

MEMOIRES

LES INJECTIONS INTERSTITIELLES DE PARAFFINE POUR LA CORRECTION DE CERTAINES DIFFORMITÉS (1)

Par le Professeur A.-A. FOUCHER, de Montréal.

Les injections de paraffine, dans leurs applications générales en chirurgie, sont de date relativement récente, quatre années au plus; ce fait, joint à d'autres; la vogue, je dirais l'engouement qui a accueilli cette nouvelle intervention et les succès éclatants qui en ont été le résultat, m'engagent à vous présenter une observation personnelle ayant trait à cette question. J'ai cru opportun de profiter de la circonstance pour refaire succinctement l'historique de la méthode et vous exposer les principaux faits qui la concernent. Une récente thèse de Paris, par Lagarde, m'en fournit tous les matériaux et j'en ferai brièvement ici l'analyse.

Le professeur Gersuny, de Vienne et Delanne, de Tournai, ont été les précurseurs de ce nouveau moyen de prothèse dans le cours de l'année 1899.

Se basant sur un procédé déjà connu, qui consiste à injecter de la vaseline phéniquée dans les angiômes, et sur ce fait que la vaseline, introduite dans les mailles d'un tissu dilatable, demeure indéfiniment en place sans s'altérer et sans produire d'irritation, le professeur Gersuny conçut l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées ou interstitielles de cette substance pour remédier à certaines difformités acquises ou à des troubles fonctionnels de cause purement mécanique.

La première application de la nouvelle méthode fut faite sur un homme ayant subi une double castration pour orchépididymite tuberculeuse. Le patient se trouvant fort affecté de cette mutilation. Gersuny procéda à l'inclusion de vaseline au lieu et place des testicules absents, et le résultat obtenu fut des plus satisfaisant. Résultat platonique vous me direz, et peu apparent mais assez considérable dans tous les cas pour créer une illusion virile: soulager le moral en restaurant le physique. Ce fut un succès, un succès durable, et Gersuny ne s'en tint pas là. Il posa alors les principes de sa méthode et en fit la

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du mois de novembre 1903.

généralisation à une foule d'autres difformités. A la même époque, vers 1900, Delangre, de Tournai, en opérant un kyste séreux récidivant, suivant la méthode de Pozzi qui consiste dans l'injection intra-kystique du blanc de baleine dissous au bain-marie et ensuite solidifié par réfrigération, constata l'effacement pour ainsi dire complet de la cicatrice vicieuse déprimée, effacement résultant de la distension produite par la saillie du corps gras injecté.

Il eut ainsi l'idée de combler des pertes de substance par la vaseline, agent susceptible de se liquéfier par la chaleur et de se solidifier par le refroidissement.

Les premiers résultats obtenus de la sorte intéressèrent vivement le corps médical et le grand public, mais n'eurent pas pour effet de généraliser la méthode rapidement. Un cas d'accident relaté par Pfannenstiel, de Breslau, eut pour effet de refroidir l'enthousiasme encore davantage. Une injection de vaseline, chez une femme atteinte d'incontinence d'urine à la suite de l'extirpation de l'urètre pour lésion cancéreuse fut suivie de tous les symptômes graves d'une embolie pulmonaire. D'autres accidents analogues survinrent, puis la discussion raisonnée des échecs signalés ramenèrent un peu de confiance.

Rohmer, de Nancy, s'inspirant des mêmes idées, appliqua la méthode à la prothèse oculaire pour le soutien d'un œil artificiel, et depuis on a fait servir les injections de paraffine à la cure des cicatrices déprimées résultant de plaies, de furoncles, de suppurations ganglionnaires, de résections osseuses, à la difformité consécutive, à la cure radicale des sinusites frontales à celles du nez, du pavillon de l'oreille à l'épicanthus, au coryza atrophique, à la cure des varices, dans le but de produire une articulation mobile après résection.

On l'a employé, pour remédier à un cystocèle consécutif à un prolapsus, à une déviation utérine, à une fistule vésico-vaginale, entéro-vaginale. On l'a employée encore ou suggérée dans une foule d'autres cas. Mais arrivons à la substance injectée et examinons les transformations qu'elle subit sur place ou qu'elle fait subir aux tissus environnants.

Dans la série des hydrocarbures saturés, le premier terme est le méthane ou gaz des marais, l'un des derniers est la paraffine et entre ces deux termes se tiennent tous les intermédiaires. Les premiers sont gazeux : gaz des marais ; les moyens sont liquides : l'huile de vaseline ; les supérieurs sont solides comme la paraffine. La vaseline est une variété de paraffine, c'est une paraffine de consistance visqueuse, ou une dissolution de paraffine dans des hydrocarbures liquides.

La paraffine est un des derniers homologues de la série, celui par conséquent dont le point de fusion est le plus élevé, elle fond à 45°, à 65° centigrades, mais toutes les paraffines n'ont pas le même degré de fusibilité, ce qui équivaut à dire que toutes les paraffines ne sont pas identiques.

La vaseline de Gersuny formait une substance visqueuse blanche, fondant vers 38° ou 40°. Le produit de Eckstein, est une paraffine pure, solide, blanche, homogène, demi transparente, fondant vers 65°. Ces deux substances ont les mêmes propriétés, sont absolument neutres, et par suite, nullement irritantes : l'eau, les acides, les alcalis n'ont sur elles aucune action. C'est une garantie de résistance contre toute absorption et c'est de là que lui vient son nom *parum affinis*.

La seule chose qui distingue ces deux produits, au point de vue qui nous occupe, c'est leur degré de consistance.

La vaseline en injections interstitielles ne s'assimile guère, bien différente en cela de l'huile d'olive de l'axonge ou autre corps gras. La vaseline étant insoluble dans les liquides organiques devient un véritable corps étranger parfaitement toléré par les tissus.

Une autopsie a démontré à Delangre que la masse de vaseline, qui avait été injectée sous la peau du sein, était cloisonnée, que le centre était occupé par de la vaseline paraissant intacte, et ce après un séjour intra-organique d'environ 7 mois. L'examen histologique montra le blanc de vaseline parcouru par des trabécules connectifs donnant lieu à un fin reticulum emprisonnant dans ses mailles de la vaseline assez consistante. Il semble résulter de ces recherches histologiques que la vaseline se laisse lentement infiltrer de petites cellules, par consé-

quent qu'elle subit un commencement de résorption qui est remplacé par une quantité égale de tissu conjonctif.

Prenant en considération ces faits, la facilité avec laquelle la vaseline émigre, en raison de sa consistance trop faible, on comprend les aléas sans nombre que cette substance peut présenter dans son inclusion dans les tissus, tant au point de vue de l'instabilité du résultat que des dangers d'embolie ou d'émigration à distance. C'est pour parer à ces inconvénients que Eckstein composa sa paraffine fusible à 60°. Ce qui caractérise ce produit, c'est sa rapide solidification. Injecté dans un tissu dont la température est bien inférieure à la sienne, il se refroidit immédiatement et prévient ainsi le danger d'embolie. Cette paraffine reste en place et conserve la forme qu'on lui imprime par le façonnage.

La résorption en est absolument nulle, les recherches de Eckstein à ce sujet sont absolument probantes, — la paraffine solide s'entoure de tissu conjonctif qui lui sert de muraille, qui la sépare des tissus voisins. Mais le danger de l'injection liquide n'est pas complètement élagué avec la paraffine de Eckstein, puisqu'il faut la liquéfier pour l'injecter. La solidification n'est pas instantanée et il persiste pour le moins l'inconvénient d'une diffusion trop grande dans les tissus environnants. Cette dernière objection est entièrement résolue par l'injection de paraffine demi-solide.

La maison Meyrowitz, de New-York, construit une seringue spéciale qui pousse le mélange semi-solide, sous les tissus; et elle prépare aussi le mélange stérilisé, qu'elle met dans des tubes scellés. Il n'y a qu'à chauffer légèrement le tube pour liquéfier le mélange et le placer dans la seringue ou il ne tarde pas à se coaguler. Les détails de l'opération sont simples au possible: lavage antiseptique de la peau, au voisinage du point de ponction, pousser l'aiguille immédiatement sous la peau, au niveau de la partie à combler, injecter lentement et façonner la cavité à l'aide du pouce et de l'index, retirer l'aiguille graduellement en comblant les derniers vides. Le point de ponction est mis à l'abri à l'aide du collodion iodoformé et l'on peut s'opposer

d'avance au gonflement qui va résulter en ordonnant des compresses glacées.

L'injection est douloureuse mais je ne crois pas qu'il faille recourir à l'anesthésie; dans tous les cas, l'injection préalable de cocaïne ne me paraît pas justifiée. Les suites sont généralement bénignes, d'après la généralité des observations publiées jusqu'à ce jour.



Apparence extérieure du nez avant l'opération.

Mon expérience à ce sujet est bien restreinte puisque je vous présente le premier cas ainsi traité, mais ce patient ayant retiré de l'opération tout le bénéfice possible sans inconvénient notable, je me sens encouragé à la généraliser sans hésitation.

Le seul inconvénient de la méthode me paraît résider dans l'obstruction de l'aiguille. C'est ce qui m'est arrivé; à un moment donné, la paraffine ne s'échappait plus, même sous le plus grand effort possible exercé sur le piston. J'ai dû retirer l'aiguille, la chauffer légèrement à la lampe à alcool et j'ai pu en procédant ainsi, la débloquer et continuer mon opération.

OBSERVATION I. — Le patient qui fait le sujet de cette observation est âgé de 17 ans. Il y a quelques années, il a fait une chute sur le nez et il en est résulté un affaissement de cet organe et un épaissement bilatéral de la cloison.

Lorsque le patient est venu me consulter, il ne respirait pas par le nez; et l'objet de sa visite à Montréal était de faire rétablir, si possible, sa respiration nasale, au moins d'un côté. Je le soumis à l'électrolyse bipolaire et après quelques séances je le renvoyai chez lui avec une respiration parfaite des deux



Dix jours après l'opération.

côtés. C'est alors que je lui conseillai de faire corriger aussi la déformation extérieure, ce à quoi les parents consentirent volontiers.

Je vous présente l'apparence extérieure du nez avant l'opération et en regard, le même nez photographié 10 jours après l'opération.

Le changement pour le mieux est manifeste et justifie en-

tièrement l'intervention, du moins c'est mon opinion et j'ajouterai que c'est aussi celle du patient opéré et celle de sa famille.

* * *

OBSERVATION II. — Cette communication était écrite, toute prête à vous être communiquée, lorsque samedi dernier, une nouvelle occasion m'a été offerte de mettre le procédé à l'épreuve. Une jeune fille de 18 à 20 ans, assez jolie d'ailleurs, traitée il y a quelques mois pour une déviation de la cloison nasale avec épaissement, s'est présentée à mon bureau pour me rappeler la proposition que je lui avais faite de corriger une petite difformité extérieure du nez. Je dis petite difformité, car le défaut n'apparaissait pas de profil mais seulement de face. L'extrémité libre du nez manquait d'élévation et il en résultait un affaissement des ailes du nez et de l'épatement.

J'avais pensé qu'en injectant de la paraffine sous le dos du nez j'en relèverais le niveau et que ce mouvement d'ascension entraînerait nécessairement les ailes du nez dans une meilleure position. C'est bien le résultat que j'ai obtenu. Revue hier, lundi, la patiente n'a pas éprouvé de malaise, le nez est un peu sensible au toucher, mais il n'y a pas de gonflement, inflammatoire. Malheureusement, je n'ai pu fixer par la photographie les particularités que je viens de signaler dans ce cas, ayant obtenu un pauvre négatif de l'état à corriger, je n'ai pas cru opportun de photographier l'état actuel. Mais de l'aveu même d'un confrère, médecin allié à la patiente, le changement est manifeste et tout à son avantage.

EMPHYÈME SPONTANÉMENT OUVERT A L'EXTÉRIEUR ET DANS L'ESTOMAC.—FISTULE ALIMENTAIRE ¹⁾

Par le Docteur Oscar MERCLER,

Chargé de la clinique chirurgicale, chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.

Il s'agit d'un enfant de sept ans qui nous est arrivé à l'hôpital Notre-Dame, le 21 octobre dernier pour un trajet fistuleux situé à environ deux pouces au-dessous du mamelon droit; donnant issu depuis le premier septembre 1902 à des matières purulentes et alimentaires.

Notre petit malade est à son entrée à l'hôpital, dans un triste état, il est excessivement amaigri, ne pesant que 21 livres; sa température est à 102°, 103° Far. Son pouls bat à 135 et sa respiration est aussi très rapide.

A l'aide d'un stilet, je pénètre facilement et profondément dans la cavité pleurale, de bas en haut et de dehors en dedans.

Sa mère qui l'accompagne, nous raconte de sa maladie l'histoire suivante: c'est le 6 juin 1902, que l'enfant tombe malade: fièvre intense, vomissements, céphalalgie et malaise général, le tout accompagné d'une toux sèche et continue. Ces symptômes diminuèrent graduellement d'intensité jusque vers la fin d'août. A ce moment, de très violentes douleurs surviennent du côté droit; il n'y a encore cependant aucun gonflement, aucune rougeur. Le premier dimanche de septembre, c'est-à-dire quatre mois après les débuts de la maladie, le côté droit de l'enfant s'ouvre spontanément et laisse échapper un flot de pus. En même temps le petit malade se prit à cracher une grande quantité de matières purulentes.

Ce n'est que dix mois après l'établissement de cette fistule, qu'on s'aperçut que les substances alimentaires s'en écoulaient en même temps que le pus.

Depuis, l'état local est toujours resté le même, l'état général du petit malade n'ayant cessé de dépérir graduellement.

L'enfant est donc tombé malade en juin 1902. Ouverture spontanée de son emphyème au commencement de septembre et enfin en juin dernier issu des matières alimentaires.

Avant cette maladie, l'enfant a toujours été gros et gras et très bien portant.

Il s'est agi, c'est facile à concevoir, d'une pleurésie devenue emphyème et méconnue par le médecin de l'enfant.

(1) Communication à la Société Médicale, séance de novembre 1903.

L'empyème s'est spontanément ouvert dans la partie la plus élevée de la cavité pleurale, et plus tard, la fistule ne suffisant pas à l'écoulement du pus, un nouveau trajet s'est formé, cette fois dans l'estomac lui-même.

Je vous avouerai que ma première idée fut que cette deuxième ouverture communiquait avec l'œsophage et non pas avec l'estomac. L'ouverture par l'œsophage s'expliquerait facilement, mais il n'en est pas ainsi de la communication avec l'estomac, ce dernier n'est pas en contact direct avec la plèvre mais en est au contraire séparé par le diaphragme et partiellement par le foie et par un espace libre. Il me fallut cependant bien me rendre à l'évidence, l'examen chimique m'ayant démontré l'existence du suc gastrique avec le pus et les substances alimentaires sorties par le drainage.

Le traitement ne fut pas sans me donner à réfléchir. Je courus d'abord au plus pressé, c'est-à-dire, l'ouverture large du trajet externe et son drainage parfait. Me dirigeant sur le trajet fistuleux que j'agrandis, je réséquai un pouce et demi de la neuvième côte pour faciliter le passage de deux tubes de caoutchouc accolés en canon de fusil. La cavité pleurale était très vaste et remplie de pus et de débris de toutes sortes. Cette opération avait lieu le 22 octobre.

Le lendemain, les infirmières chargées de voir au petit opéré me dirent que la presque totalité des aliments ingérés par lui passaient par un tube. L'enfant cependant mangeait très abondamment et semblait se relever malgré cette perte de ses aliments. Je donnai l'ordre de le peser immédiatement et ainsi de suite tous les jours. Croyant toujours à une fistule œsophagienne, je prescrivis le gavage à l'aide d'une grosse sonde de Nélaton, espérant de la sorte faire arriver les aliments directement dans l'estomac. Malheureusement après deux ou trois essais, il fallut bien convenir que les aliments s'écoulaient quand même dans le pansement. Heureusement je voyais malgré cela l'état général de mon petit malade s'améliorer et son poids augmenter régulièrement. C'est alors que je fis faire la recherche du suc gastrique, recherche positive qui m'indiqua clairement que l'estomac lui-même était directement intéressé.

Petit à petit les aliments rejetés par la fistule diminuèrent en

quantité; aujourd'hui il n'en passe presque plus et l'enfant est tout à fait rétabli, de 24 livres qu'il pesait il en est rendu maintenant à 34. Il s'écoule aussi bien peu de pus par ses tubes que je fais quand même maintenir en place, ne voulant pas laisser le trajet externe se fermer avant que la fistule stomacale soit complètement cicatrisée.

Comme on le voit, mes prévisions se sont réalisées, j'avais pensé, en maintenant ouverte la cavité pleurale et en la drainant largement par l'extérieur, que la fistule stomacale se fermerait d'elle-même, la rétraction nodulaire et la cicatrisation de la cavité pleurale devant combler cette ouverture interne remplacée par la thoracique. J'avais d'ailleurs trop de raison d'être prudent et ne pas aller m'attaquer d'emblée directement à l'estomac; chercher à fermer par en dedans après laparotomie cette fistule de l'estomac n'eût pas été, c'est facile à concevoir, une mince affaire, et puis le danger de mort par défaut d'alimentation n'était pas si à craindre, puisque mon petit malade après son opération n'a jamais cessé de s'alimenter suffisamment, malgré sa grande perte de substances alimentaires, à preuve l'augmentation régulière de son poids.

Depuis la présentation de cette communication à la Société Médicale, le petit malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

Il n'y a aucun doute que le succès et la simplicité du traitement sont très intéressants, mais le cas lui-même me semble absolument extraordinaire; je ne connais d'ailleurs aucune observation semblable. Comment expliquer la formation et l'existence de cette fistule stomacale, je n'en vois guère d'autre explication plausible que la suivante. La suppuration s'écoulant difficilement par la fistule externe a dû se faire un chemin le long de l'œsophage, par décollement, qui s'est étendu jusqu'à l'estomac au niveau du cardia; là, s'est probablement produite une destruction inflammatoire, une ulcération de la paroi stomacale elle-même. L'issue des aliments s'est toujours fait sans efforts, sans vomissements, ces matières alimentaires rendues par les tubes ont toujours été trouvées en partie digérées et de plus mélangées à du suc gastrique.

Comment donc après tous ces faits ne pas admettre que l'estomac lui-même était en communication directe avec la cavité pleurale.

TRAITEMENT DE L'ASYSTOLIE (1)

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 18 décembre 1908.

Par le Docteur J.-E. DUBÉ,

Docteur en médecine de la faculté de Paris, agrégé.

I

BEAU a donné le nom d'asystolie à l'ensemble des accidents qui résultent de l'insuffisance des contractions du cœur, de sa dilatation et de l'embarras de la circulation veineuse. (Merklen).

L'asystolie est assez facile à reconnaître; légère ou intense, récente ou ancienne, simple ou compliquée elle présente trois ordres de signes: 1° la dyspnée, indiquant la gêne de la petite circulation; 2° les modifications du pouls et la diminution des urines, qui traduisent l'asthénie cardiaque et la stase veineuse du rein; 3° l'augmentation de la matité cardio-hépatique accusant la dilatation du cœur droit et la stase dans les veines sus-hépatiques.

L'asystolie peut être *aiguë ou lente et progressive*. Elle peut présenter des récidives continuelles et à courts intervalles et mériter alors le nom d'*asystolie à répétition*. Quand elle est définitive et rebelle à la thérapeutique elle prend le nom d'*asystolie irréductible*.

L'*asystolie aiguë* débute avec soudaineté et peut être immédiatement menaçante en raison de la congestion pulmonaire; c'est une asystolie accidentelle, souvent transitoire et curable. Quelquefois désignée sous le nom de cœur forcé, ou de dilatation aiguë du cœur, elle traduit une insuffisance subite du myocarde liée à un obstacle ou au surmenage. Une fatigue, un écart de régime, une légère bronchite sans gravité par elle-même suffisent à provoquer une crise d'asystolie aiguë transitoire chez un cardiopathe dont la lésion était restée jusque-là latente, surtout quand le malade est artério-scléreux (Huchard); à plus forte raison, ces accidents surviennent-ils à l'occasion d'un violent effort, dans le cours de la grossesse et après l'accouchement chez les femmes atteintes de cardiopathies mal compensées, ou jusque-là silencieuses, en particulier de rétrécissement mitral.

L'*asystolie lente et progressive*, forme commune de l'insuffi-

sance cardiaque, s'observe dans les cardiopathies valvulaires, la symphyse cardiaque, les myocardites subaiguës et chroniques.

L'*asystolie à répétition* est caractérisée par des crises qui se produisent dès que le malade veut reprendre un travail, même modéré, ou spontanément et au repos quand il n'est pas soumis d'une manière périodique et systématique au traitement digitalique; parfois elle se répète en dépit de la médication.

L'*asystolie irréductible* peut s'établir d'emblée ou survenir à la suite de plusieurs crises d'asystolie commune, qui d'abord avait cédé à la médication. Elle résulte alors d'une dégénérescence progressive du myocarde: le cœur cesse de lutter et sa dilatation est définitive. (Merklen.)

J'ai puisé ces quelques détails sur la symptomatologie et les formes de l'asystolie dans l'excellente monographie de Merklen sur les maladies du cœur, publiée dans le "Traité de Médecine et de Thérapeutique". Ma tâche devient plus facile et mon travail plus compréhensible.

II

Avant de donner le traitement de l'asystolie, jé veux passer en revue les moyens que la thérapeutique moderne nous offre. Je fais mention seulement de la spartéine, du strophanthus, etc., qui sont pour les auteurs des médicaments de second ordre dans le traitement de l'asystolie et j'arrive immédiatement à la digitale qui passe à bon droit pour le *tonique* cardiaque de choix.

La digitale est un excitant direct de la fibre cardiaque et elle élève la tension artérielle en exerçant une action vaso-constrictive sur les vaisseaux périphériques. (Martinet, dans les "Médicaments nouveaux".)

Ces deux actions déterminent une accélération de la circulation périphérique; jointes à la vaso-constriction artérielle, elles déterminent la *régularisation de toute la circulation*.

La diurèse produite par la digitale dépend principalement de l'augmentation de la pression sanguine. *La digitale est un diurétique indirect*; la diurèse se prolonge d'ordinaire trois à sept jours.

Il résulte que l'emploi de la digitale sera justifié dans tous les cas où il y a fléchissement du myocarde, abaissement de la tension artérielle, tendance à la stase; qu'en un mot la digitale est le quasi-spécifique de l'hyposystolie ou de l'asystolie. (Martinet). Elle est surtout indiquée dans l'insuffisance mitrale arrivée à la troisième période, dans la myocardite primitive ou secondaire. Elle est longtemps contre-indiquée dans le rétrécissement mitral; de même dans les cardiopathies artérielles et l'artério-sclérose à cause de l'hypertension artérielle qui les accompagne. Il y a cependant des cas où elle est permise: lorsque le myocarde cède, que le cœur devient faible et irrégulier, que l'œdème apparaît et que les urines diminuent.

La digitaline est contre-indiquée dans les affections cardiaques bien compensées. C'est avec intention que je m'arrête à cette dernière proposition. J'ai trop souvent vu des malades prendre de la digitale inutilement pour ne pas protester contre une certaine manière de traiter les cardiaques. Il convient de faire une distinction entre l'individu porteur d'une lésion au cœur — insuffisance mitrale, par exemple — compliquée d'œdème des jambes, de diminution des urines, etc., et le malade dont le cœur — porteur de la même lésion mitrale, si vous le voulez — suffit à la tâche tout comme un cœur normal. Le premier est en état d'asystolie et la digitale est indiquée, mais pour le second, il suffit d'une bonne hygiène et surtout pas de digitale. Ce médicament héroïque pour le cœur non compensé est meurtrier pour le cœur bien compensé.

Avant de décrire la manière de prescrire la digitale il est bon de rappeler que l'asystolie peut guérir parfois sans intervention médicamenteuse. En effet, la clinique démontre que dans certains cas de cardiopathies volontaires, lorsque l'asystolie est le résultat de surmenage physique, et par conséquent ne survient qu'à la suite d'efforts, etc., il suffit de prescrire des moyens hygiéniques, du repos, du régime lacté, du traitement étiologique et pathogénique. De même dans les cardiopathies artérielles, avec une lésion réelle du myocarde, l'asystolie peut se manifester après des fatigues et des marches prolongées, et dans ce cas relever du même traitement par le repos, etc.

Dans certains cas d'asystolie au cours de cardiopathies artérielles, lorsqu'il y a dilatation du cœur avec cyanose de la face il faut en plus recourir à une large saignée.

Dans l'asystolie d'origine gastrique, il faut traiter l'estomac, le foie, c'est-à-dire, l'organe malade.

Martinet conseille de donner à ces malades qui verraient leurs troubles gastriques augmenter sous l'influence de la digitale, une cuillerée à soupe vingt minutes avant les repas, de la potion suivante :

℞ Sulfate de strychnine.	0.01 centigr.
Sulfate de Sparteine	0.50 do
Eau distillée	150 cent. cubes.

Chez les bossus, il faut éviter de donner la digitale si le cœur faiblit. Lorsqu'ils présentent des signes d'asphyxie, il faut se contenter de faire une saignée.

III

Il existe plusieurs préparations pharmaceutiques de digitale; ce sont :

La *poudre de feuilles*, employée soit en macération à froid, soit en infusion à chaud, soit en pilule;

La *teinture alcoolique*, employée par gouttes (50 gouttes par gramme);

La *digitaline*, alcaloïde de la digitale, employée d'ordinaire par gouttes d'une solution glycéro-alcoolique au millième ou sous forme de granules solubles.

Les *équivalences thérapeutiques* de ces diverses préparations sont sensiblement les suivantes :

1 milligramme de digitaline cristallisée de Nativelle, équivaut: 1 gramme ou 50 gouttes de la solution glycéro-alcoolique au millième dite solution de digitaline de Petit; à 2 grammes, 4 ou 128 gouttes de teinture alcoolique; à 40 centigrammes de poudre de feuilles fraîches. (Martinet.)

Je préfère de beaucoup la digitaline cristallisée à toutes les autres préparations de digitale, parce qu'elle est de composition définie et d'action toujours identique à elle-même.

La *digitaline* se prescrit le plus souvent en *solution glycéro-akoolique au millième*, d'après la formule de Petit :

Digitaline cristallisée chloroformique	1	gramme
Glycérine de densité 1200.	333	cent. cubes
Eau distillée	146	do
Alcool à 95° q. s. pour	1000	do

Cette préparation est facile à obtenir chez les pharmaciens à Montréal, qui la reçoivent directement de France. Elle se vend en petit flacon de 30 grammes.

Lorsqu'un malade doit prendre de la digitaline assez longtemps, c'est-à-dire à plusieurs reprises, je lui fait acheter un de ces flacons et je prépare la dose (50 gouttes) moi-même au moment de la lui donner. Ou encore, ce que je fais assez souvent, je formule de la manière suivante :

Digitaline cristallisée, solution à 1/1000	50	gouttes
Eau distillée	60	grammes

A prendre en trois fois dans les 24 heures.

Le médecin, à la campagne, peut avoir chez lui un flacon de cette solution, et préparer la potion de son malade tout comme il le fait avec la teinture, l'infusion, la macération ou les pilules de digitale.

Je tiens à donner cependant, d'après Martinet, la préparation de la macération, de l'infusion et des pilules de digitale.

La macération est après la digitaline la meilleure des préparations de digitale. On la prescrira de la façon suivante :

Feuilles de digitale éternées fraîches ou poudre de feuilles de digitale fraîchement préparée	0.25 à 0.80	centigr.
Eau froide pour faire macérer	300	grammes

Tamiser après douze heures de macération et édulcorer avec un sirop quelconque. Le malade absorbera cette potion en quatre ou cinq prises dans les vingt-quatre heures.

L'*infusion* est aussi une excellente préparation. On la prescrira ainsi :

Feuilles de digitale fraîches éternées et concassées..	0.25 à 0.80	centigr.
Eau bouillante pour infusion	150	grammes
Faire infuser une demi-heure, filtrer et ajouter un sirop quelconque.	50 à 100	do

A prendre comme la macération.

Les *pilules* se prescrivent de la façon suivante :

Poudre de digitale fraîchement préparée, 0,25 à 0,80 centigr.

Excipient, q. s.

A prendre à intervalles réguliers, cinq le premier jour, trois le second, deux le troisième.

La *teinture* s'emploie en gouttes diluées dans un liquide quelconque.

Son usage est assez fréquent en thérapeutique infantile.

Ces préparations diverses sont prises par la bouche. On peut se servir de la voie rectale en cas d'intolérance stomacale.

La voie hypodermique a été utilisée pour la digitaline, mais on a dû cesser à cause des douleurs qui suivent chaque injection.

Boisson et Mousnier dans leur formulaire thérapeutique conseillent de se servir d'huile comme véhicule et formulent ainsi :

Digitaline cristallisée. 20 milligrammes.

Chloroforme, q. s. pour dissoudre.

Huile stérilisée, q. s. pour 100 c.c.

Injecter 2 à 3 cent. cubes espacés dans les 24 heures.

Je n'ajouterai que quelques mots sur les associations de la digitale.

“ La plupart des auteurs sont d'accord sur ce point que *la digitale doit être prescrite seule* et qu'il convient même de faire cesser toute autre médication pendant son administration.” (Martinet.)

Cependant l'expérience a démontré l'utilité de quelques associations de la digitale avec la scille, la scammonée, le calomel, l'ergotine, etc.

Il est important pour certains malades peu éclairés de réduire à sa plus simple expression l'intervention thérapeutique. “ L'idéal dans ces cas est de ramener la prescription à ces deux termes :

1° Les règles hygiéniques schématisées en formules brèves et nettes;

2° Une seule préparation pharmaceutique remplissant, si possible, les diverses indications.” (Martinet.)

Par exemple :

1° Régime lacté absolu ; 2 à 3 litres dans les 24 heures.

2° Poudre de scille	} à à 0 gr. 05 centigr.
Résine de scammonée	
Poudre de digitale	

F. s. a pour une pilule n° 20.

En prendre huit le premier jour, sept le second, cinq le troisième à intervalles réguliers entre les repas.

Dans ces pilules *cardio-toniques, diurétiques, purgatives*, les substances associées ont des actions parallèles et non antagonistes.

Il faut bien se garder de prescrire, en même temps que la digitale, des drogues telles que la morphine, l'antipyrine et la belladone, à cause de leur action antidiurétique bien connue.

Les iodures, la trinitrine sont des antagonistes cardio-vasculaires et il ne faut pas les associer à la digitale. Le tanin qui précipite les alcaloïdes ne doit pas être prescrit à un malade soumis à la digitale.

L'élimination de la digitale est lente et dure au moins une semaine. Il faut donc se rappeler que les doses répétées s'accumulent. Le médecin doit toujours avoir à la mémoire l'aphorisme de Huchard " ni trop, ni trop peu, ni trop souvent, ni trop longtemps ".

" Donc suivant les cas, on donnera d'emblée, en vingt-quatre heures, la dose maxima jugée nécessaire, ou on répartira cette dose sur trois jours au plus ; on attendra ensuite une dizaine de jours au moins avant de prescrire une nouvelle dose." (Martinet.)

Tout malade qui prend de la digitale doit rester au lit, afin de lui éviter la syncope.

Je résume d'après Huchard la manière de traiter un asystolique :

1° Mettre d'abord le malade au repos, parce que le repos est déjà la digitale du cœur ;

2° Prescrire un régime alimentaire où le laitage prend une place prépondérante, et même le régime exclusif pendant plu-

sieurs jours, afin de préparer ainsi l'action diurétique du médicament;

3° Le deuxième ou le troisième, jour administrer un purgatif (0.60 centig. de *calomel* et de résine de *scammonée* en deux cachets, ou 15 à 20 grammes de *teinture de Jalap composée*);

4° Le lendemain du purgatif, prescrire en une fois et pendant un seul jour, XL à L gouttes de la solution de *digitaline cristallisée au millième* (la dose de cinquante gouttes représentant 1 milligramme de digitaline cristallisée).

Cette dose unique suffit presque toujours. Mais, dans le cas contraire, on peut la répéter pendant un jour, huit à dix jours après, ordinairement à une dose un peu moindre, d'après les indications (30 à 50 gouttes). ("Traité de Thérapeutique appliquée.")

IV

Je suppose qu'une première dose de digitaline, ou même une deuxième aient suffi pour faire résorber tous les œdèmes; on doit alors avoir pour but d'entretenir une bonne diurèse: Nous avons trois moyens à notre disposition:

- 1° L'hygiène usuelle du cardiaque;
- 2° Le régime à suivre;
- 3° Les médicaments à prendre.

Le *repos* est le facteur le plus important dans l'hygiène du cardiaque. Il faut demander à l'organisme le minimum d'efforts.

"En bien des circonstances la pratique du repos donne de remarquables résultats non seulement quant aux signes physiques: l'aire de matité cardiaque est considérablement diminuée et le régime circulatoire tout entier est amélioré." (Martinet.)

L'usage du *massage* ou de la *gymnastique suédoise* pendant la période de repos donne de très bons résultats. Ces exercices passifs augmentent la circulation périphérique et facilitent d'autant le labeur du cœur.

Je mentionne en passant l'influence du climat qui est nulle dans les affections du cœur. Mais les auteurs recommandent, avec raison, d'éviter le *grand froid*, le *grand vent* et les *hautes altitudes*.

V

Je prends toujours la peine d'entrer dans tous les détails lorsqu'il s'agit de faire le *régime* à suivre chez mes malades.

Comme règle générale il faut leur recommander de prendre des *repas fréquents mais peu abondants*.

J'ai constaté entre autre la grande difficulté de faire suivre aux malades le *régime lacté absolu*. Même avec la meilleure volonté, le lait fatigue l'estomac après quelques semaines, et si le médecin ne prend pas le soin de dicter un régime moins sévère le malade se livre à table à une *débauche* qui entraîne les plus graves accidents.

Récemment Widal a fait de très intéressantes expériences sur la déchloruration de l'organisme en retranchant tout le *sol* ajouté aux aliments. Au cours de ces patientes recherches il s'est convaincu et a su le démontrer, d'ailleurs, que le lait ne doit ses grandes propriétés diurétiques qu'à sa pauvreté en chlorure de sodium. Il a prouvé également que la viande n'entravait pas la diurèse plus que le lait lorsqu'elle était ingérée sans *sel*.

Le lait additionné de sel a cessé d'être diurétique. Il faut espérer que ces expériences seront confirmées par tous les médecins. Cette nouvelle manière d'envisager le régime du cardiaque est plus encourageante pour le malade et le médecin.

Voici, tout de même, comment je prescris le régime du cardiaque :

Le lundi: régime lacté absolu ;

Mardi: même chose, plus les laitages ;

Mercredi: même chose, plus les soupes au légumes verts bien cuits ;

Jedi: même chose, plus les œufs, le pain et le beurre ;

Vendredi: même chose, plus un peu de poisson franc ;

Samedi: même chose et remplacée le poisson par un peu de viande, à un repas (pas de charcuterie) ;

Dimanche: même chose que le samedi.

Le lendemain, je recommence le régime lacté absolu et ainsi de suite chaque semaine.

Si l'intestin est un peu paresseux j'ordonne un purgatif le lundi matin.

Ce régime est facile à suivre et mes malades ne s'en plaignent guère.

Il a pour avantage un peu de variété dans le menu de chaque jour et le mérite de ne pas fatiguer l'estomac.

J'ai demandé à mes malades, depuis les travaux de Widal, de retrancher le *sel* de tous leurs aliments.

VI

Quels sont maintenant les médicaments qu'un asystolique guéri doit prendre pour conserver son cœur en état de contraction parfaite?

“ Dans les cas où il est démontré que l'asystolie n'est pas seulement transitoire, mais qu'elle tend à devenir permanente ou à répétition, il est utile de prescrire systématiquement par exemple tous les mois, même en l'absence de tout accident hyposystolique, XXX gouttes de digitaline.

En prescrivant la digitaline pendant un jour seulement, tous les mois, durant plusieurs mois et même une année, aux malades qui viennent d'entrer dans la période d'hyposystolie, on ne permet pas au cœur de se dilater, ni à la fibre cardiaque de se fatiguer aussi rapidement. (Huchard.)

Dans quelques cas la digitaline seule ne semble pas suffire à faire disparaître les œdèmes. On peut alors l'associer à la *théobromine* de la façon suivante: Huchard donne, 10 à 15 jours après la digitaline, 2 à 3 grammes de *théobromine* par jour, en cachets de 0. gr. 50, pendant une semaine environ.

Je tiens à rapporter ici deux observations d'asystolie assez intéressantes. J'ai appliqué dans les deux cas, le traitement de l'asystolie sus-indiqué et les résultats ont été bons et durables.

OBSERVATION I. — R. B..., âgé de 31 ans, cultivateur. Père bien portant, mère cardiaque avancée. Bronchite grave de l'enfance. Il y a 8 ans, rhumatisme articulaire assez grave. Quatre autres attaques de rhumatisme moins fortes depuis cette époque. Immédiatement après la première atteinte de

rhumatisme il s'essouffle facilement. L'an dernier, au cours des travaux de l'été sur sa ferme, s'est fatigué un peu plus que d'habitude et a ressenti de l'essoufflement très marqué. Il a dès lors cessé tout travail.

Au moment de mon examen dans mon bureau, il a de l'œdème des jambes et des cuisses, un peu de congestion des deux bases pulmonaires, du sub-ictère et beaucoup d'essoufflement. Le cœur est hypertrophié avec dilatation du ventricule droit. Lésion: insuffisance mitrale. Foie augmenté de volume et douloureux.

Urines foncées, troubles et légèrement albumineuses. Le malade dit qu'il urine très peu. La pression artérielle au sphygmomanomètre Potain marque 16.

Diagnostic: Endocardite ancienne avec insuffisance mitrale et cœur en état d'asytolie. Foie cardiaque et œdème des membres inférieurs.

Traitement: Ce malade fut soumis à la digitaline parce que le repos ne lui avait pas apporté de soulagement. Le soir même il prit le purgatif suivant:

Calomel	0,06 grammes.
Bicarbonat de soude	0,25 —

Pour un cachet n° 4.

Prendre un cachet de demi-heure en demi-heure.

Le lendemain matin vingt grammes de teinture de Jalap composée. Je lui conseillai de se reposer toute la journée, de boire du lait et rien que du lait et de prendre le lendemain sa potion de digitaline cristallisée, 50 gouttes de la solution au millième de Petit.

Deux jours après, urine beaucoup, n'est plus essoufflé, peut dormir couché. Cinq jours après l'œdème est tout disparu. Soumis au régime mixte, il cesse tout travail. Je lui recommande de prendre 30 gouttes de la solution de digitaline Petit dans un mois.

Le 25 novembre dernier, deux mois après la disparition des œdèmes, mon malade fait une promenade en voiture, prend froid et est saisi d'un frisson dans le cours de la nuit suivante.

avec point de côté et toux. Le lendemain œdème malléolaire, essoufflement marquée avec diminution des urines. Purgation et digitaline avec repos au lit et diète lactée.

Le 30 novembre, le malade va mieux.

Le cinq décembre, son père m'apprend qu'il est de nouveau au lit, position assise, avec essoufflement, etc. Je n'ai pas eu de nouvelles depuis.

Voilà un cardiaque qui à la moindre imprudence fait une nouvelle attaque d'asystolie qui peut lui être fatale.

OBSERVATION II. — Mme M. B. . . , âgée de 56 ans, mère du malade précédent. Père mort à 60 ans de maladie inconnue. Mère morte jeune.

Fièvre typhoïde à 10 ans. Erysipèle de la face à 11 ans. A 13 ans, méningite. (?) Maladie qui a duré trois semaines avec gros mal de tête et délire. Mariée à 20 ans. Douze enfants à terme. Toutes les délivrances normales. A 23 ans, fièvre typhoïde. A 36 ans rhumatisme articulaire aigu — 4 semaines au lit. S'essouffle facilement après cette maladie. Depuis 15 mois elle est plus malade. A la suite de grandes fatigues elle a dû garder la maison et même prendre le lit. Il y a longtemps qu'elle a de l'œdème des jambes et des cuisses. Au moment de mon examen, l'œdème remonte à la région lombaire et l'abdomen est distendu par une ascite considérable. Le cœur atteint d'insuffisance mitrale est hypertrophié et dilaté. Le pouls est assez régulier. La malade urine très peu et souffre de constipation opiniâtre. Elle ne peut se coucher à cause de la distension de son ventre qui est devenu énorme. La pression artérielle marque 14 au sphygmomanomètre Potain. Le foie n'est pas sensible ni augmenté de volume. Considérablement amaigrie, cette femme a déjà pesée 210 livres. Trace d'albumine dans les urines.

Diagnostic: Endocardite ancienne avec insuffisance mitrale, cœur en état d'asystolie. Œdème considérable avec ascite.

Traitement: Je pratique sur le champ une ponction de l'abdomen et j'en retire 3½ gallons de liquides ascitiques.

Je prescris un purgatif pour le lendemain avec un repos complet suivi le surlendemain de 50 gouttes de la solution de digitaline au millième de Petit.

Deux jours après, le 16 octobre dernier, la malade va mieux et urine beaucoup.

Huit jours après encore un peu d'œdème des jambes. Je prescris une nouvelle dose de digitaline — 50 gouttes.

A la fin d'octobre encore 30 gouttes de la solution de digitaline. Le 25 novembre, la malade se porte très bien, par d'œdème, urines abondantes. Régime mixte. Prend 30 gouttes de la solution de digitaline au commencement de décembre.

Les dernières nouvelles sont excellentes.

Il résulte des considérations ci-dessus suivies de mes deux observations que la crise d'asystolie doit être traitée :

1° Par le repos complet suivi le plus souvent d'une dose de digitale, ou mieux de digitaline ;

2° Que l'on peut empêcher ou du moins retarder une nouvelle attaque d'asystolie par l'administration régulière, mensuelle, d'une dose de digitale ; par un régime approprié et par l'hygiène la plus sévère ;

3° Que dans les deux cas la dose de digitale doit être assez forte et surtout bien administrée.

REVUE GENERALE

L'HYDROTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

L'intervention de l'hydrothérapie, tout utile et bienfaisante qu'elle soit dans un certain nombre de maladies, a été longtemps considérée comme contre-indiquée dans la tuberculose pulmonaire. C'est une erreur, un préjugé, que nous voudrions détruire, car il est contraire à la fois à la science et à l'intérêt des malades. Pour s'en convaincre, il suffit de dire que les phtisio-thérapeutes modernes admettent, aujourd'hui, que l'hydrothérapie est un agent curatif et puissant à presque tous les degrés de la phtisie pulmonaire. En effet, depuis les travaux de Fleury, Peter, Winternitz, Von Leyden, Knopf, Landouzy, etc., et d'un grand nombre d'autres sommités médicales de tous les pays, l'hydrothérapie jointe, bien entendu, à l'aérophothérapie et au traitement diététique, a été considérée comme un des plus puissants moyens de traitement de cette maladie.

Tous ces savants, partisans convaincus de l'hydrothérapie dans la tuberculose pulmonaire s'accordent à reconnaître que l'usage de l'eau froide chez les phtisiques a pour but important de régulariser les échanges nutritifs, de favoriser l'hémose et de mettre l'économie en état de défense.

Cette question de traitement de la tuberculose présentant à l'heure actuelle une importance toute spéciale, il ne sera pas sans intérêt de connaître ce que pense sur ce sujet le *Medical World*, de Philadelphie, n° de mars 1903, page 101.

Depuis longtemps déjà, en Allemagne, on attache une grande importance à l'hydrothérapie dans le traitement de la tuberculose et, de ce côté-ci de l'Atlantique, elle est devenue presque aussi populaire que la cure à l'air libre. Les partisans les plus enthousiastes de l'usage de l'eau allèguent que ce traitement possède tous les avantages du traitement par l'air libre, et tous ses effets thérapeutiques, sans en avoir les inconvénients.

Les Allemands ont élevé l'hydrothérapie à la hauteur d'une véritable science, et elle est en usage dans presque tous les sanatoria. Les deux susdites méthodes de traitement ont passé

depuis longtemps l'âge de l'expérimentation et doivent trouver place dans la thérapeutique de tous les cas de tuberculose.

Les propriétaires de sanatoria des deux côtés de l'océan prétendent qu'aucun de ces deux traitements ne peut être appliqué avec succès par le praticien général dans les conditions ordinaires où s'exercent sa profession. Ceci est certainement exagéré, car il est notoire que bien des années avant l'existence de tels sanatoria, plusieurs patients se sont guéris en vivant à l'air libre. Ceux-là mêmes qui ont crit de la manière la plus remarquable sur le sujet en question ont, pour ainsi dire, chacun leur méthode particulière, mais tous s'accordent à assurer une amélioration rapide sous l'effet du traitement hydrothérapique. La circulation pulmonaire et la nutrition générale sont augmentées. La respiration croît en volume. Les sécrétions et excréctions sont accélérées. Le cœur devient plus fort et la tension artérielle s'élève. La fièvre est réduite et la toux diminuée. L'espoir de la guérison se fortifie chez le malade. En un mot, ce traitement agit comme un "tonique physiologique" complet. Il est nécessaire que le patient s'habitue peu à peu à l'usage de l'eau froide en réduisant graduellement la température de l'eau ou en ne faisant les applications froides que sur une partie du corps à la fois.

La méthode hydrothérapique de Von Ruck est une des plus simples des différentes méthodes préconisées. Il emploie les lotions froides, les douches froides, le bain froid entier, commençant avec une température de 90° Fah. et l'abaissant graduellement à 65° ou même à 50°, selon la puissance de réaction du patient.

La douche froide ne peut être employée qu'avec les sujets forts et vigoureux, et la plupart de ceux-ci ne peuvent encore la supporter que pendant quelques secondes. La friction ou massage doit suivre toute forme d'application. Presque tous les patients peuvent soutenir la lotion froide. Nous citons le Dr Von Ruck lui-même :

"Dans les cas où il n'y a pas de baignoire et lorsque les malades sont faibles et délicats, la lotion doit être donnée au lieu du bain complet, commençant à une température de 90° et la réduisant dans les applications suivantes, de même que pour le

bain complet. Le large vase ou seau d'eau à la température désirée est placé commodément près du lit, et, s'étant complètement dévêtu, le patient est enveloppé d'une couverture de laine. L'eau est appliquée avec un "gant à lotion" fait de plusieurs épaisseurs de toile; (éttoffe à serviettes). On introduit la main dans le gant que l'on plonge dans l'eau froide et que l'on presse de façon qu'il ne dégoutte pas. Le patient sort d'abord un bras, puis l'autre, de dessous la couverture; on y passe rapidement le gan froid mouillé, puis on le frotte de nouveau avec une serviette sèche pour le sécher. Ensuite l'e au froide est appliquée à la poitrine et à l'abdomen, et de la même manière aux jambes et, finalement dans le dos, chaque partie étant frottée et séchée pendant que les autres demeurent sous la couverture."

Il semble qu'une telle manière de procéder puisse être appliquée convenablement, après une légère explication, par n'importe quelle personne et dans n'importe quelle maison.

Les contre-indications à l'usage de l'eau sont: une température anormale, une tendance marquée à l'hémorrhagie, une grande faiblesse et l'aggravation des symptômes généraux.

La méthode du Dr Von Ruck dans le traitement de la phtisie pulmonaire peut paraître par trop simpliste, cependant c'est la méthode qu'employait Peter, et Winternitz préconise un procédé hydrothérapique à peu près identique.

A propos des résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose et de la phtisie à tous les degrés par l'hydrothérapie, jointe, bien entendu, au traitement hygiénique et diététique, nous ne pouvons mieux faire que de citer les statistiques de Winternitz, présentées dernièrement au Congrès de Berlin.

Dans 80 % des cas de phtisie chronique il a obtenu soit une amélioration, soit un arrêt du processus ou la guérison relative. Dans la phtisie floride il a vu survenir au début dans 27% et plus tard dans 30% des cas, l'arrêt plus ou moins prolongé du processus et la guérison relative. Dans les cas désespérés, l'hydrothérapie a produit des améliorations subjectives permettant de croire à la possibilité de la guérison.

DR CHARLES DE BLOIS.

De Trois-Rivières.

CHRONIQUE MEDICALE

FAITS DIVERS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

"J'ay seulement fait icy un amas de fleurs estrangères, n'y ayant fourni du mien que le fillet a les lier."

LA DÉCHLORURATION DANS LE MAL DE BRIGHT. ACTION DE DIVERS MÉDICAMENTS (1). — Dans un précédent numéro de ce journal, nous avons vu ce que c'est que la chloruration, c'est-à-dire l'action du *chlorure de sodium* sur la gênese des œdèmes au cours des néphrites épithéliales. Suivant M. Widal, de Paris, on peut faire naître à volonté l'œdème d'une façon pour ainsi dire expérimentale, uniquement par ingestion d'une dose connue de chlorure de sodium; ce sel en s'accumulant peu à peu dans les tissus augmente l'œdème de concentration de leurs humeurs, y attire l'eau de l'organisme et provoque l'œdème. De même, cet auteur a montré que ces œdèmes disparaissent avec un régime pauvre en chlorure; c'est sa faible chloruration qui vaut au lait ses bons effets dans ces cas; mais on peut obtenir d'aussi bons résultats avec le régime ordinaire. Ainsi, on peut donner de la viande, du pain, des pommes de terre *s'ils ne sont pas additionnés de sel*. Il en est de même du beurre et du sucre.

Voilà qui est nouveau, car jusqu'ici on avait cru que ces aliments étaient nocifs par eux-mêmes et que leur contre-indication était absolue dans ces cas particuliers. Or, il est acquis aujourd'hui que c'est le chlorure de sodium, ou le sel qu'ils renferment et avec lequel on les assaisonne qui est la cause du mal qu'ils font.

MM. Widal et Javal ont fait des observations très curieuses et très intéressantes sur ce point. Ils ont choisi, dit Lyon, des malades qui font de la rétention des chlorures, c'est-à-dire des œdèmes et les ont soumis au préalable au régime lacté; puis au régime du pain, de la viande, du beurre et des pommes de terre, d'abord dépourvus de sel, et ensuite additionné chaque jour de 10 grammes de chlorure de sodium (sel). Or, ils ont constaté que la déshydratation s'effectue sous l'influence du régime lacté et du régime achlorurique, que l'in-

(1) *Revue de Thérapeutique*, 15 novembre 1903.

vasion de l'œdème se fait brusquement sous l'influence brutale du *sel* ingéré.

Après cette première série d'expériences, les mêmes auteurs ont recherché quel était le pouvoir de déshydratation de certains médicaments réputés *diurétiques*, le régime étant le même.

1° La *scille* a été ingérée durant 4 jours à la dose de 0 g. 40 centig. par jour sans arrêter l'hydratation, le poids du corps continuant à s'élever. Le malade absorbait 10 grammes de sel; il en éliminait 3 g. 85.

2° La *théobromine* donnée à 2 grammes par jour, durant 4 jours, a donné comme résultat une diminution de poids de 6 kil. 300, une élévation de l'urine de 1,045 à 3,675 c. c. par jour; disparition de l'œdème, abaissement de l'albumine de 1 gr. à un chiffre indosable; élimination des chlorures de 3 g. 85 à 18 gr. 68;

3° L'*azotate de potasse* a été nul comme effet;

4° La *diurétine*, à la dose de 3 gr. durant trois jours s'est montrée active;

5° La *digitaline Nativelle* ingérée durant deux jours, à la dose de un demi-milligramme par jour a agi plus tardivement et moins énergiquement que la théobromine;

6° La *théocine* a obtenu un effet sensiblement égal à celui obtenu avec la théobromine. L'élimination des chlorures s'est élevée de 6 gr. 74 à 23 gr. 95, etc.

Les auteurs concluent de ce dernier point que la *théobromine est vraiment un diurétique rénal* capable de rendre au rein la perméabilité perdue par le chlorure de sodium; et que la digitale est incapable de la produire chez le brightique épithélial dont la lésion ne s'est pas encore compliquée de troubles cardio-vasculaires. •

Ces expériences démontrent que le rein est la cause première de la rétention amenant l'œdème, et elles prouvent qu'au régime anachloruré il convient d'adjoindre l'action bienfaisante des diurétiques rénaux qui ont fait leurs preuves. (loc. cit.).

* * *

EXTIRPATION TOTALE DE L'ESTOMAC. — Un médecin de Vienne, M. Ullmann, rapporte l'histoire d'une malade âgée de

62 ans, à laquelle, il y a un an environ, il enleva l'estomac pour une tumeur cancéreuse. Il réunit l'estomac au jéjunum.

Trois jours après, la malade prenait des aliments liquides. Aujourd'hui elle a augmenté de 12 kil. et ne suit aucun régime. Il a présenté la malade aux membres de la société de Vienne.

J'ai conseillé, moi-même, à un malade de subir la même opération pour un cancer de la paroi antérieure de l'estomac. Les deux ouvertures, cardia et pylore, étaient restées. Malheureusement, au cours de l'opération, le malade faiblit subitement et on dut refermer le ventre dans la crainte d'une syncope cardiaque.

* * *

TRAITEMENT DE LA TEIGNE SANS ÉPILATION. — Un médecin russe, Demidoff, a indiqué un procédé dont on dit des merveilles pour le traitement de la teigne.

On enlève les croûtes aussi bien que possible avec une pince et on badigeonne les régions dénudées avec une solution de *formol* à 5 ou 10 p. 100, avec pansement de ouate et de gaze. On badigeonne aussi les croûtes qui sont restées en place. Cette opération est suivie d'une sensation de cuisson et d'un peu de rougeur. Au bout de deux semaines la guérison serait complète.

Un autre auteur, Solonieff, a rapporté 14 cas de guérison. Il n'y a pas eu récédive.

Ces mêmes auteurs ont remarqué l'influence bienfaisante du *formol* sur la repousse des poils.

L'auteur de cette communication a obtenu une guérison définitive en trois semaines avec des badigeonnages de *formol* à 8 p. 100, deux fois par jour.

* * *

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CHEZ LES NOUVEAUX-NÉS. — MM. Schawb et Lévy-Biny ont obtenu de beaux résultats dans le traitement de la syphilis des nouveau-nés, par des injections sous-cutanées ou intra musculaires d'un sel soluble de mercure, en particulier le *biiodure*, qui est facile à manier, d'une tolérance parfaite et d'une efficacité reconnue.

Cinq nouveau-nés, âgés respectivement de 1 jour et de trois

mois qui furent injectés tous les jours ou tous les deux jours. Ils ont reçu chacun, un nombre d'injections variant de 6 à 16 contenant $\frac{1}{2}$ à $2\frac{1}{2}$ milligrammes de *biiodure de mercure*.

Tous les signes de la maladie sont disparus rapidement et les enfants ont augmenté régulièrement de poids.

Voici la formule du liquide injecté :

Biiodure d'hydrargyre	0 gr. 5centigr.
Iodure de sodium	0 gr. 5 do
Eau distillée	10 c.c.

En injectant quatre divisions de la seringue de Pravaz, on administre exactement 1 milligramme de substance active.

On peut injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le tissu musculaire. Chez l'enfant, les auteurs conseillent les régions latéro-vertébrales de préférence à la région fessière qui peut être infectée par les matières fécales.

* * *

LA CONSTIPATION CHEZ LE NOUVEAU-NÉ. — Un auteur allemand conseille le moyen suivant pour traiter avec succès la constipation chez le nouveau-né. Il suffit d'introduire dans le rectum une sonde de Nélaton, bien graissée et de la faire mouvoir légèrement d'arrière en avant, l'enfant couché sur le dos. Cette simple excitation provoque des contractilités de l'intestin et amène une selle.

C'est un moyen facile et sans danger.

* * *

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE STOMACAL (1). — M. A. Robin, de Paris, dans une leçon récente, expose ses idées sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac.

Pour les uns, chaque fois que la présence de l'ulcère simple est constatée, c'est la cure radicale par intervention chirurgicale.

Pour les autres, au contraire, et il est de ceux-là, chaque

(1) *Journal de Méd. interne*, 15 septembre 1903.

fois que le traitement est fait à la période du début, la guérison arrive dans 95 p. 100 des cas.

Le traitement qu'il préconise se compose de trois parties :

1° *Repos absolu*. Le malade ne met absolument rien dans son estomac, pas même une goutte d'eau, et cela durant deux à douze jours. Certains auteurs prolongent cette cure durant 25 à 30 jours.

Le séjour au lit est nécessaire, ainsi que l'immobilité absolue. On nourrit ces malades avec des *lavements alimentaires*, dont voici la formule :

Œufs n° 2

Solution de peptone liquide	2 cuillerées à soupe
Solution de glucose à 20 p. 100.	100 grammes (6 c. à s.)
Chlorure de sodium (<i>indispensable</i>).	1 gr. 50 (20 grains)
Pepsine (<i>indispensable</i>).	1 gramme 15 grains)
Laudanum (<i>pour assurer la tolérance du rectum</i>)	2 gouttes

Un lavement semblable toutes les six heures.

Mais l'eau est aussi indispensable que les aliments; il est donc nécessaire de faire précéder chaque lavement alimentaire, une demi-heure auparavant, d'un lavement *désaltérant* de 300 grammes d'eau, introduit aussi loin que possible, à l'aide d'une sonde de Nélaton n° 29, à 15 ou 20 centimètres (8 à 18 pcs).

La quantité peut être supérieure à 300 grammes. Tout dépend de la quantité des urines.

Si, malgré ce repos de l'estomac, le malade souffre quand même on pourra prescrire la poudre inerte suivante; mais seulement dans ce cas.

Magnésie hydratée	1 gr. 50
Bic. de soude.	1 gr.
Sous-nitrate de bisnuth.	0 gr. 80 centigr
Carbonate de chaux précipité	} à 5 milligrammes
Codéine	

Pour 1 paquet.

A prendre au moment des douleurs.

* * *

UN EXEMPLE RÉCONFORTANT POUR LES PRATICIENS — SIR JAMES PAGET. — Le célèbre chirurgien anglais, sir James Pa-

get, a laissé des mémoires fort intéressants. Un de ses fils vient de les éditer (*Memoirs and letters of sir James Paget*, London 1903), et nous en extrayons les curieux détails qui suivent.

Bien qu'il eût suivi une carrière médicale fort régulière comme étudiant, comme chirurgien et comme professeur, dans les hôpitaux de Londres, il n'arriva que très tardivement à la situation prépondérante qu'il devait occuper. Il dit (p. 193): " Si j'étais mort avant 47 ans, j'aurais laissé ma femme et mes enfants dans une extrême pauvreté. Avant cette époque, je n'avais pas pu sauver un shilling; j'avais payé mes dettes quelques années auparavant, mais mes dépenses de famille avait augmenté incessamment."

" Pendant les sept premières années, après avoir obtenu mon diplôme, ma plus forte année de clientèle ne me rapporta pas 600 francs, et dans les quatorze premières années que j'exerçai la chirurgie, je ne dépassai pas 2.500 francs. Si j'étais devenu incapable de travailler avant l'âge de 60 ans, ma famille aurait été dans la gêne.

" Plus tard mon succès fut graduel et constant au point que ma pratique me rapporta plus de 250.000 francs par an; dans les dernières années, lorsque je cessai d'opérer, ce chiffre descendit à 175.000 francs "

James Paget dut la plus grande partie de sa réputation au corps médical anglais. Il traite avec sévérité le public dont le jugement s'égare pour prôner des hommes médiocres: " les gens les plus affirmatifs, les plus bavards et les plus influents sont généralement les plus ignorants."

* * *

UNE VARIÉTÉ RARE ET SINGULIÈRE D'INCONTINENCE DURINE CHEZ L'ENFANT (1). — MM. Cathelin et Barthélemy de l'hôpital Necker de Paris, ont présenté, au congrès d'urologie du 24 octobre dernier, une très curieuse observation qui mérite d'être lue à cause de sa rareté et aussi à cause de l'ingéniosité déployée par les rapporteurs dans la recherche du diagnostic étiologique. Il s'agit d'une enfant de trois ans qui souffre

1) *La Clinique infantile*, 15 novembre 1908.

d'incontinence d'urine depuis sa naissance. L'urine s'écoule goutte à goutte par le méat, mouillant le linge jour et nuit, avec intervalles réguliers, des mictions normales assez abondantes.

Elle fut soumise à différents traitements qui ne donnèrent aucun résultat.

Admise dans le service du docteur Variot, aux *Enfants-malades*, elle y fut suivie avec attention.

Les organes principaux, de même que le système nerveux et l'appareil locomoteur sont indemnes. L'écoulement d'urine est continu, avec mictions normales de 150 à 200 grammes toutes les trois ou quatre heures.

En présence de ces symptômes étranges, les rapporteurs ont émis l'hypothèse suivante, très ingénieuse et qui explique parfaitement les phénomènes observés.

Les mictions normales que l'on constate supposent une vessie de bonne capacité physiologique, munie d'un sphincter fonctionnant bien.

Nous avons alors émis l'hypothèse suivante: Un uretère déboucherait normalement dans la vessie au-dessus du sphincter, donnant lieu par conséquent à des mictions normales. L'autre uretère déboucherait dans l'urètre, au-dessous du sphincter, occasionnant un écoulement permanent.

Cette hypothèse est tout entière basée sur l'embryologie. On sait, en effet, que l'uretère n'est qu'une émanation du canal de Wolf, lequel débouche dans la portion inférieure de l'allantoïde, dans le sinus urogénital. La partie du canal de Wolf située au-dessous de l'embouchure de l'uretère, prend le nom de canal urétéro-wolfien.

Mais bientôt ce conduit diminue de longueur, les deux canaux: canal de Wolf et uretère, s'isolent de plus en plus près de leur embouchure dans le sinus. Ils finissent par présenter deux embouchures distinctes, et, alors que le canal de Wolf conserve ses rapports primitifs avec le sinus urogénital, l'uretère subit une ascension progressive et finit par déboucher dans la portion dilatée de l'allantoïde, dans la vessie. Supposons que cette migration ascendante de l'uretère ne se soit pas

produite: son embouchure reste dans le sinus urogénital, au-dessous du sphincter.

En admettant maintenant que l'évolution ait été normale d'un côté, arrêtée de l'autre, nous aurions un uretère au-dessus, l'autre au-dessous du sphincter, ce qui rendrait bien compte des phénomènes observés.

Mais cette conception n'était qu'une hypothèse dont il semblait difficile de démontrer la vérité. La cystoscopie, la division des urines, le cathétérisme des uretères ne sont pas praticables à cet âge. Pour tourner la difficulté, nous eûmes recours à l'*injection colorée intravésicale*. Voici la technique que nous avons suivie:

Après avoir fait uriner spontanément l'enfant, nous avons essayé d'introduire dans l'urètre une sonde bequille n° 11; mais vainement. Nous avons eu recours alors à une sonde bougie droite n° 8 qui a passé facilement. Par cette sonde nous avons injecté dans la vessie 50 centimètres cubes d'eau bouillie, nous assurant ainsi de la capacité vésicale. Nous injectons ensuite le contenu d'une seringue de Pravaz de bleu de méthylène pur et stérilisé. Une certaine perte de bleu s'étant produite à l'union de la seringue et de la sonde, par suite d'une mauvaise adaptation de l'embout, nous faisons une seconde injection de 1 centimètre cube de bleu. Cette fois tout passe dans la vessie.

En regardant alors attentivement le méat, nous voyons sourdre de l'urine franchement blanche non colorée. Nous constatons même trois véritables petites éjaculations très nettes, comme si l'orifice urétéral s'abouchait très près du méat.

En même temps que de l'urine claire coule en dehors de la sonde, un liquide coloré chemine dans sa cavité; et, en la débouchant, nous recueillons une partie de l'eau injectée, colorée abondamment par le bleu de méthylène. L'expérience était concluante; cependant nous l'avons confirmée, par une nouvelle épreuve.

Peut-être aurait-on pu accuser le bleu contenu dans la sonde de colorer le liquide après sa sortie de la vessie, la substance

colorante étant restée dans la sonde sans atteindre le réservoir vésical. Disons tout de suite que cette objection était insoutenable, les deux centimètres cubes de bleu injectés, ne pouvant être contenus dans la cavité de la fine sonde employée.

Cependant, pour plus d'exactitude, nous avons retiré cette sonde et introduit une sonde bougie n° 9, vierge de tout colorant. Le liquide vésical ainsi recueilli était complètement bleu, alors qu'une urine claire continuait à s'échapper du méat, par éjaculations répétées.

Dans les heures qui suivirent l'expérience, une urine claire continua à s'échapper comme de coutume par le méat. Mais les deux mictions suivantes furent teintées par le bleu resté adhérent aux parois vésicales. La première miction, au bout de trois heures, fut franchement bleue. La seconde, deux heures et demie après, était légèrement verte. Les urines reprirent ensuite leur couleur normale.

Cette coexistence d'un écoulement permanent incolore et de mictions colorées est encore une démonstration de notre hypothèse.

Il y a bien un uretère débouchant normalement dans la vessie au-dessus du sphincter, l'autre débouchant dans l'urètre au-dessous du sphincter, tout près du méat.

De quel côté existe la malformation? Il est impossible de le dire actuellement. Ce dernier point pourra être fixé seulement quand le développement des organes permettra la cystoscopie et la division des urines, et, alors seulement, on pourra tenter l'intervention chirurgicale qui nous semble être une greffe de l'uretère mal formée dans la vessie.

* * *

LA THÉOBROMINE COMME HYPNAGOGUE AU COURS DE CERTAINES CARDIO-PATHIES ARTÉRIELLES (1). — MM. Gallavardin et Péhu ont étudié la théobromine comme hypnagogue et ont obtenu des succès qu'il s'empressent de rapporter.

Jusqu'en ces derniers temps la théobromine était connue comme diurétique agissant tout particulièrement sur l'épithé-

(1) *L'Année Médicale*, 8 novembre 1908.

lium rénal, mais on ignorait généralement qu'il put agir avec succès contre l'insomnie chez les cardiaques.

Alors que le chloral, les bromures, le sulfonal, ne sont pas sans danger dans ces cas, ces auteurs ont remarqué qu'une dose même légère de théobromine (0.50 à 2 grammes) amène un sommeil paisible et réparateur, et cette action a paru surtout manifeste dans la classe des cardiopathies dites artérielles: les aortites syphilitiques, l'atérôme artériel.

Chez ces malades, disent-ils, en effet, on voit souvent survenir concomitamment à une scène subasystolique ou parfois même sans grande dyspnée, sans œdème notable, un état d'agitation et d'énervement spécial. Ce sont des sujets au teint pâle, quelquefois même blafard et jaunâtre, qui sont inquiets, tourmentés, sans cesse en mouvement et qui se plaignent avec insistance de leur insomnie. Or, plusieurs fois dans ces cas là, nous avons vu, après l'échec de divers médicaments hypnotiques ou cardio-vasculaires la théobromine réussir merveilleusement et apporter au malade un soulagement et une quiétude inespérés. Avec des doses même minimales (1 à 4 cachets de 0.50 centigr. administrés dans l'après-midi ou la soirée), l'insomnie disparaît, le calme renaît et les malades, se rendant compte de l'excellent effet produit, demandent avec une insistance particulière que le médicament soit continué. Nous avons même vu certains d'entre eux, notamment ceux atteints d'aortites en évolution, avec lésions orificielles aortiques concomitantes ne pouvoir se passer de leur dose de théobromine et la réclamer comme certains cancéreux exigent la piqûre de morphine à laquelle ils sont accoutumés.

Il semble que cette action soit particulière à ce médicament, car, suivant les mêmes auteurs, si l'on met à part l'amélioration produite par l'action diurétique, il faut arriver à la conclusion qu'il agit sur le système nerveux en faisant disparaître l'agitation, l'anxiété et l'inquiétude éprouvées par cette catégorie de malades.

“D'ailleurs, disent-ils, cette action spéciale de la théobromine n'apparaît pas à priori comme absolument impossible. Il est actuellement démontré que c'est un médicament qui peut

agir directement sur certains éléments cellulaires (cellules épithéliales du rein). Il a des liens de parenté étroits avec la xanthine, la caféine, dont l'action nerveuse est incontesable. Enfin, des travaux récents ont montré l'action de ce médicament sur l'excitabilité musculaire (Paschkis et Pal) et ont mis en évidence l'apparition de symptômes nerveux, convulsions, somnolence, etc. . . , à la suite d'intoxications expérimentales par cette substance (Mitscherlich).

Présentée aussi brièvement, cette note, nous le répétons, demande évidemment, comme complément, des études plus précises et plus approfondies; l'action hypnagogue de cette substance nous a cependant paru assez frappante et assez indiscutable pour qu'on puisse dire de la théobromine qu'elle constitue la morphine de certains aortiques."

— Cette note a une grande importance: car, en même temps qu'elle nous aide à faire une distinction dans les cas où cette médication est invoquée, elle révèle un moyen précieux de soulager ces malades en toute sécurité et promptitude.

* * *

TRAITEMENT DES DIARRHÉES INFANTILES PAR LES SOLUTIONS DE GÉLATINE. — MM. Weill, Lumière et Péhu, dans une communication à la Société des Sciences Médicales de Lille ont mis en évidence les propriétés thérapeutiques de la gélatine dans la diarrhée infantile. Afin de n'accepter qu'une gélatine purifiée, ils conseillent le *modus faciendi* suivant:

On formule une solution au dixième de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie (500 grammes ou un litre par exemple). On filtre soigneusement la solution de gélatine. Puis on porte le récipient dans un autoclave à 120°, pendant une demi-heure. En cas d'urgence on pourrait, ce nous semble, se contenter d'une ébullition prolongée pendant trois quarts d'heure. On répartit ensuite, sans laisser complètement refroidir, dans des tubes en verre, dits tubes à essais chimiques, dont chacun contient 10 centimètres de la solution. Il ne reste plus qu'à incorporer le contenu de chacun de ces tubes à essais (renfermant par conséquent un gramme de gélatine) dans le

biberon même; il faut au préalable chauffer légèrement la tube au bain-marie, car la gélatine se solidifie d'ordinaire autour de 22° et; — surtout si la température atmosphérique est basse — le contenu des tubes à essais est gélifié.

On peut donner de la sorte facilement un gramme de gélatine (en solution de $\frac{1}{10}^e$) avec chaque biberon, c'est-à-dire 6 à 8 grammes pour une journée. La préparation est bien acceptée par l'enfant. On peut même aller plus loin et donner quotidiennement 12 à 14 grammes de gélatine, jusqu'à cessation de la diarrhée et transformation complète de la morphologie des selles; pour cela, on administrera, par exemple, deux tubes dans un même biberon de lait. Dans la pratique, nous commençons par trois des tubes préparés comme nous l'avons indiqué ci-dessus, puis nous augmentons progressivement à raison de un tube, c'est-à-dire 1 gramme par jour. Toute latitude est, au surplus, permise, précisément parce que la gélatine purifiée n'a aucune toxicité et que, comme nous l'ont montré les expériences instituées à cet effet, elle *paraît* agir plutôt mécaniquement que chimiquement.

Les effets de cette substance sont, en général, très favorables.

Après administration de solutions de cette substance, les selles diminuent de fréquence: peu à peu, leur nombre, qui, parfois, se monte à 8, 10, 12 par jour, tombe à 3, puis à 2. Leur aspect est rapidement modifié; elles deviennent plus consistantes, mieux liées; les grumeaux, qui souvent y abondent, disparaissent; progressivement elles se rapprochent des selles de type normal. La couleur change aussi: la teinte verdâtre s'atténue et cède peu à peu la place, au jaune foncé d'abord, puis au jaune franc. La mauvaise odeur disparaît de même: la réaction, nettement acide d'abord au tournesol, vire à l'alcalinité normale. En un mot, et souvent dès l'administration du quatrième ou cinquième tube, la morphologie des selles est nettement influencée. Souvent aussi et parallèlement la température décroît, les phénomènes généraux s'amendent. L'amélioration est parfois temporaire, mais il suffit, après interruption, de donner à nouveau des tubes gélatinés pour que la transformation soit complète.

Pourtant, il ne nous semble pas que l'administration de gélatine constitue une médication toujours efficace et applicable indistinctement à tous les troubles digestifs aigus ou chroniques du nourrisson. Elle réussit bien et régulièrement dans les cas de gastro-entérites simples, c'est-à-dire de troubles localisés à l'intestin, avec selles fréquentes, diarrhétiques, modifiées au point de vue chimique et bactériologique, souvent accompagnées de vomissements, mais sans retentissement notable sur l'état général. Au contraire, quand la maladie est diffuse, quand il s'agit moins de gastro-entérites que d'infections digestives, avec température élevée, broncho-pneumonie surajoutée, râles congestifs des bases, spléno et hépato-mégalie, albuminurie, la gélatine, tout en modifiant les selles, qui même dans ces cas deviennent rapidement normales, n'exerce pas, bien entendu, d'action sur les complications. Ce n'est qu'en cas de choléra infantile que les selles elles-mêmes ne subissent aucune modification.

Quant à ce qui est du *mécanisme d'action* de la gélatine nous avons institué une série d'expériences destinées à nous montrer la façon dont la gélatine agit sur la coagulation du lait et les sécrétions intestinales. Les faits que nous avons mis en évidence concourent à montrer que la gélatine semble agir mécaniquement sur les ferments aussi bien que sur les acides et les sels, qu'elle les neutralise vraisemblablement en les isolant par un procédé purement physique. Dans ces conditions on peut concevoir que l'efficacité thérapeutique résulte d'une neutralisation analogue des produits toxiques, organiques ou inorganiques, du tube digestif, chez les nourrissons atteints de diarrhée.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, le fait clinique n'est pas douteux. Les diarrhées des nourrissons, exception faite pour le choléra infantile, sont modifiées rapidement, parfois en quelques heures, par l'addition au lait de gélatine stérilisée, chimiquement pure en solution aqueuse. La comparaison que nous avons faite à maintes reprises entre les effets de la gélatine et ceux des différents médicaments classiques, bismuth, bismuthose, tannigène, tannalbine, etc., nous a permis de constater une supériorité incontestable en faveur de la gélatine.

* * *

LE SÉRUM ET VACCIN ANTITUBERCULEUX DE MARMORECK. — Depuis quelque temps on fait grand bruit autour d'un sérum nouveau, curatif de la tuberculose pulmonaire, dont M. Marmoreck serait le promoteur.

Je me permets d'emprunter les détails de cette retentissante communication à un journal belge (1) dont une correspondance spéciale relate tous les détails de préparation et d'emploi.

Depuis quelques semaines le monde de l'académie, et l'institut Pasteur se sont émus du bruit fait autour d'une communication annoncée par le docteur Marmoreck sur un nouveau sérum et vaccin antituberculeux.

Le docteur Marmoreck, jadis chef de laboratoire à l'Institut Pasteur travaille depuis longtemps à trouver un vaccin contre la tuberculose. Il croit avoir touché le but, mais ses confrères de l'Institut Pasteur se sont opposés à la divulgation de ses résultats.

Le docteur Marmoreck a quitté la maison de Pasteur et, depuis quelques jours, on parlait de dissentiments graves entre lui et ses collègues. Les savants de l'Institut Pasteur estiment que leurs travaux doivent former un bloc, et ils ont accepté la démission offerte.

Nous donnons ci-dessous le résumé de la note lue par M. Marmoreck, à la séance du 17 novembre.

L'étude des effets de la tuberculine nous a convaincu que la tuberculine n'est pas la vraie toxine du bacille de Koch; elle n'est qu'une matière préparatoire, un réactif qui, agissant sur les bacilles, les incite et les détermine à sécréter abondamment une toxine toute différente.

La vraie toxine a échappé jusqu'ici aux investigations, parce qu'on ne cultivait pas le bacille dans un milieu se rapprochant suffisamment des conditions naturelles.

Nous obtenons *in vitro* la toxine de la façon suivante: on cultive de jeunes bacilles " primitifs " (comme nous les avons dénommés en un travail exposé au Congrès international de

(1) *Le Sculptel*, 22 novembre 1903.

médecine de 1900) dans un milieu composé de sérum leucotoxique du veau et de bouillon de foie glycérimé. Après un certain nombre de passages que subit le bacille dans ce nouveau milieu, on est frappé de l'absence de tuberculine, mais, par contre, on y décèle une autre substance toxique qui tue de petits animaux, et à laquelle les animaux tuberculeux ne sont pas plus sensibles que les animaux sains.

On peut immuniser des lapins et des cobayes au moyen de cette seule toxine, contre une infection bacillaire ultérieure. On immunise des chevaux avec ces cultures filtrées, débarrassées de bacilles et contenant la toxine, et l'on obtient un sérum antitoxique. C'est avec ce dernier que nous avons fait nos tentatives de guérison d'animaux tuberculeux, et de l'homme ensutie. Avant de donner ces résultats, il nous faut parler du vaccin antituberculeux que nous avons préparé.

Les bacilles traités longtemps avec le sérum leucotoxique, chauffés et ajoutés au sérum antituberculeux, deviennent assimilables et sont résorbés sans former les abcès connus et sans causer une infection générale. Ils constituent un vaccin contre l'infection tuberculeuse ultérieure. Jusqu'ici cet état réfractaire a persisté chez le lapin pendant deux mois.

Voici les résultats succincts de notre expérimentation sur l'animal. Le sérum exerce une action et préventive et curative, 15 à 20 centimètres cubes injectés trois jours avant l'injection intra-veineuses préservent définitivement le lapin contre l'infection tuberculeuse. Pour le traitement curatif de ces animaux, il faut des doses d'autant plus élevées que l'infection est plus ancienne.

Ces résultats du laboratoire, acquis par des expériences les plus variées et sans cesse répétées, nous autorisèrent d'appliquer le nouveau sérum au traitement de la tuberculose humaine.

Il y a plus d'un an que nous avons commencé nos essais.

Immédiatement, nous nous sommes convaincus de la qualité absolument inoffensive de notre sérum. Il ne donne aucune réaction locale ou générale. Les malades que nous avons traités peuvent être divisés en deux groupes: les uns avec des lé-

sions telles que l'organisme entier était fortement intoxiqué; nous y rangeons les malades aux lésions pulmonaires étendues (avec caverne et fièvre persistante), et les méningitiques, les autres atteints d'une tuberculose locale quoique assez grave, mais sans influencer beaucoup l'état général des sujets. L'ordre de ce groupement correspond aussi à la suite chronologique des cas traités.

Nous nous sommes d'abord adressés à l'enfant méningitique, se trouvant dans le coma, en nous servant de doses minimes (2 c. c. de sérum). Même aussi dans les méningites que nous avons traitées plus tard, avec des doses plus convenables, 40 c. c. de sérum par jour, les résultats furent également négatifs. Nous ne pouvons pas oublier que toujours nous arrivâmes trop tard. Car, dans aucun cas, nous ne fûmes appelés à injecter le sérum avant le septième ou huitième jour, souvent même le dixième ou douzième après le début de la maladie où toute la symptomatologie de la méningite était déjà au grand complet. Il est permis de penser qu'une intervention arrivant beaucoup plus tôt dans la période d'incubation, si longue, ou tout au début de la période d'invasion aurait pu, peut-être, dans certains cas, éviter l'issue fatale.

Nous continuons nos essais par des formes très avancées de tuberculose pulmonaire au 3^e degré.

Et ainsi procédant des cas des plus graves, compliqués encore par des infections secondaires aux cas moins avancés, plus purs, n'ayant pas encore fait des destructions irréparables, nous avons passé par toutes les formes de l'infection tuberculeuse. Un fait prenant bientôt pour nous une importance croissante: c'était l'âge de l'affection. Aux conditions égales, une lésion grande, mais jeune, peut plus vite et plus facilement guérir qu'une autre beaucoup plus petite, mais ancienne.

Presque tous nos cas de tuberculose pulmonaire, que nous avions à traiter, étaient avancés, aux crachats abondants, aux bacilles nombreux, très souvent avec fièvre et état général mauvais et même quelquefois avec des cavernes.

La tuberculose qui nous paraît la plus indiquée pour de tels essais d'application d'un nouveau traitement est celle que les

chirurgiens ont à soigner. Presque toujours non compliquée au début par des infections mixtes fâcheuses, elle offre un tel ensemble de faits non controversés que les résultats ne sont presque pas discutables.

Nous considérons que des cas très avancés de tuberculose chirurgicale correspondent à peu près par l'importance des lésions, relativement à l'organisme entier aux manifestations du début de la tuberculose pulmonaire et laryngée. C'est pour cette raison que nous attribuons une certaine valeur aux résultats obtenus dans la tuberculose osseuse, articulaire, ganglionnaire et vésicale. Presque tous nos cas traités, sauf quelques rares exceptions, étaient des affections de vieille date et ayant déjà pour la plupart subi des interventions successives et multiples. La guérison de tels cas, à la suite des injections de sérum qu'on a faites à l'exclusion de tout autre traitement, justifient presque à donner à chacun des cas la valeur d'une démonstration scientifique et d'une vérité expérimentale.

Dans plusieurs cas de tuberculose pulmonaire avancée, que nous avons eu à traiter, une influence manifeste et favorable se montrait non seulement sur l'état général qui bénéficiait grandement de la thérapie nouvelle, mais aussi sur les lésions mêmes. La quantité des crachats diminuait progressivement et aussi le nombre des bacilles, la dyspnée disparaissait, et l'auscultation et la percussion laissaient voir la marche régressive des infiltrations et des ramollissements.

Cela nous permettait de prévoir que des malades atteints de tuberculose pulmonaire moins avancée et traités avec plus de persévérance que nous avons eu le temps nécessaire de le faire, pourront bénéficier davantage de la sérothérapie. Quelques guérisons obtenues depuis ce temps en sont la preuve.

Il nous reste à donner un aperçu succinct des guérisons définitives que nous avons obtenues dans la tuberculose chirurgicale. Nous avons pu complètement guérir plusieurs cas de mal de Pott compliqués de fistules et d'abcès par congestion ou de perforation intestinale ou enfin d'une parésie des membres inférieurs. Nous avons pu obtenir la diminution progressive des masses ganglionnaires du cou, de l'aîne et du petit

bassin et la fermeture de fistules depuis longtemps ouvertes.

Dans plusieurs cas nous avons pu observer que du pus contenu au foyer de la caséification se résorbait sans aucune autre intervention. Des gommes de la peau multiples, rebelles depuis des années à tout traitement, se desséchaient et se fermaient rapidement. Plusieurs fois nous étions à même de diagnostiquer, par la résistance opiniâtre des fistules à se fermer, la présence d'un séquestre, seule raison après la guérison de la lésion tuberculeuse, de la persistance de la suppuration. L'opération confirma toujours ce diagnostic *ex juvantibus*.

Un mot encore sur l'application pratique du nouveau traitement. Il ne faut pas oublier que c'est la première fois qu'on s'adresse à un sérum pour le traitement d'une maladie chronique. La quantité de sérum injecté doit donc être assez grande, et répartie en plusieurs doses. Le nombre le plus élevé d'injections a été de cinquante-deux; le plus petit, dans un cas de tuberculose ganglionnaire du cou, a été de sept, et de six dans le cas d'une fistule sternale. En ce qui concerne les accidents sériques, ils sont les mêmes et ne se produisent pas plus souvent avec notre sérum qu'avec n'importe quel autre.

Sur environ 2000 injections, nous n'avons observé que trois fois un abcès local. Le sérum ne provoque d'habitude ni fièvre, ni aucune réaction locale ou générale. Au contraire, la fièvre hectique, surtout cette forme qui est due principalement à la résorption de toxine tuberculeuse, descend à la suite de plusieurs injections de sérum. En tout cas, la fièvre n'est pas une contre-indication pour son application.

— Ce que ces expériences donneront comme résultat clinique probant?... c'est l'avenir qui le dira. Nous attendrons donc de nouveaux développements que nous nous empresserons de rapporter dans l'intérêt de tous. (1)

J.-A. LEŠAGE.

(1) Le professeur Dieulafoy vient de donner à l'Académie de Médecine le résultat des expériences de M. Mermereck sur quelques malades de son service. Il semble que cette nouvelle méthode ait échoué en grande partie. Nous analyserons cette communication en janvier. — J.-A. L.

REPRODUCTION

TRAITEMENT DE L'OSTÉO-MYÉLITE.—LE PLOMBAGE DES OS

Par M. le Professeur KIRMISSON (de Paris).

Il est trois affections auxquelles je consacre régulièrement tous les ans une ou plusieurs conférences, et sur lesquelles je ne saurais jamais assez insister, tant leur fréquence est grande et leur diagnostic parfois difficile: je veux parler de l'appendicite, de l'ostéo-myélite et de la mastoïdite.

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui de l'ostéo-myélite, l'occasion m'en étant fournie par un garçon que j'ai opéré hier dans le service.

L'ostéo-myélite, vous le savez, est une maladie infectieuse au premier chef: elle se caractérise par ce fait essentiel qu'elle frappe les os au cours de leur développement.

Le poison charrié par la circulation sanguine est déposé au point où l'activité nutritive est le plus intense, dans les régions juxta-épiphysaires de préférence.

Tous les os ne sont pas atteints avec une égale fréquence, ceux qui sont le plus souvent intéressés sont ceux du membre inférieur: la raison en est donnée par la fatigue incessante qu'ils ont à supporter, par suite de la station debout et de la marche.

Toutes les épiphyses ne sont pas également atteintes. (Ollier). C'est au niveau des épiphyses dites " fertiles " qu'on observe le plus fréquemment la localisation de l'ostéo-myélite.

Au membre inférieur, ce sera l'extrémité inférieure du fémur, de la partie supérieure du tibia et du péroné; au membre supérieur, l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras et supérieure de l'humérus seront le siège habituel de l'affection.

Cependant les deux régions juxta-épiphysaires, les deux pôles peuvent être simultanément envahis.

S'il est de règle que la maladie se localise à un seul os, long, on voit quelquefois plusieurs os simultanément atteints.

Il ne faudrait pas croire que cette maladie ne puisse pas toucher les autres pièces du squelette. Les os courts comme ceux du tarse, le calcaneum en particulier, les vertèbres, les os

plats, comme l'os iliaque, l'omoplate avec son apophyse coracoïde, le maxillaire inférieure, les os du crâne peuvent être également affectés.

L'ostéo-myélite, étant une maladie infectieuse au plus haut point, s'accompagne dans certains cas d'un cortège bruyant de symptômes graves, pouvant facilement en imposer pour une forte fièvre typhoïde. L'état général de l'enfant est mauvais, son teint est terreux, les yeux cerclés de noir: la température oscille entre 39° et 40°: le pouls est rapide, peut atteindre 130, 140 pulsations à la minute. La soif est vive, la langue sèche: une céphalalgie intense arrache des cris de douleur à l'enfant. Parfois l'agitation, le délire dominant la scène.

Combien de fois est-il arrivé que des enfants atteints d'ostéo-myélite, à début brusque et à symptômes à grand fracas, ont été gardés jusqu'à ce qu'on s'aperçoive de l'erreur commise? Car bientôt les symptômes locaux vont primer tous les autres accidents: la douleur va apparaître non pas au niveau même de l'articulation comme dans le rhumatisme articulaire aigu, mais à leur voisinage, à la hauteur des épiphyses. Cette douleur acquiert, peu à peu, de l'intensité, empêche les mouvements et confine l'enfant au lit, l'obligeant à une immobilité absolue. L'apparition et la constatation de ces points douloureux sont d'une extrême importance: elles suffisent à éliminer l'hypothèse de fièvre typhoïde.

Faisant suite à la douleur, se montre le gonflement; d'abord dur et circonscrit qui, peu à peu, diffuse le long du membre. La peau rougit et présente sur sa surface des traînées rougeâtres rappelant la forme des traînées lymphangitiques.

Le membre augmente de volume: au gonflement dur succède une rénitence, puis une véritable suppuration. La peau s'ulcère et le pus s'écoule au dehors. Une fistule ne tarde pas à s'établir et la sécrétion du pus est interminable.

Tels sont les caractères généraux de l'ostéo-myélite: mais on aurait une idée inexacte de l'affection, si on croyait que dans tous les cas le tableau clinique est aussi bruyant.

A côté de cette forme à début brusque et à symptômes généraux alarmants, il existe toute une gamme décroissante de faits.

L'état général peut rester excellent, ne présentant rien de particulier. Quelquefois un léger mouvement fébrile est signalé, d'autres fois le thermomètre ne dépasse pas $37^{\circ} 5$. La douleur peut exister, à tous les degrés. Il arrive que des enfants continuent à jouer ou à aller à l'école, ils n'éprouvent même pas le besoin de se reposer ou de s'allonger au lit. Ce sont ces dernières formes que Trélat désignait sous le nom de "État chronique d'emblée". Dans ces conditions, la présence de foyers de suppuration sans fièvre peut faire penser à la tuberculose.

OBSERVATION. — Le malade qui nous intéresse est âgé de 14 ans: il est entré dans notre service le 16 octobre dernier. Son père et sa mère sont bien portants. Lui-même a toujours joui d'une excellente santé: et, sauf la rougeole, il n'a jamais été malade.

Il y a trois mois, l'enfant est tombé sur le rebord d'une caisse, le choc ayant porté sur la face interne et la crête du tibia: une légère douleur locale et une ecchymose apparue peu après n'empêchèrent néanmoins pas l'enfant de marcher et de vaquer à ses occupations.

Le 12 septembre dernier, l'enfant ressent brusquement une douleur très vive au niveau de l'extrémité inférieure de la jambe gauche.

Les parents constatent une très légère rougeur à laquelle vient se joindre un peu de gonflement de la région: ce gonflement augmente peu à peu et la peau ne tarde pas à se déchirer laissant écouler une quantité de pus.

Les parents conservent l'enfant chez eux, n'appellent même pas un médecin, puis, voyant qu'ils ne peuvent parvenir à arrêter la suppuration, ils se décident à nous le conduire à l'hôpital.

A son arrivée, on constate à la partie inférieure et interne de la jambe gauche, une tuméfaction, au centre de laquelle existe une ulcération sur laquelle vient s'ouvrir une fistule d'où s'écoule du pus en grande quantité.

Le tibia paraît augmenté de volume: il donne à la palpation une sensation de mollesse due à la présence de nombreuses

fongosités. Des trainées lymphangitiques se remarquent jusqu'à la partie supérieure de la jambe. La température est de 39°. Au pli de l'aîne, on sent très nettement les ganglions engorgés.

L'articulation tibio-tarsienne paraît intéressée mais cependant ne présente pas de signes de suppuration.

Étant donné ce début subaigu avec fièvre, douleur localisée, et gonflement suivi de suppuration, nous portons le diagnostic d'ostéo-myélite.

Nous faisons appliquer des compresses humides sur la jambe pour combattre la lymphangite, nous laissons l'enfant au lit. Mais ni le repos, ni les pansements locaux ne déterminent d'amélioration. L'enfant pâlit, maigrit et continue à avoir de la fièvre.

Le 11 novembre, nous faisons un nouvel examen et nous pouvons constater que le gonflement s'était étendu à la partie supérieure du tibia.

Quelle était la conduite opératoire à tenir? Fallait-il pratiquer l'évidement de la diaphyse du tibia, ou, comme le recommande Holes, faire l'ablation de la diaphyse tibiale? Nous nous sommes de suite prononcés contre cette dernière solution, car les chances de guérison sont bien incertaines. Il faut compter avec la lenteur et la façon incomplète, bien souvent, avec laquelle le périoste fabrique du tissu de nouvelle formation, le malade conserve souvent des pseudarthroses flottantes.

Nous pratiquons l'opération le 13 novembre.

Après avoir pris les précautions antiseptiques habituelles, j'ai appliqué à la racine du membre la bande de Lister. Je préfère de beaucoup ce procédé à celui d'Esmarch; car tandis que, dans ce dernier cas, on fait de la compression avec la bande de bas en haut, refoulant avec le sang des produits septiques dans le torrent circulatoire, je fais élever simplement le membre pendant cinq minutes, puis j'applique un lien circulaire à sa racine. En taillant ensuite au devant du tibia un lambeau en forme de volet, décollant le périoste à la rugine, et réclinant les parties molles, j'ai mis à découvert la face interne du tibia. J'ai pu voir alors un os jaune comme du vieil ivoire,

qui était l'os nécrosé. J'ai enlevé toute trace de fongosités et de séquestres osseux, tant à la partie supérieure du tibia où il ne me reste qu'une simple lamelle osseuse qu'à la partie inférieure de l'os.

En pratiquant cet évidemment, j'avais converti le tibia en une sorte de nacelle, de cavité osseuse allongée qui aurait risqué de persister si la sagacité des chirurgiens n'était intervenue pour porter un remède à cette situation défectueuse.

Plusieurs procédés ont été proposés pour faciliter cette oblitération de la cavité opératoire: une première méthode consiste à mobiliser un des côtés de la cavité pour refouler vers le centre le lambeau qui devra la combler.

Une seconde méthode a pour but de remplir la cavité avec des corps empruntés au dehors. C'est la méthode de *plombage* des os.

Revenons à la première méthode qui comprend elle-même deux procédés bien exposés par Ollier.

Dans un premier procédé, on peut supprimer une portion de l'os, en enlevant la crête osseuse et en rabattant un lambeau périostique avec ses parties molles.

Bayer, de Prague, conseille d'abattre les deux crêtes osseuses latérales de façon à ne plus avoir qu'une lame osseuse sur laquelle il rabat les deux lambeaux; et même il fait la suture par l'intermédiaire d'un rouleau de gaze iodoformée.

Le second procédé préconisé par Ollier et Lücke, et employé aussi par un chirurgien suédois, Schuttel, consisterait à mobiliser un lambeau ostéo-périostique. On conserve ici non seulement le périoste mais encore l'os lui-même: on mobilise après section un des volets que l'on rabat sur l'autre.

Bier, assistant à la clinique de Kiel, propose d'ouvrir la cavité osseuse, d'enlever le séquestre et ensuite de rabattre des lambeaux ostéo-périostiques mobilisés. C'est ce qu'il désigne sous le nom de "*nécrotomic ostéo-plastique*".

La seconde méthode a pour but de chercher et d'utiliser un corps étranger pour tamponner et combler la cavité osseuse. Nombreux sont les essais qui ont été tentés avec des os décalcifiés. Mais toujours les espérances ont été déçues, car les os

empruntés à des espèces différentes étaient résorbés tôt ou tard.

* * *

Voyons maintenant en quoi consiste le plombage des os. Comme dans les procédés ci-dessus, il s'agit de combler la cavité osseuse. On a essayé d'utiliser le plâtre, l'amalgame de cuivre, la gutta-percha, le celluloïde. Mais dans chacun de ces essais, la matière introduite était peu à peu éliminée par suppuration.

Walland et Fontino conseillent le plombage avec un mélange composé de poudre d'os calcinés, associée dans la proportion de 1 à 2 avec du thymol et de l'iodoforme. Le mélange forme une substance qui fond vers 60°.

Mosetig (1) s'est efforcé d'opérer ce plombage avec un mélange durci d'iodoforme. Il ne se propose pas d'implanter une partie dure pour remplacer la partie mortifiée et enlevée, mais d'introduire une substance antiseptique qui sera peu à peu éliminée et remplacée par du tissu osseux de nouvelle formation. Des épreuves radiophotographiques prises à différentes périodes du traitement font voir très nettement cette substitution des bourgeons ostéoblastiques à la substance introduite, bourgeons qui pénètrent peu à peu dans la cavité et la combent.

Pour s'entourer des meilleures chances de succès, on doit avoir fait une ablation très large et très complète des parties malades, avoir une cavité très aseptique (ce qu'on obtient facilement en faisant agir de la formaline ou de l'eau oxygénée) et avoir une cavité sèche: un courant d'air chaud donne rapidement ce résultat.

Quant au mélange dont se sert Mosetig et son élève Damianos (2), voici sa composition:

Iodoforme	60 parties
Blanc de baleine	40 do
Huile de sésame	40 do

Faire fondre au bain-marie à 80° et maintenir à cette température pendant un quart d'heure; puis laisser refroidir en

(1) *Centr. Chir.*, 18 avril 1903, n° 16.

(2) *Wien, Clin. Wochensh.*, juillet 1903.

agitant sans cesse la masse de façon à empêcher l'iodoforme de se déposer au fond du vase.

Pour se servir de ce mélange, il suffit de le porter au bain-marie à 60° et verser lentement dans la cavité osseuse de façon à ce que le liquide pénètre dans toutes les anfractuosités.

Dans le travail de Damianos, il est fait mention de 150 cas traités par le procédé de Mosevig et dans lesquels les résultats obtenus ont été très favorables.

De plus, il n'a jamais été observé un seul cas d'intoxication par l'iodoforme, malgré la quantité excessive du produit employé. Dans certains cas, on aurait versé dans la cavité osseuse jusqu'à 150 grammes de mélange. Il attribue cette tolérance pour l'iodoforme à ce fait que la résorption du produit serait d'une extrême lenteur.

Je dois dire, en terminant cette leçon, que lorsque nous avons retiré la bande de Lister sur notre opéré, nous avons eu une assez forte hémorrhagie que nous avons d'ailleurs arrêtée par la suture du volet, toute tentative d'hémostase par la forcipressure étant restée sans succès. Il eût été préférable de faire cette suture avant d'enlever le lien circulaire et c'est la conduite que nous nous proposons de suivre à l'avenir.

Vous avez pu voir ce matin dans la salle notre petit opéré: il a très bon aspect, sa fièvre est complètement tombée et nous espérons que chez lui le résultat opératoire sera des plus satisfaisants.

Pendant un voyage de vacances cette année, j'ai eu l'occasion de voir dans le service de Bier plusieurs malades soignés avec succès par le procédé de Mosevig.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 15 décembre 1903

Présidence de M. VALIN.

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

RAPPORTS.

I. — M. DEROME présente un travail sur *les perforations viscérales pathologiques et traumatiques*, avec plusieurs observations. Dans un cas, il s'agissait d'une malade chez qui il avait fait le diagnostic de *rupture des voies biliaires avec épanchement de la bile dans la cavité péritonéale*.

La malade opérée quinze heures après la perforation a parfaitement guéri sans présenter aucun phénomène de péritonite post-opératoire.

DISCUSSION.

M. OSCAR MERCIER qui a pratiqué l'opération chez cette malade dit que la perforation s'était produite à la jonction des canaux biliaires. Il est sorti par la fistule opératoire durant les premiers jours après l'opération, trente-neuf petits calculs.

Cette observation est intéressante à deux points de vue. D'abord à cause de sa rareté, car il n'a trouvé nulle part des cas rapportés de ruptures spontanées des voies biliaires dans la cavité péritonéale, la plupart des observations citées se rapportant à des perforations dans l'intestin suivies ou non de rupture de l'intestin, ou obstruction par les calculs.

L'observation est intéressante aussi au point de vue de l'asepticité de la bile. Le péritoine de cette malade est resté quinze heures en contact sur toute son étendue avec de la bile venant d'une vésicule calculeuse sans présenter aucun phénomène inflammatoire.

M. DE MARTIGNY fait remarquer qu'un point intéressant à noter dans l'observation c'est que cette intervention chirurgi-

cale considérable a été pratiquée chez une femme enceinte et que le traumatisme opératoire n'a eu aucune influence sur la grossesse.

COMMUNICATION.

II. M. DUBÉ. : *L'asystolie et son traitement avec quelques observations.* (Voir plus haut.)

M. MERCIER, A.-F., fait ressortir le mécanisme de l'action du lait et l'importance de la médication sans sel dans le traitement de l'asystolie et il cite les expériences de M. Widal.

DISCUSSION.

M. LESAGE: Je prends occasion de l'instructive causerie de mon ami Dubé pour appuyer sur certains points saillants de cet important sujet: *l'asystolie.*

Tous les médecins qui sont ici présents ont eu à traiter des cas d'asystolie; conséquemment, ils savent que trois choses sont utiles, je dirai même indispensables, au bien-être du malade que l'on conseille, ce sont:

1° La connaissance du malade lui-même, au point de vue clinique;

2° Le médicament employé;

3° Le régime à suivre.

Tous les médecins connaissent l'axiôme classique: il y a des malades, il n'y a pas de maladies. Ceci veut dire évidemment qu'une même affection se comporte différemment chez chacun d'eux. Cela tient à plusieurs causes que l'âge, les conditions hygiéniques ou sociales, le régime suivi, la misère physiologique enfin ont créées au cours de l'existence d'un chacun.

Les lésions varient suivant les conditions énumérées ci-dessus et suivant la résistance opposée à l'envahissement d'un processus pathologique absolument identique comme étiologie. Il faut donc, de toute nécessité, posséder à fond le dossier pathologique de son malade avant d'instituer un traitement convenable.

Ainsi, j'ai actuellement dans mon service, à l'hôpital Notre-Dame, une malade âgée de 58 ans qui fait des crises intermittentes d'asystolie. À la suite de rhumatisme, elle a fait une

endocardite. La lésion ne s'est pas limitée à l'orifice valvulaire mais elle a envahi le muscle cardiaque lui-même qui fait de la dégénérescence. Les contractions sont faibles et intermittentes, elles suffisent à peine à pousser le sang qui afflue vers ses cavités, le pouls est petit, compressible. L'apparence générale de la malade n'est pas, non plus, très florissante. Il y a une déchéance générale de l'organisme.

En présence d'une malade asystolique ayant de tels organes à son service, sommes-nous autorisés à instituer un traitement qui serait calqué sur celui que l'on imposerait à un malade qui aurait conservé une intégrité relative de ses principaux organes? Décidément non. Et la clinique nous le prouve à l'évidence.

Au lieu de procéder par l'administration de la *digitaline* à doses massives, soit 50 gouttes de solution alcoolique représentant 1 milligramme de digitaline pure, nous avons procédé par doses successives de 10 gouttes par jour, durant cinq jours. Et, comme nous nous y attendions un peu, nous n'avons pas eu grand succès. Les œdèmes ont persisté et les intermittences ont continué. La fibre myocardique était trop dégénérée pour réagir sous le coup de ce médicament agissant à la fois sur le cœur central et périphérique (les vaisseaux sanguins). Il m'a semblé même que la crise allait s'augmentant. Il était évident que le cœur ne pouvait suffire, à cause de la dégénérescence de sa fibre intime, à la tâche de pousser avec l'énergie nécessaire le flot de sang et de sérosité apporté par les vaisseaux.

Nous avons dû cesser ce médicament pour s'adresser à d'autres succédanés moins énergiques. J'ai donné la *caféine* telle que le conseillent dans ces cas mon maître Potain et Huchard. Car, alors que la digitale augmente la résistance périphérique par suite de la contraction des vaisseaux, qu'elle provoque sûrement, la caféine, au contraire n'agit pas sur les vaisseaux périphériques; à certaines doses, même, elle en amène la dilatation, tout en provoquant une diurèse abondante en même temps qu'elle agit promptement sur le cœur dégénéré.

D'autre part, elle ne présente aucun danger d'accumulation.

Je me suis adressé aussi au *strophantus* qui est un excellent succédané de la digitale, dont il diffère, cependant, en ce sens — et il se rapproche ainsi de la caféine — qu'il agit sur le cœur beaucoup plus que la digitale et sur les vaisseaux infiniment moins.

J'ai associé, à ces deux médicaments, la *théobromine*, qui, comme vous le savez, est un excellent diurétique agissant surtout sur la cellule rénale. Et nous avons eu le bonheur de faire traverser sans encombre à notre malade plusieurs attaques successives d'asystolie sans trop de mal pour son cœur qui est aujourd'hui plus régulier, par le choix judicieux que nous avons fait des médicaments en nous basant sur l'observation clinique.

2° *Le médicament.* — Les remarques que je viens de faire suffisent à nous convaincre de l'importance du médicament au point de vue thérapeutique. Mais il y a aussi le côté pharmacologique.

Ainsi, la *digitale*: quelle préparation doit avoir la préférence.

Est-ce la teinture?... est-ce l'infusion?... est-ce la digitaline pure?... Je n'hésite pas, comme vient de le dire notre confrère Dubé, à me prononcer en faveur de cette dernière contre toutes les autres préparations du même genre.

Car, si vous voulez avoir un effet prompt et sûr, il faut que vous connaissiez exactement le titrage de votre préparation. Or, il est absolument impossible, à l'heure actuelle, à Montréal, de savoir exactement la quantité de principes actifs contenus dans une teinture ou une infusion de digitale. Les pharmaciens, ici, qui sont plutôt des commerçants que des chimistes, achètent et vendent les produits dont ils ne connaissent ni l'âge, ni la qualité, du moins un trop grand nombre. La conséquence est que le médecin prescrit le plus souvent un produit inférieur dont il n'obtient que des effets médiocres, quand, par hasard il en obtient.

Tout médecin qui trouve une indication de prescrire la digitale devrait ne pas prescrire autre chose que la *digitaline pure cristallisée de Nativelle*, qui se vend en solution alcoolique et en quantité voulue.

Elle est exactement titrée à 1 milligramme de digitaline

dans 50 gouttes de solution que l'on prescrit en une ou plusieurs doses, suivant les indications spéciales à chaque cas. D'ailleurs, le docteur Dubé nous a donné tous les détails et il serait superflu d'insister davantage.

Quant aux autres médicaments, leur mode d'action connu de tous dit assez dans quels cas ils sont indiqués.

L'observation succincte que je viens de rapporter le démontre sommairement.

Un autre point est celui de l'*indication de la digitale*. Il est pour ainsi dire, de règle, ici, chaque fois que l'on a fait un diagnostic de maladie de cœur, de prescrire la digitale. On ne se demande pas si le cœur est insuffisant ou non. Maladie de cœur: digitale.

Et bien! c'est une pratique pernicieuse pour le malade et pour le médecin, contre laquelle nous devons réagir. Elle expose le malade aux dangers d'une intoxication par accumulation, et elle prive le médecin d'un médicament précieux aux premières comme aux dernières phases de l'insuffisance réelle. Le cœur s'habitue à ce médicament par l'usage intempestif que l'on en fait, et il ne réagit plus, même sous l'influence de fortes doses, lorsque l'*indication réelle* de l'administrer se présente.

Il faut, pour qu'il y ait indication de donner la digitale, attendre les signes d'insuffisance — œdèmes partiels ou généralisés — si bien mis en évidence par mon confrère Dubé.

3° *Le régime*. — D'une manière générale, le lait est indiqué dans tous ces cas.

Comme vient de le dire mon ami Mercier, le mode d'action du lait dans ces cas, qui est merveilleux, repose dans la diurèse qu'il provoque grâce à sa pauvreté en chlorures.

En effet, nous savons depuis peu, grâce aux travaux de Widal et Javal, son interne, que c'est le *chlorure de sodium* qui provoque les œdèmes partiels ou généralisés que nous observons chez ces malades.

Et la chose est facile à démontrer. Mettez un de ces malades au lait; il va très bien. Ajoutez 10 grammes de chlorure de sodium par jour à la quantité de lait de la veille et vous allez voir les œdèmes apparaître rapidement et aug-

menter dans des proportions alarmantes: retranchez ce supplément de 10 grammes de chlorure de sodium et tout disparaît graduellement.

Ce nouveau point de pathogénie a permis aux mêmes auteurs de dresser un menu tout à fait nouveau à l'usage des asystoliques.

C'est ainsi que ces malades peuvent impunément manger de la viande crue, des pommes de terre, du pain, du beurre, de la crème, des œufs, *pourvu qu'on se dispense de sel.*

La malade dont je vous ai parlé plus haut a suivi ce régime avec profit, car elle éprouve un véritable dégoût pour le lait.

C'est une conquête nouvelle très précieuse, car l'indication pressante du lait dans ces cas est souvent impossible à réaliser à cause de la répugnance des malades pour cet aliment précieux. Nous aurons donc à l'avenir un moyen facile de tourner l'obstacle tout en agissant avec sécurité.

Je constate avec plaisir que le régime préconisé par mon ami Dubé s'inspire des mêmes idées et je suis particulièrement heureux qu'il nous ait communiqué, ce soir, les résultats de son observation courante.

Ce sont là des choses intéressantes et pratiques.

En général, on ne fait pas assez de médecine ici. Les chirurgiens ont le monopole de la discussion; pourquoi les médecins n'en feraient-ils pas autant. Il n'y a rien de salutaire comme l'émulation. Je convie donc mes confrères médecins à suivre l'exemple de notre confrère et ami Dubé, et de nous donner, comme ce soir le résultat de leurs observations journalières. C'est le moyen le plus expéditif en même temps que le plus profitable de nous instruire les uns les autres.

M. VALIN est en faveur de la digitale dans le traitement de l'asystolie, cependant, il fait exception pour les malades, fort rares heureusement, qui souffrent d'insuffisance tricuspidiennne. Il cite le fait que durant son séjour à Paris, le professeur Potain avait l'habitude de donner la digitaline en injections sous-cutanées.

M. DUBÉ remercie ses confrères des remarques bienveillantes qu'ils ont faites. Il rappelle en passant que durant son

séjour en France, il a remarqué que le professeur Potain avait abandonné la méthode sous-cutanée à cause de la douleur provoquée.

III. M. FOUCHER rapporte l'observation d'un malade souffrant d'*iritis rhumatismale* très marquée et guérie par des injections sous-cutanées locales de salicylate de soude à la dose de 0 gr. 10 centigrammes, cette observation est du docteur

J.-P. DÉCARIE,
Correspondant.

INTERETS PROFESSIONNELS

LA PRATIQUE DE LA MEDECINE SANS LICENCE A MONTREAL

Un seul mot aux intéressés.

Nous ne nous attarderons pas à de longues considérations sur les privilèges attachés à la licence-provinciale. Nous voulons simplement attirer l'attention du public médical régulier sur l'audace de certains médecins *non licenciés* qui exercent leur profession au milieu de nous comme si l'impunité les couvrirait d'une préférence spéciale.

Des médecins parfaitement qualifiés ont été lésés dans leurs intrêts à la suite d'une concurrence déloyale de la part de ces guérisseurs qui jugent à propos d'enfreindre les lois sous les yeux même des législateurs.

Nous croyons qu'il est temps d'intervenir afin de faire disparaître l'équivoque — s'il y en a — et de demander l'application stricte de la loi qui régit la pratique de la médecine dans cette province.

Donc, tous les médecins qui connaissent, dans leur entourage, des prétendus confrères qui exercent sans licence sont priés de faire parvenir le nom et l'adresse du monsieur irrégulier. Il suffit de faire une plainte auprès du registraire, M. le docteur Marsolais, qui se fera un devoir de faire rendre justice à qui de droit.

Il est du devoir d'un chacun d'agir ainsi par intérêt public.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES 1903

	PAGE		PAGE
A			
<i>Albumine</i> ou liquide céphalo rachidien dans les méningites chroniques	617	<i>Bernheim</i> —Les dispensaires anti-tuberculeux ; 1 vol. chez Rous. sel	443
<i>Albumine</i> —Recherche simple de l'	314	<i>Bernheim</i> — L'administration intestinale des médicaments chez Maloine ; 1 vol.	449
<i>Albumine</i> —Sa valeur pathologique	482	<i>Bl. morragie</i> —Copahu cubèbe et santal dans la	61
<i>Alcool</i> —Produit de distillation des matières fécales.....	487	<i>Bleu de Méthylène</i> — Son emploi thérapeutique	437
<i>Aliénés au Canada</i> d'après les recensements officiels	270	<i>Bleu de Méthylène</i> Dans l'entérite ulcéreuse des tuberculeux.....	496
<i>Allaitement</i> —Dans ses rapports avec les états pathologiques.	371	<i>Boucharil</i> — Traité de pathologie générale chez Masson. Tôme VI	316
<i>Amygdalite chronique</i> —Traitement chirurgical de l'	307	<i>Boucharil et Brassoul</i> —Traité de médecine, 2e édition chez Masson, Cie	317
<i>Anatomie pathologique</i> — Importance de l'.....	163	<i>Brouardel</i> — La profession médicale au XXe siècle.....	256
<i>Antipyrine</i> —Incompatibilités	314	C	
<i>Appendicite</i> —Traitement de l'	254	<i>Calomel</i> et lithiase biliaire avec ictère	488
<i>Appendicite</i> — La toxi-infection dans l'	380	<i>Cancer</i> intestinal du jeune âge.....	509
<i>Appendicite</i> —Intervention dans l'	495	<i>Cancers et Rayons X</i>	498
<i>Appendicite</i> à la campagne.....	60	<i>Cancroïde</i> ulcéré de la peau.....	316
<i>Argyl, Robertson</i> —Des rapports de l'irrégularité pupillaire et du signe d'	60	<i>Capsules surrénales</i> et hémorragie secondaire.....	382
<i>Asytolie</i> —Traitement de l'.....	706	<i>Chervin</i> — Bégaiement et autres maladies fonctionnelles de la parole	508
<i>Arthrite tuberculeuse purulente</i> — Traitement par la méthode de Pbelps	452	<i>Cathétérisme</i> et antiseptie des voies urinaires.....	148, 361, 640
<i>Ataxie locomotrice</i>	653	<i>Chauvinisme médical</i>	121
B			
<i>Baiser quotidien</i> aux Etats-Unis... ..	653	<i>Chlorure d'éthyle</i> —Anesthésie générale au.. ..	381
<i>Banquet</i> des étudiants en médecine	45	<i>Chlorure de sodium</i> dans les néphrites	497
<i>Banquet</i> des médecins	115	<i>Colonne vertébrale</i> —Fracture de la —discussion	683
<i>Bartlow</i> —Maladie de — et allaitement artificiel	211		

	PAGE
<i>Collège des médecins—Séances des</i>	
2 et 3 juillet 1903.....	428, 499
<i>Conjonctivite granuleuse — Traite-</i>	
<i>ment de la.....</i>	65
<i>Copahu—Cubèbe et santal dans</i>	
<i>blennorrhagie.....</i>	61
<i>Contagion et billets de banque....</i>	487
<i>Coqueluche — Formulaire contre</i>	
<i>la.....</i>	127, 479
<i>Coqueluche — Traitement du pa-</i>	
<i>roxysme.....</i>	504
<i>Coryza aigu—Traitement abortif</i>	
<i>du.....</i>	127, 186
<i>Coup de chaleur—Son traitement..</i>	488
<i>Cryoscopie du sang et diagnostique de</i>	
<i>la submersion.....</i>	247
<i>Cytodiagnostic du tabès.....</i>	542

D

<i>Déchéance vitale chez l'enfant de</i>	
<i>nos compagnes.....</i>	132
<i>Déchloruration dans le mal de</i>	
<i>Bright.....</i>	722
<i>Décortication rénale dans le traite-</i>	
<i>ment de l'éclampsie puerpérale</i>	502
<i>Déontologie médicale.....</i>	656
<i>Désiderata—Cours classique—Bill</i>	
<i>Roddick.....</i>	1
<i>Diabète—Traitement du.....</i>	315-657
<i>Diabète—Intervention opératoire</i>	
<i>dans le... ..</i>	368
<i>Diabète et tuberculose pulmo-</i>	
<i>naire.....</i>	657
<i>Diarrhées infantiles—Leur traite-</i>	
<i>ment par les solutions de géla-</i>	
<i>tine.....</i>	732
<i>Différenciation du sang par le sé-</i>	
<i>rum spécifique... ..</i>	157
<i>Digestion—La philosophie de la—</i>	
<i>Intestin suppléant à l'estomac..</i>	193
<i>Diphthérie—Injections préventives</i>	
<i>de sérum dans la.....</i>	370
<i>Dyspepsie des enfants en bas âge..</i>	253

E

<i>Eau potable—Épuration de l'—par</i>	
<i>les filtres municipaux.....</i>	691
<i>Eclampsie puerpérale—Pathogénie</i>	
<i>et traitement de l'.....</i>	458

	PAGE
<i>Eclampsie puerpérale—Traitement</i>	
<i>de—par la décortication rénale..</i>	502
<i>Ecrémage—Influence de l'—sur les</i>	
<i>éléments constitutifs du lait....</i>	208
<i>Endométrite septique puerpérale..</i>	474
<i>Entérite ulcéreuse des tuberculeux</i>	
<i>et bleu de méthylène.....</i>	496
<i>Empoisonnement—Conduite à sui-</i>	
<i>vre.....</i>	411
<i>Empyème ouvert spontanément</i>	
<i>dans l'estomac.....</i>	702
<i>Enseignement universitaire.....</i>	163
<i>Epilepsie—Résultats de la chirur-</i>	
<i>gie cérébrale dans l'.....</i>	664
<i>Eugénine et vers intestinaux.....</i>	315
<i>Estomac—Extirpation de l'.....</i>	723

F

<i>Furus.....</i>	306
<i>Fièvre—de la—dans la grossesse..</i>	209
<i>Fièvre typhoïde—Sérothérapie de la</i>	153
<i>Fièvre typhoïde—Les troubles in-</i>	
<i>tellectuels de la—chez l'enfant</i>	608
<i>Foeticide thérapeutique.....</i>	489
<i>Formuline — Les injections de—</i>	
<i>dans le sarcome du naso-pha-</i>	
<i>rynx et au cours de la septicé-</i>	
<i>mie.....</i>	436, 502
<i>Fursac—Manuel de Psychiatrie... 128</i>	

G

<i>Gastro-entérostomie—Deux obser-</i>	
<i>vations de.....</i>	624
<i>Gastro-entérite—Traitement de la—</i>	
<i>chez les enfants.....</i>	356, 468
<i>Gélatine—Dans le traitement des</i>	
<i>diarrhées infantiles.....</i>	732
<i>Glossaire Médical.....</i>	128
<i>Gomme spécifique du voile du pa-</i>	
<i>lais.....</i>	690
<i>Godin—Recherches anthropomé-</i>	
<i>triques sur la croissance des</i>	
<i>diverses parties du corps : chez</i>	
<i>Maloine.....</i>	318
<i>Grossesse—De l'interruption thé-</i>	
<i>rapeutique de la.....</i>	399
<i>Guibal—Guide du médecin prati-</i>	
<i>cien.....</i>	256

H	PAGE
<i>Hémoptysies</i> —Traitement des—de la tuberculose.....	415
<i>Hémorroïdes</i> —Formules contre les.....	507
<i>Hémorragie</i> secondaire après l'usage d'extrait de capsules surréniales.....	382
<i>Hernies</i> <i>propéritonéales</i> et réduction en bloc.....	588
<i>Hôpital Notre-Dame</i> —Eloge de l'.....	633
<i>Hydrothérapie</i> dans la tuberculose pulmonaire.....	719
<i>Hygiène</i> au Japon.....	602

I

<i>Ictère lithiasique</i> et ictère néoplasique.....	509
<i>Incontinence d'urine</i> chez l'enfant; une variété rare.....	727
<i>Incontinence d'urine</i> et végétations adénoïdes.....	382
<i>Infection purpurale</i> — Traitement de l'.....	230
<i>Infection gastro-intestinale</i> de l'enfance et accidents méningitiques.....	319
<i>Influence</i> du moral sur le physique.....	101
<i>Injectons interstitielles</i> de paraffine pour la correction de certaines difformités.....	675
<i>Inversion utérine</i> — Réduction et guérison.....	44
<i>Intolérance</i> d'un enfant vis-à-vis du lait de sa mère.....	607
<i>Intoxication saturnine</i> chez l'enfant.....	63

J

<i>Janet</i> —Les obsessions et la psychasténie, chez Alcan.....	316
--	-----

K

<i>Kystes</i> du rein.....	571
----------------------------	-----

L

	PAGE
<i>Labbé</i> —Le cyto-diagnostic, I vol., chez Baillières, fils.....	318
<i>Lait</i> stérilisé, bouilli, pasteurisé, pur; les laits modifiés: préparation, rôle, avantages et dangers; lait crû.....	438, 439, 440
<i>Lait</i> —Son expédition à New-York.....	507
<i>Landonzy</i> —Glossaire médical.....	128
<i>Lavages intestinaux</i> — Indications et contre-indications.....	537
<i>Lévement électrique</i> —Indications et contre-indications.....	188
<i>Les débuts</i> d'un praticien.....	
<i>Letulle</i> —La pratique des autopsies.....	569
<i>Licence</i> interprovinciale —173, 198, 290 et.....	375
<i>Lithiase biliaire</i> et calomel.....	488
<i>Lithiase biliaire</i> — Traitement de la.....	647

M

<i>Mal de Bright</i> et déchloruration	
<i>Mammite</i> suppurée et gangreneuse chez un nouveau-né.....	129
<i>Mariage</i> —Des garanties sanitaires du.....	667
<i>Marion</i> — Manuel de Technique chirurgicale des opérations courantes chez Maloine.....	318
<i>Marmorick</i> — Le sérum et vaccin antituberculeux de.....	
<i>Médecine</i> —Devons nous vulgariser la.....	540
<i>Médication apéritive</i>	661
<i>Méningite tuberculeuse</i>	21
<i>Métrites</i> —Traitement des.....	40
<i>Métrorrhagies</i> après la ménopause — causes et traitements.....	526
<i>Mort apparente</i> —Traitement de la —chez le nouveau-né.....	407
<i>Morts</i> —La résurrection des.....	415
<i>Mortalité infantile</i> à Montréal.....	12

N

<i>Nécrologie</i> du Dr Morin.....	567
<i>Nécrose</i> du testicule et oreillons.....	48

PAGE	PAGE		
<i>Néphrite interstitielle</i> — diagnostic précoce de la.....	248	<i>Pneumonie aiguë</i> chez l'enfant, l'adulte, le vieillard, la femme enceinte, les bossus, les cardiaques et les alcooliques.....	522
<i>Néphrite interstitielle</i> —Le chlorure de sodium dans la.....	407	<i>Polype</i> du nez.....	6-8
<i>Neurasthénie</i> —Traitement de la...	230	<i>Profession médicale</i> —La.....	75, 82
<i>Nourrisson</i> —Hygiène alimentaire du.....	312	<i>Psoriasis</i> — Quelques remarques pratiques au sujet d'un cas de...	275
<i>Nouveau-né</i> — Traitement de la mort apparente du.....	407	<i>Psychiatrie</i> —Manuel de.....	128
<i>Nouveau-né</i> —Traitement de la syphilis du.....	724	R	
<i>Nouveau-né</i> —La constipation chez le.....	725	<i>Rayons X et cancers</i>	498
O		<i>Réflexe</i> plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire.....	312
<i>Oedèmes partiels</i> , leur valeur diagnostique au début de l'autointoxication gravidique.....	614	<i>Résécution</i> d'une grande partie du cerveau sans résultats apparents.....	501
<i>Ouvillons</i> et nécrose du testicule...	482	<i>Rétrécissement mitral</i> —L'oreillette gauche dans le.....	577
<i>Ostéo-Myélite</i> —Traitement de l'— par le plombage des os.....	740	<i>Rétrécissement mitral</i> dans ses rapports avec la grossesse.....	674
P		<i>Rupture</i> de la vessie.....	139
<i>Paraffin</i> —Les injections interstitielles de — pour la correction de certaines difformités.....	695	<i>Rhumatisme articulaire aigu</i> — Traitement du.....	190
<i>Paralyse générale</i> —Ses rapports avec les névroses.....	501, 563	S	
<i>Paralyse diphtérique</i> du voile du palais traitée par des injections de strychnine.....	535	<i>Sarcôme</i> du naso-pharynx guéri par les injections de formaline.....	456
<i>Pengawar djambi</i> —Agent hémostatique dans les opérations nasales.....	382	<i>Saturnisme</i> chez l'enfant.....	63, 603
<i>Perforations intestinales traumatiques</i> —discussion.....	685	<i>Saturnisme</i> —Son traitement par l'huile d'olive.....	495
<i>Plegmon</i> profond de la paroi abdominale dû à un corps étranger venu de l'intestin.....	612	<i>Saturnisme</i> —Deux épidémies.....	512
<i>Pied-bot</i> —Le traitement du.....	445	<i>Saulieu et Dubois</i> — Conférences pour l'Internat des hopitaux de Paris.....	508
<i>Pleurésie</i> —Traitement de la.....	095	<i>Sciatique</i> —Traitement de la.....	33
<i>Phlegmata alba dolens</i> —Des accidents pleuraux - pulmonaires pendant les suites de couches précurseurs de la.....	600	<i>Sciaticques</i> — pathogénie. Traitement par les injections gazeuses.....	618
<i>Plombage des os</i> —comme traitement de l'ostéo-myélite.....		<i>Scrotum</i> —Lymphangiectasie du.....	307
		<i>Schede</i> —Nécrologie du professeur.....	303
		<i>Sécrétion lactée</i> — remplaçant les règles chez une jeune fille vierge.....	535
		<i>Sécrétion sudorale</i> dans la tuberculose pulmonaire.....	605
		<i>Septicémie puerpérale</i> — Traitement actuel.....	503
		<i>Sérolithérapie</i> et Tétanos.....	62

	PAGE
<i>Sérothérapie</i> de la fièvre typhoïde.....	153
<i>Sérum gélatiné</i> —A l'Académie de médecine.....	283, 493
<i>Sérum</i> et différenciation du sang.....	157
<i>Sérum</i> et vaccin antituberculeux de Marmoreck.....	735
<i>Sexes</i> — La procréation des — à volonté.....	285
<i>Société Médicale</i> de Montréal, 48, 97, 100, 106, 122, 125, 170, 171, 240, 242, 306, 309, 627, 683, 691, 746.	
<i>Société médicale</i> du comté de Shefford.....	545, 547
<i>Sonde œsophagienne</i> chez les aliénés.....	664
<i>Syphilis</i> acquise du nez et du pharynx.....	530
<i>Syphilis</i> —Inoculation de la — au singe.....	539
<i>Syphilis</i> et immunité.....	369
<i>Syphilis</i> et réinfection.....	481
<i>Syphilis</i> —Traitement de la—chez le nouveau-né.....	724
<i>Tabès</i> et cyto-diagnostic.....	542
<i>Tabès</i> —Patogénie du.....	665
<i>Tabès dorsalis</i> et aortite.....	665
<i>Tarsectomie cunéiforme</i> et opération de Phelps.....	257
<i>Teigne</i> —Traitement de la—sans épilation.....	723
<i>Testicule</i> —Nécrose totale d'un — consécutive aux oreillons.....	482
<i>Tétanos</i> et sérothérapie.....	62
<i>Tétanos</i> —Le traitement du.....	422
<i>Théobromine</i> — comme hypnagogue au cours de certaines cardiopathies artérielles.....	730
<i>Thymus</i> hypertrophie du—et mort subite.....	305
<i>Tricophytie</i> du cuir chevelu.....	690
<i>Traitement mercuriel</i> chez les tabétiques.....	665
<i>Troubles intellectuels</i> transitoires de la fièvre typhoïde chez l'enfant.....	608
<i>Tuberculose pulmonaire</i> et hydrothérapie.....	719

	PAGE
<i>Tuberculose</i> du placenta et présence du bacille dans les organes du fœtus.....	615
<i>Tuberculose</i> —propagation de la—par les bacilles contenus dans les selles.....	249
<i>Tuberculose</i> —Aspect économique de la question de la—au Canada.....	260
<i>Tuberculose</i> —La ligne contre la....	
<i>Tuberculose</i> —Dans les sanatoria.....	378, 494

U

<i>Ulcérations</i> —Diagnostic des — de la gorge et des pharynx.....	381
<i>Ulcère</i> de l'estomac—Traitement de l'.....	255
<i>Université Laval</i>	90, 94

V

<i>Vaccin</i> —Considérations sur la variole et le.....	383
<i>Van Schaick</i> —Regional minor Surgery.....	508
<i>Variole</i> — Considérations sur le vaccin et la.....	383
<i>Végétations adénoïdes</i> et incontinence d'urine.....	382
<i>Vers intestinaux</i> — Traitement des.....	441
<i>Vertige</i> réflexe d'origine nasale.....	436
<i>Vessie</i> —Rupture de la.....	139
<i>Voies urinaires</i> —Cathétérisme et antiseptie des.....	148, 361, 640
<i>Voile du palais</i> —Traitement de la paralysie diphtérique du — par les injections de strychnine.....	535
<i>Vomissements gravidiques</i>	252

W

<i>Waldeyer</i> — L'anneau de — porte d'entrée de différentes infections.....	250
---	-----