qualités du régime lacté sont : 1° de nourrir en demandant peu de travail aux organes digestifs et éliminateurs ; le lait est un aliment de repos pour ces organes ; 2° le lait est antitoxique, il convient donc aux auto-intoxiqués, mais pourvu qu'il soit administré seul, car pris conjointement avec la viande il aggrave au contraire les fermentations gastro-intestinales. 3° Il convient dans les états d'éréthisme nerveux de l'estomac et des intestins car il excite à peine les nerfs de ces organes. 4° Il est diurétique. Mais, le lait ne peut remplir les desiderata d'un régime d'équilibre, il nourrit jusqu'à une certaine limite mais il n'est pas un aliment de force. Et en voici l'explication. Comme nous l'avons dit, le régime d'équilibre doit contenir les aliments des trois groupes primordiaux dans les rapports suivants : 80 gr. d'albumine, 50 de graisse et 400 d'hydrates de carbone. Cette ration donne 2,430 calories. Or, il faut 3 litres et 180 c.c. de lait pour donner ce nombre de calories. C'est une quantité considérable de liquide à prendre. Mais ce n'est pas tout. Bien que 3 litres de lait puissent à la rigueur donner un nombre suffisant de calories pour un état de sédentarité ou de travail modéré ils ne présentent pas les éléments nutritifs dans leurs rapports physiologiques. Ainsi, 3 litres de lait donnent 105 gr. d'albumine, 114 gr de graisse, et seulement 165% d'hydrate de carbone. La disproportion entre ce dernier chiffre et le chiffre de 400 du régime d'équilibre saute aux yeux. A considérer aussi l'excès d'albumine et surtout de graisse par rapport à l'hydrate de carbone. Pour obtenir les 400 gr. d'hydrate de carbone du régime d'équilibre il faudrait absorber 7½ litres de lait ; qui donneraient 256 gr. d'albumine et 278 de graisse, quantités énormes que l'organisme ne pourrait assimiler. Si on réplique que peu importe la quantité d'hydrates de carbone contenue dans 3 litres de lait pourvu que le nombre de calories nécessaires soit fourni, je répondrai qu'il n'est pas indifférent de fournir les calories par tel ou tel groupe d'aliments, qu'au contraire il y a là une question d'assimilation et que l'assimilation des albuminoïdes a des limites au-delà desquelles l'excès d'albumine n'est pas utilisé, perturbe la nutrition et provoque même le dépérissement par désassimilation azotée.

Le régime lacté absolu convient à l'enfant en bas âge, parce que chez lui il s'agit d'un régime de croissance, de formation de tissus et non d'un régime d'équilibre comme chez l'adulte. Aussitôt que l'enfant marche et agit il faut adjoindre au lait des hydrates de carbone pour subvenir aux besoins mécaniques. Chez l'adulte alité ou en état de sédentarité, ou faisant un travail modéré, comme cela doit être pour tous les malades qui doivent être mis au régime lacté, le lait ne saurait apporter une quantité suffisante d'hydrates de carbone. Pratiquement il faut y ajouter du pain, du riz, des bouillies de céréales, des soupes aux légumineuses, des substances sucrées, qui le complètent. L'addition de ces substances permet d'ailleurs de diminuer la quantité de lait à absorber. Ainsi, par exemple, en réduisant la quantité de lait à 1.500 gr. et en y ajoutant 600 gr. de pain ou 422 gr. de riz, on obtient une ration plus facile à absorber et donnant un nombre de calories supérieur même à celui d'une ration d'équilibre. Ainsi :

			ALB.		GRAISSE		HYDR. DE C.
Lait	1.500 gr.	donnent	53	—	56	—	83
Pain	600 gr.	—	42	—	0	—	340
			<u>95</u>		<u>56</u>		<u>423</u>

Ration = 2.800 Calories.

Si on substitue du riz au pain, nous aurons :

			ALB.		GRAISSE		HYDR. DE C.
Lait	1.500 gr.	=	53	—	56	—	83
Riz	422 gr.	=	22	—	4	—	317
			<u>75</u>		<u>60</u>		<u>400</u>

Ration = 2,558 Calories.

ou encore :

Lait 2,000 gr. avec 150 gr. de biscuit ou de pain grillé donneront une ration comprenant 90 gr. d'albumine, 75 de graisse et 270 d'hydrates de carbone et donnant 2,168 calories.

En général, lorsqu'on ajoute des farines à la ration lactée il faut réduire la quantité de lait dans le rapport suivant : 100 grammes de lait pour 20 de farine parce que celle-ci est 5 fois plus calorigène, c'est-à-dire que 20 grammes de farine donneront le même nombre de calories que 100 grammes de lait. Ceci est bon à retenir ou à appliquer dans l'alimentation des enfants.

Donc, le régime lacté, quelque soit la quantité de lait absorbée, ne saurait répondre aux besoins d'une ration ordinaire d'entretien

ou d'équilibre pour l'adulte, il faut y adjoindre des hydrates de carbone pour établir le rapport normal entre les principes alimentaires. Comme on le voit, il ne suffit pas de dire aux malades de prendre du lait, beaucoup de lait, autant qu'ils peuvent en absorber. Cela est trop vague et insuffisant. Il faut savoir quels sont les besoins de chaque cas et y adopter un régime convenable. Ainsi, bien que le lait ait des propriétés diurétiques par sa lactose, il ne convient pas d'en donner une très grande quantité à des cardiaques ayant de l'hypertension-artérielle, il convient au contraire dans ces cas de réduire au minimum la quantité des boissons. Faire la diète de boissons a dans ces cas d'œdème avec hypertension artérielle plus d'effet diurétique que de gorger les malades de lait et tisanes. Ce fait paradoxal a été bien mis en évidence par Huchard, Fiessinger et Widal.

Voici la méthode qu'il faut suivre rigoureusement. Le cardiaque œdémateux sera mis au lit et il ne recevra, pendant 5 à 8 jours que 800 grammes de lait repartis en 4 repas de 200 grammes et à 4 heures d'intervalle. Ces prises de lait se feront à 8 h. a.m., à midi, à 4 h. p.m., et à 8 h. du soir. Ensuite, pendant 2 à 6 jours, selon l'effet obtenu sur la sécrétion rénale, on ajoutera un œuf à 10 h. a.m., et un biscuit à 6 h. p.m.; puis le lendemain ou 2 jours plus tard, 2 œufs et un morceau de pain seront ajoutés aux 800 grammes de lait; enfin on y ajoutera du riz, des légumes, voire même de la viande hachée. Pendant les 15 ou 30 jours qui suivent, le malade ne prendra que 800 gr. de liquide, mais en revenant peu à peu à son régime ordinaire. Le résultat paradoxal de cette diète de liquides, c'est l'augmentation de la diurèse qui atteint son maximum entre le 3ème et le 4ème jour, ayant pour conséquence la disparition de l'œdème et de la dyspnée. Ce régime presque sec a aussi pour conséquence de rendre le muscle cardiaque de nouveau sensible à la digitale. Il n'échoue que lorsque le myocarde est profondément dégénéré et il acquiert ainsi une valeur pronostique.

Le Dr Louis, de Mareuil, France, va plus loin encore et ordonne une diète complète des boissons, ne permettant au malade que quelques cuillerées d'eau pure, juste assez pour étancher la soif. Le résultat ne se fait guère attendre, dit-il, au-delà de 24 heures, alors, les urines de rares deviennent abondantes au grand

étonnement du malade et de son entourage, surpris de constater qu'il suffit de ne plus boire pour pisser abondamment. Quand l'œdème a disparu le lait sera pris en quantité modérée, afin de ne pas provoquer de nouveau l'hypertension et un surcroît de travail pour le cœur. (*Journal des praticiens.*)

Comme on le voit, même dans les cas où le régime lacté était prescrit comme un remède héroïque il y a lieu de corriger les errements de la routine.

Dans tous les cas, lorsque le médecin ordonne un régime lacté absolu, il doit procéder d'après les règles suivantes. Il doit considérer d'abord le poids du malade et ensuite l'état d'inactivité ou d'activité du patient. Ainsi :

Ration d'immobilité	35 gr. de lait par kilo, du poids actif.
“ de sédentarité	45 gr. “ “ “
“ de travail modéré	55 à 60 gr. “ “ “

Par exemple : Pour un malade pesant 65 kil. (qui est le poids moyen) et menant une vie peu active, on multipliera  $65 \times 45 = 2,925$  grammes donnant pratiquement 2,000 calories. Pour simplifier les calculs souvenons-nous que un litre de lait donne 750 calories.

Maintenant il faut apprendre aux malades comment absorber une grande quantité de lait. Les trois-quarts de la quantité totale seront pris dans le courant de la journée par portions égales toutes les deux heures et demie, l'autre quart en deux fois, une portion au coucher et l'autre au milieu de la nuit. Si le lait était sucré, il conviendrait de diminuer de  $\frac{1}{4}$  la ration totale parce que le sucre fournit 4 calories par gramme. On peut ajouter au lait, à part le sucre, du café, du cacao, une goutte de vanille, de l'eau de fleurs d'oranger, de laurier cerise, du kirsch, du cognac, du caramel, toutes les substances en un mot capables de satisfaire le goût des malades. Quant à la température du lait au moment de son absorption il faut plutôt le prendre chaud ou à température indifférente, car, froid, il paralyse la digestion. D'ailleurs la chaleur du liquide, tout en favorisant sa digestion, a l'avantage de stimuler le système nerveux.

Mais la précaution la plus importante est de boire lentement chaque verrée de lait; il faut prendre un quart d'heure pour absorber cette quantité et l'avaler par gorgées espacées. Autre pré-

caution importante : il est bon de se rincer la bouche, après chaque prise de lait, avec de l'eau de Vichy ou autre solution alcaline afin d'empêcher la fermentation acide dans la cavité buccale. Cette pratique a surtout son importance pour la nuit. De même pour oublier vite le goût un peu fade que laisse le lait, on peut laisser fondre dans la bouche une pastille de menthe. Maintenant, le lait est ou non toléré selon qu'il y a susceptibilité individuelle, hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie, fermentation intestinale. Son indigestibilité peut-être due à l'alimentation de la vache, ou à l'excès en beurre. Dans ces cas les remèdes seront : de prendre de préférence le lait de plusieurs vaches, et si le lait est trop gras de l'écrémer. S'il y a hyperchlorhydrie, comme la coagulation se fait très rapidement, il faut conseiller d'avaler le lait par petites gorgées et d'y ajouter de l'eau de Vichy ou une prise de bicarbonate de soude et magnésie. S'il y a hypochlorhydrie le lait sera pris chaud car ainsi il est plus stimulant pour la fibre musculaire, il pourra être écrémé aussi car les corps gras ont une action inhibitrice sur la sécrétion gastrique, et surtout sur l'acide chlorhydrique qui en ce cas est en déficit. Enfin une conséquence fâcheuse assez fréquente du régime lacté c'est la constipation. On la corrige par une eau saline laxative quelconque prise le matin, ou un comprimé de "purgen." De même un laxatif, tel que le calomel, trouvera son indication s'il y a fermentation intestinale révélée par l'état saburral de la langue et le météorisme abdominal. Dans le cas de fermentation intestinale il convient d'essayer le lait bouilli.

L'addition des hydrates de carbone (riz, pain grillé, biscuits, sagou, arrowroot, etc.), corrige aussi la fermentation.

A ce sujet, j'ai pu faire une observation d'une clarté mathématique. Ainsi ayant tenu au régime lacté absolu, pendant 15 jours, une malade atteinte d'infection intestinale et hépatique, sans cependant pouvoir modifier ni la fièvre ni l'état saburral de la langue, ni la fermentation intestinale, j'ai obtenu la disparition de ces symptômes dans le court espace de quatre jours par la simple substitution de riz à la moitié de la ration lactée.

En résumé donc, le lait est indiqué 1° lorsqu'il s'agit de donner du repos à un organe malade tel que le rein, l'estomac, le foie, les intestins, la peau, le système nerveux ; 2° lorsqu'il faut désintoxiquer l'organisme et favoriser la diurèse dans les états œdémateux ; mais la quantité de lait sera très réduite d'abord s'il y a hyperten-

sion artérielle; 3° si le malade ne peut absorber la quantité énorme de 3 à 4 litres afin de lui assurer un régime d'équilibre, il convient d'additionner le lait d'une certaine quantité de riz, de pain ou autre hydrate de carbone; 4° il faut éviter d'avaler une grande quantité de lait à la fois. 5° enfin il faut prévenir la fermentation lactique dans la cavité buccale par le rinçage de la bouche avec de l'eau de Vichy ou une autre eau alcaline.

(à suivre)

---

### TUMEUR SOLIDE DE L'OVAIRE " SARCO-EPITHELIOME " (1)

#### Chez une fillette de 13 ans.

Présentation d'une pièce anatomique et de préparations histologiques.

Par M. AMÉDÉE MARIEN

Chargé de la Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Messieurs, je vous présente, au nom du Docteur G.-E. Bédard, et au mien des pièces macroscopiques et microscopiques d'un cancer atypique de l'ovaire, développé chez une jeune fille de treize ans.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'étude de cette tumeur maligne, c'est son foudroyant développement. En effet, l'on pouvait la voir grossir et se développer, d'une façon sensible et considérable tous les jours. Il y a un mois, elle n'était pas perceptible à l'exploration abdominale, et en quinze jours de temps elle a grossi du volume d'une mandarine à celui d'une tête d'enfant. Deux jours avant l'opération de la malade, c'est-à-dire à son entrée à l'hôpital, j'ai tracé à l'encre, sur la peau de l'abdomen, la circonférence de la tumeur; le lendemain, elle avait augmenté, en étendue, de deux gros travers de doigt, dans toute sa circonférence, et de quatre gros travers de doigt, le deuxième jour. C'est cette croissance extraordinaire d'une tumeur solide et les autres symptômes graves, pouls variant de 140 à 160 pulsations, température variant de 102° à 104° F, vomissements noirâtres et abondants, diarrhée noirâtre et abondante qui me forcèrent à faire d'urgence, le dimanche matin, une laparotomie exploratrice. Malgré la consistance dure et l'absence de fluctuation, je croyais avoir à ouvrir un kyste hémato-suppuré de l'ovaire. Je partageais l'opinion de

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 5 mai 1908.

mon confrère le Dr Bédard, qui m'avait mis au courant de l'évolution extraordinaire de la maladie en m'adressant la note clinique suivante :

OBSERVATION. — “ Le 23 mars dernier, je fus appelé auprès de Mlle Irène L. . . , âgée de treize ans, souffrant de douleurs abdominales vagues. Le thermomètre marquait  $100\frac{1}{2}$  F., et le pouls donnait 105 pulsations à la minute.

À l'examen des poumons, du cœur et des reins, rien d'anormal n'était à signaler. La langue présentait un état saburral ; dans la journée, la malade avait eu une couple de selles fétides. On remarquait à la région abdominale un peu de tympanisme avec une légère défense musculaire du côté gauche. À la région ovarienne, on sentait un peu de submatité de la grandeur à peu près d'un à deux centimètres carrés.

Je donnai, alors, trente centigrammes de calomel, à prendre à doses filées. Ce qui eut pour effet, pour le moment du moins, de tout faire revenir apparemment à l'état normal.

Huit jours plus tard, on requiert de nouveau mes services pour la même petite malade. Cette fois-ci, la douleur occupait surtout le côté gauche. À l'examen de la région abdominale, je trouvai un ventre gonflé, un peu plus saillant du côté gauche, et excessivement douloureux dans cette dernière région. La percussion donnait de la sonorité dans toute la région droite de l'abdomen ainsi que dans le flanc gauche. À la palpation, dans la fosse iliaque gauche, la paroi se défendait, mais on sentait très bien une masse dure, de la grosseur d'une mandarine, assez ferme et ne présentant aucune mobilité par le changement de position.

La température était à  $101\frac{1}{2}$  F., et le pouls à 115 pulsations. Pour la première fois, la veille au soir, la petite malade avait eu un vomissement. L'état général était devenu plus mauvais ; le facies tiré et altéré, on voyait que l'enfant diminuait de jour en jour. Devant cet état de choses j'avertis la famille du danger que courait ma petite patiente et je la mis sous observation pour intervenir plus tard en temps opportun.

Chaque jour la température oscillait entre  $99^{\circ}$ ,  $100^{\circ}$  et  $101^{\circ}$  et quelques cinquièmes. Les vomissements continuèrent à se répéter de plus en plus avec plusieurs selles diarrhéiques quotidiennes.

Le trois avril au soir, je fis de nouveau un nouvel examen. La malade venait d'avoir, dans la journée, sa première menstruation. De la grosseur d'une mandarine, il y avait à peine quelques jours, la tumeur abdominale me paraissait maintenant grosse comme deux poings. En dedans, elle ne débordait pas la ligne médiane; en haut, elle remontait de un à deux travers de doigt au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic.

Vu l'évolution aussi rapide de ce néoplasme abdominal, avec cette fièvre et l'état de dépérissement dans lequel ma patiente avait été plongée en si peu de jours, je portai le diagnostic de kyste hémato-suppuré de l'ovaire gauche.

Comme antécédents héréditaires, on ne relève aucun cas de tuberculose, de cancer, etc., dans l'histoire de famille.

A son entrée à l'hôpital, la malade, qui pouvait encore marcher avec assez de facilité, avait une température de  $104^{\circ}$  et un pouls à 140, des vomissements noirâtres et de la diarrhée noirâtre. Le deuxième jour, comme ces symptômes alarmants de même que l'augmentation énorme de la tumeur, menaçaient l'existence de la malade, je décidai de faire d'urgence une laparotomie exploratrice avec l'évacuation d'une collection que je soupçonnais. A mon grand désappointement, à l'ouverture du ventre je me trouvai en présence d'un épiploon étranglé et gangréné, et d'une tumeur solide, qu'il me fallut enlever malgré les nombreuses adhérences et l'état grave dans lequel se trouvait la malade. Des injections de sérum artificiel, d'huile stérilisée, de caféine, etc., enfin un traitement médical bien conduit par le Dr Verner, relevèrent du véritable choc opératoire la malade qui menaçait de succomber d'une heure à l'autre avec un pouls à 160 et une température à  $97^{\circ}$ F. Enfin, dix jours après l'opération, tout semble rentrer dans l'ordre et la malade marche vers la convalescence.

L'examen anatomo-pathologique de ce néoplasme ne présente pas moins d'intérêt et de bizarreries que son histoire clinique. Sa forme sphérique et régulière est celle des tumeurs ordinaires de l'ovaire, une large surface friable et lardacée adhérait à la vessie et à toute la paroi abdominale pré-vésicale, tout l'épiploon étranglé entre la tumeur et la paroi abdominale lui adhérait ainsi que les deux anses intestinales, mais il existait un assez long pédicule formé par le ligament ovarien hypertrophié comme dans les kystes

ordinaires de l'ovaire; la trompe du même côté était hypertrophiée et sillonnée par de gros vaisseaux dilatés. Pas d'autres adhérences et le reste de la surface est lisse et libre. Sa consistance est celle des tumeurs solides, plutôt molles et résistantes. La coloration de sa surface externe rappelle celle des kystes prolifères de l'ovaire, c'est une enveloppe assez épaisse, d'un blanc nacré, qui enveloppe toute la tumeur. A la coupe, l'on voit qu'elle est formée par des tissus tantôt lardassés, tantôt splénisés, offrant des colorations du blanc au brun foncé, couleur lie de vin.

A l'examen microscopique il est permis d'affirmer qu'il s'agit d'un cancer atypique à tissus multiples; il existe de l'épithélioma cylindrique très répandu et des ilots de sarcome fuso-cellulaire nettement caractérisé. Sur d'autres points le microscope décèle des formations néoplasiques rappelant la constitution des tératomes, productions dérivées des trois feuilletts du blastodermis. En attendant que je fasse une étude histologique plus détaillée de cette curieuse tumeur, je puis sans hésitation l'étiqueter "sarco-épithéliome primitif de l'ovaire."

L'étude très complète et très consciencieuse, sur "les tumeurs malignes primitives de l'ovaire," publiée par M. P. J. Dreyfus, dans le no. d'octobre 1907 des Archives générales de Chirurgie, nous apprend que la question des tumeurs malignes de l'ovaire est encore peu connue et assez mal étudiée.

Dans une bibliographie très complète il cite deux observations, sur une variété très rare de ces cancers de l'ovaire développés à l'occasion de la puberté chez les fillettes, et qui ressemblent à celle-ci, que je tiens sous observation et que j'ai cru intéressant de vous communiquer.

NOTE. — Un mois après, la malade, guérie de l'opération, succombait à un envahissement cancéreux des poumons.

---

Pris en n'importe quel temps, *Bovril* aide à recouvrer la santé et la stimule plus rapidement que toute autre nourriture.

## GROSSESSE TRIPLE DIAGNOSTIQUEE UN MOIS AVANT L'ACCOUCHEMENT

Par E. A. RENÉ DECOTRET,

Professeur-adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité.

Quelqu'un a dit voir *Naples et mourir*, et moi je disais depuis longtemps : diagnostiquer une *grossesse triple et mourir*. En effet, depuis bientôt vingt ans accoucheur de la Maternité, je gémissais sur mon malheureux sort ; je n'avais pas encore rencontré de grossesse triple. Et autour de moi, pendant ce temps, quelques médecins, plus heureux et peut-être moins appréciateurs de la chose, avaient eu l'insigne fortune d'être témoins de la naissance de trois jumeaux. Quelques années passées, la sœur de ma bonne a eu une grossesse triple après deux grossesses gémellaires, toutes grossesses qu'elle a rendues heureusement à terme. Sur la rue St-Christophe, à quelques arpents de ma demeure, une autre femme. il y a deux ou trois ans, accoucha de trois enfants. Sur la rue Lagauchetière, encore près d'ici, mais il y a déjà une vingtaine d'années, une autre femme encore donnait naissance à trois jumeaux ; et l'an dernier, une campagnarde faisait un semblable cadeau à son mari. C'était assez pour exciter ma convoitise.

Cependant ce n'était pas tant le désir de recevoir du même coups trois enfants qui me faisait envier le sort de mes confrères. Qu'est-ce après tout qu'être témoin du fait, peu banal il est vrai, d'un accouchement triple ? Non, cela n'était rien. Mais autre chose est de voir Naples en artiste. Ce que je désirais c'était de faire le diagnostic d'une grossesse triple. Mon vœu est exaucé et je ne tiens plus à mourir, uniquement dans l'espoir de rencontrer un autre cas semblable dans ma prochaine série de sept à huit mille accouchements.

Voici l'histoire de la patiente qui fait le sujet de cette communication.

Maxima, fille, âgée de 21 ans, entre à la Maternité le 16 février 1908. C'est une Canadienne-française, employée dans une fabrique quelconque. Ses antécédents héréditaires sont bons. Elle n'a pas connaissance de grossesses multiples dans sa famille. Elle ne connaît pas la famille de son amant. Elle ne sait pas à quel âge elle a commencé à marcher. Elle a toujours bien marché. Elle est menstruée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Dans ses antécédents pathologiques on ne peut découvrir que la rougeole et la coqueluche. Cette dernière maladie s'étant fait sentir l'an

derrier. Le squelette est normal ; la peau est de bonne couleur ; les poumons sont faibles. Il y a trachycardie.

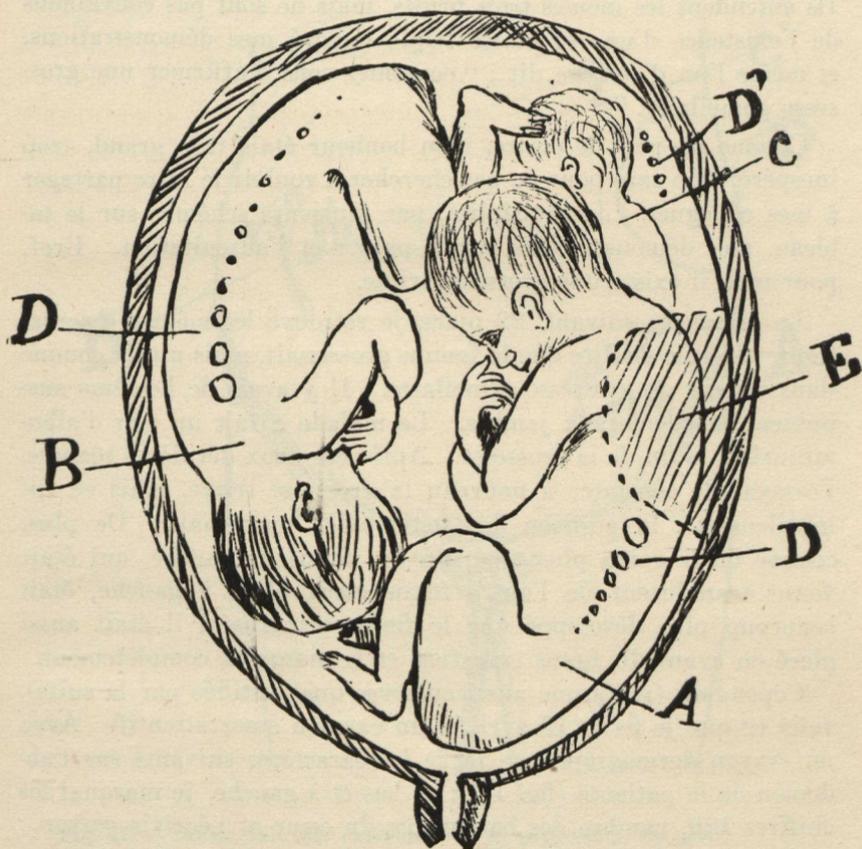
Enceinte pour la première fois, elle a vu ses dernières règles le 8 août 1907.

Le 23 février 1908, je vois Maxima pour la première fois, alors qu'elle était supposée être enceinte de 6 mois et demi. L'utérus est développé comme celui d'une femme enceinte de 8 mois (6 travers de doigt au-dessus de l'ombilic).

Au palper je constate la présence de deux fœtus, placés à peu près longitudinalement. Je ne puis cependant diagnostiquer au juste les présentations, sièges ou sommets. L'auscultation donne deux *summums* d'intensité : un, en dessous de l'ombilic à gauche ; et l'autre, au-dessus de l'ombilic à droite. Il y a beaucoup de liquide amniotique. Les deux *summums* d'intensité ont à peu près le même rythme. Le dimanche, 1<sup>er</sup> mars, je fais les mêmes constatations quant à la présence des deux fœtus et de leur bruit de cœur. Le 17 mars, la patiente descend à la salle de clinique et sert de sujet de clinique à M. le prof. Lamarche.

Après la leçon, la malade reste sur la table et nous sert de sujet d'observation plus attentive à M. le prof. Lamarche, au docteur Brisset, notre assistant et à moi-même. Notre garde-malade en chef, Mademoiselle Rioux était présente. Voici ce que je trouvai à ce moment et ce que je voulus faire constater par mes collègues. Mes constatations je les ai prouvées séance tenante par un schéma sur le tableau noir (fig. I). Je palpe aisément à gauche les deux pôles d'un fœtus en présentation du siège, position gauche. Le siège de ce fœtus est au-dessus du détroit supérieur, du côté gauche ; à droite, les deux pôles d'un autre fœtus se présentant par le sommet, lequel sommet est situé plus haut que le siège du premier fœtus constaté. Ce second fœtus a le dos tourné à droite et en haut et le siège déborde à gauche la ligne brune. Entre le siège de ce dernier fœtus et la tête de l'autre, je palpe un autre pôle fœtal, siège ou tête, je ne sais. Ce dernier pôle fœtal très mobile obéit facilement à la plus légère secousse que je lui imprime. Je constate bien ce pôle, je le saisis bien pour ainsi dire, et quand je le fais mouvoir, les deux autres fœtus ne paraissent recevoir aucunement les impressions données ; ils ne remuent pas du tout. Je tire la conclusion qu'il existe chez cette femme une grossesse triple.

Les renseignements donnés par l'auscultation ne sont pas aussi probants. D'abord je perçois parfaitement les bruits du cœur du fœtus de gauche. Ce fœtus est en présentation du siège et cependant j'entends son cœur très bas dans la fosse iliaque gauche ; le



tus le 17 mars : fœtus A, se présentant par le siège ; fœtus B, se présentant par le sommet ; fœtus C, sommet ou siège en haut. — D, auscultation, propagation des bruits du cœur des fœtus A et B. — D', on entend très faiblement les bruits du cœur du fœtus C. — E, placenta du fœtus C, et bruit du souffle.

placenta, comme je le dis alors, étant placé vis-à-vis les deux épaules de ce fœtus, me masque les bruits où je devrais entendre le summum. Les bruits du cœur du fœtus de droite je les entends un peu au-dessus de l'ombilic et à droite. Enfin les bruits du cœur du troisième fœtus sont plus confus et je ne puis

certifier si réellement ce sont les bruits d'un troisième fœtus ou ceux de l'un des deux autres. Je les entends faiblement, mais très faiblement, au fond de l'utérus et à gauche. Mais ils paraissent très éloignés de l'oreille. Je fais écouter mes deux collègues. Ils entendent les mêmes trois bruits, mais ne sont pas convaincus de l'existence d'une grossesse triple malgré mes démonstrations, et même l'un d'eux me dit : "contentez-vous d'affirmer une grossesse gémellaire."

Comme on peut le croire, mon bonheur était trop grand, trop inespéré, trop rare pour ne pas chercher à vouloir le faire partager à mes collègues. Je multipliai, par plusieurs schémas sur le tableau, mes démonstrations sur le palper et l'auscultation. Bref, pour moi, il existe une grossesse triple.

Le dimanche suivant, 22 mars, je retrouve les mêmes observations. Inutile de dire que la femme grossissait, mais plutôt comme dans un cas de grossesse gémellaire. Il y avait de l'œdème sus-pubien, et œdème aux jambes. La malade a fait un peu d'albuminurie à la fin de la grossesse. Après ces deux dernières séances, j'essayai de constater à nouveau la grossesse triple, mais ce fut inutilement : la position des fœtus m'en empêchait. De plus, comme on le verra plus tard, un des fœtus de gauche, qui était fœtus transfuseur de l'autre fœtus aussi placé à gauche, était beaucoup plus développé que le fœtus transfusé ; il était aussi placé en avant du fœtus transfusé et le masquait complètement.

Cependant (remarque aussi curieuse que justifiée par la suite), voici ce que je fis le 19 avril, à un examen assez attentif. Avec un crayon dermatographique je fis les caractères suivants sur l'abdomen de la patiente (fig. II) : en bas et à gauche, je marquai les chiffres 120, nombre des battements du cœur et j'écrivis *garçon* ; en haut et à droite, 150, *filles* ; à gauche et en haut je traçai un point d'interrogation (?). Entre le point d'interrogation et le chiffre 120, je décrivis l'endroit d'un placenta ou du placenta commençant pour se continuer en arrière de l'utérus, le contourner et revenir jusqu'à droite en arrière.

Pendant un autre accouchement qui eut lieu ce même soir du 19 avril, j'expliquai aux étudiants ce que j'avais fait et constaté le matin dans mon cas de grossesse multiple.

Toutes ces constatations je les ai faites toujours en présence de mon assistant, le Dr Brisset et des gardes-malades.

Le 23 avril, vers 1 heure du matin, Maxima ressent les premières douleurs de l'enfantement. A 6 heures elle descend à la salle d'accouchement. Le col est complètement dilaté ; la garde rompt la poche des eaux et le premier enfant se présente par les

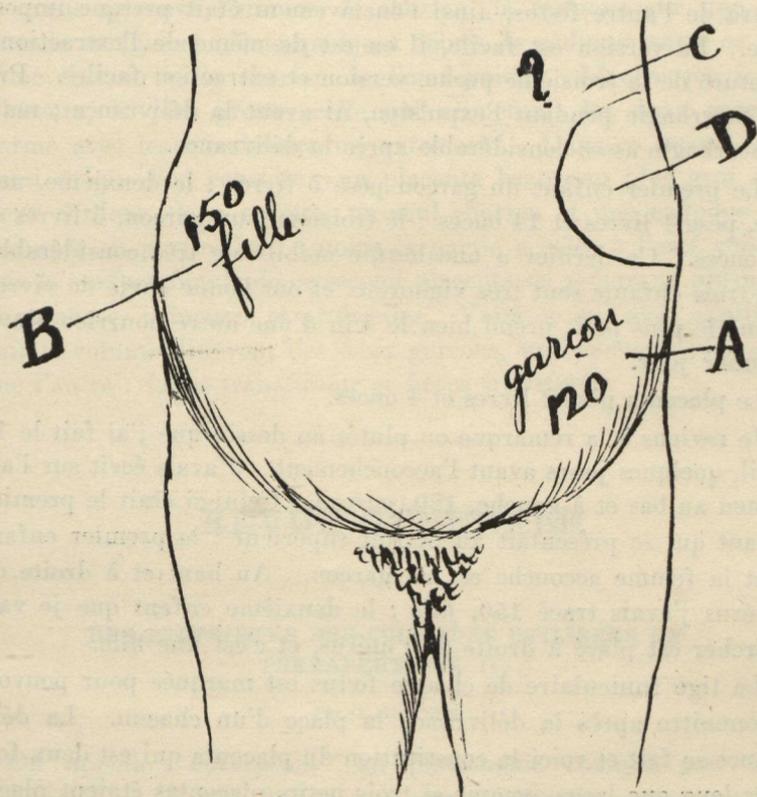


Fig. II. — Dessin fait sur l'abdomen de la patiente le 19 avril.

A, à l'auscultation, 120 battements du cœur (garçon). — B, 150 battements (fille). — C, au dieu inconnu. — D, placenta et bruit de souffle.

pieds. Appelé quelques minutes plus tard, je constate par le palper la présence de deux autres fœtus. J'attends quelque peu et je romps une autre poche des eaux. Le deuxième fœtus se présente par le sommet, et comme après une demi-heure d'attente il n'y a pas d'engagement je veux aller à la recherche des pieds pour faire une version. Une troisième poche des eaux très volumineuse se présente en avant de la tête. Je repousse les membranes et bien attentivement je vais à la recherche des pieds pour

exécuter la version. La chose était délicate parce qu'en faisant la version je pouvais faire de l'enclavement entre les deux têtes.

La main, glissée entre les deux fœtus et tenue au contact du corps du fœtus à tourner, saisit un pied et ramène le dos vers le ventre de l'autre fœtus, ainsi l'enclavement était presque impossible. La version est facile, il en est de même de l'extraction. Rupture de la troisième poche, version et extraction faciles. Pas d'hémorrhagie pendant l'expulsion, ni avant la délivrance ; mais hémorrhagie assez considérable après la délivrance.

Le premier enfant un garçon pèse 5 livres ; le deuxième, une fille, pèse 4 livres et 14 onces ; le troisième, un garçon, 3 livres et 12 onces. Ce dernier a une hernie ombilicale très considérable. Les trois enfants sont très vigoureux et ont bonne envie de vivre ; même le plus petit prend bien le sein d'une autre nourrice dès le premier jour.

Le placenta pèse 2 livres et 4 onces.

Je reviens à la remarque ou plutôt au dessin que j'ai fait le 19 avril, quelques jours avant l'accouchement. J'avais écrit sur l'abdomen au bas et à gauche, 120, *garçon*. Celui-ci était le premier enfant qui se présentait au détroit supérieur : le premier enfant dont la femme accouche est un garçon. Au haut et à droite de l'utérus j'avais tracé 150, *filles* ; le deuxième enfant que je vais chercher est placé à droite de l'utérus, et c'est une fille.

La tige funiculaire de chaque fœtus est marquée pour pouvoir reconnaître après la délivrance la place d'un chacun. La délivrance se fait et voici la constitution du placenta qui est deux fois plus long que large, comme si trois petits placentas étaient placés en ligne. Ils paraissent très adhérents entre eux. Cependant nous constatons assez facilement deux œufs bien distincts. Le placenta devait être situé surtout sur la partie postérieure de l'utérus, un peu plus haut que le milieu. Il partait de la partie antérieure latérale gauche, contournait le côté gauche, se dirigeait en arrière et à droite jusqu'à la partie latérale postérieure droite. L'extrémité gauche, où l'insertion du cordon était vélamenteuse et marginale, nourrissait le dernier fœtus arrivé, le plus petit. La partie centrale du placenta alimentait le premier fœtus sorti, le plus gros. C'étaient les deux garçons. L'extrémité droite appartenait au deuxième fœtus sorti ou la fille.

Il y avait deux œufs bien distincts. En effet nous avons pu facilement séparer le placenta en deux parties inégales: l'une, la plus petite, constituée par l'extrémité droite et qui nourrissait la fille. Ce placenta et ses membranes constituaient un œuf. Nous y avons retrouvé l'amnios, le chorion, la caduque sur une très grande surface et même quelques débris de caduque entré ce premier chorion et le chorion de l'œuf voisin. L'autre partie du placenta, la plus grosse, celle qui alimentait les deux garçons, forme avec les membranes un autre œuf. Dans ce second œuf, voici ce que l'on constate: un placenta beaucoup plus gros avec deux cordons, deux amnios, un seul chorion et une caduque qui recouvre en partie l'œuf (moins la partie accolée à l'œuf voisin). Sur la surface fœtale de ce second placenta on remarque plusieurs anastomoses veineuses et artérielles. Voilà ce qui nous expliquerait le volume différent des deux garçons, un beaucoup plus gros que l'autre: fœtus transfuseur et fœtus transfusé.

---

## REVUE GENERALE

---

### DES PROPRIETES DES COLLOIDES UTILISEES EN THERAPEUTIQUE (1)

Par G. BIQUOIR

On appelle "*adsorption*" un phénomène indiqué par Van Bemmelen, et suivant lequel les grains ultramicroscopiques des colloïdes ont la propriété de fixer une solution d'un autre corps, en partie du moins.

On sait, d'autre part, qu'un colloïde se précipite en face d'un autre colloïde, et que les toxines sont des colloïdes.

Je me suis demandé si en chargeant un colloïde artificiel d'un ou de plusieurs médicaments, je n'obtiendrais pas un composé qui, en se précipitant dans des conditions déterminées, c'est-à-dire devant les toxines, donnerait un résultat thérapeutique plus marqué.

Tout ceci n'est qu'hypothèses, et les hypothèses ne servent qu'à

(1) Ce curieux travail mérite qu'on s'y arrête. Il y a là un procédé nouveau et des résultats qui méritent d'être connus. Ce travail a été communiqué à l'Académie des Sciences et paraît dans "La Clinique" de Paris. — (R)

conduire l'esprit. Mais voici quelques faits à l'appui : je prends par exemple X gouttes de permanganate de calcium à 0,50 p. 1.000 ; je les injecte dans un cas de pyélo-néphrite ; je n'obtiens aucune amélioration, mais, si j'ajoute ces X gouttes à 2 centimètre cubes d'un colloïde artificiel, tel que le bleu de méthylène à 1/20, j'obtiens une solution mère dont j'injecte X gouttes diluées dans 1 centimètre cube d'eau. Dès les premières injections, les urines changent, les douleurs diminuent.

Dans un cas de plaques muqueuses syphilitiques, si j'injecte X gouttes de sublimé à 1 p. 100, je n'obtiens aucun résultat. Mais si, répétant l'expérience précédente, j'ajoute ces X gouttes à 2 centimètres cubes de bleu de méthylène à 1/20, j'injecte de cette solution mère X gouttes diluées dans 1 centimètre cube d'eau distillée, l'amélioration est obtenue en quelques injections.

Prenons un autre exemple, le goménol. Ce corps ne se mélange pas, et cet exemple me paraît caractéristique ; injecté dans les conditions précédemment indiquées, il fait cesser en quelques jours la violente douleur causée par les ulcérations du col de la vessie.

J'ai répété les mêmes expériences dans les maladies les plus diverses : sinusite frontale, otite chronique, rhinite chronique, amygdalite tuberculeuse, salpingite, entérite, etc.

La loi d'adsorption ne s'est pas démentie.

J'ai pensé alors à faire des associations médicamenteuses plus complexes ; bien entendu les formules que j'indique ne sont pas définitives, et elles peuvent varier au gré de l'expérimentateur, selon le résultat qu'il veut obtenir.

Pourquoi avoir choisi de faibles doses ?

Tout d'abord, je ne les ai pas choisies, elles m'ont été imposées par l'expérimentation ; avec des doses fortes on obtient de véritables bouillies impossibles à injecter.

Comme marche à suivre pour les injections, surtout dans le traitement du cancer, je conseille de faire d'abord une série de dix ou quinze injections, et de s'arrêter, même avant, si le malade se sent fatigué. Une autre raison de suspendre souvent le traitement, c'est qu'on évitera ainsi l'accoutumance.

Voici, pour terminer, quelques observations qui me paraissent intéressantes, et à l'appui de ma thèse ; je ferai remarquer en passant que, les formules pouvant varier à l'infini, je donne ici les

plus récentes, c'est-à-dire celles qui m'ont donné les meilleurs résultats.

#### OBSERVATION I. — *Pyélo-néphrite.*

Mme Q., âgée de soixante ans, souffrant de douleurs vives à la vessie et irradiées des lombes, est vue par moi le 28 juin 1907, en consultation avec un chirurgien des Hôpitaux de Paris ; celui-ci diagnostique de la pyélo-néphrite et, vu le mauvais état du cœur de la malade, se refuse à opérer. J'institue le traitement suivant: j'ajoute X gouttes de permanganate de calcium (0,50 p. 1.000) à 2 centimètres cubes de bleu de méthylène (1/20). De cette solution mère je dilue X gouttes dans 1 centimètre cube d'eau distillée, que j'injecte une fois par semaine.

Le 4 juillet, 2<sup>e</sup> injection: Les souffrances sont amoindries, les urines sont légèrement éclaircies.

Le 12 juillet, 3<sup>e</sup> injection: La malade a eu quelques crises très douloureuses. Les urines ont le même aspect.

Le 19 juillet, 4<sup>e</sup> injection: Les douleurs sont très supportables. Les urines continuent à s'éclaircir.

Le 27 juillet: 5<sup>e</sup> injection: La malade n'a plus de crises; les mouvements dans le lit n'occasionnent plus de douleurs. Urines plus claires et à odeur plus normale.

Le 4 août, 6<sup>e</sup> injection: La malade ne souffre plus. Les urines contiennent à peine de pus.

Le 11 août, 7<sup>e</sup> injection: Les douleurs n'ont pas reparu. Urines claires.

Le même état se continuant, je cesse tout traitement à la fin d'août.

La guérison a nécessité douze piqûres, les dernières ayant été rapprochées pour prévenir un retour offensif possible.

#### OBSERVATION II.

M. V., cinquante-quatre ans, a contracté la syphilis, qui n'a été soignée que quelques mois. Il est porteur de trois plaques muqueuses, de la grandeur moyenne d'une lentille.

J'ai cherché également à vérifier dans ce cas la valeur de la loi d'adsorption des colloïdes.

A 2 centimètres cubes de bleu de méthylène (1/20) j'ai ajouté X gouttes de sublimé (à 1/100). De cette solution mère, j'ai in-

jecté X gouttes diluées dans 1 centimètre cube d'eau distillée. Dès la première injection, l'amélioration fut indiscutable; je fis une injection tous les deux jours, et après trois injections les plaques avaient disparu. Ce qui paraît curieux, c'est la rapidité d'action des injections employées.

Je vais à ce sujet citer plusieurs observations qui prouvent bien ce fait.

### OBSERVATION III.

Mme de B., trente ans, a été opérée, l'année dernière, d'une sinusite maxillaire. En octobre 1907, une sinusite frontale est constatée après radioscopie par un laryngologiste et son chef de clinique, qui doivent opérer dans quelques jours.

La jeune femme, sachant que je fais des expériences sur les suppurations, vient me supplier d'essayer l'effet de mes injections sur elle. Je finis par y consentir, et voici la formule essayée:

A 2 centimètres cubes de bleu de méthylène, j'ai ajouté X gouttes de goménol à 10 p. 100 et X gouttes de silicate de soude à 1 p. 100. Après la première injection, les deux laryngologistes ne purent retrouver traces de pus.

Une seconde consultation, à quelques jours d'intervalle, eut le même résultat.

Le malade a suivi le traitement pendant quinze jours, à raison de trois injections par semaine.

### OBSERVATION IV. — *Ulcérations du col de la vessie.*

Mme D., en septembre 1907, se plaint d'éprouver des douleurs cuisantes en urinant. Les urines sont troubles.

La malade a été cautérisée au nitrate d'argent.

Je fais une première injection de la solution de bleu de méthylène contenant X gouttes de goménol et X gouttes de silicate de soude. Deux jours après la malade me déclara avoir moins souffert, mais, qu'on ne peut rien conclure, parce qu'elle a un peu marché.

Je fais une deuxième injection, puis une troisième, les douleurs disparaissent. Je continue dix injections, une tous les deux jours. Le malade n'a plus éprouvé de cuissons. Les urines ont leur couleur et leur odeur normales.

OBSERVATION V. — *Testicule tuberculeux.*

M. C., soixante ans, a été opéré à Tenon l'an dernier pour tuberculose d'un testicule qui est enlevé. Au début de janvier 1908, le malade est repris de douleurs violentes dans le testicule qui lui reste. L'épididyme est farci de tubercules très douloureux à la pression; le testicule a gardé à peu près son volume normal, refoulé en bas et en avant; le scrotum est induré, très œdématisé, d'une couleur violacée. Le malade doit entrer à l'hôpital le lendemain pour être opéré. Je le vois ce jour-là et commence le traitement avec la solution suivante: pour 2 centimètres cubes de bleu de méthylène, X gouttes de permanganate de calcium à 0,50 p. 1.000, X gouttes de goménol à 10 p. 100.

Je fais une injection chaque jour. Après la deuxième, le malade pouvait croiser les jambes, il marchait sans souffrir; le scrotum reprenait sa couleur et sa consistance normales.

Au bout de vingt-cinq injections, on sentait dans l'épididyme, quelques petites masses indurées; à peine douloureuses à la pression seulement.

Actuellement, le malade continue des séries de dix injections, une chaque jour, après lesquelles il se repose dix jours.

On sent encore, mais difficilement, quelques nodosités dans l'épididyme; elles sont complètement indolores. Le malade a augmenté de poids; l'état général est excellent.

OBSERVATION VI. — *Récidive de cancer du sein.*

Mme D., vingt-huit ans, a été opérée d'un cancer du sein par un chef de clinique de la Faculté.

Au bout de deux mois, il y avait récurrence. Je l'examine au début de février 1908; je trouve dans la cicatrice une tumeur mobile, grosse comme un œuf. La malade souffre dans l'épaule, dans le thorax, et surtout dans la main correspondante; elle peut difficilement se servir de son bras; elle a maigri, et vu son état général peu satisfaisant je fais une première série des injections dont la formule est indiquée plus loin; une tous les deux jours. L'état général se relève, la tumeur se ramollit et diminue légèrement. Au bout de trois semaines, voyant la malade en meilleur état, je fais une série de dix injections, une tous les jours, avec

la solution suivante: pour 2 centimètres cubes de bleu de méthylène, X gouttes de sublimé à 1 p. 100, X gouttes de trypsine à 1 p. 100, X gouttes d'arrhénal à 5 p. 100.

Dès la quatrième injection la malade se plaint d'élançements dans la tumeur; celle-ci a légèrement augmenté de volume, la peau est rouge et tendue. Température: 38°2. A la sixième injection on sent de la fluctuation, et son médecin voudrait ouvrir. Dans les jours suivants, tout rentre dans l'ordre; la douleur disparaît ainsi que la rougeur; la peau redevient souple, plus de fièvre. La tumeur a presque disparu; elle paraît divisée en trois ou quatre noyaux dont le plus gros a le volume d'une noisette. Après un repos de huit jours, je reprends le traitement.

La plus grosse nodosité près de la tête de l'humérus a disparu, on sent encore deux points douloureux, et il semble rester deux nodosités grosses comme la moitié d'un petit pois. Les douleurs sont très sourdes, la malade peut placer le bras sur le haut de la tête et sur la figure; le seul mouvement qu'elle fasse difficilement c'est celui de porter la main à la nuque.

### CONCLUSIONS

Que conclure de ces faits? Il serait prématuré de considérer ces guérisons comme définitives. Et j'estime qu'il faudra plusieurs années pour juger si elles ne sont qu'apparentes.

Mais je crois pouvoir conclure qu'en ajoutant des doses infinitésimales d'un ou de plusieurs corps à un colloïde artificiel, on augmente considérablement la valeur thérapeutique de ces corps.

---

### ACCIDENTS DU TRAVAIL — UN CAS DE TABES (1)

Le Tribunal civil de Bourgoin a rendu, le 23 octobre 1907, un jugement dans un cas morbide d'une application rare en pratique: le tabès. Voici l'espèce très intéressante où les juges n'ont pas cru devoir établir une relation de cause à effet entre l'accident et l'ataxie locomotrice consécutive.

(1) Nous reproduisons ce travail qui est d'un grand intérêt pour nous. Le médecin pourra s'aider de ces notions pour apprécier devant nos tribunaux la valeur de certaines réclamations sollicitant causées par des accidents du travail. Il y a des distinctions à faire dans chaque cas. Cet article est de M. Tourey-Plallat, dans "La clinique" du 17 avril 1908.

Le 1er mars 1906, à 2 heures du soir, un employé de la Compagnie P.-L.-M., à la gare de Bourgoin, traversait les voies conduisant un chariot chargé de bagages lorsque, par suite d'une secousse, le chargement bascula: un premier colis atteignit l'employé dans le dos sans le faire tomber, un second provoqua sa chute et un troisième bagage, un panier en osier du poids de 85 kilogrammes lui tomba sur la jambe droite qui fut fracturée au-dessus de la cheville.

A la suite de cet accident, la victime reçut les soins d'un médecin de la Compagnie qui réduisit la fracture; dans le courant du mois de juillet, le membre fracturé présentant encore un peu de faiblesse et de la gêne dans les mouvements, la victime fut envoyée sur l'avis du médecin traitant à l'Institut mécanothérapique Zander à Aix-les-Bains; dans le courant du mois d'août, l'impotence du membre blessé paraissait à son minimum lorsque se manifestèrent et de façon-très nette les premières atteintes d'un tabès: le malade fut ramené à Bourgoin et la maladie suivit son cours en devenant de plus en plus caractérisée et en rendant finalement Bournay inapte à tout travail.

La victime considéra l'ataxie locomotrice dont il était atteint comme la conséquence de la chute qu'il avait faite le 1er mars 1906 pendant son service à la gare de Bourgoin; son invalidité étant complète, il demanda une rente de 730 francs représentant les deux tiers de son salaire annuel de 1,095 francs. La Compagnie P.-L.-M. soutint au contraire que le blessé se trouvait dans l'impossibilité d'établir la relation de cause à effet entre l'accident dont il avait été victime et la grave maladie dont il se trouvait atteint et estimait l'incapacité résultant de l'accident à 20 %

En présence de cette différence de vues, le Tribunal de Bourgoin, saisi de la question, commit comme expert M. le Dr Tixier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon et professeur agrégé à la Faculté de Médecine, avec la mission de déterminer quelles lésions devaient être considérées comme les conséquences de l'accident.

L'expert constata d'abord que la fracture de la jambe était bien consolidée avec un cal peu volumineux mais avec une atrophie marquée des muscles de la jambe et de la cuisse et une légère déviation du pied en dehors et du genou en dehors (valgus et genu-valgum). Recherchant ensuite la relation entre l'accident et

l'ataxie locomotrice par lui relevée, M. le Dr Tixier dit: "Quelle relation existe-t-il entre la fracture et le tabès? Dans l'état actuel de la science, cette question ne peut être tranchée avec certitude, le tabès, d'origine purement traumatique, n'est pas admis d'une façon générale, et dans notre cas en particulier, après sa fracture, le blessé, au bout de quarante jours, a pu se lever, marcher et ne souffrait un peu que de sa jambe blessée. C'est seulement vers le mois d'août, à Aix, qu'il souffre des deux jambes et qu'apparaît l'incoordination. Ainsi, on pourrait simplement admettre que le traumatisme a favorisé l'apparition des troubles moteurs dans les membres inférieurs et que l'existence d'une fracture traumatique sur un membre inférieur d'un tabétique en évolution ajoute à la gêne de la marche."

Et l'expert concluait en disant: "L'accident a entraîné une incapacité de travail de 20 p. 100 par suite de la fracture sus-malléolaire de la jambe et, quant à la grave maladie dont la victime se trouve atteinte, elle ne paraît pas avoir été la conséquence directe de son accident, et elle a pu être légèrement aggravée par elle."

En présence de ce rapport, le Tribunal raisonna ainsi: "Il résulte de l'expertise qu'en l'état actuel de la science, il est impossible d'établir une relation certaine entre un traumatisme, particulièrement la fracture d'un des membres inférieurs, et le tabès dont le blessé est ensuite atteint: on peut seulement supposer que le traumatisme a pu faciliter l'éclosion de la maladie, mais sans pouvoir légalement établir entre eux deux une relation de cause à effet. D'autre part, l'infirmité résultant de la fracture d'un des membres inférieurs a une répercussion fâcheuse pour celui qui est atteint ultérieurement d'une grave maladie intéressant les deux jambes affectées d'incoordination, mais c'est là la coexistence de deux infirmités dont l'une n'est pas la conséquence de l'autre; dans l'espèce, il est d'autant moins possible de rattacher l'affection dont le blessé a été atteint à l'accident dont il a été victime, que le tabès est apparu pour la première fois plus de cinq mois après sa chute en gare de Bourgoïn, et que, la maladie en question ne s'étant jusqu'alors manifestée par aucun signe, elle a pu, par suite, se produire par une cause étrangère à l'accident.

"Ce long temps écoulé depuis la chute de la victime sans l'ap-

parition des symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice ne permet pas de supposer que l'accident ait fait éclore ou aggraver une maladie latente ou déjà existante; rien non plus ne permet d'admettre qu'au moment de sa chute l'ouvrier ait été atteint dans d'autres organes plus sensibles de son corps, tels que la colonne vertébrale dont la lésion aurait pu être cause de l'ataxie locomotrice: il ne s'est alors manifesté ni hémorrhagie ni autre phénomène morbide à l'exclusion de la fracture simple de la jambe.

"C'est, ajoutent les juges, à l'ouvrier victime d'un accident du travail à rapporter la preuve que l'infirmité dont il est atteint est la conséquence certaine de l'accident; dans l'espèce, il n'existe ni preuve ni même présomption d'une certaine gravité que l'ataxie locomotrice ait pour origine le traumatisme. Il reste simplement acquis que la fracture dont l'ouvrier a été atteint a entraîné une diminution de volume de la jambe avec une déviation du pied et du genou gênant la marche et il y a lieu, par suite, conformément aux conclusions du médecin expert, de fixer à 20 p. 100 le quantum de la réduction de salaire."

Ce jugement fut une juste application de la loi. Il est de jurisprudence constante que la victime doit faire la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et l'infirmité qui en résulte.

On sait, d'autre part, que la jurisprudence ne tient pas compte des antécédents morbides, et que, si le blessé était atteint antérieurement d'une maladie ou d'une infirmité latente, dont l'accident a hâté l'évolution, cet accident est considéré comme étant la seule cause de l'infirmité définitive. Mais il faut, bien entendu, que l'antécédent morbide soit constant et que l'aggravation de la maladie ou de l'infirmité résulte de l'accident. Or dans l'espèce, le tabès ne pouvait être considéré avec certitude comme un antécédent morbide, et le jugement que nous venons de rapporter a fait une juste application de ces principes, en refusant de voir dans l'ataxie locomotrice survenue après l'accident, une conséquence de la fracture subie par la victime.

---

## ASTHME DYSPNEE ET TOUX GASTRIQUES CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE (1)

Par M. le Dr G. LEVEN,  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Mon maître, M. le Dr Caussade, a bien voulu me permettre de vous montrer quelques malades que j'ai soignés pour de la toux, pour de la dyspnée ou pour de l'asthme gastriques.

Je le remercie, tout d'abord, pour l'aimable hospitalité qu'il m'accorde depuis longtemps dans son service d'hôpital, où il accueille avec une grande bienveillance les jeunes et les idées qui ne sont pas toujours classiques.

J'ai recueilli depuis 1900 une centaine d'observations où les symptômes toux et dyspnée, où le syndrome asthme dominent l'histoire pathologique. Quarante d'entre elles, environ, ont été prises à la consultation des Enfants Assistés, pendant mon internat chez le Prof. Hutinel ; les autres concernent des adultes.

Les malades ou mieux les anciens malades que je vous présenterai tout à l'heure ont été des touseurs, des dyspnéiques, des asthmatiques gastriques.

Je voudrais que cet entretien soit consacré presque exclusivement à l'étude de mes malades, à leur histoire clinique et thérapeutique ; aussi éviterai-je toute discussion théorique un peu longue.

En vous parlant de toux, de dyspnée, d'asthme *gastriques*, j'ébauche déjà une opinion sur la pathogénie de ces symptômes et de ce syndrome.

Vous me direz qu'il y a déjà bien longtemps que vous avez entendu parler de toux, d'asthme gastriques. On en a même parlé avant vous et moi, puisque Baglivi (né à Raguse en 1669, mort en 1706) connaissait l'asthme gastrique.

Vous ajouterez que tous ou presque tous les traités de pathologie gastrique y consacrent quelques lignes, et que Potain a expliqué la nature réflexe de cet asthme attribué par Huchard à l'auto-intoxication alimentaire.

Cependant, si connus que puissent être de vous ces états pathologiques, vous m'accorderez que l'on sait mieux leur existence théorique que leur réalité clinique et comme ils ont une fréquence extraordinaire, comme ils sont rarement rattachés à leur cause, ne puis-je pas en conclure que même leur existence théorique est un peu méconnue ?

Passons rapidement en revue les lignes consacrées aux questions

qui nous intéressent dans les principaux traités de pathologie gastrique.

Hayem et Lion disent que la toux gastrique se rencontre chez les malades atteints simultanément d'une lésion stomacale. Elle est presque spéciale à la tuberculose...

"Une opinion très ancienne (Morton, Pidoux) considère, le vomissement des phtisiques comme un phénomène purement mécanique, résultant des secousses de toux. Pour Peter, ces deux phénomènes ne se commandent pas. C'est l'excitation du pneumo-gastrique stomacal qui détermine la toux et les vomissements..."

Pour Robin (1) "la toux gastrique constitue un des retentissements des dyspepsies que l'on est appelé à traiter fréquemment."

Debove et Rémond (2) disent que "la toux gastrique peut être une complication pénible de la dyspepsie (Beau, Budd). La dyspepsie dont dépend cette toux peut être fruste. La possibilité de la confusion avec une affection thoracique ne doit pas permettre de passer ce symptôme sous silence."

Mathieu (3) dit "qu'une toux nerveuse se montre chez les nerveux dyspeptiques : elle consiste en une toux sèche plus ou moins quinteuse. Cette toux réflexe ne diffère pas de la toux des tuberculeux qui survient chez eux après le repas et amène si souvent le vomissement."

Bourget (de Lausanne), Einhorn, Hemmeter ne consacrent dans leurs traités aucune mention à la toux gastrique.

J.-Ch. Roux (4) en reconnaît l'existence ; mais dans sa description, c'est la toux émétisante des tuberculeux qui tient la place importante.

Cette courte énumération, très incomplète d'ailleurs, est destinée à montrer combien sont brèves les descriptions des états morbides que je vous exposerai et qui méritent, d'après moi, une place considérable dans la pathologie gastrique.

J'en ai esquissé l'étude dans le chapitre Dyspepsies qui a paru dans le *Traité des maladies de l'estomac* de mon regretté maître Soupault et surtout dans mon livre, *l'Obésité et son traitement*, car la toux, la dyspnée et l'asthme sont identiques chez les dyspeptiques, qu'ils soient obèses ou non.

(2) DEBOVE ET RÉMOND, *Traité des maladies de l'estomac*, page 137.

(1) ROBIN, *Les maladies de l'estomac*, 2e édition 1904, page 881.

(3) MATHIEU, *Traité de médecine*, Boucharde-Brissaud, 2e édition, t. IV, p. 248.

(4) J. CH. ROUX, *Manuel des maladies du tube digestif*, (Debove, Achard, Castaigne), 1907.

Si la part faite à la toux gastrique est peu importante, la dyspnée, considérée comme symptôme dyspeptique paraît à peu près ignorée, lorsque la dyspnée est décrite, c'est qu'il s'agit des cas où elle simule l'asthme. (Couteret, Debove et Rémond.)

Quant à l'asthme gastrique, les uns le nient, d'autres trouvent impropre la dénomination d'asthme dyspeptique (Mathieu); d'autres, enfin, en reconnaissent l'existence et le nombre de ces derniers, qu'ils invoquent la théorie de l'auto-intoxication, est assez grand.

La dyspepsie que j'ai définie avec Soupault l'hyperes.hésie du plexus solaire, en m'inspirant des idées de M. Leven, la dyspepsie est caractérisée par des symptômes gastriques proprement dits et par des symptômes à distance extragastriques.

Les symptômes gastriques sont bien étudiés partout, brûlures, gastralgie, éructations, nausées, etc. Ces symptômes peuvent se compliquer de symptômes lointains, extragastriques, qui sont, les uns fréquents, classiques (névralgies intercostales. Chantemesse et Le Noir), les autres, plus rares, moins connus. Certaines toux, certaines dyspnées et certains asthmes sont à classer parmi les symptômes extragastriques. Or, il faut savoir que souvent, quand ont paru les symptômes extragastriques, les symptômes gastriques proprement dits, ont pris fin. A ce moment, votre malade vous dira : " Je digère des cailloux." Ne vous y laissez pas prendre: le malade est encore dyspeptique.

Sans sacrifier à l'amour du paradoxe, on peut affirmer que tout individu qui " digère des cailloux " est un dyspeptique. Son estomac est silencieux; la réaction morbide est ailleurs; car personne ne digère les cailloux. Je serai compris sans insister.

Je dis toux, dyspnée et asthme gastriques, car le traitement de la dyspepsie met fin à ces manifestations morbides, si anciennes soient-elles. Vous verrez; à la fin de cette leçon, des malades guéris après vingt et trente ans de maladie.

Je dirai toux, dyspnée et asthmes gastriques d'origine réflexe, en invoquant un réflexe à point de départ stomacal, sans toute fois nier le très grand intérêt de la pathogénie admise par Huchard pour expliquer certains de ces symptômes.

Comment ne pas songer à invoquer le phénomène réflexe, plutôt que l'intoxication, lorsqu'on voit les symptômes dont je vous parle cesser en quelques heures ?

L'alimentation est modifiée le soir, le malade n'a pas de crise d'asthme dans la nuit. A-t-il pu en quelques heures éliminer tous les poisons qui avaient provoqué des crises se renouvelant depuis des semaines ?

N'est-ce pas le phénomène réflexe qui permet seul de comprendre les observations de G. Sée (1), de Chomel, de Potain, rapportées dans les cliniques de la Charité ; observations où les malades ont un accès de suffocation, immédiatement après l'ingestion de certains aliments.

J'ai observé des malades chez lesquels, pendant des mois, la première bouchée avalée faisait naître la dyspnée. Chez d'autres, au contraire, la dyspnée ne cessait que lorsqu'ils avaient pris un aliment, de même que parfois la migraine cesse après l'ingestion d'un aliment ou d'un cachet médicamenteux.

Laissez-moi vous faire remarquer que c'est à la présence du cachet dans l'estomac qu'il faut attribuer dans ce cas la diminution ou la disparition de la migraine, puisque l'amélioration se produit avant que le médicament ait eu le temps d'agir et souvent même lorsque le cachet ne contient pas de médicament.

J'ai fait un grand nombre de fois cette expérience sur des migraineux.

C'est un mécanisme semblable qui produit les rougeurs du visage chez quelques-uns, immédiatement après l'ingestion de quelques gouttes d'alcool ou encore la sécrétion sudorale après l'absorption d'aliments vinaigres (Jacquet).

J'arrive à la description de la toux gastrique.

Cette toux se présente sous les aspects les plus divers. Elle a cependant un caractère *spécifique* : elle cesse, quelle qu'en soit l'ancienneté, aussitôt qu'un régime alimentaire convenable est prescrit. Elle est de tous les âges. Mon plus jeune avait 3 ans, mon plus vieux était âgé de 70 ans.

Cette toux apparaît à des heures variables, le jour ou la nuit, dès le début du repas, ou dès qu'il est terminé ; parfois encore vers la fin de la digestion, vers onze heures du matin ou vers cinq heures du soir, ou vers minuit ou une heure du matin, si les repas sont pris à 8 heures, midi et 9 heures du soir.

Ne dirait-on pas que je vous parle de l'heure d'apparition des accès gastralgiques précoces ou tardifs ?

(1) G. SÉE. De l'asthme et des dyspnées. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Paris, 1865.

Cette toux peut être continue ; elle peut, enfin, être modifiée par l'ingestion de l'aliment.

Tantôt elle existe seule, sans aucun symptômes dyspeptique proprement dit, tantôt elle accompagne d'autres manifestations gastriques ou encore alterne avec elles.

Un de mes malades avait depuis 5 ans, de minuit à 3 heures du matin des accès gastralgiques qui le tenaient éveillé. Certaines nuits, ces accès douloureux étaient remplacés par des quintes de toux qui duraient le même temps et paraissaient aux mêmes heures.

La toux gastrique peut durer un très grand nombre d'années. J'ai montré, ici même, un malade qui toussa pendant vingt ans. Il habitait le voisinage du pont de l'Europe et rendait les fumées du chemin de fer responsables de sa toux. Il fut guéri en quelques jours et reste guéri depuis plus d'un an.

Cette toux s'accompagne parfois de chatouillements à la gorge, de sensations vertigineuses et lorsqu'elle est violente, un ictus peut survenir. On a le véritable accès d'ictus laryngé, sur la nature duquel on pourrait se tromper si l'on ignore qu'il peut être une simple complication de la toux gastrique.

Supposez que la toux gastrique paraisse chez un dyspeptique anorexique, amaigri. On sera bien vite tenté de croire que l'on a affaire à un tuberculeux, surtout si l'on accepte comme valables les schémas d'auscultation que F. Bezangon condamne si justement, à l'heure actuelle.

Si, imbu des idées dangereuses relatives à la nécessité de la suralimentation, vous suralimentez votre malade, vous exagérez la dyspepsie ; la toux augmente et avec elle s'affermie la notion de tuberculose et combien à tort !

Le jeune homme que je vous présente maintenant, vint me voir en mai 1902. Il toussait depuis deux ans et expectorant beaucoup. Il avait commis pas mal d'excès : sa mine était telle qu'au moment de l'ausculter, j'étais certain de trouver des signes de lésions étendues.

Il était traité, je dois vous le dire, comme tuberculeux. Je l'ausculte ; je ne trouve pas de lésion.

Après dix jours de soins, il avait cessé de tousser. Il n'a jamais toussé depuis ce moment.

La toux gastrique peut s'accompagner de dyspnée : elle peut enfin exister en même temps que la dyspnée et des manifestations pulmonaires. C'est alors que le tableau de l'asthme avec emphyseme est réalisé.

Étudions maintenant la dyspnée.

\* \* \*

La dyspnée peut se présenter sous les aspects les plus divers : je vous avais déjà tenu le même langage à propos de la toux.

Je pourrai vous faire toute l'étude de la dyspnée, en vous répétant ce que je vous ai dit de la toux et en remplaçant le mot toux par le mot dyspnée.

Comme la toux, la dyspnée n'a qu'un seul caractère spécifique, c'est sa disparition sous l'influence du traitement.

La dyspnée est spontanée ou peut être provoquée. La pression du creux épigastrique fait naître, chez le plus grand nombre des dyspeptiques, une impression d'étouffement que les malades comparent à la sensation d'un serrement à la gorge.

Vous rechercherez toujours avec la plus grande douceur l'état de la sensibilité du plexus solaire par la pression du creux épigastrique, car cette pression peut, s'il y a hyperesthésie extrême, déterminer une syncope. En palpant un jour sans violence, je vous assure, le creux épigastrique d'un malade, je le vis pâlir et défaillir : il s'agissait d'un malade qui avait des ictus laryngés dont je vous ai parlé plus haut.

Chez le plus grand nombre des dyspeptiques, la pression épigastrique provoque une douleur variable, légère, violente ou extrême. Cette pression détermine le plus souvent de la dyspnée qui peut être très légère, très violente ou telle qu'il y aurait, semblait-il, danger à prolonger la pression.

Chez certains dyspeptiques, à estomac anciennement malade ne réagissant plus localement, la dyspepsie provoquée par la pression épigastrique reste le seul signe montrant que la dyspepsie est toujours présente.

Lorsqu'on la constate, on doit affirmer la dyspepsie. J'ai démontré dans ce service la vérité de cette assertion.

La dyspnée gastrique peut être spontanée et a une intensité variable à l'infini. Entre la dyspnée légère que nous connaissons

tous et que l'on éprouve lorsqu'on a trop mangé ou mangé trop vite et la dyspnée tellement forte que le malade a le sentiment de la mort prochaine, toutes les variétés peuvent être observées.

La dyspnée paraît dès le début du repas et se continue pendant toute la digestion ; parfois elle ne survient que tardivement ; parfois elle est diurne, parfois nocturne ; elle peut être continue.

Nocturne, elle éclate, comme la toux, comme l'asthme à la même heure, chaque nuit.

Il est bien inutile de s'évertuer à lui trouver des caractères pour la différencier des dyspnées des cardiopathies, de l'angine de poitrine. La dyspnée gastrique peut être une *dyspnée d'effort*, peut ressembler si bien à la dyspnée angineuse. J'ai soigné avec mon ami le Dr M.-E. Binet (de Vichy) un malade traité depuis deux ans, pour de l'angine de poitrine, et qui ne pouvait faire un pas sans dyspnée, qui après un mois de traitement allait mieux, qui après trois mois de soins marchait une heure et demie sans fatigue, puis deux, trois heures et plus.

Il demeure guéri depuis quinze mois.

Ce malade était un aérophage et l'aérophagie était un des facteurs de la dyspnée, mais non le seul.

Je terminerai cette courte esquisse de la dyspnée, en vous disant que certains malades n'ont pas d'autre stigmate de dyspepsie que la dyspnée, et que le plus généralement ils traduisent leur état par ces mots : " Je ne puis respirer à fond ; je ne puis aller jusqu'au bout de ma respiration (langage d'hôpital). "

Un fait mérite de vous être rapporté à cause de sa rareté qui m'a été signalé par le Dr M. Leven, c'est la production de la sensation de dyspnée par la pression d'une masse musculaire quelconque.

Il y a des dyspeptiques aérophages chez lesquels la pression des vêtements provoque l'éruclation. Ces deux faits très curieux doivent me semble-t-il, être rapprochés.

(A suivre.)

# SOCIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Séance du 5 mai 1908

Présidence de M. LeSAGE.

### PROCÈS-VERBAL.

Après lecture du procès-verbal, M. LeSage rappelle aux membres de la Société que le (30e) trentième congrès de "l'American Laryngological Association" se tiendra à l'Hôtel Windsor, les 11, 12 et 13 mai prochain. Il engage les membres intéressés aux spécialités de la tête, à répondre en aussi grand nombre que possible à l'invitation de cette Association.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. F. de MARTIGNY produit les pièces histologiques de la tumeur utérine présentée à l'avant-dernière séance. Il rapporte en plus, l'observation de la malade, morte, trois semaines après l'intervention, de généralisation cancéreuse probable.

### DISCUSSION.

M. MARIEN, après l'examen de ces pièces, se range au diagnostic d'épithélioma pavimenteux du col, mais s'élève contre la prétention du rapporteur, quant à l'innocuité et aux indications de l'hystérectomie vaginale, parce que cette dernière est une opération aveugle, grave, et qu'elle ne permet pas l'ablation large des tissus envahis.

M. F. de MARTIGNY fait ensuite passer dans l'assistance deux kystes papillaires de l'ovaire enlevés à la fois chez une malade. C'est la deuxième fois que M. de Martigny rencontre des lésions bi-latérales de cette nature, et il attire l'attention sur la rareté de ces cas, dont quelques-uns seulement sont rapportés dans la littérature médicale.

Sa première opérée de 1903 est encore bien portante. Il s'en suit une discussion assez longue entre MM. Marien, Saint-Jacques et de Martigny quant à la différenciation histologique et clinique des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes.

M. ST-JACQUES, sous le titre *hydronéphrose aiguë par tumeur rénale*, présente la poche d'un kyste enlevé du pôle inférieur du rein. Cette tumeur, à cause de son poids, déterminait une descente de l'organe, avec obstruction passagère de l'uretère et hydronéphrose consécutive.

M. ST-JACQUES fait suivre cette observation d'une étude intéressante sur les kystes du rein. Il illustre sa causerie, en projetant sur la toile, à l'aide d'une machine nouvelle, des gravures très intéressantes.

M. MARIEN, après avoir étudié au microscope la paroi du kyste, croit que ce dernier s'est développé dans un calice.

M. GUÉRIN dit quelques mots sur la difficulté, souvent très grande du diagnostic entre les tumeurs rénales et ovariennes, et M. Hervieux termine la discussion en rapportant un cas personnel d'hydronéphrose par calcul de l'uretère. Au bout de quatre semaines, il y eut expulsion spontanée de la pierre et disparition de la tumeur.

#### MOTIONS.

M. de GRANDPRÉ propose d'adresser des félicitations à l'hon. Lomer Gouin, pour avoir voulu nommer membre du bureau des commissaires d'Ecoles de Montréal, un médecin, M. J. P. Décarie, membre et ancien secrétaire de la Société Médicale. Adopté.

#### COMMISSIONS.

M. GUÉRIN dépose sur le bureau le travail fait par sa Commission, lequel est immédiatement adopté, avec instructions au secrétaire d'en adresser une copie au Surintendant de l'Instruction publique, pour le faire approuver et l'introduire dans les livres des enfants, d'une façon pratique.

M. DÉCARIE, secondé par M. de GRANDPRÉ, propose que M. Guérin soit chargé de représenter la Société auprès du conseil de l'Instruction publique pour favoriser l'introduction de ces recommandations pratiques dans les livres de classe.

II. M. LESAGE, sur demande du Dr Bourgoin, rend compte de sa délégation auprès du ministre Gouin, *re* "Rapport de la Commission du Bon Lait," et assure les membres de la Société des bonnes dispositions du Gouvernement Provincial. Puis il trace les

grandes lignes d'une campagne que la Société Médicale entend mener à ce propos par toute la province.

## MÉMOIRES.

"*Spirochète pallida*," agent étiologique de la syphilis. M. Hingston fait l'histoire de la découverte du spirochète pallide et commente les rapports de ce dernier avec la syphilis dont il est vraisemblablement l'agent. Il accompagne sa très intéressante causerie d'une démonstration au microscope. On y voit le spirochète réfringent et le spirochète pallide, en même temps que les différences morphologiques qui les caractérisent.

M. de MARTIGNY, lit ensuite une longue étude sur le cancer de l'utérus et son traitement.

Vu l'heure avancée, la discussion du sujet de ce travail est remise à la séance suivante.

A 11.45 hrs la séance est levée.

---

*Séance du 19 mai 1908*

Avant l'adoption du procès-verbal, on reprend la discussion sur le traitement du cancer de l'utérus, laquelle avait été remise, lors de la séance du 5 mai:

## DISCUSSION.

M. DE MARTIGNY dit que l'opération de choix pour le traitement du cancer du col de l'utérus est l'hystérectomie vaginale; parce que c'est une opération bénigne, facile et qui donne les meilleurs résultats. Il préconise aussi le curettage, les cautérisations, l'électricité, les sérums, etc., etc., et condamne les procédés opératoires qui permettent de faire une opération radicale, en enlevant les vaisseaux lymphatiques et les foyers cancéreux intraligamentaires. Il termine en disant que le "cancer utérin est incurable."

M. MARIEN déclare qu'il ne veut vraiment pas mettre la question du traitement des "cancers du col de l'utérus" sur le terrain de la discussion, parce que c'est une question depuis longtemps jugée par les maîtres de la chirurgie. Il prie les membres de la Société Médicale de faire une distinction entre les gens qui prati-

quent des opérations dans le seul but d'obtenir des guérisons opératoires durant plus ou moins longtemps, un mois, six mois, pas même une année, et les chirurgiens, qui luttent sérieusement contre le cancer de l'utérus et qui ont obtenu des guérisons radicales durant depuis cinq ans et neuf mois.

Les chiffres valent mieux que tous les arguments, ce sont des faits.

Dans les "Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris," du 31 mars 1908, page 468, J. L. Faure fait un rapport sur une statistique de cancers utérins traités par l'hystérectomie abdominale. "Il ne faut pas confondre, dit-il, les cancers du col de l'utérus avec les cancers du corps de l'utérus. Ces derniers restent longtemps localisés et tout le monde sait, que l'hystérectomie abdominale donne des résultats excellents et des guérisons durables. Sur cinq cancers du corps de l'utérus opérés depuis 1900, un est mort au bout de six ans, de cause inconnue. Les quatre autres malades sont en bonne santé et sans trace de récidive."

"Mais les résultats qui me paraissent le plus intéressants sont ceux qui ont été obtenus dans le cancer du col utérin, parce que c'est à propos de celui-ci que les sceptiques se font entendre.

"Sur vingt-trois cancers du col utérin, cinq ont succombé à l'opération. Cela n'est pas excessif, étant données les conditions véritablement très mauvaises dans lesquelles ont été opérées certaines malades. Il faut bien se persuader que cette opération restera grave tant qu'elle s'adressera à des femmes épuisées et qui ne viennent trouver le chirurgien que lorsqu'il est trop tard pour pouvoir faire œuvre vraiment utile.

"Restent dix-huit malades opératoirement guéries, et ce sont celles-là qui peuvent seules nous renseigner sur l'efficacité de l'intervention :

"Sur ces dix-huit malades, six sont depuis longtemps guéries, les autres depuis moins d'une année.

Une depuis 6 ans et 7 mois.

Une depuis 3 ans et 9 mois.

Une depuis 3 ans et 7 mois.

Une depuis 3 ans et 6 mois.

Une depuis 3 ans et 5 mois.

“ C'est un chiffre qui, il y a quelques années à peine, eut passé pour incroyable, mais que nous commençons à nous habituer à entendre.” J'ai enfin revu une malade opérée en avril 1899 et toujours guérie depuis huit ans et dix mois.”

“ J'ai opéré ces malades par l'hystérectomie vagino-abdominale qui seule permet l'ablation de l'utérus et d'une collerette vaginale, l'extirpation large du foyer cancéreux, l'extirpation systématique des ganglions iliaques, ce qui est le point capital de l'opération.”

M. DE MARTIGNY ne croit pas à la guérison possible du cancer, en quelque endroit du corps qu'il se développe. Les cas que l'on regarde comme guéris, le sont-ils vraiment! et ne reprendront-ils pas leur marche envahissante l'un de ces jours?

Il maintient ses prétentions quant aux indications de l'hystérectomie vaginale et aux résultats éloignés qu'elle donne dans les cancers du col au début.

Il lit, à son tour, plusieurs chapitres de maîtres éminents, entre autres le professeur Pozzi, sur cette importante question.

Sur décision de M. le président, la discussion est close pour cette séance, mais pourra être continuée à une séance ultérieure, puis l'on passe à l'ordre du jour.

#### PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. MARIEN. — *Obstruction totale des voies biliaires par calculs dans la vésicule, le cystique et le canal hépatique.*

Le drainage du canal hépatique et du cholédoque constitue un très grand progrès dans la chirurgie des voies biliaires. J'ai eu l'occasion d'enlever le 8 du mois courant le calcul que je vous présente et qui était retenu à l'origine du canal hépatique, au confluent des conduits biliaires; le canal cystique sténosé retenait aussi dans la vésicule une dizaine d'autres calculs.

Il nous a été impossible de compléter le procédé de Kehr en enlevant la vésicule biliaire, à cause du peu de résistance du malade; nous l'avons abouché à la paroi en attendant que l'état général du malade permette de faire sérieusement la fin de l'opération. Quant au canal hépatique, nous l'avons drainé, sans siphon, tout à côté de la vésicule.

M. ST-JACQUES, ayant employé ce procédé plusieurs fois déjà,

s'en est toujours bien trouvé. Il attire l'attention sur les modifications du sang dans les cas d'ictère prolongé, modifications qui créent souvent un véritable état hémophilique, dont il résulte parfois de graves ennuis pour le chirurgien, au cours de l'opération et même pendant la convalescence.

#### RAPPORT DES COMMISSIONS.

M. le président appelle ensuite les commissions formées depuis le 1er janvier 1908, à savoir :

1° Commission pour étudier la réglementation de l'admission des malades pauvres dans les hôpitaux. — Formée le 18 janvier.

2° Commission pour étudier quels rapports doivent exister entre les médecins traitants et les chirurgiens ou spécialistes consultants. — Formée le 18 février.

3° Commission pour étudier le fonctionnement actuel de l'inspection médicale des écoles. — Formée le 17 mars.

Toutes ces commissions rapportent progrès ; aucune n'a encore de rapport définitif à soumettre, excepté une seule formée à la dernière séance sur proposition du prof. Guérin.

#### MÉMOIRES.

M. J. N. ROY. — *Fibrôme calcifiant de l'orbite.*

Observation d'un cas très rare de fibrôme de l'orbite développé chez un enfant de 14 ans. Après avoir enlevé le néoplasme, et laissé guérir la cavité, M. Roy fit ensuite une tarsorrhaphie partielle qui donna un excellent résultat esthétique. Le malade opéré depuis un an n'a pas eu de récidive.

M. ST-JACQUES fait remarquer combien sont rares les tumeurs fibreuses de cette région par opposition aux sarcômes.

M. MARIEN, après examen des pièces histologiques produites par M. Roy, concourt pleinement dans le diagnostic de fibrôme calcifiant et félicite le rapporteur de présenter d'aussi jolies préparations.

II. M. le Prof. FOUCHER présente à la Société le rapport d'un cas de *gliôme intra dural du nerf optique*. Il s'agit d'un enfant de 21½ ans opéré en novembre dernier. L'observation de ce cas, très intéressante par sa rareté l'a été davantage par une étude

anatomo-pathologique très approfondie faite au laboratoire de l'École médicale de l'Université Northwestern, de Chicago. Le Dr Carlton y a passé successivement en revue, l'étude histologique de l'œil et de la tumeur, montrant des altérations traumatiques dans le segment antérieur de l'œil, des altérations pathologiques dans l'iris et notamment dans l'angle de filtration, confirmant le diagnostic de glaucôme et aussi diverses autres altérations du pôle postérieur de l'œil en rapport avec l'envahissement de la tumeur.

Les coupes histologiques, au nombre de huit, montraient l'œil et la tumeur sous tous leurs aspects, des photomicrographies et une inclusion dans la gelée de glycérine d'une moitié du globe oculaire, complétant cette étude et en illustrant tous les détails.

Ce travail d'une haute portée scientifique, au point de vue spécial, sera publié *in extenso* dans une revue d'ophtalmologie.

#### DISCUSSION.

M. ROY trouve la communication de M. Foucher très intéressante et l'en félicite. Sans vouloir entrer dans les détails, il mentionne que le gliôme intra-dural du nerf optique est une tumeur que l'on ne rencontre pas souvent. Mais ce qui intéresse tout particulièrement dans le cas présent, ce sont les coupes et le rapport anatomo-pathologiques si bien préparés, et illustrant si clairement les différentes altérations du globe oculaire; entre autres le glaucôme, conséquence du néoplasme.

M. FOUCHER — M. le Dr Marien a bien voulu me féliciter sur le rapport élaboré du cas, en ajoutant que j'avais donné là une leçon profitable à la Société. Messieurs, je n'ai pas eu l'intention de vous donner une leçon, je n'en ai plus le droit, mais j'ai tenu à vous donner un exemple de ce qui peut être fait dans le domaine de l'anatomie pathologique. Que de fois nos observations, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à l'Hôpital Notre-Dame, ont manqué d'appui scientifique, parce que l'examen microscopique manquait, ou parce qu'il était fait d'une manière insuffisante. J'ai tenu, en vous exposant un travail complet et irréprochable à ce point de vue, à vous démontrer que l'idéal que poursuit le Dr Marien, et pour lequel on le nargue trop souvent, devrait être aussi le nôtre, nous devrions, à l'avenir, accorder plus d'attention à cette partie de nos travaux scientifiques, et mon but, ce soir, a été de vous fournir l'occasion de constater quel soin on peut y apporter et quel résultat on peut en obtenir.

M. BOULET insiste sur la nécessité d'opérer à bonne heure les gliômes de l'œil. Ces tumeurs débutent le plus fréquemment dans la rétine, les phénomènes cliniques qu'elles présentent sont bien connus et leur aspect spécial à l'ophtalmoscope en rend le diagnostic facile. La malignité de cette tumeur fait, au chirurgien, un devoir d'opérer aussitôt le diagnostic fait, et l'on augmentera ainsi les chances de guérison définitive.

M. MARIEN fait remarquer que M. Foucher a donné une belle leçon aux membres de la Société, en produisant un rapport historique si complet et si détaillé, et qu'il doit éprouver beaucoup de satisfaction de se dire que son intervention, quoique bien pénible pour celui qui l'a subie, était pleinement justifiée et nécessaire.

Prof. FOUCHER. — En réponse au Dr Boulet je répéterai ce que j'ai dit au commencement de l'exposé du cas: l'œil étant glaucomateux, ayant subi des altérations sérieuses de nutrition, il m'a paru hasardé de tenter la conservation de cet œil après lui avoir coupé ses vaisseaux et ses nerfs ciliaires, et aussi après avoir détruit le ganglion ophtalmique. Le globe de l'œil se serait probablement atrophié. Ce qui, au point de vue esthétique est loin d'être un résultat satisfaisant; ou bien il se serait déclaré une réaction inflammatoire telle que l'énucléation eut été jugée nécessaire quelques jours après. J'ajouterai à cela que les parents ne se souciaient guère de prolonger leur séjour à Montréal, pour le seul plaisir de me fournir l'occasion de tenter une opération brillante.

M. DE COTRET communique l'histoire d'un cas de "*Grossesse triple*". (Voir plus haut.)

M. le Professeur HERVJÈUX, vice-président général de l'Association des Médecins de langue française, fait un nouvel appel aux médecins de Montréal, en faveur du prochain congrès de Québec. Il les engage à s'y rendre en grand nombre, à y faire des communications nombreuses et les assure que les intérêts matériels des congressistes ont été assurés. En effet, on y pourra manger et dormir à des conditions avantageuses. Un bureau permanent a été établi à Montréal, au No 232, Shrbrooke Ouest, où l'on pourra, en payant son adhésion, retenir des chambres confortables pour le temps du congrès et pour le temps des fêtes du tri-centenaire si on le désire.

M. le président LeSage, remerciant ensuite les membres de la Société pour le zèle qu'ils ont montré, et pour le travail généreux qu'ils se sont imposé durant cette première partie de l'année 1908, déclare que la Société Médicale reprendra ses séances après la vacance d'été, c'est-à-dire le premier mardi d'octobre.

Le secrétaire,

D. E. BOURGEOIS.

**SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE TERREBONNE**

*Séance du 7 mai 1908*

Présents : MM. les Docteurs J.-Em. Fournier, président ; Edmond Grignon, R. Dazé, H. Deschambault, F. Saint-Jacques, M. Ouimet ; H. M. J. Prévost, secrétaire, formant quorum.

Les minutes de la dernière séance sont lues, reconnues fidèles et adoptées.

**ADMISSION DE NOUVEAUX MEMBRES.**

Sur motion du Dr Ed. Grignon, secondé par les Drs R. Dazé et F. Saint-Jacques, les médecins suivants sont admis membres de la Société Médicale du District de Terrebonne, savoir : MM. les Docteurs Grondin, J. Poirier, P.-E. Rochon, S. Lamarche, W. Ouimet, G.-H. Christie, N. Guilbeau, A.-A. Gauthier, Jos. Pagé et P.-E.-F. Pagé. Adopté à l'unanimité.

Monsieur le Docteur Grondin prend son siège.

Le cas du Docteur Deschambault, "*Re examens pour assurances,*" est réglé à la satisfaction des membres de la Société, après les explications données par M. le docteur Deschambault.

Il est proposé par le Dr Ed. Grignon, secondé par le Dr F. Saint-Jacques, que les noms des Docteurs J.-Em. Fournier et H. Deschambault soient proposés comme assesseurs, aux prochains examens des Universités, auprès du Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Adopté à l'unanimité.

Après des explications données par les Drs Ed. Grignon et J.-Em. Fournier, concernant la lettre collective de la Société adressée à messieurs les Curés du comté de Terrebonne, en date du 1er de mars 1906 ; il est proposé par le Dr Ed. Grignon, secondé par le Dr Deschambault, qu'une copie de la dite lettre soit

adressée à nos S.S. les archevêques de Montréal et d'Ottawa, leur exprimant en même temps les regrets des membres de la Société Médicale du comté de Terrebonne (aujourd'hui, Société Médicale du District de Terrebonne), pour le fait que Messieurs les Curés du comté de Terrebonne, à l'exception de monsieur l'abbé Desrosiers, curé de Sainte-Marguerite, n'ont pas daigné répondre à la dite lettre collective de la Société; qu'ils ont refusé de fait, de nous aider à combattre le charlatanisme, à l'exception toutefois de monsieur le curé de la Durantaye de St-Jérôme qui, du haut la chaire sacrée a parlé contre cette plaie hideuse du charlatanisme. De plus, nous prions bien respectueusement Nos Seigneurs les archevêques de Montréal et d'Ottawa de nous faire connaître les raisons pour lesquelles messieurs les Curés n'ont pas daigné répondre à notre appel. Adopté à l'unanimité.

Proposé par le Dr Grignon, secondé par le Dr Dazé, que la séance soit ajournée à 11½ heure de l'après-midi. Adopté.

L'ajournement expiré, les mêmes médecins sont présents ainsi que les confrères suivants des comtés d'Argenteuil et des Deux-Montagnes: MM. les Docteurs S. Lamarche, P.-E. Rochon, A.-A. Gauthier, Jos. Pagé et J. E. F. Pagé.

Le président, en termes heureux souhaite la bienvenue aux confrères des comtés d'Argenteuil et des Deux-Montagnes.

La motion sur les noms proposée comme assesseurs est reconsidérée, et le nom du Dr Lamarche est ajouté aux deux autres noms sur motion du Dr Ouimet, secondé par le Dr Dazé. Adopté.

La motion suivante est proposée par le Dr Gauthier, secondé par le Dr Grignon:

Attendu que la Société médicale du comté de Terrebonne a pris l'initiative d'une poursuite contre Dame Dudevoir pratiquant illégalement la médecine dans le comté de Terrebonne;

Attendu que la dite Société a obtenu jugement contre la dite Dame Dudevoir;

Attendu que la dite Dame Dudevoir a préféré subir la peine de l'emprisonnement au lieu de payer l'amende et les frais imposés;

Attendu que la dite Société a dépensé pour l'emprisonnement de la dite Dame Dudevoir la somme de cinquante piastres et soixante et douze centins (\$50.72);

Attendu que tous les procédés ont été faits avec l'autorisation

et au nom du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ;

Il est unanimement résolu qu'une demande en remboursement du montant de ces frais soit faite au Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, avec l'espoir que la dite demande sera favorablement agréée. Adoptée à l'unanimité.

Il est proposé par le Dr Grignon, secondé par le Dr Dazé, que le secrétaire de la Société qui est en même temps gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, fasse des instances auprès du dit Collège afin d'amender le paragraphe 2 de l'article III du chapitre XII des Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec 1904, afin de donner le droit aux assesseurs, quand ils ne seront pas satisfaits des réponses de quelque candidat, de faire eux-mêmes quelques questions, au lieu d'être obligé de demander la permission comme il est prévu par le dit paragraphe du dit article. Adopté à l'unanimité.

Il est proposé par le Dr Deschambault, secondé par le Dr Grondin que la prochaine réunion de la Société ait lieu à Sainte-Scholastique, dans le cours de la première semaine du mois de septembre prochain.

Proposé en amendement par le Dr Gauthier, que la prochaine réunion ait lieu à Lachute au lieu de Ste-Scholastique ;

L'amendement, faute de secondé, n'est pas mis aux voix et la motion principale est adoptée à l'unanimité.

Les médecins suivants s'engagent à donner des lectures aux prochaines séances de la Société, savoir :

1. — Le Dr Ed. Grignon, sur les différents sérums ;
2. — Le Dr J.-Em. Fournier, sur la tuberculose ;
3. — Le Dr M. Ouimet, le cancer du sein ;
4. — Le Dr H. M. J. Prévost, éclampsie ;
5. — Le Dr R. Dazé, pneumonie ;
6. — Le Dr S. Lamarche, thérapeutique des fausses couches ;
7. — Le Dr P. E. F. Pagé, fièvre typhoïde et son traitement ;
8. — Le Dr A. A. Gauthier, Alimentation des enfants.

Des remerciements sont votés au maire et au conseil municipal de la ville de Sainte-Thérèse, pour l'usage de la salle municipale, sur motion du Dr Gauthier, secondé par le Dr Rochon. Adopté.

La séance est levée.

HENRI M. J. PRÉVOST, M. D.,  
*Sec. de la Société Médicale du District de Terrebonne.*

# ANALYSES

## MEDECINE

**Les albuminoïdes et les graisses chez les diabétiques.** *Soc. méd. hôp. et Soc. biologie*, 10 et 11 avril 1908. *La clinique*, Paris.

Dans une communication récente, Linossier et Lemoine ont démontré que l'augmentation de la ration albuminoïde (viande, œufs, etc.), augmente la proportion de sucre dans les urines du diabétique. Leur action fâcheuse se traduit aussi par une aggravation de l'état général et de la plupart des symptômes morbides. Il faut donc, chez eux, restreindre la ration totale; ce que l'on peut faire sans inconvénients, car le diabétique a des besoins alimentaires qui sont inférieurs à ceux des sujets sains. De plus, il est erroné de croire qu'il est fâcheux pour un diabétique de maigrir; dans le diabète gras, le retour à la santé se caractérise par la disparition simultanée de la glycosurie et de la polysarcie.

Ailleurs, M. Maignon, confirmant les notions de Lemoine et Linossier, affirme que les corps gras sont les seuls aliments utilisables en totalité par les diabétiques, car ils sont les seuls à ne pas donner naissance à du sucre.

Après des expériences sur les animaux, il est arrivé aux résultats suivants: disparition du sucre, diminution de l'urée, de l'acétone, du volume de l'urine, réapparition des forces et cessation immédiate de l'amaigrissement dans les cas graves. Les malades prennent les corps gras sous une forme directement assimilable, le matin à jeun et une heure avant chaque repas.

A. LESAGE.

**De la diminution du murmure vésiculaire aux sommets et en particulier au sommet droit: sa valeur séméiologique.** — Discussion à la *Société médicale des hôpitaux*. Paris, janvier 1908. *Tribune Médicale*.

M. Bezançon, à propos d'une communication sur ce sujet, a provoqué une discussion intéressante dont nous croyons devoir faire connaître la teneur.

Voici les conclusions du travail de M. Bezançon:

“ En résumé, dit-il, à notre avis, la diminution du murmure vésiculaire, localisée, permanente, constatée à un sommet, en particulier au sommet droit, est un symptôme de *probabilité de tuberculose*, mais non de *tuberculose au début*, mais plutôt de *tuberculose latente, torpide, atténuée* (1).

(1) Il faut se rappeler cependant — et nous en avons observé quelques exemples — que certains individus qui présentent de la diminution du murmure vésiculaire au sommet avec état général excellent, n'ayant d'autres symptômes que des hémoptysies répétées, sont morts, plusieurs années après, soit de phtisie commune, soit de phtisie galopante.

Etant donnée la grande fréquence de la tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire latente, pour en rester sur le terrain pratique, après avoir éliminé les cas où la diminution du murmure semble en rapport avec de l'insuffisance respiratoire nasale, on recherchera avec soin, chez tout malade présentant ce symptôme, les stigmates d'une imprégnation tuberculeuse: hémotysie, signes antérieurs de poussée tuberculeuse; et si on les constate on n'hésitera pas à considérer le malade comme un tuberculeux.

En l'absence de tout stigmate concomitant de tuberculose, de tout amaigrissement, de toute fièvre, de toute anorexie, on se bornera à tenir ces malades en observation, sans avoir le droit, dans l'état actuel de la science, de les considérer comme des tuberculeux avérés.

M. RIST fait remarquer que, dans la précédente discussion on n'a pas tenu compte des termes mêmes dans lesquels M. Grancher a exprimé son opinion en 1906, dans une communication à l'Académie de médecine et où il formulait toutes les réserves nécessaires sur la signification des signes du sommet.

De plus, M. Rist pense qu'il faut distinguer ce qui a lieu chez l'enfant et chez l'adulte. Chez le premier, il n'est pas douteux que les signes du sommet indiquent toujours une période de germination; chez l'adulte, il n'est pas douteux que même dans les cas observés par M. Besançon, il en est souvent ainsi. M. Rist a été à même de l'observer plusieurs fois, et l'observe encore en ce moment, sur l'un de ses malades. Celui-ci est même une preuve que les signes du sommet n'indiquent nullement une tuberculose arrêtée dans son évolution, puisque, à l'heure actuelle, il offre ces symptômes, et a toujours de petites poussées fébriles avec expectoration bacillaire.

M. EDG. HIRTZ. — Dans la dernière séance, à propos de la communication de M. Fernand Besançon sur l'auscultation des tuberculeux au début de leur affection et sur la prédominance des signes anormaux au sommet droit, M. Léon Bernard a apporté trois observations de malades chez qui l'en constatait d'une manière fixe la rudesse respiratoire dans les sommets. Dans les trois cas on avait pensé à une lésion tuberculeuse; dans les trois cas l'autopsie démontra l'absence de tuberculose.

Je ne relèverai qu'un seul de ces faits, celui d'une néphrite subaiguë où l'on constatait au sommet des signes très accentués. Ce fait vient à l'appui d'une opinion que j'ai soutenue depuis longtemps et que j'ai développée dans la *Presse Médicale* du 28 décembre 1898: c'est qu'il ne fallait pas se hâter de faire le diagnostic de tuberculose chez les malades atteints de néphrite, même s'ils

présentaient des signes impressionnants dans l'un ou l'autre des sommets pulmonaires.

Dans un mémoire intitulé: "Diagnostic clinique de certaines formes de bronchite albuminurique avec la tuberculose pulmonaire," j'ai essayé de mettre en relief certains faits intéressants avec mon interne M. Prosper Merklen.

Lorsque les accidents pulmonaires prennent dans le cours du mal de Bright la forme d'œdème ou de congestion pulmonaire localisée aux sommets, on peut facilement s'en laisser imposer pour une tuberculose.

J'ai rapporté dans mon mémoire des observations concluantes, l'une d'elles avec autopsie et c'est la première nécropsie qui ait été publiée. Dans le cours du mal de Bright, le peu de modification de la tonalité des sommets, la disproportion entre les signes physiques et la dyspnée concomitantes et surtout l'évolution des foyers permettent parfois d'éliminer la tuberculose.

Mais l'examen bactériologique des crachats, et l'inoculation aux cobayes peuvent seuls lever le doute dans des cas difficiles.

M. PISSAVY. — Il me semble qu'au point de vue de la conduite à tenir chez les individus présentant la modification du murmure vésiculaire dont il s'agit, on pourrait adopter la règle suivante.

1° Quand le symptôme existe à l'état rigoureusement isolé: abstention de tout traitement;

2° Quand le symptôme est accompagné d'autres phénomènes de tuberculisation, tels que fièvre permanente, amaigrissement progressif, hémoptysies fébriles, tachycardie: traitement antituberculeux dans toute sa rigueur;

3° Quand le symptôme est accompagné, soit de chloro-anémie, soit d'hémoptysies apyrétiques, surtout quand l'épreuve du temps a montré que l'on était en présence d'une de ces formes torpides dont parle M. Bezançon, le malade doit être considéré comme un demi-infirmes, plutôt que comme un véritable malade. Cet état comporte des ménagements, mais ne nécessite pas un traitement antituberculeux rigoureux.

M. LETULLE. — Faire de la diminution du murmure vésiculaire un signe ayant eu une valeur absolue, est d'une exagération manifeste. C'est aller au delà de la pensée des cliniciens familiarisés avec la tuberculose.

Il faut y joindre d'autres signes physiques, tels que affaiblissement des masses musculaires, matité, état général, transsonance. Chez les scoliotiques, les signes d'auscultation existent constamment au sommet.

D'ailleurs, toutes les fois que j'ai trouvé le murmure vésiculaire

affaibli, j'ai toujours trouvé d'autres signes en même temps, en particulier la transsonance. Ce que je dis du diagnostic, je le répète du pronostic qui ne peut être formulé sur des signes physiques seuls.

M. LOUIS RÉNON. — A côté des obscurités respiratoires du sommet droit résultant de tuberculose indéniable, de compression ganglionnaire certaine, ou d'obstruction des voies naso-pharyngées, il existe des atélectasies pulmonaires *d'origine névropathique*. J'ai observé une vingtaine de ces cas, chez lesquels, outre l'absence de tout signe pouvant faire songer à la tuberculose, j'ai mis en évidence un syndrome névropathique (anesthésie de la cornée et de la conjonctive, anesthésie du pharynx, exagération des réflexes rotuliens et battements épigastriques de l'aorte). J'ai rencontré également ce syndrome dans l'entéro-colite muco-membraneuse avec constipation spasmodique, dans les fausses cardiopathies avec palpitations, et dans certaines dyspepsies très marquées avec spasmes du pylore et stase gastrique. L'obscurité respiratoire pourrait, en pareil cas, trouver son explication dans un spasme bronchique prédominant sur la bronche droite.

Aucun de ces malades, suivi pendant un temps variant de un à six ans, n'est devenu cliniquement tuberculeux pulmonaire. L'un d'eux a été soumis, il y a deux ans, sans succès à l'épreuve de la tuberculine. Chez deux malades récentes, j'ai pratiqué l'ophtalmo-réaction qui fut positive dans les deux cas; si la valeur de l'ophtalmo-réaction est confirmée par la suite, et si elle est positive chez de tels malades, on pourra les considérer comme tuberculeux, mais jusque-là, on n'a pas le droit de poser cette conclusion.

M. G.-H. LEMOINE (Val-de-Grâce). — Chez 945 hommes sains de 20 ans, la diminution d'intensité du murmure vésiculaire au sommet droit a été trouvée 64 fois.

Sur ces 64 sujets, 7 sont devenus tuberculeux dans les deux ans qui suivirent, les 57 autres restèrent bien portants pendant le même laps de temps.

La diminution d'intensité du murmure vésiculaire au sommet droit s'accompagna, chez les 7 tuberculeux, d'amaigrissement, d'anorexie, de faiblesse générale, tandis que chez les 57 autres l'état général resta parfait. On peut donc dire que cette anomalie inspiratoire n'acquiert une importance de premier ordre qu'en face de l'existence d'un état général médiocre concomitant.

D'autre part, si l'expression d'anomalie inspiratoire s'applique à toute différence d'intensité du murmure vésiculaire, il faut, à côté de l'anomalie, expression d'un état pathologique du poumon, faire une place aux anomalies physiologiques. L'examen de plus

de 2,000 hommes sains de 20 ans a permis en effet de constater que le mu. mure vésiculaire, présente une différence d'intensité dans un poumon par rapport à l'autre chez plus d'un tiers des sujets. En général, le sommet droit respire mieux que le gauche. Celui-ci, par contre, présente un bruit inspiratoire plus fort chez les gauchers. Le degré de différence est en rapport avec la profession ou les habitudes du sujet. Les hommes dont la profession exige des mouvements répétés avec effort du membre supérieur présentent une différence plus grande que les hommes à profession sédentaire. En face de l'anomalie pathologique il y a lieu de faire place à l'anomalie professionnelle ou l'habitude.

### L'hypotension artérielle dans la tuberculose rénale (1). *Tribune Médicale*, 1908.

On sait que les malades atteints de tuberculose pulmonaire présentent, même au début, une pression artérielle souvent basse : chez les tuberculeux avancés l'hypotension est la règle (Potain, Marfan) sauf en cas de complications rénales (John, Geisboch). D'autre part un brightique peut devenir tuberculeux, et enfin, au cours de la tuberculose pulmonaire, on peut très souvent observer une polyurie due, soit à la dégénérescence amyloïde, soit à de la tuberculose rénale. Dans tous ces cas la pression artérielle est variable, et elle est conditionnée, et par l'état général, et par l'état des reins : c'est le plus souvent l'état général et non l'état des reins qui règle la tension.

Il était intéressant de rechercher l'état de la tension artérielle dans la *tuberculose rénale primitive* sans tuberculose pulmonaire : c'est ce qu'à fait M. Reitter (*Zeitscher. f. Klin. Med.* vol. 62, p. 358) et cet auteur conclut de ses observations que dans la tuberculose rénale primitive la tension est généralement très abaissée.

Il rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans chez qui on avait depuis cinq ans fait le diagnostic de néphrite, et qui entra à l'hôpital pour de l'œdème de la face et des mal'ôles, de la céphalée et des vomissements. L'urine contenait de l'albumine, des cylindres et des leucocytes ; le tout réuni suggérait l'idée néphrite évoluant vers le type "interstitiel." Cependant il n'y avait pas d'hypertrophie cardiaque et la tension artério-capillaire n'était que de 65 millimètres (au tonomètre de Gartner) (1). On remplaça alors le régime lacté par le régime mixte, et on administra à la malade divers tonocardiaques : caféine, digitale, strophanthus. Mais bien que l'état général ait été amélioré et que la

(1) Equivalent à au moins de 12 au sphygmomanomètre de Paris.

proportion d'albumine ait diminué, l'œdème augmenta et la tension descendit jusqu'à 50 millimètres; le pouls était très instable, variant entre 90 et 114. On pensa alors, en face de cette tachycardie et de cette hypotension, à la tuberculose (malgré l'absence de signes physiques du côté des poulmons et des reins) et l'on trouva des bacilles dans le sédiment urinaire. Le ca'hétéris-me montra que les deux reins étaient atteints: on institua alors un traitement médical qui améliora l'état général, mais ne fit pas élever la tension au-dessus de 60 millimètres.

Dans un second cas, il s'agissait d'un enfant de 13 ans, présentant de l'albuminurie sans signes stéthoscopiques de tuberculose, sans hypertrophie cardiaque. Tension artérielle: 75 à 80. On trouva des bacilles dans l'urine. La néphrectomie, pratiquée plus tard, montra qu'il s'agissait bien de tuberculose rénale.

Une femme de 39 ans suivie depuis plusieurs mois et soignée pour cysto-pyéélite banale revint à l'hôpital pour de la pyurie et de l'hématurie: la malade toussait et avait beaucoup maigri; on trouva dans le dépôt urinaire de nombreux bacilles. Dans ce cas la tension était de 75 à 80 millimètres (pouls 120): il est vrai que la tuberculose pulmonaire était évidente.

Dans un cas de tuberculose primitive du rein droit, la tension était moins abaissée (105 à 110); il est vrai que l'état général était satisfaisant: aussi l'auteur pense-t-il que la cachexie, dans la tuberculose rénale comme dans la tuberculose pulmonaire, est le principal facteur d'hypotension.

L'auteur rapporte également un cas de néphrite tuberculeuse (bacilles dans l'urine) évoluant chez un tuberculeux, avec une tension de 70. Mais, d'autre part il a observé, chez une femme de 27 ans, une tuberculose rénale avec tension élevée (160). Il est vrai qu'il y avait eu un rhumatisme grave dans l'enfance avec péricardite et qu'il persistait un souffle systolique à l'orifice pulmonaire, du claquement aortique et de l'hypertrophie cardiaque: dans ce cas l'absence d'hypotension était très facile à expliquer par l'hypertrophie cardiaque.

Malgré ces exceptions, relativement rares, il semble donc que l'hypotension puisse aider au diagnostic étiologique de certaines affections rénales, et particulièrement permettre de distinguer la tuberculose rénale de la lithiase. En effet, dans 2 cas de néphrolithiase et dans 3 cas de cysto-pyéélite non tuberculeuse, la présence d'une tension artério-capillaire normale ou même élevée (10 à 14) permit d'éliminer la tuberculose rénale, et l'opération montra le bien fondé de ce diagnostic.

## CHIRURGIE

**Cancers primitifs de l'appendice.** (M. LETULLE, *Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, JACOULET, *Arch. de chir.*)

L'auteur donne la description histologique de onze cas de cancers primitifs de l'appendice iléo-cæcal et résume les différents caractères de ces néoplasmes.

Le cancer siège non loin de l'extrémité libre de l'appendice, souvent au niveau d'une ancienne lésion d'appendicite banale; la tumeur est peu volumineuse, dépassant rarement le volume d'un noyau de cerise; sa consistance est dure, sa coloration blanchâtre. Histologiquement, on peut décrire deux variétés: l'épithélioma cylindrique et le carcinôme plus ou moins atypique.

Il faut insister sur ce fait que, malgré l'infiltration cancéreuse rapide des tuniques de l'appendice, ce néoplasme est d'une grande bénignité: la généralisation est très rare.

Le cancer de l'appendice s'observe à tous les âges. M. Letulle insiste sur ce fait que les malades atteints de cancer ont présenté antérieurement des crises d'appendicite.

C'est l'examen histologique systématique de tous les appendices enlevés qui permettra de mieux apprécier la fréquence d'une lésion dont on a publié une cinquantaine de cas depuis 1897.

**Brèche crânienne restaurée par la prothèse métallique.** (BOUVILLOIS, *Soc. de chirurgie*, mars 1908.)

Il s'agit d'un officier de cavalerie qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, présenta une fracture esquilleuse de la région temporale avec déchirure de la dure-mère et attrition du cerveau. On dut pratiquer une trépanation immédiate, qui laissa une brèche assez considérable et fut suivie d'une hernie du cerveau avec adhérence de ce dernier à la cicatrice du cuir chevelu. Une crise épileptiforme, survenue cinq mois après le traumatisme, décida M. Bouvillois à une nouvelle intervention pour obturer la perte de substance crânienne. Il réséqua la cicatrice cutanée, qu'il eut beaucoup de peine à séparer de la substance cérébrale sous-jacente, libéra ensuite la hernie cérébrale de ses adhérences fibreuses avec le squelette, fit introduire par M. Delair, une plaque en or, préalablement taillée et fixée au moyen de griffes dans des trous forés dans le crâne au pourtour de l'orifice. La plaque fut ensuite recouverte au moyen d'un lambeau cutané taillé dans le voisinage. Les suites opératoires furent très simples.

La plaque métallique fut admirablement tolérée, et le malade put reprendre son service et se soumettre sans fatigue et sans aucun inconvénient à tous les exercices que nécessite son emploi.

**Complications après les opérations pratiquées sur l'estomac.** (Stieda, Münchner medigi. Wochenschrift, avril 1908.)

L'auteur dit que les complications les plus communes des opérations sur l'estomac sont: la péritonite, l'hémorragie secondaire, et la dilatation de l'estomac par atonie. A ces complications il en ajoute une autre, qui est rare mais qu'il a observée trois fois.

Elle consiste dans des vomissements qui se distinguent de ceux de l'atonie en ce qu'ils sont de petite quantité et fréquemment répétés, l'estomac étant pratiquement vide, et par l'absence de toute manifestation de péritonite.

Dans un des cas rapportés par l'auteur, le malade mourut malgré une nouvelle laparatomie et une jéjunostomie.

Le diagnostic est important, vu que le traitement consiste dans l'administration des narcotiques, de l'atropine spécialement, et si l'alimentation rectale est insuffisante, en pratiquant une jéjunostomie.

Z. RHÉAUME.

## PHARMACOLOGIE

### Formulaire des spécialités pharmaceutiques.

Nous publierons, chaque mois, quelques-unes des formules des spécialités pharmaceutiques les plus usuelles. Souvent le médecin, en les prescrivant, agit à l'aveugle, ignorant même, bien souvent, la base de ces diverses préparations. Nous croyons être utiles à nos abonnés en leur donnant ces renseignements.

#### 1° Adénaline (solution au millimètre).

(a) Elle permet de préparer, au moyen d'une dilution dans du sérum physiologique, les solutions à divers titres.

Exemple: X gouttes de la solution et X gouttes de sérum salé donnent un centimètre cube d'une solution à 1 p. 2000.

(b) Collyre : à 1 p. 5000 p., on peut l'employer pure ou additionnée de cocaïne.

— C'est un astringent puissant, mais dont l'effet est passager.

2° *Boricine Meissonnier.*

Sel résultant de la combinaison de l'acide borique et du biborate de soude — réaction neutre.

*Dose:* Une cuillerée à soupe contient 25 grammes de boricine; une à cinq cuillerées à soupe de poudre dans un litre d'eau bouillie.

On l'emploie aussi en poudre sur les plaies, à la place de l'iodeforme. C'est un antiseptique.

3° *Bromidia:*

Hypnotique. Liquide contenant par cuillerée à thé:

Bromure de potassium.....	1 gramme
Chloral pur.....	1 —
Extrait de chanvre indien.....	0 gr. 01 centigr.
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 01 —

*Dose* 1/2 à 1 cuillerée à café toutes les heures jusqu'à obtention du sommeil dans un peu d'eau sucrée.

3° *Capsules Dartois.*

Chaque capsule contient 0 gr. 05 centigr. de créosote dissoute dans 0 g. 20 centigrammes d'huile de foie de morue.

*Dose:* Environ 3 à chaque repas. Se prescrit beaucoup dans les affections des voies respiratoires.

4° *Capsules de Gonosan.*

Se prescrivent beaucoup dans les maladies des voies génito-urinaires à la dose de 6 à 10 capsules par jour. Chacune contient:

Essence de santal.....	0 gr. 24 centigr.
— Kawa-Kawa ou piper méthycticum....	0 gr. 06 —

5° *Dragées Dubourg.*

Pilules violettes à base de cascariole, combinaison spéciale de cascara et d'aloïne.

*Dose* De 1 à 2 par jour le soir au coucher. Purgatif.

6° *Dragées de fer Briss*

Chaque dragée contient:

Protoxalate de fer.....	0 gr. 10 centigr.
Artémisine.....	0 gr. 001 milligr.
Quassine cristallisée.....	0 gr. 001 —

*Dose:* 2 au commencement de chacun des deux principaux repas: au total 4 par jour.

Les dragées de fer Cognet sont à peu près identiques..

7° *Dragées Gélinau.*

A base de bromure de potassium, d'arsenic et de picrotoxine.

S'emploient, à la dose de 2 à 5 par jour, aux repas, contre l'hystérie, l'épilepsie et la chorée, mais surtout dans les accidents nerveux de la menstruation.

A. L.

---

**FORMULAIRE**


---

**Contre la gangrène pulmonaire et les bronchites fétides.**

1° (a) Hyposulfite de soude. . . . .	1 à 4 grammes.
Benzoate de soude . . . . .	2 à 10 —
Teinture d'eucalyptus. . . . .	1 à 2 —
Sirop de térébenthine. . . . .	10 à 30 —
Sirop de tolu . . . . .	20 à 40 —
Eau. . . . .	100 à 120 —

Par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

(b) Pour des inhalations, on peut employer :

1° Acide phénique. . . . .	} à 50 grammes.
Alcool. . . . .	
Eau . . . . .	

2° Essence d'eucalyptus. . . . .	50 grammes.
Teinture de benjoin. . . . .	50 —
Décoction de têtes de pavot. . . . .	250 . —

3° Créosote. . . . .	30 grammes.
Eau. . . . .	250 —
Laudanum Sydenham. . . . .	20 —

Faire évaporer lentement sur une lampe à alcool.

2° **Gargarismes dans l'amygdalite (Moure).**

Bromure de potassium. . . . .	} à 6 grammes.
Benzoate de soude. . . . .	
Alcool de menthe. . . . .	10 —
Glycérine neutre. . . . .	150 —

Une cuillerée à thé dans  $\frac{1}{2}$  verre de racine de guinauve ou eau bouillie en gargarisme toutes les heures durant 24 heures, puis toutes les 2 heures.

3° **Contre la bronchite aiguë (chez l'enfant).**

Poudre de Dover . . . . .	0 gr. 20 centig.
Sirop de tolu . . . . .	20 grammes.
Julep gommeux. . . . .	75 —

Par cuillerées à café toutes les 2 heures.

*ou bien*

Sirop de tolu. . . . .	} ââ 40 grammes.
— gomme . . . . .	
— Desessartz. . . . .	

Prendre 4 à 5 cuillerées à dessert par jour.

4° **Potion contre la pneumonie chez le vicillard.**

Acétate d'ammoniaque. . . . .	3 grammes.
Extrait de quinquina. . . . .	4 —
Rhum . . . . .	40 —
Sirop de tolu. . . . .	30 —
Eau distillée . . . . .	100 —

Par cuillerées à bouche.

5° **Contre la diarrhée des tuberculeux.**

Suspendre l'usage de l'huile de foie de morue et de la créosote, diminuer l'alimentation, donner œuf à la coque, riz, macaroni, thé.

Sous-nitrate de bismuth. . . . .	4 grammes.
Laudanum Sydenham. . . . .	xx —
Sirop ratanhia. . . . .	30 —
Julep gommeux. . . . .	120 —

Par cuillerées à bouche dans les 24 heures.

*ou bien:*

Sous-nitrate de bismuth. . . . .	1 gramme.
Poudre d'opium. . . . .	0 gr. 20 centig.

Pour 1 cachet No 10: 5 par jour.

## 6° Rhumatisme articulaire aigu.

Donner le salicylate de soude. . . . 1 gramme.

Pour un cachet: 4 à 8 par jour.

*ou bien en solution:*

Salicylate de soude . . . . .	20 grammes.
Eau distillée . . . . .	300 —

4 à 8 cuillerées à soupe par jour dans de l'eau de Vichy. Chaque cuillerée contient 1 gramme de salicylate: ou bien la potion suivante:

Salicylate de soude. . . . .	6 grammes.
Cognac. . . . .	20 —
Sirop d'orange. . . . .	30 —
Eau distillée . . . . .	100 —

A prendre en six fois dans les 24 heures.

*Chez l'enfant:* on peut donner 1 à 2 grammes jusqu'à 5 ans; 2 à 4 grammes jusqu'à 12 ans.

— Le salicylate sera donné à dose entière jusqu'à cessation des douleurs articulaires, puis pendant une quinzaine en diminuant la quantité.

— *Contre-indication:* On cessera à l'apparition d'accidents toxiques (vomissements, bourdonnements d'oreilles, surdité, vertiges, épistaxis délire, collapsus, la grossesse)... Donner alors

(a) Antipyrine, 3 à 6 grammes par jour.

*ou bien:*

(b) Salophène, 3 à 6 grammes par jour.

**BIBLIOGRAPHIE**

**Prophylaxie internationale et nationale**, par le Dr PAUL FAIVRE, inspecteur général adjoint des services administratifs du Ministère de l'Intérieur. 1 vol. in-8 de 196 pages, avec 18 figures: 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

La nécessité de se protéger contre les maladies contagieuses exotiques a depuis longtemps motivé de la part des pays menacés l'application de mesures sanitaires. Mais, pendant longtemps aussi, ces mesures ont conservé dans chaque pays un caractère particulariste, de telle sorte qu'un même navire se voyait soumis, suivant les ports où il abordait, aux traitements les plus divers. On comprend combien, dans ces conditions, étaient difficiles et aléatoires les opérations commerciales, et combien étaient inconstants, relativement à la propagation des maladies, les résultats de mesures aussi différentes.

Ce n'est qu'au milieu du XIXe siècle que s'est produite la première tentative en vue de grouper les États pour les soustraire à ces inconvénients et leur permettre d'opposer à un danger commun une action commune. Ce mouvement devait être favorisé par le rapide et prodigieux développement des moyens de communication qui permettaient aux différentes nations de se tenir facilement informées des faits épidémiques de nature à déterminer l'application des dispositions sur lesquelles elles étaient conviées à se mettre d'accord.

Il n'est pas besoin d'insister sur les avantages de ces ententes basées sur la solidarité des intérêts sanitaires et commerciaux. Car tel est le double but de la prophylaxie internationale: empêcher la propagation des maladies contagieuses et supprimer les inutiles entraves apportées au commerce par des mesures dépourvues d'efficacité.

Le livre de M. Faivre est un exposé très complet et très au courant de ces questions.

Voici un aperçu des matières qui y sont traitées:

1. *Prophylaxie internationale*: I. Origine et but de la prophylaxie internationale. Conférences sanitaires internationales. II. Principales questions traitées par les conférences sanitaires internationales. Notification des épidémies. Mesures sanitaires au départ des navires, pendant la traversée et à l'arrivée des na-

vires. Mesures sanitaires aux frontières de terre. III. Administration sanitaire internationale. — II. *Prophylaxie nationale, Protection des frontières de mer.* I. Historique du service sanitaire maritime en France. Intendances sanitaires. Règlements sanitaires successifs. II. Réglementation actuelle. Objet de la police sanitaire maritime. Patente de santé. Médecins sanitaires maritimes. Mesures sanitaires au port de départ. Mesures sanitaires pendant la traversée et dans les ports d'escales contaminées. Mesures sanitaires à l'arrivée. Dératisation. Marchandises. Stations sanitaires et lazarets. Désinfection. Surveillance sanitaire des navires dans les ports. Circonscriptions sanitaires maritimes. Personnel sanitaire maritime. Médecins sanitaires de France en Orient. Conseils sanitaires maritimes. Dispositions générales. Droits sanitaires. Réglementation applicable aux musulmans algériens prenant part au pèlerinage de La Mecque. Police sanitaire maritime aux colonies et dans les pays de protectorat. — *Protection des frontières de terre* : Mesures exceptionnelles prises en vue de cette protection. Plan actuel de défense de la frontière du Nord et de l'Est.

---

**Journal d'un praticien.** *Consultations sur la grossesse, l'accouchement, les maladies des femmes et les soins à donner aux nourrissons.* Observations personnelles notées au cours même des événements, par le Dr H. STAFFER. — VIGOR FRÈRES, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. — Un volume in-8°, raisin. . . . . 10 fr.

Ce livre s'adresse à l'étudiant, au praticien accoucheur, au spécialiste, chacun y récoltera ample moisson de faits et les renseignements les plus utiles. Le médecin y trouvera la solution d'une quantité de questions qu'il se pose dans la pratique de son art. L'obstétricien de profession y apprendra du nouveau. L'étudiant s'y préparera à l'exercice des accouchements. Ce journal d'un accoucheur est appelé à un grand succès en raison même des sujets qu'il traite, de son utilité courante et aussi de la façon dont il est présenté.

Nous n'avons pas eu, dans la littérature médicale, de livre aussi personnel, aussi instructif, aussi vivant depuis plus d'un siècle. On ne peut s'en détacher quand on l'a commencé.

L'auteur, toujours pratique et de grand sens clinique, associe le lecteur à la pensée, à l'action scientifique et même aux émotions

de la vie d'accoucheur: car, par la forme qu'il a su donner à son journal, on peut dire qu'il fait vivre son lecteur avec lui. Il passe au crible d'une critique intelligente et probe les théories, les préjugés, les doctrines et n'a d'égard qu'aux faits, à l'observation patiente et exacte.

**Les Eunuques à travers les âges**, par le Dr R. MILLANT. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. — Un volume in-16 avec 20 figures dessinées par l'auteur. 3.50

L'auteur, en publiant ce livre, a tenu à donner une étude d'ensemble de cette question si curieuse de la castration chez l'homme. Il a repris et considérablement amplifié un premier travail paru en 1902 sous le titre *Castration criminelle et maniaque*. Le livre qu'il présente aujourd'hui au public est donc à proprement parler l'histoire générale de l'eunuchisme, envisagé au triple point de vue technique, anecdotique et psychique. Un chapitre en effet consacré à l'évolution de la mentalité chez le castrat, pourrait passer pour une tentative de réhabilitation en faveur de cet être déchu, qui, s'il en faut croire l'auteur, vaut mieux que la triste réputation qu'on lui a faite.

De nombreuses pages relatives à la genèse de la castration rituelle chez les Anciens et chez les Skoptzy modernes retiendront plus particulièrement l'attention. On trouvera en outre au cours de l'ouvrage tout ce qui a trait à la castration guerrière, d'amusantes historiottes sur les castrats de la Chapelle pontificale, sur les eunuques de la cour de Perse. Enfin tout un chapitre ayant trait aux applications thérapeutiques de la castration, et une foule d'anecdotes font de cet ouvrage le plus complet qui ait été publié jusqu'à ce jour sur l'eunuchisme. Tel quel, il a sa place indiquée dans la bibliothèque du curieux aussi bien que dans celle du savant ou du lettré.

**Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1908**, par le Dr V. GARDETTE, médecin consultant à Châtel-Guyon. Préface par le Dr A. MANQUAT. 1 vol. in-18 de 426 pages, cartonné: 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

En écrivant ce formulaire, le but de M. Gardette a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant, sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles, les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand il le désireront.

Ce formulaire est divisé en quatre parties :

Dans la *première partie*, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La *seconde partie* est la nomenclature des spécialités par leurs composants ou leurs propriétés thérapeutiques. Lorsqu'une spécialité est à base d'un médicament unique, ou bien lorsqu'un médicament y entre à titre absolument prépondérant, elle est classée sous la rubrique de ce médicament. Lorsque plusieurs médicaments entrent en valeur à peu près égale dans sa composition, la spécialité se retrouve sous la rubrique de chacun de ces médicaments. Enfin, les médicaments composés ont été classés d'après leurs propriétés thérapeutiques. Eupéptiques, laxatifs.

La *troisième partie* donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La *quatrième partie* reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant.

Cette façon de comprendre le plan était la plus commode et la plus complète pour les différents genres de renseignements qui sont demandés à un formulaire de cette nature.

---

## NOUVELLES

---

### CONGRES DE QUEBEC.

Nous rappelons aux médecins du district de Montréal, que le IV<sup>e</sup> congrès de l'Association des médecins de langue française, aura lieu à Québec, les 20, 21, 22 juillet prochains. Le succès qui a couronné les réunions antérieures et la célébration des fêtes du tri-centenaire qui commenceront le 3 juillet, et auxquelles pourront assister les congressistes, sont un gage de la réussite du congrès de cette année.

Aussi bien, sommes-nous heureux d'annoncer à nos confrères qui pourraient craindre les ennuis de l'encombrement produit par un aussi grand nombre d'étrangers, que des dispositions ont été prises par le comité général, pour assurer le transport, le logement et la pension à des conditions très avantageuses.

Dans le but de faciliter les rapports des membres de la profession avec le bureau de l'Association, ce dernier a constitué à Montréal, un comité ayant pour président M. le professeur Hervieux, vice-président général, et pour secrétaire, M. le docteur Bourgeois. Ce comité est en plus composé des officiers Montréalais des différentes sections et des rapporteurs généraux. MM. les docteurs J. C. Bourgoïn, secrétaire à la section de Médecine; Z. Rhéaume, secrétaire à la section de chirurgie; J. P. Décarie, à la section des intérêts professionnels sont chargés de recevoir les communications devant être lues à ces différentes sections. En outre du travail individuel de chacun des membres de ce comité, il sera tenu un bureau permanent au No 232, rue Sherbrooke Ouest, chez le secrétaire, où l'on se fera un plaisir de fournir tous les renseignements, de recevoir les demandes et le paiement des adhésions jusqu'au 1er juillet, — et l'enregistrement des communications jusqu'au 15 juin.

Nous encourageons fortement ceux qui ont l'intention de le faire, de s'inscrire le plus tôt possible, car nous tenons à leur disposition un certain nombre de chambres qui peuvent être retenues dès maintenant et sur paiement de la cotisation d'inscription.

*L'Ass.-Secrétaire général,*

B. G. BOURGEOIS, M. D.

**Nos meilleurs souhaits.** — Notre ami et directeur, le Dr Dubé, après 21 mois consécutifs de séjour au lit pour cause de maladie grave, est enfin rétabli; il a pu reprendre l'exercice de sa profession.

C'est une grande joie pour nous et pour tous.

Travailleur infatigable, médecin consciencieux et instruit, ami sincère, nous le manquions en maintes occasions où nous avions l'habitude de voir à nos côtés.

Nous faisons des vœux pour que cette cure soit complète et permanente.

Peu d'hommes auraient consenti, dans la pleine expansion de leurs talents à s'immobiliser durant de longs mois, sacrifiant tout pour tout, dans l'espoir d'une cure qu'on disait problématique. Il a eu ce courage et cette foi qui appellent souvent la guérison. — *Ad multos*.....

— Nous informons nos lecteurs, en même temps que les Drs Chagnon, Léo Parizeau, Bourgeois et Bourgoïn ont transporté leurs bureaux respectifs au No 232, rue Sherbrooke, résidence du Dr Dubé, où ils donneront désormais leurs consultations.

C'est un nouvel essai, à Montréal, de voir plusieurs médecins spécialistes se grouper ensemble.

Nous leur adressons nos meilleurs souhaits.

---

**Congrès de Phtysiothérapie.** — M. le Dr Deblois, de Trois-Rivières, parti à Paris, a fait deux communications intéressantes à ce congrès, l'une sur les *courants de Morton*, l'autre sur la cure par l'ozone, avec présentation d'appareil.

Nous sommes heureux d'annoncer que le congrès l'a choisi comme l'un de ses vice-présidents et le représentant de la profession médicale au Canada.

Le Dr Weiss, professeur de physique médicale, membre de l'Académie de médecine a fait, sur cet appareil ozoneur une communication à l'Académie, dans laquelle il vante les avantages de cet instrument. "Ce dispositif, dit-il, est à très grand rendement, il donne de l'ozone très pur et n'a besoin d'aucune ventilation."

Nous félicitons notre ami Deblois de ses succès.

---

## SUPPLEMENT

### ANEMIE POST HEMORRHAGIQUE

Les anémies post hémorrhagiques provoquent un état clinique bien connu. L'examen du sang fait immédiatement après une hémorrhagie abondante montre que la proportion normale de sérum et de globules n'est pas beaucoup changée. Cependant quelque temps après les tissus du corps abandonnent une grande quantité de liquide pour suppléer au volume de sang requis. Il s'en suit une vraie hydrémie avec ses conséquences qu'il faut combattre :

- 1° Par le repos absolu dans la position horizontale, tout en changeant la position du malade pour prévenir les œdèmes hypostatiques ;

- 2° En donnant des lavements chauds de sérum (500 grammes), toutes les 3 ou 4 heures ;

- 3° Par une alimentation liquide, qui ne fatigue pas l'estomac et qui peut favoriser l'hématose.

Le Pepto-Mangan (Gude) est un médicament qui remplit toutes ces conditions. Ses propriétés hématopoïétiques sont bien connus.

---

### TABLE DES ANNONCEURS

PAGE	PAGE		
Anasarcin Chemical Co. ....	xxiii	Histogénol Naline .....	xxiii
Associations Médicales .....	xvii, xviii	Heiden & Co .....	xxix
Anduran (Vin) .....	xxxI	Horlick's Malted Milk .....	xiv
Antikamnia Chimique Cie .....	xxiv	Institut Hydro—Electrothérapique..	xxviii
Associations Médicales de la Province de Québec .....	xvii, xviii	Institut Vaccinal .....	xxv
Association Médicale Canadienne de Protection Mutuelle .....	xxxiv	Institut Opthalmique .....	xxvii
Beauchemin (Ltée).....	xl	Jeager Sanitary Woollen System.....	xxvi
Bovinine Co.....	v	Jodoin, Maloney & Laurence .....	xxix
Boyril Ltd.....	xxviii	Kent & Stevenson.....	xix
Bristol-Myers .....	vii	Kress & Owen Co.....	iii
Beaudry & fils, Narcisse .....	xxxviii	Laboratoire de Rayons X. — Lasnier Henri	
Brand's Essence of Beef .....	xxvii	Lemieux Arthur, Dentiste.....	xxix
Brientenbach & Co. M. J. ....	xii	Lyman Sons & Co.....	ix
Bisillon Jean .....	xxii	Lambert (Listérine) .....	xxxi
Caledonia Springs.....	xxiii	Lachance Ltée.....	xxxi
California Fig Syrup Co .....	vi	Lecours & Décary.....	xxviii
Catillon .....	xvi	Marchand Chs.....	xviii
Cie d'Ozone du Canada .....	xxxvi	Marsan G. A., Avocat.....	xxv
Chenal Douilhét & Cie .....	xxxI	Mignerot J. E. ....	xxviii
Collège des M. & C. P. Q. ....	xx	Ontario Fire Insurance, Co.....	xxvi
Davis & Lawrence Co .....	xxxix, xli	Pallssade Mfg. Co.....	xv
Denver Chemical Mfg. Co .....	xix	Patnehaud R. E.....	xxxviii
Dumas J. A., Photographe .....	xxv	Pariseau Dr Leo .....	xix
Équivalents Dosimétriques .....	xxxvii	Parke, Davis & Co.....	xi
Fellows.....	vii	Pipérazine Midy .....	xxvi
Fashion Craft .....	xxiii	Polluin Ed. & Cie .....	xxix, xxxiii, xxxv
Freyssinge .....	ii	Prévost, Dr Frs. de Sales .....	v
Frosst & Cie .....	xvi	Rivet L. J. ....	v
Gilmour Bros & Co .....	xiv	Stearns & Co. F .....	ix, x
Garde-Malades .....	xxii	Sterling Acc. & Guarantee Co. of Can	xxviii
Gellneau (dragées).....	xxxI	Taénifuge Dubourcau .....	xxiii
		Vacheron .....	xxiv
		Vapo-Cresolene Co .....	xxii
		Wheeler.....	xxxviii

