

PAGES

MANQUANTES

Le

Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE

UNE PIASTRE PAR ANNEE.

MEDECINE

CHIRURGIE

SANTÉ

THERAPEUTIQUE

Sommaire

La Typho-Bacillose. par M. le Professeur LANDOUZY, doyen de la Faculté de Paris 417

Les troubles de la nutrition et l'asciiose des adolescents. par M. le Professeur HUTINEL 425

La physiologie, la pathologie et la thérapeutique des anémies par M. le Dr E. LECAVELIER 429

Les abcès du cerveau à longue évolution, par M. le Professeur Ohauffard 444

Les nouveaux traitements du Cancer, par M. le Professeur TUFFIER 449

60 interventions pour grossesse extra-utérine 450

La Sérothérapie des né-

phrites. par M. le Professeur TESSIER 451

La Pathogénie et le traitement des séborrhées par M. le Professeur HALLOPEAU 452

Qu'est-ce que les lipoides et quels sont leurs rôles 453

390 observations de diphtérie 454

Le progrès de la chirurgie moderne 455

Le sang, la maladie de Basedow 456

Une affection zoniforme de pneumogastrique

La guérison subite des dyspeptiques

L'Association Médicale de Joliette 458

Nouvelles 465



LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LTEE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

SIROP : une cuillerée à soupe à chaque repas
pour le Can. de Rougier Frères, 63, Notre-Dame Est, Montréal.
pour les États-Unis Fougère & Cie, 90, Beckmann Street, N. Y.

DEP 978

LE MONTREAL MÉDICAL

Vol. 8

25 Novembre 1908

N° 9

La Typho-Bacillose

PAR H. LE PROFESSEUR L. LANDOUZY

J'étudie, dans la présente note, un type de tuberculose aiguë que j'ai décrit il y a de longues années déjà.

Ce type, pour avoir, d'après la description que j'en donnais, été rencontré et reconnu dans la clientèle civile et militaire, en France et à l'étranger, ne me paraît pas avoir été suffisamment retenu par les nosographes.

Je considère la typho-bacillose comme un des types les plus nets et les plus tranchés sous lesquels, anatomiquement et cliniquement, peut se présenter aigüment la septicémie bacillaire de Koch.

A l'époque où je décrivais la typho-bacillose, il était classique, parmi les expressions anatomo-cliniques, à évolution aiguë ou subaiguë de la tuberculose, de distinguer et de décrire deux types :

1° Dans le premier type, prenant la forme de broncho-pneumonie caséuse, la tuberculose met quelques semaines ou quelques mois à réaliser, au moyen d'identiques lésions anatomiques d'infiltration et de ramollissement, d'ulcération et de fonte caséuse, le même tableau qu'elle réalise en plusieurs années, sous les traits classique de la phtisie vulgaire : c'est la phtisie galopante.

D'autres fois, prenant la forme de pneumonie caséuse, et menant plus tôt à la mort, la tuberculose, toute caséifiante qu'elle est, n'a pas le temps s'aboutir aux processus ulcéreux et cavitaires.

Tels sont les deux aspects de la phtisie aiguë caséuse.

2° Dans le second type, l'évolution est plus hâtive, la germination de la graine se fait plus vite encore.

Que l'infection se généralise d'emblée, ou que la dissémination bacillaire ait pour point de départ un foyer tuberculeux ancien, la tuberculose revêt l'allure d'une maladie infectieuse générale, rapidement et fatalement mortelle. Faisant cortège à un état typhoïde, éclatent bruyamment toute une série de troubles fonctionnels, circonscrits ou diffus, le plus souvent diffus et complexes, portant, ensemble ou séparément, sur les appareils respiratoire, nerveux ou digestif. L'intoxication générale de l'organisme et la diffusion des lésions tuent trop vite pour que ces lésions aient le temps d'évoluer jusqu'à leur terme naturel, conglomération et caséification des follicules. Aussi, l'autopsie montre-t-elle des lésions toutes différentes de celles de la phtisie aiguë caséuse. Il s'agit ici d'une efflorescence d'innombrables granulations miliaires, jeunes,; plus ou moins diffuses celles-ci se disséminent massivement sur les divers appareils dont la réaction fonctionnelle impose à la maladie l'une des formes respiratoire, nerveuse ou abdominale, qui sont les principales modalités cliniques; c'est la phtisie aiguë granulique, ou granulie d'Empis.

3° A côté de ces faits, bien en dehors d'eux, j'en révélais d'autres dans lesquels la toxi-infection bacillaire se présentait sous des traits si tranchés, qu'elle constituait un nouveau type de septicémie bacillaire, nettement distinct des précédents.

Ce troisième type, la typho-bacillose, se dénonce exclusivement par un état typhoïde, avec fièvre continue et splénomégalie, sans signes de localisations viscérales.

A première vue, la ressemblance est frappante avec la fièvre typhoïde éberthienne, et l'on comprend aisément comment ces deux états typhoïdes ont été si longtemps, et sont encore si souvent confondus. Seules, des nuances symptomatiques permettent de les différencier :

C'est, d'abord, l'irrégularité de la courbe thermique; celle-ci, pour être continue comme dans la fièvre éberthienne, montre des oscillations plus considérables, avec

des irrégularités d'un jour à l'autre ou d'une semaine à l'autre. C'est, en second lieu, la dissociation du pouls et de la température, le pouls étant d'ordinaire beaucoup plus accéléré chez les éberthiens. C'est encore, et surtout, l'absence de signes de localisations viscérales : absence de catarrhe pharyngé et bronchitique (constant chez les éberthiens) ; absence de catarrhe intestinal, aussi bien que de constipation ; absence enfin de taches rosées lenticulaires, dont l'importance est telle qu'il faut, selon moi, tenir pour suspecte toute fièvre typhoïde dans laquelle a manqué l'exanthème.

Lorsque, par exception, cette fièvre continue bacillaire aboutit à la mort en deux, trois, ou quatre septénaires, l'autopsie donne la raison d'être de cette symptomatologie si fruste, comme de cette absence de signes de localisations viscérales. Elle ne montre, en effet, que des lésions congestives et dégénératives, communes à toutes les grandes septicémies ; lésions diffuses, sans majoration sur aucun viscère. C'est à peine si l'on trouve parfois quelques très rares et minimes granulations, du volume de la pointe ou de la tête d'une épingle, isolées, grises et translucides bien insuffisantes pour créer une symptomatologie locale, tout juste suffisantes pour donner à la maladie sa signature.

Ainsi se précise une double différence, anatomique et symptomatique, entre la granulie d'Empis et la typho-bacilliose. L'absence, pour cette dernière, d'éclosion granulique dans tous les organes, et l'absence de symptomatologies locales, pulmonaire, cérébro-spinale ou abdominale, établissent entre ces deux modalités de la septicémie bacillaire aiguë une démarcation parfaitement tranchée.

Un autre caractère, celui-ci évolutif, accentue encore cette démarcation : tandis que la granulie d'Empis est toujours rapidement mortelle, la typho-bacilliose guérit le plus souvent, du moins en tant qu'infection généralisée aiguë. Depuis vingt-cinq ans que mon attention est attirée sur ce type clinique, je n'ai guère vu mourir plus d'une dizaine de typho-bacillaires pendant la période de typhisation.

Dans l'immense majorité des cas, après trois à quatre semaines d'une fièvre continue, accompagnée de prostration

plus ou moins accusée, allant habituellement jusqu'à l'état typhoïde avéré, avec sécheresse de la langue, avec hypertrophie plus ou moins nette de la rate (état pour lequel on porte, suivant l'intensité des manifestations, le diagnostic de fièvre typhoïde, de typhoïdette ou d'embarras gastrique fébrile), le malade entre en convalescence.

Mais, généralement, cette convalescence n'est pas franche ; le malade ne reprend pas son entrain ; le bel appétit des dothiésentériques convalescents ne se manifeste pas ; l'amaigrissement persiste. Au bout de quelques semaines ou de longs mois apparaissent brusquement ou sourdement des signes d'une localisation tuberculeuse, pulmonaire ou pleurale le plus souvent, assez fréquemment méningée chez l'enfant.

A cet égard, et pour mieux fixer cette évolution, j'évoquerai, en quelques lignes, trois observations démonstratives, que j'ai suivies il y a déjà dix-huit ans. Elles se rapportent à l'enfance et à l'adolescence, âges auxquels la typhobacillose s'observe principalement, et plus fréquemment qu'on ne pense.

Un enfant de sept ans, sans antécédents morbides, est atteint d'une maladie aiguë fébrile, absolument semblable à une fièvre typhoïde de moyenne intensité, sauf l'absence de catarrhe et de taches rosées. Au quatrième septénaire, l'enfant entre en convalescence et on l'emmène à la campagne ; il en revient bien portant, moins joufflu et moins vaillant pourtant que ne le sont d'ordinaire les enfants qui viennent d'avoir une dothiésentérie. L'hiver se passe sans encombre ; puis, un beau matin l'enfant est pris de malaise, de céphalée, de vomissements, de fièvre, de convulsions ; en quelques jours, il est emporté par une méningite tuberculeuse.

Même drame, en deux actes, chez une fillette qui fait, à huit ans, une fièvre typhoïde (?) légère, sans taches rosées, sans catarrhe intestinal ; sept semaines après, première bronchite sévère, tenace, fébrile, du sommet droit ; deux ans après, série de petites bronchites fébriles, et mort, l'année suivante, à douze ans, de méningite tuberculeuse.

Histoire analogue encore, chez une jeune femme de vingt ans, qui, au retour de son voyage de nocces, présente une maladie aiguë, typhoïde, sans taches rosées, avec courbe thermique irrégulière. Au trentième jour, la convalescence commence, mais péniblement ; les forces ne reviennent pas, l'appétit languit, la mine reste mauvaise ; la malade commence à tousser ; un mois plus tard, je constate de l'induration du sommet droit, et je trouve des bacilles dans les crachats. L'évolution continue, inexorable, et emporte la jeune femme en six mois.

Parfois, la convalescence qui suit la typho-bacillose paraît tout à fait franche et de bon aloi ; l'apyrexie est complète, on touche à la guérison ; et cependant, ici encore, on voit survenir, plus ou moins tard, plus ou moins bruyamment, une localisation tuberculeuse.

Telle l'histoire, entre autres, d'un de mes anciens malades de l'hôpital de la Charité, entré à l'hôpital avec tout le cortège symptomatique d'une fièvre typhoïde, *moins les taches rosées* ; la maladie évolue, la température baisse, l'apyrexie survient, la convalescence commence ; on songe à envoyer le malade à la campagne, lorsque survient une pleurésie gauche qui nécessite deux ponctions.

C'est qu'en effet, ils sont le petit nombre, les typho-bacillaires qui guérissent complètement, définitivement.

Presque toujours les typhiques bacillaires, guéris de leur fièvre, demeurent en gestation de tuberculose ; et quelques semaines, quelques mois ou plusieurs années après la septicémie aiguë initiale, ils se démasquent tuberculeux. Comme je l'écrivais il y a vingt ans, c'est donc seulement « après avoir fait un certain temps de stage dans la bacillose que le typho-bacillaire entre dans l'anatomie pathologique et la symptomatologie tuberculeuses ».

Parfois ce passage se fait insensiblement, sans la transition d'une convalescence, même ébauchée : le malade reste en proie à une fièvre continue, en même temps que s'esquisse et que, peu à peu, s'affirme la germination de tubercules. Les signes de localisations apparaissent, le plus sou-

vent, sous forme d'infiltration d'un ou des sommets, décelables à la percussion et à l'auscultation

C'est le cas de plusieurs de mes malades qui, atteints de typho-bacillose au printemps, sans aucune manifestation locale, succombaient l'hiver, avec des cavernes pulmonaires, après dix mois de fièvre continue, sans avoir quitté leur lit.

La notion que nous avons aujourd'hui de la typho-bacillose nous conduit à faire le pronostic en deux temps : *quoad vitam*, et *quoad futurum* ; et ce dernier apparaît le plus important, la mort étant rare pendant le premier acte de la maladie. On doit se souvenir que le typho-bacillaire, convalescent ou apparemment guéri, est toujours en imminence de détermination tuberculeuses ; ce qui a pu nous faire dire, qu'en somme, à envisager le pronostic de la typho-bacillose *quoad vitam*, il est moins sévère que celui de la dothiéntérie, tandis qu'il est singulièrement plus grave à l'envisager *quoad futurum*.

Telle est la typho-bacillose que, en me basant sur les seules données de l'anatomo-clinique, je décrivais, il y a vingt-cinq ans, comme type distinct et bien individualisé d'infection bacillaire aiguë.

Si un certain nombre d'auteurs ont reconnu le bien-fondé de cette description, et apporté des observations confirmatives, il s'en faut que l'accord ait été unanime.

On m'a objecté que mes soi-disant typho-bacillaires n'étaient que des dothiéntériques, et que, s'ils devenaient ultérieurement tuberculeux, c'était par le fait d'une association ou d'une succession microbienne. On ne manquait pas de considérer mes anciens typho-bacillaires devenus tuberculeux comme des dothiéntériques qui, à l'hôpital, avaient été contaminés par leurs voisins de lit phtisiques.

On ne concevait pas la possibilité de guérison de cette fièvre infectieuse aiguë tuberculeuse, à laquelle on voulait appliquer le pronostic toujours fatal de la phtisie aiguë granuleuse d'Empis.

Ce qui donnait à cette objection quelque apparence de raison, c'était la délicatesse des nuances symptomatiques sur

lesquelles, seules, je pouvais me baser pour différencier les typhiques, bacillaires et les typhiques éberthiens.

C'est qu'en effet, à l'époque où je décrivais, pour la première fois, la typho-bacillose (1883), le bacille de Koch n'était découvert que depuis un an, et le bacille d'Eberth était à peine isolé ; nous ne possédions encore aucune technique permettant de poser, avec certitude, un diagnostic clinique de fièvre typhoïde ou de bacillose.

Il nous fallait nous contenter des nuances symptomatiques que je rappelais plus haut ; il nous fallait surtout nous baser sur l'évolution, et suspecter ces soi-disant fièvres typhoïdes récidivantes ou traînantes.

Mais, aujourd'hui, les méthodes de laboratoire découvertes depuis dix à quinze ans, et entrées dans la pratique courante dans ces dernières années, ont à la fois apporté la démonstration scientifique de l'existence de la typho-bacillose, et facilité singulièrement son diagnostic.

D'une part, nous pouvons établir avec une certitude absolue tout diagnostic de fièvre typhoïde à bacille d'Eberth : par la recherche du microbe pathogène dans les fèces ; par la séro-réaction de Widal, et surtout par l'hémoculture. Ces mêmes méthodes permettent de reconnaître, avec la même certitude, les maladies causées par les bacilles para-typhiques.

D'autre part, l'inoculation au cobaye de sang recueilli dans la veine, aidée de la séro-réaction de S. Arloing et P. Courmont, de l'oculo-diagnostic de Calmette et Guérin, de l'inoscopie de Jousset, permettent de mettre en évidence avec certitude les septicémies à bacilles de Koch.

Appliquées au diagnostic de la typho-bacillose, ces méthodes de laboratoire apportent à la Clinique un adjuvant précieux, indispensable même, pour donner une certitude. Elles permettent d'éliminer le diagnostic de fièvre éberthienne, et souvent de saisir sur le vif l'agent causal de la maladie, le bacille de Koch.

Est-il nécessaire, pour ajouter à toutes ces preuves une preuve de plus de l'individualisation de la typho-bacillose, de dire que l'expérimentation a pu en reproduire, chez l'ani-

mal, les différentes modalités anatomiques symptomatiques et évolutives ?

En 1888, Yersin a montré que les lapins inoculés dans la veine avec une culture de bacilles tuberculeux aviaires meurent, en douze à vingt-sept jours, après avoir présenté des symptômes d'une infection aiguë : fièvre, abatement, abaissement. A l'autopsie, on ne constate que des lésions congestives et dégénératives, sans granulations, ni tubercules microscopiques. Straus, et Gamaleïa, puis Pilliet, ont eu des résultats identiques chez le cobaye et le lapin.

Récemment, Gougerot a réalisé chez le lapin, d'une façon encore plus complète, le tableau anatomo-clinique et évolutif de la typho-bacillose. Non seulement il a reproduit, comme Yersin, la forme rapidement mortelle, avec exceptionnelles granulations à l'autopsie ; mais encore, il a réalisé la forme habituelle chez l'homme, évoluant en deux temps : d'abord, phase aiguë typhoïde, qui semble guérir ; puis, après rémission plus ou moins longue et plus ou moins complète, tuberculose aiguë ou chronique avec ses vulgaires lésions tuberculo-caséuses. Dans un cas même, Gougerot a vu un de ses lapins inoculés dans la veine auriculaire présenter une phase aiguë de typho-bacillose, puis guérir définitivement.

Ces expériences, en réalisant les diverses modalités évolutives de la typho-bacillose, ont fourni des exemples remarquables de la succession, sur un même animal, de types différents d'infection à bacilles de Koch : après un période de typho-bacillose, avec lésions du type Yersin (c'est-à-dire sans productions folliculaires), ces animaux sont morts tuberculeux, avec lésions du type Villemin (c'est-à-dire avec productions folliculaires). Comme l'écrit Gougerot : « Le type Villemin a succédé au type Yersin ; de même que, dans la typho-bacillose de l'homme, le type Laënnec succède au type Landouzy ».

Je ne pense pas, qu'après ces preuves nouvelles apportées par les recherches de laboratoire et par l'expérimentation, on puisse encore douter de l'entité morbide que j'ai

individualisée sous le nom de typho-bacillose, ou de fièvre bacillaire, non granulique, à forme typhoïde.

Cette appellation a l'avantage d'être, suivant la méthode des Encyclopédistes, une brève description plutôt qu'une définition, puisqu'elle renferme à la fois l'idée étiologique, pathogénique, anatomo-pathologique, et symptomatologique, que nous nous faisons de la typho-bacillose.

Les Troubles de Nutrition

dans la scoliose des adolescents

PAR M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Les troubles de nutrition sont fréquemment installés à la racine de la scoliose. M. Hutinel présente quatre filles où les altérations nutritives sont portées à des degrés diversement accusés. La première, âgée de treize ans, est une bacillaire avec respiration soufflante et prolongée au sommet gauche. En plus l'estomac est clapotant ; on note des maux de tête, avec albuminurie urinaire appréciable et qui persiste. La scoliose dorsale qu'elle présente est à convexité droite. Une seconde fille a quinze ans ; fille d'un père alcoolique, elle a eu la rougeole et une broncho-pneumonie consécutive. Régliée depuis un an, ses époques sont irrégulières. Des douleurs siègent au creux épigastrique, les digestions sont lentes, un état nauséux suit les repas. Les urines sont albumineuses, mais seulement après la station debout (orthostatisme). On remarque une légère scoliose dorsale à convexité droite.

Une troisième fille, âgée de treize ans, a été nourrie au biberon. Elle montre également une scoliose dorsale très lé-

gère à convexité droite. C'est une enfant molle et qui se fatigue vite. Régulée depuis un an elle digère mal, a fréquemment du pyrosis. Le rein droit est abaissé ; on entend un souffle inorganique, mésosystolique au niveau de cœur. Les urines sont légèrement albumineuses.

Une quatrième malade, âgée de quatorze ans, née d'un père alcoolique, a eu successivement dans son premier âge la rougeole et la coqueluche. La scoliose chez elle est également à convexité droite. Des troubles digestifs existent, avec digestions lentes et constipation. La malade a maigri et ses urines renferment de l'albumine (albuminurie ortyostatique). En outre, des lésions de rhumatisme déformant ont envahi les mains et les pieds et un pied plat valgus double amène une fatigue rapide de la marche. ...

Ces quatre malades sont des exemples de ces troubles de nutrition variés qui président à l'apparition de la scoliose. La maladie est surtout fréquente de huit à seize ans et atteint les filles dans la proportion de neuf sur dix. Chez les garçons, la maladie bien plus rare est plus tardive, et aussi plus grave, probablement en raison de la surveillance moindre.

La cause de la maladie est un trouble de nutrition souvent d'origine héréditaire. Des filles de goutteux, de nerveux, d'alcooliques, de tuberculeux (20 0/0), de syphilitiques sont d'ordinaire atteintes ; on ignore au juste pourquoi les garçons échappent plus aisément. Sans doute doivent-ils cette préservation aux exercices musculaires plus violents, à leur nature moins vulnérable.

Les autres causes, telles que les attitudes scolaires défectueuses, l'insuffisance nasale, n'agissent jamais qu'à titre de facteurs occasionnels. Chez les garçons, en effet, exposés à ces mêmes conditions morbides, la déformation vertébrale apparaît rarement. Preuve qu'il faut autre chose pour la faire naître.

De ce trouble de nutrition d'où naît la scoliose, M. Kirmison en a fait une sorte d'équivalent du rachitisme tardif qui survient après ossification des épiphyses des membres, alors que les points d'ossification secondaire des vertèbres

n'ont point encore paru. Il est à remarquer en effet que la plupart des scoliotiques ont des membres supérieurs grêles, un thorax mal venu, le tout reposant sur un bassin large et bien développé. Les enfants sont sans force, sans courage.

Leurs mains violacées sont sujettes aux engelures ; parfois la pointe du cœur est abaissée par suite de l'atonie et de l'abaissement du diaphragme. Cet abaissement du diaphragme explique un phénomène assez souvent observé à l'auscultation du poumon. Lorsque l'enfant est debout, la respiration est affaiblie au sommet et cette diminution du murmure vésiculaire disparaît lorsque l'enfant est couché ; le diaphragme atone, tombant dans la station verticale, se relève dans la position couchée, d'où respiration meilleure des sommets. Avant de conclure à des sommets infiltrés de tuberculose, le praticien devra pratiquer l'auscultation dans la double position couchée et debout.

Les digestions sont troublées par atonie ou hypersécrétion stomacale. Des éructations, des douleurs gastralgiques, un appétit capricieux, de la constipation, parfois des signes d'appendicite chronique sont dépistés. L'assimilation est déficiente. Une certaine anémie peut survenir qui traduit le trouble de l'hématopoïèse comme la scoliose annonce le trouble de l'ossification. Les urines sont albumineuses dans un tiers à un quart des cas ; il s'agit d'albumine orthostatique, plus rarement d'une albuminurie continue, liée à une sorte d'infériorité du protoplasma des cellules rénales. Vers la dix-huitième ou vingtième année, cette altération protoplasmique cède et l'albumine disparaît. On ne constate pas de cylindres urinaires, mais des urines foncées, colorées, une exagération d'acide urique, de phosphates, une diminution de l'urée. Des troubles signalent également le fonctionnement du foie, souvent congestionné, parfois abaissé et imprimant la signature de son vice de fonctionnement dans la teinte subictérique des conjonctives. Les enfants ont des maux de tête, les filles accusent des signes d'hystérie (zones d'anesthésie, impressionnabilité excessive, anorexie mentale), une mensuration irrégulière.

On constate des ptoses viscérales, du rein droit, plus rare-

ment du foie et de l'intestin. Le cœur peut être alaissé par suite de l'abaissement du diaphragme.

De douze à quinze ans, période de suractivité nutritive, tous ces troubles de nutrition apparaissent plus marqués et la scoliose consécutive s'installe.

Quant au *traitement*, à côté du traitement orthopédique avec exercices gradués, des massages, de l'hydrothérapie tiède, des frictions stimulantes sur le rachis, du séjour au bord de la mer ou à la montagne, l'enfant ne se fatiguera pas. Il gardera un repos prolongé, se couchera tôt, se lèvera tard. L'alimentation consistera en féculents, bouillies, pâtes, purées de légumes, œufs, entremets sucrés. On permettra à midi des viandes de boucherie, de la volaille. L'enfant ne boira pas une trop grande quantité de liquides, crainte de fatiguer l'estomac. On pourra comme médicaments lui ordonner des phosphates, de l'acide phosphorique. Les arsenicaux sont utiles aux enfants issus de tuberculeux, sous forme d'injections de cacodylate de soude (2 à 3 centigr.) ou d'arséniate de soude.

Arséniate de soude 10 centigr.

Eau distillée 250 grammes

Une cuillerée à café avant les repas de midi et du soir. Continuer quinze jours de temps. Interrompre un mois, reprendre si nécessaire.



Savoir, c'est comprendre, c'est pénétrer l'obscurité des phénomènes, voir pourquoi ils se produisent, montrer aux autres leur enchaînement logique. Le monde est fait d'ordre et de beauté intelligible. Saisir, contempler cette belle harmonie, voilà le bonheur et le but unique de la science.

Le traitement de la Chlorose des leucémies et l'anémie pernicieuse

Paris, le 2 novembre 1908.

La masse totale du sang chez l'homme est d'environ 1/13 du poids du corps, ces 11 à 12 livres de sang que possède un adulte de taille moyenne (65 kilos 135 livres) peuvent être modifiés, soit dans la qualité ; la quantité ou dans la composition des éléments qui les composent. A l'état normal, le sang est constitué par un liquide, le *plasma sanguin*, qui tient en suspension des *hématies*, des *leucocytes*, des *hématoblastes*. Le plasma contient 70 à 1 p. 1.000 de substances protéïques et dans

1.000 parties de plasma l'on trouve	}	45 parties de serumalbumine. 30 parties de serunglobuline. 4 parties de fibrinogène ; 1 grain à 1.50 (15 à 22 grains) de sucre une diastase amylolytique » » monobutyriane plus de l'azote, de l'oxygène et du gaz carbonique ; une immunisine et une alexine.
--	---	--

Les *hématies* (globules rouges biconcaves ou érythrocytes) existent dans la proportion de 850 pour un globule blanc, elles sont composées d'un *stroma lenticulaire* excavé

au centre, représentant un dixième de son poids et d'un pigment, l'*hémoglobine*, qui forme les neuf dixièmes. Certaines substances hémolyzantes peuvent dissoudre l'hémoglobine et amener une fragilité globulaire, mais le sérum renferme une *immunisine* qui sensibilise le microbe, et une *alexine* qui donne aux globules des propriétés microbicides.

Les *leucocytes* ou globules blancs sont des cellules incolores nucléées sans membrane d'enveloppe, on en distingue deux groupes, les *lymphocytes* et les *myélocytes*. Les *lymphocytes ou leucocytes non granuleux* sont des cellules mononucléaires à noyau unique volumineux, sphérique entouré d'une faible couche protoplasmique sans granulations.

Les *myélocytes* sont des leucocytes granuleux, polynucléaires ayant des noyaux multiples en forme de petits lobules qui plongent dans une masse de protoplasma contenant de nombreuses granulations ; si ces granulations sont mises en évidence par l'action des couleurs basiques, on les appelle *basophiles*, *éosinophiles*, si elles sont colorées par l'éosine et *neutrophiles*, si elle ne prennent qu'une couleur neutre.

Les leucocytes sont excitables et sont attirés par la plupart des sécrétions microbiennes (*chimiotaxie positive*), ils deviennent sphériques, sont animés de mouvements amiboïdes, émettent des pseudopodes, englobent et digèrent les microbes (*phagocytose*).

Lorsqu'ils succombent dans la lutte tués par les toxines, ils subissent une dégénérescence graisseuse et forment les *globules de pus*.

La *chimiotaxie est négative* lorsque les leucocytes sont repoussés par les sécrétions de quelques rares microbes comme ils le sont par l'alcool, la glycérine, l'acide lactique, le chloroforme, la quinine, etc. Le troisième élément figuré que l'on trouve dans le sang sont les *hématoblastes* qui ont les mêmes propriétés que les *globules nains* et sont des *hématis jeunes*, qui expriment le travail des organes hématopoiétiques.

Dans toutes les maladies aiguës, il existe un trouble hématurique en rapport avec la toxi-infection qui modifie la physiologie normale de l'organisme.

Dans les fièvres graves, lorsque la phagocytose a triomphé, on voit apparaître dans le sang, après la crise, de nombreux hémato blasts qui viennent remplacer les hématies détruites. La plupart des affections chroniques : tuberculose, cancer, brightiste, gastro-entérite, syphilis, cardiopathie, cirrhose, etc., s'accompagnent d'anémie, dont le traitement est subordonné à la maladie principale. L'anémie parasitaire ou toxine disparaît avec la cause qui la produit. L'anémie post-hémorragique grave sera traitée par les injections intra-veineuses de 180 à 240 grammes (6 à 8 onces) de sérum artificiel (solution à 7 p. 1.000 de chlorure de sodium).

Le malade sera isolé de tout bruit, placé dans une chambre à température de 22° C. (71° à 72° F.) dont l'air sera *pauvre en oxygène*, il est inutile d'offrir un aliment aux hématies qui n'excite pas, la physiologie expérimentale, nous démontre bien que l'air comprimé ou riche en oxygène amène une *diminution* des hématies chez l'animal en expérience et qu'au contraire les hématies *augmentent* si l'on place l'animal durant quelques jours dans une enceinte, contenant un air raréfié ou pauvre en oxygène. Le traitement médicamenteux de l'anémie sera indiqué qu'après l'apparition de nouveaux globules.

Les principales formes d'anémie que le praticien est appelé le plus souvent à traiter sont, la chlorose, la leucémie myélogène, la leucémie lymphogène et l'anémie pernicieuse.

La chlorose est caractérisée par une diminution considérable d'hémoglobine avec un chiffre relativement élevé de globules rouges, 4 à 3 millions par millimètre cube. La goutte de sang au moment où on l'extrait est pâle et en la déposant sur un papier-filtre, on met en évidence la pauvreté des éléments figurés ; la partie centrale devient rose et autour se forme un liseré clair, aqueux, jaunâtre. A l'examen microscopique l'on constate que ces hématies ne se

disposent pas par piles comme à l'état normal, elles sont plus claires, plus transparentes et de grandeur inégale et de forme irrégulière dans les cas graves ; le nombre des globules blancs est peu augmenté.

Dans la chlorose, c'est moins le nombre que les propriétés des globules rouges qui perdent 30 à 50 p. 100 de leur hémoglobine.

Les nombreux cas d'empoisonnements aigus ou chroniques par l'oxyde de carbone, mettent bien en lumière le rôle de l'oxyhmoglobine dissociable qui va transporter l'oxygène vivifiant dans toutes les parties de l'économie, car aussitôt qu'une faible quantité d'oxyde de carbone est absorbé par l'hémoglobine, il se produit une combinaison *non dissociable* et l'hémoglobine ainsi saturée d'oxyde de carbone est perdue pour la fixation et le transport de l'oxygène, aussi les troubles généraux et les symptômes d'empoisonnement ne tardent pas à apparaître. Le principal traitement consiste à rendre aux hématies leurs pigments normaux et à faciliter le développement proportionnel de chaque organe à cet âge de la croissance où apparaît ordinairement la chlorose. L'alimentation sera d'environ 20 calories par livre du poids du corps et riche en fer, tels que : Epinards, asperges, choux, pommes, avoine, lentilles, graisses, haricots, œufs, viande, etc. Cette énumération indiquant les aliments par ordre de la richesse en fer nous montre que les végétaux ont une teneur en fer plus élevée. Les exercices seront modérés et ne doivent jamais aller jusqu'à la fatigue.

Des bains tièdes, sulfatés sodiques chez les hyperchlorhydriques et chlorurés, chez les hypopeptiques, seront donnés durant 15 à 20 minutes, deux ou trois fois par semaine. Les autres jours on remplace le bain par des frictions aromatiques à l'eau de Floride, à la violette, à la rose, au musc, etc., etc., il est incontestable que les frictions, outre la révulsion cutanée et les effets sur le système nerveux, ont par leurs parfums une action favorable sur l'amplitude de la respiration et le premier traitement de la chlorose doit souvent être la gymnastique respiratoire. Quant aux odeurs il est certain

qu'elles ont des effets tantôt salutaires, tantôt nuisibles, la théologie musulmane reconnaît que le musc est un stimulant de la faiblesse génésique et le recommande comme le plus coûtant de tous les parfums. Une pastille de formaline contenant 90 0/0 d'aldéhyde formique qu'on fait lentement chauffer dans la chambre de la malade, a un effet efficace sur le foie et suffit souvent à guérir la constipation.

Lorsqu'il existe des troubles de la menstruation, l'on recommandera l'apothérapie ovarienne durant 7 à 10 jours par mois ; le fer sera donné à petite dose après chaque repas, l'économie en a besoin d'une faible quantité, puisque la masse totale du sang n'en contient environ que 3 grammes (50 grains).

Voici quelques préparations que l'on peut prescrire selon les indications :

Fer dialysé 5 à 10 gouttes avec un peu d'eau bouillie après les repas. C'est un hydrate colloïdal de peroxyde de fer des plus efficaces par son action de présence et sa radio-activité dans l'intestin, il aide aux dédoublements des aliments et à la formation de l'hémoglobine.

Chez les hypopeptiques :

Acide phosphorique dilué	10 minimes
Teinture de perchlorure de fer ..	5 —
Sulfate de strychnine	1/2 millig.(1/120 de grain)

A prendre trois fois par jour après les repas dans trois cuillerées à soupe d'eau.

Sulfate de fer ou le glycérophosphate de fer à dose de 6 à 12 centigrammes (1 à 2 grains).

Citrate de fer ammoniacal ...	10 gram. (2 1/2 drachmes)
Teinture de rhubarbe	20 minimes
Sirop de menthe	Q. S. 200 grammes (6 1/2 onces)

Une cuillerée à café après les repas.

Le fer réduit par l'hydrogène, ou l'oxalate de fer ou le lactate de fer, l'hémoglobine à dose progressive, employée durant quatre à six semaines sont des préparations qui donnent de bons résultats. Si l'anémie complique l'état chlorotique, il faut avoir recours au traitement des leucémies.

La chlorose des nourrissons mérite une attention particulière, cet état de pâleur jaune verdâtre tient, lorsqu'il n'est pas secondaire à des troubles digestifs, à l'épuisement des réserves de fer que l'enfant apporte à la naissance. Les bains seront remplacés par des frictions aromatiques faites matin et soir sur la poitrine et le long de la colonne vertébrale. Contre le lymphatisme l'on fait tous les deux jours des frictions dans les aisselles avec un peu d'huile de foie de morue iodée à 5 p. 100.

A partir de l'âge de sept à huit mois on ajoute au lait une cuillerée à soupe de farine de froment, de lentilles ou d'avoine. A dix mois on autorise une bouillie au sagou ou tapioca, à douze mois un jaune d'œuf bien bouilli avec du lait chaud et légèrement sucré, puis des semoules de haricots, de pois ou de lentilles ; à quatorze mois des pommes de terre arrosés au besoin d'une cuillerée à café ou à soupe de jus de viande ; vers seize mois l'on peut donner avec prudence depuis 30 grammes (1 once) par jour de viande de bœuf râpée. Le traitement ferrugineux sera commencé vers l'âge de sept ou huit mois avec 1/2 à 1 goutte de peroxyde de fer colloïdal donné deux fois par jour après les repas ou avec le protoxalate, le lactate ou le phosphate de fer à dose croissante de 12 centigrammes (2 grains) deux fois par jour.

La leucémie myéloïde

L'examen microscopique nous permet de faire un diagnostic différentiel des anémies. Dans la leucémie myéloïde il existe un changement, non seulement dans le nombre des globules, mais

La leucémie lymphoïde

La leucémie lymphoïde est une forme plus rare dans laquelle on observe une tuméfaction du foie et de la rate, comme dans la leucémie myélogène, mais ce qui prédomine, c'est la pré-

La leucémie myéloïde

aussi dans la qualité, la forme et la formule leucocytaire :

Sang normal par m/m c.	Sang leucémique myélogène
Hématies 4 ½ à 5 millions	3 ½ à 2 ½ millions
Hémoglobine... 13 %	5 %
Leucocytes... 1 p. 800	1 p. 12, p 8, p 5
Polynucléaires... 65 %	50 %
Mononucléaire (macrophage)... 5 %	1 %
Moyens mononucléaires... 27 %	1 %
Lymphocytes... 2 %	0 %
Eosinophiles polynucléaires... 1 %	2 %
Myélocytes (Eosinophiles) (Neutrophiles)	43 p. %
Mastzellen (Basophiles)	0
	2 %

Comme l'on voit, la caractéristique de la leucémie myéloïde c'est : 1° l'exagération du nombre des leucocytes qui, de 7 à 8,000 par millimètre cube de sang peut s'élever même à 190,000; 2° c'est la présence d'hématies granulees et de cellules blanches qui existent normalement dans la moelle osseuse et non dans le sang.

La leucémie myélogène est donc la naissance prématurée des myélocytes.

La leucémie lymphoïde

sence de gros ganglions lymphatiques au cou, aux aisselles, à la région inguinale, parfois à l'intérieur du corps. L'examen du sang nous montre de nombreux lymphocytes, cellules mononucléées de la grosseur d'un globule rouge, avec un noyau volumineux et un protoplasme abondant.

Sang normal Sang leucémique lymphogène

Sang normal	Sang leucémique lymphogène
Hématies- 4 ½ à 5 millions	2 ½ à 1 ½ millions
Hémoglobine... 13 %	3 %
Leucocytes... 1 p. 800	1 p. 15 p 10
Polynucléaires... 65 %	2 %
Mononucléaire (macrophage)... 5 %	0
Moyens mononucléaires... 27 %	20 %
Lymphocytes... 2 %	78 %
Eosinophiles polynucléaires... 1 %	0
Myélocytes... 0	0
Mastzellen... 0	0

Le pouvoir phagocytaire de ces lymphocytes, comme celui des myélocytes, est absolument nul et l'on peut s'en assurer en mettant du sang du malade dans plusieurs solutions isotoniques contenant les unes des granulations de bleu de méthylène ou d'encre de chine, les autres des cultures microbiennes. En opérant comparativement avec un sang normal, l'on constate que celui du malade n'a aucune puissance phagocytaire.

Lorsqu'il n'existe pas de leucémie et que l'on constate l'augmentation des ganglions d'un côté du cou de causes inconnues, l'on fait le diagnostic de la maladie de Hodgkin, qui

nécessite une intervention opératoire dans le cas où l'hypertrophie ganglionnaire est limitée ; quand plusieurs réseaux lymphatiques sont atteints, le traitement est celui des leucémiques.

Dans l'*anémie pernicieuse*, les lésions profondes du sang indiquent un trouble intense des organes hématopoiétiques. La faible quantité d'hématies semble incompatible avec la vie, dans certains cas on ne compte que 1/2 million ou 1/4 de million d'hématies dans un millimètre cube de sang, soit 1/10 de la quantité normale, par contre ces pauvres globules sont relativement riches en hémoglobine. Leur conformation est variée et ressemble à des petits enclumes, des marteaux, des biscuits, etc. Ces poïkilocytes sont considérés comme des globules dégénérés ou des produits de la segmentation d'anciennes hématies. La caractéristique de l'anémie pernicieuse est l'apparition des *mégaloastes* à côté des normoblastes qui sont de jeunes globules rouges en voie d'évolution, tandis que les *mégaloastes* trois ou quatre fois plus volumineux que les globules rouges ordinaires sont des éléments nucléés que l'on voit que dans l'*état embryonnaire*. Dans la forme plastique de l'anémie pernicieuse.

Le pronostic est plus favorable, les organes hématopoiétiques ont conservé encore le pouvoir physiologique de former des myélocytes et des hématies nucléées que l'on trouve dans des proportions de 5 à 70 p. 100.

Dans l'anémie aplastique la moelle osseuse paraît paralysée dans ses fonctions de régénération globulaire et les hématies nucléées, les polynucléaires éosinophiles, les myélocytes, les hématies granuleuses sont fortement diminués ou font défaut, quelquefois il existe une *fragilité globulaire* caractérisés par la présence dans le sang d'hémolysines substances dissolvant l'hémoglobine.

Pour connaître la résistance globulaire, l'on met quelques gouttes de sang dans dix petits tubes contenant des solutions de chlorure de sodium à des titres différents, l'on centrifuge ou on laisse déposer durant 24 heures avant de lire la modification sanguine. L'on sait que l'hémoglobine est soluble dans l'eau distillée, mais que dans une *solution iso-*

tonique au sérum sanguin (chlorure de sodium à 7 p. 1.000), les globules ne sont pas modifiés, si la solution est hyperisotonique au sérum, le volume des globules diminue et dans une solution *hypoïsootonique*, le volume des globules augmente. Dans l'anémie pernicieuse, la résistance n'est pas diminuée, mais le plus souvent augmentée, l'on ne peut donc pas attribuer la déglobulisation à la fragilité globulaire. La thérapeutique des leucémies et de l'anémie grave que nous donnons, comprends aussi celle des nombreuses formes intermédiaires que l'on rencontre dans la pratique. Le climat qui convient le mieux à ces malades doit être doux, tempéré, légèrement sédatif. Autant la cure d'altitude est indiquée dans la chlorose et les *anémies secondaires*, autant elle est contre-indiquée dans la chlorose essentielle et les *anémies par hyposthénie des organes hématopoïétiques*. L'on recommandera l'air de la forêt, des prairies, des jardins, l'odeur des sapins, des fleurs, etc. A tous les deux jours l'on fera brûler lentement dans la chambre du malade une ou deux pastilles de formaldéhyde qui stimule la muqueuse respiratoire et la fonction hépatique. La cellule hépatique privée d'hémoglobine et des pigments hématiques élabore difficilement les sels biliaires qui sont les plus efficaces antiseptiques intestinaux. Les frictions aromatiques seront utilisées comme dans le traitement de la chlorose deux ou trois fois par semaine, mettant en pratique l'enseignement de la physiologie, le malade fera deux fois par semaine un séjour de 24 heures dans une chambre où l'atmosphère sera pauvre en oxygène, afin de provoquer une augmentation du nombre de ses hématies. Le nombre d'inspirations diminue, mais l'amplitude pulmonaire augmente et la circulation profonde est plus complète. Dans les cas graves on applique durant 8 à 12 heures des bandages autour des bras et des jambes, dans le but de *diminuer les oxydations périphériques, des échanges gazeux et la circulation capillaires*; l'on tente ainsi de mieux nourrir la moëlle osseuse et d'augmenter son énergie fonctionnelle. L'on donnera des aliments d'une digestion facile et d'une grande propriété nutritive : du jus de viande 200 à 300 grammes (6 à 9 onces) par jour des œufs bouillis, avec

du lait sucré, ou du képhir, ou du babeurre cuit additionné de farine de froment, de riz, de sagou ou de lentilles, etc., la moëlle rouge de bœuf administrée à dose progressive de 30 à 120 grammes (1 à 4 onces) dans du bouillon ou préparée à la glycérine a donné en quelques semaines des guérisons d'anémie pernicieuse. L'opothérapie splénique, ovarique chez la femme et orchitique chez l'homme est utilisée deux ou trois fois par jour à dose de 20 à 30 centigrammes (2 à 4 1/2 grains).

Les injections de sérum isotonique faites à tous les deux jours à dose de 120 grammes (4 onces) dans la région dorsale droite, pour des raisons anatomique déjà décrites, augmentent le plasma sanguin et élève la tension artérielle, le sérum anti-diphthérique (20 c. c. 3 fois par semaine) donne aussi des résultats analogues. De légères frictions avec de l'huile de foie de morue iodée à 5 ou 10 p. 100 seront faites avec profit dans la région hépatique et splénique. Pour activer la fonction hépatique privée de son aliment naturel l'hémoglobine, l'on prescrira deux fois par jour des granules de 20 centigrammes (1/3 de grain) de glycocholate et de taurocholate de soude ou 1 à 2 grammes de cholestérine qui est une des *substances lipoides* de l'économie s'opposant le plus à la solution des matières colorantes du sang et par conséquent à la déglobulisation.

Contre l'acidité du sang et l'augmentation de sa quantité de fibrine le malade prendra deux fois par jour une cuillerée à soupe d'une solution au 1.000^e de fluorure de sodium et de petites injections rectales quotidiennes de 120 à 180 grammes (4 à 6 onces) d'eau de Vichy et de phosphate de soude à dose de 24 à 50 centigrammes (4 à 8 grains). Les deux principaux agents thérapeutiques des leucémies et de l'anémie pernicieuse sont l'arsenic et les rayons X. La liqueur de Fowler sera donnée à dose croissante de 5, 10, 20, 30 et même 40 gouttes par jour, si le malade ne présente aucune intolérance, la préparation arsénanilide aloxyl en solution à 10 p. 100 a l'avantage d'épargner l'estomac et d'être administrée à tous les trois ou quatre jours en injections intra-veineuses ou sous-cutanées. Les rayons X sont plus

efficaces dans le traitement de la leucémie myélogène que lymphogène, cependant lorsque les lymphomes sont isolés ils donnent souvent des résultats favorables.

L'application des rayons dans la région splénique, hépatique et le long du fémur à tous les quatre ou cinq jours durant quinze à vingt minutes a donné des guérisons merveilleuses. Le sang reprend sa composition physiologique, les globules rouges reviennent à leur taux habituel, les globules nucléés disparaissent, la formule des globules blancs devient normale l'on ne trouve pas de myélocytes, plus de splénomégalie, de tuméfaction du foie, d'hypertrophie ganglionnaire, d'anhélation, de fièvre, d'asthénie, etc., la guérison semble complète, l'on pourrait espérer obtenir les mêmes effets au moyen des applications durant 7 à 12 heures de toile radiumifère, malheureusement après une période qui oscille en 5 et 18 mois, tous les symptômes de la maladie sont de nouveau constatés et la radiothérapie doit de nouveau être appliquée, afin de détruire le trop grand nombre de globules blancs et de rétablir l'équilibre hématologique.

(A suivre)

Paris, 2 novembre 1908.

D^r D. E. LECAVEJIER

Le pain intellectuel nourrit la volonté pour concentrer l'attention, tonifie le courage pour attaquer les difficultés, et donne les forces de persévérer dans l'effort qui conduit aux succès

Abcès du cerveau à longue évolution

PAR M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Parmi les affections, dont le diagnostic est souvent entouré de difficultés insurmontables, prennent place les abcès du cerveau.

Un garçon boucher de 21 ans, est apporté à l'hôpital Cochin pour la première fois le 8 septembre 1907. Les renseignements recueillis sur la famille ne permettaient de relever rien de spécial dans les antécédents ni personnels, ni familiaux. Depuis quelques jours, le malade paraissait plus fatigué que d'habitude, quand brusquement, la veille de sa première entrée, il est pris d'une crise épileptiforme, dont il conserve comme vestige des troubles prononcés de la parole sous la forme de jargonaphasie avec écholalie. Il répète les mots de la question posée, sans aucun ordre et sans pouvoir construire une réponse compréhensible. Quand il entre à l'hôpital, le lendemain, il est couché en chien de fusil dans une demi-torpeur. Il répond mal aux questions et paraît avoir un peu de surdité verbale. Le lendemain, le tableau se complète ; il existe de la raideur de la nuque, du signe de Kernig. On fait une ponction lombaire, qui décèle de l'hyperméningite rachidienne avec lymphocytose sans bacilles.

On discute le diagnostic de méningite tuberculeuse ? Mais le début violent, les troubles si spéciaux de la parole, l'absence de bacille dans le culot de centrifugation, signe constant dans la méningite tuberculeuse, (Chauffard) font hésiter ; si bien que le diagnostic n'est pas définitivement fixé quand le malade est emporté de nos salles par sa famille qui ne veut pas le laisser mourir à l'hôpital. Le pronostic était très sombre au départ. Aussi l'étonnement est grand, quand, le 7 novembre 1907, le malade vient à pied de nouveau à l'hôpital Cochin. Depuis son départ il s'état produit une amélioration progressive à la suite d'une deuxième crise

convulsive. Le sujet avait même été accepté au service, puis réformé à l'occasion d'une troisième crise avec légère poussée méningée. Néanmoins certains symptômes s'étaient accusés, telle une céphalée diffuse, siégeant au front et à l'occiput, accompagnée de poussées paroxystiques. La parole est embarrassée, l'activité intellectuelle très diminuée.

D'autres symptômes apparaissent : léger ptosis de la paupière gauche, paralysie faciale gauche incomplète et périphérique, une inégalité pupillaire avec mydriase gauche. Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig.

L'examen de l'œil révèle une diminution considérable de l'acuité visuelle à gauche ; le fond de l'œil surtout de ce côté est le siège d'une forte stase pupillaire avec nombreuses hémorragies, artérite et périartérite des artères de la rétine. Le pouls est à 44 pulsations, notablement ralenti. Bon état général, absence complète de fièvre. La ponction lombaire faite à nouveau révèle comme précédemment une hypertension rachidienne avec forte lymphocytose.

En face d'un tel tableau morbide on abandonne le diagnostic de méninge. Il s'agit probablement d'une tumeur cérébrale : les troubles intellectuels, la céphalée, les attaques épileptiformes, le subcoma, les lésions du fond de l'œil plaident en faveur d'un tel diagnostic.

Mais la difficulté commence quand on veut qualifier la nature de cette tumeur. L'examen de la lymphocytose rachidienne fait douter du diagnostic de tumeur néoplasique, car dans ce cas on retrouve plutôt dans le liquide des cellules cancéreuses (Dufour, Widal et Abram). Deux sortes d'infections peuvent donner à la fois des tumeurs et de la lymphocytose : la tuberculose et la syphilis. La périartérite rétinienne est en faveur de la syphilis. Les paralysies périphériques et partielles du nerf facial et de la troisième paire localisent cette lésion vers la région basilaire et à gauche.

On institue dès lors un traitement spécifique, quatre injections d'huile grise au 1/40° sont pratiquées à huit jours d'intervalle (de 4, 5, 6 puis 5 gouttes).

Ce traitement ne tarde pas à manifester son action, une

amélioration notable survient, si bien que le 15 novembre 1907, le malade est presque complètement guéri et ne conserve que son ptosis.

Il sort de nouveau, rentre le 2 janvier 1908, dans le même état, on lui fait une nouvelle ponction lombaire avec le même résultat ; seulement à la suite de sa ponction apparaît un syndrome méningé avec vomissement, raideur de la nuque, signe de Kernig et dysarthrie. Huit jours après tout était rentré dans l'ordre.

Une nouvelle fois le sujet quitte l'hôpital, fait un nouveau séjour durant lequel on lui fait une oculo-réaction à la tuberculine Calmette, réaction positive.

Enfin, il revient pour la dernière fois le 20 avril 1908. Cette fois son état est grave, il a des crises épileptiques répétées et presque continues. Il se trouve dans un véritable état de mal épileptique. La céphalée persiste durant les périodes d'accalmie, le ptosis gauche, la paralysie faciale gauche, l'inégalité pupillaire se sont accusés. Le malade conserve la position en chien de fusil, le pouls est à 60. On constate, le 26 avril, une hémiporésie supérieure et inférieure droite et la mort survient brusquement dans la nuit du 27 au 28 avril.

Était-il possible devant une telle histoire de se prononcer au point de vue du diagnostic ? Pouvait-on songer à instituer un traitement efficace ? Dans une étape initiale, on diagnostique une méningite tuberculeuse, plus tard le diagnostic hésite entre un syphilome et une tuberculome cérébral. Le traitement syphilitique enraya complètement la marche des accidents, mais était-ce une raison suffisante pour en conclure la nature syphilitique des accidents ? M. Chauffard rapporte deux observations où chez des malades atteints de lésions cérébrales à foyer, un traitement spécifique fut suivi chaque fois d'une amélioration considérable et presque d'une guérison. Néanmoins l'évolution clinique, l'opération et l'autopsie firent d'abord soupçonner et plus tard découvrir l'existence de tumeurs gliomateuses et non de syphilomes. L'épreuve du traitement n'est donc pas une rai-

son suffisante pour faire pencher la balance en faveur de la syphilis.

Aussi le diagnostic fut-il : tuberculome cérébral de l'hémisphère gauche, sans que l'on pût fixer nettement cette localisation d'une façon plus précise. L'autopsie compléta cette observation longue et complexe. On ne retrouva aucune lésion viscérale, pas de tuberculose pulmonaire, pleurale ni ganglionnaire. La seule particularité à noter au niveau du cœur est une inoclusion du trou de Botal. L'autopsie du cerveau fit découvrir un cerveau tendre, adhérent à gauche au niveau du lobe sphéno-temporal, adhérences méningitiques qui, du niveau de la base venaient plus ou moins comprimer les III^e et VII^e paires crâniennes gauches. Ce qui rend compte des paralysies incomplète et périphériques du moteur oculaire commun et du facial.

La section du cerveau dans une coupe horizontale fit découvrir un abcès en gourde de pèlerin, formée par la communication de deux cavités inégales, siégeant dans le corps lenticulaire, la capsule externe, et entouré d'une grande zone de ramollissement qui va plus ou moins effleurer la capsule interne. La paroi pyogène de cet abcès est résistante, le pus qu'elle contient est homogène, contient de nombreux polynuléaires et pas de bacilles de Koch.

La cause de cet abcès est difficile à préciser. Les sinus frontaux, les sphénoïdaux, l'oreille interne et moyenne ont été explorés sans résultat, on ne retrouve aucune trace de suppuration de ces cavités. S'agit-il d'un abcès tuberculeux? L'examen histologique de la paroi ne permet guère de le supposer, mais c'est un problème qui demande une étude plus approfondie. Actuellement, la longue évolution et le caractère positif de l'oculo-réaction sont autant de raisons qui plaident en faveur de ce diagnostic clinique.

Quoi qu'il en soit, la longue évolution de cette affection, les différentes phases qu'elle a traversées, montrent combien peut être complexe et irrégulière la marche d'un abcès du cerveau. Faute de localisation précise, faute de troubles persistants, on ne peut suffisamment localiser la lésion pour instituer avec quelques chances de succès un traitement chirurgical.

Les nouveaux traitements du cancer

PAR M. LE PROFESSEUR TUPPIER

Les *rayons X* n'agissent que superficiellement ; leur action ne dépasse pas 2 millimètres en profondeur ; mais ils agissent électivement sur la cellule cancéreuse, sans provoquer de troubles dans le tissu sain.

La *fulguration* n'altère les tissus que sur une épaisseur de 1 millim. 1/2 à 2 millimètres ; au-dessous, le tissu sain ou cancéreux n'est ni altéré ni troublé dans son activité. Le mode d'action de la fulguration porte uniquement sur le tissu conjonctif interstitiel et nullement sur les cellules cancéreuses qui lui résistent beaucoup mieux. Mais comme, sous l'action de la fulguration, le tissu conjonctif entre en réaction inflammatoire, s'hypertrophie et enfin se transforme en tissu fibreux, il en résulte que finalement les cellules épithéliales de la zone influencée sont étouffées et atrophiées ; malheureusement, au-dessous de cette zone, qui est très superficielle, le néoplasme est intact et la cicatrice qui le recouvre n'est qu'une cicatrice de « cache-misère ».

Le *radium* agit, comme les rayons X, sur la cellule cancéreuse et sur le tissu interstitiel, mais à une profondeur beaucoup plus grande, 2 centimètres. Les cellules cancéreuses les plus différenciées sont détruites, les cellules moins différenciées sont arrêtées dans leur développement. Le tissu conjonctif est modifié dans sa nutrition sans être détruit. C'est cette influence exercée par le radium sur la nutrition du tissu conjonctif qui explique comment, à la suite de son emploi, on voit, pour ainsi dire, fondre d'énormes tumeurs considérées comme inopérables et qu'il devient facile d'enlever. Il s'agissait simplement de cancers avec réaction inflammatoire périnéoplasique intense que le radium a suffi à faire disparaître.

Enfin, l'*air surchauffé* à 400° a une action en tous points comparable à celle de la fulguration : même superficialité, même action sur le tissu conjonctif et non sur les cellules cancéreuses.

De ces recherches, Tuffier conclut qu'à l'heure actuelle l'étude du radium et de l'étincelle électrique mérite seule d'être poursuivie, sans que nous puissions d'ailleurs jusqu'ici rien affirmer de leur valeur thérapeutique. Personnellement, il applique depuis quelque temps à tous les opérés, après l'extirpation du cancer, un drain radifère qu'il laisse en place pendant 48 heures, de façon à agir sur les parcelles de néoplasme qui auraient pu échapper au bistouri.

Tuffier ajoute encore quelques mots relativement aux différents ferments préconisés dans ces derniers temps de divers côtés et qui, d'après leurs promoteurs, auraient pour effet de produire dans les tumeurs des nécroses plus ou moins électives.

C'est ainsi qu'il a employé la trypsine dans 3 cas de cancer inopérables (face, langue, sein). Chez aucun de ces malades, il n'a observé, à la suite d'injections répétées, de modification appréciable ni dans l'état local, ni dans l'état général. La recherche du glycogène sur des biopsies faites avant, pendant et après le traitement, n'a démontré aucune diminution appréciable dans la richesse en glycogène des cellules cancéreuses.

M. Tuffier a également employé les ferments glycolytiques, préparés suivant la méthode d'Odier, dans un cas d'épithélioma inopérable du sein et dans 2 cas de cancer de l'utérus. Il n'a obtenu aucun résultat appréciable.

Enfin, il a injecté localement des extraits de foie frais de lapin dans un cas d'épithélioma secondaire du cou ; il a observé des lésions dégénératives très nettes, mais limitées aux seuls points injectés. Par contre, à l'autopsie du malade, on découvrit des lésions dégénératives telles que, pensant qu'elles avaient pu être produites par les injections, M. Tuffier n'a pas osé continuer ses recherches dans ce sens.

A propos de 60 cas personnels d'intervention pour grossesse extra-utérine

M. Albertin (de Lyon) a, depuis cinq ans, pratiqué 60 interventions pour grossesse extra-utérine. Dans une première série, traitée par la colpotomie, il a eu trois morts, bien que, dans 2 de ces cas, il ait fait la laparotomie itérative. Ces décès sont attribuables, pour 2 cas, à des hémorragies secondaires et, pour un, à l'infection. Dans une seconde série de 30 cas, portant sur ces trois dernières années, il a fait d'emblée la laparotomie et n'a pas eu un seul décès. A la colpotomie, on peut reprocher la délivrance imparfaite, la possibilité d'hémorragie secondaire, l'infection tardive et la longueur des suites opératoires. La laparotomie permet d'emblée l'ablation de la trompe gravide, des caillots, des membranes, du placenta et donne une guérison rapide.

Considérant que souvent l'état de shock considérable dans lequel se trouvent les malades à la suite d'une rupture de la grossesse tubaire est dû aux réflexes péritonéaux autant qu'à l'importance de l'hémorragie intra-péritonéale. M. Albertin, en pareil cas, attend un, deux ou trois jours avant d'opérer : l'opération se fait alors dans de bien meilleures conditions de résistance de la part des malades. Par contre, la récurrence de l'hémorragie au repos est une indication formelle d'opération immédiate et d'urgence.

En résumé, la grossesse extra-utérine doit être opérée par la laparotomie avec ablation partielle ou totale des organes génitaux internes, suivant leur état : c'est au chirurgien à juger de l'opportunité de la conservation. La colpotomie doit rester une méthode d'exception. M. Albertin l'emploie encore dans les cas d'hématocèle infectée, quitte à compléter l'intervention par une laparotomie lorsque les grands signes d'infection seront atténués.

Sur la sérothérapie des néphrites

PAR M. TESSIER (de Lyon)

La sérothérapie appliquée aux néphrites fut employée pour la première fois, en 1896, par Turbure (de Bucarest), qui employa du sérum de chien. M. Tissier a, depuis, eu recours à diverses reprises à cette méthode, spécialement avec M. Thévenot. Il emploie du sérum de chèvre, stérile et âgé de quelques semaines, qui doit avoir été recueilli avec grand soin par aspiration de la veine rénale liée au préalable à son embouchure.

Depuis quelques mois, M. Tissier a eu l'occasion d'employer sept fois les injections de ce sérum dans le cours de néphrites aiguës ou chroniques, chez des sujets d'âges différents, mais tous en imminence d'urémie. Chez tous, il a observé une diminution remarquable et même la cessation de la dyspnée et de la céphalée urémique, le relèvement de l'état général, et parfois la disparition totale de l'albuminurie ; dans trois cas, le retour au moins momentané à la santé fut particulièrement rapide.

Dans ces différents faits, il a suffi de trois à cinq injections de 15 à 20 centimètres cubes de sérum rénal, pratiquées sous la peau de l'abdomen, pour obtenir ce résultat. Presque toujours ces injections déterminèrent une diminution énorme de l'albinurie, une élimination considérable d'urée et une diminution très notable de la toxicité urinaire.

Le mécanisme de cette action du sérum rénal paraît très complexe et il semble qu'il faille faire une place à l'action stimulante de ce sérum vis-à-vis de l'appareil glomérulo-tubulaire, et aussi à son action anti-déglobulisante, peut-être encore à ses effets neutralisants des actions cyto ou néphro-

toxiques provenant des épithéliums dégénérés. Il semble enfin que ce sérum introduise dans l'organisme des albumines saines capables de chasser de leurs combinaisons chlorées des toxalbumines retenues dans les tissus, qui seront alors éliminées par les organes de défense de l'organisme et spécialement par le foie.

Sur la pathogénie et le traitement des séborrhéides

Ces affections comptent parmi celles où les moyens thérapeutiques sont le plus logiquement subordonnés aux indications fournies par la pathogénie.

Leurs éléments essentiels sont les suivants : hypersécrétion graisseuse, pullulation dans les corps gras, stagnants et altérés, de microbes qui trouvent là un terrain favorable et plus particulièrement du fin bacille d'Unna ; altération secondaire dans la nutrition de la peau et dystrophie avec chute plus ou moins précoce et abondante des cheveux.

L'excès de substance grasse reconnaît des causes multiples. Tout d'abord une alimentation trop riche en hydrocarbures ; on peut aussi invoquer la vie oisive, qui a pour corollaire l'insuffisance des combustions ainsi que l'habitude de porter les cheveux courts ; la quantité de sébum normalement destinée à des cheveux longs se trouve surabondante pour les cheveux coupés courts ; la séborrhée est, en effet, moins fréquente chez la femme que chez l'homme.

On a invoqué une autre cause d'alopecie, la compression circulaire exercée chez l'homme par le chapeau et l'anémie locale qui en résulte. Mais l'alopecie devrait être limitée à la zone comprimée.

La thérapeutique doit combattre l'hypersécrétion des

corps gras, les enlever, tuer les microbes et lutter contre les inflammations secondaires. Pour obtenir ces résultats, il y a lieu :

1° De réduire le plus possible l'ingestion des aliments gras et féculents ; 2° d'enlever l'excès de graisse par des savonnages à l'eau très chaude suivis de lotions avec le tétrachlorure de carbone purifié ; 3° de porter les cheveux plutôt longs, proposition presque paradoxale ; 4° de faire ensuite tous les deux jours une friction avec une préparation à base de soufre ou de thiol diluée ou dissoute dans de l'eau alcoolisée ; 5° une fois par semaine de faire une application de baume de Baissade.

Sur la composition des substances lipoïdes de l'organisme et leur rôle de défense contre les infections

MM. Gérard, Lemoine et Leulier (de Lille). Le nom de substance lipoïde est généralement donné au mélange des produits retirés des tissus et des organes par un traitement à l'éther. Ces lipoïdes sont formés par des corps gras, des phosphatides et des composés cholestériques. Les auteurs ont dosé dans les divers lipoïdes obtenus en traitant les différents organes, les composés cholestériques et ont constaté que certains organes, comme le poumon et la prostate, les contenaient en quantité considérable, tandis que la moelle osseuse, par exemple, n'en renfermait que des traces. La grande diffusion dans l'organisme des substances lipoïdes et, en particulier, de leur constituant, les composés cholestériques, est un fait bien établi. Si l'on rapproche l'action anti-hémolytique et l'action antitoxique de la cholestérine des théories nouvelles de la dégénérescence graisseuse de cer-

lains organes dans les intoxications, on en arrive à cette conclusion que le rôle des corps lipoïdes est surtout un rôle de défense qu'utilise notre organisme pour lutter contre toutes les intoxications. La dégénérescence grasseuse ne serait pas le signe d'une destruction des cellules d'un organe, mais serait, au contraire, une sorte de mobilisation de la matière grasse vers l'organe envahi par le poison et constituerait un moyen de défense de l'organisme contre l'intoxication.

Le traitement de la diphtérie

En quatre ans, à l'hôpital Hérold, M. Barbier a observé 890 diphtériques ; 99 sont morts, soit une mortalité de 11 0/0. Il résulte de l'exposé de cette statistique que l'*injection précoce de sérum* diminue grandement la mortalité et la gravité de l'affection. Ainsi, dans les foyers d'épidémie familiale, quand on observe le premier cas de diphtérie, si celui-ci est grave, on pratique des inoculations précoces aux autres enfants qui ont pu être contaminés ; s'ils ont une diphtérie, elle sera bénigne. Dans 7 0/0 des cas, la diphtérie est prolongée.

La rechute peut être provoquée par une rougeole ou une scarlatine. C'est pourquoi chez un diphtérique guéri, l'apparition d'une rougeole ou d'une scarlatine indique la nécessité d'une injection, sinon préventive, du moins précoce de sérum antidiphtérique.

Pour faire un usage juste et permanent des vérités générales, il faut les conquérir en mettant en jeu toutes la puissance de ses facultés réfléchies.

Le progrès de la chirurgie moderne

Jugé par une statistique de résections du genou

M. Lucas-Championnière, de 1880 à 1907, a fait 136 résections du genou. Toutes ces opérations ont été pratiquées en suivant la méthode de Lister sans avoir aucun recours aux méthodes dites aseptiques, dans des salles hospitalières communes, au milieu des suppurants et des sujets infectés venus du dehors.

Malgré ces conditions en apparence si défavorables, surtout si l'on songe que dans l'ancienne chirurgie cette même opération de la résection du genou comportait une mortalité formidable, à tel point que les statistiques les meilleures donnaient des chiffres de 35 à 36 p. 100 de mortalité, et que dans les milieux hospitaliers de Paris l'on comptait jusqu'à 80 à 90 p. 100 de mortalité, M. Lucas-Championnière n'a eu à déplorer qu'un seul décès, celui d'un absinthique qui succomba trente-six heures après l'opération de délire alcoolique.

D'autre part, à l'exception d'une fois, dans ses essais du début, il ne vit jamais de suppuration secondaire, sauf dans les cas de récurrence, c'est-à-dire les cas dans lesquels il avait été impossible d'enlever tout le foyer de tuberculose.

M. Lucas-Championnière conclut de sa statistique, l'une des plus étendues qu'un seul chirurgien ait jusqu'ici réunie, que l'opération de la résection du genou, autrefois si meurtrière, est devenue, grâce à la chirurgie moderne, d'une bénignité absolue. De tels résultats montrent encore, fait observer l'auteur de la note, que la sécurité opératoire absolue peut être réalisée par les antiseptiques.

Lorsqu'on ennuie la jeunesse par un enseignement anémique et incomplet on forme des cerveaux étroits, dégoûtés de tout travail et dépourvus de toute initiative.

L'analyse du sang dans 108 cas de maladie de Basedow

Les globules rouges sont en nombre normal ou même exagéré, mais toujours il existe de la leucopémie ; le nombre des globules blancs s'abaisse jusqu'à 3.700 et ce sont surtout les polynucléaires neutrophiles qui sont diminués (jusqu'à 1.537), tandis que le nombre relatif des lymphocytes s'accroît jusqu'à 48 p. 100. Après l'opération, le nombre des leucocytes s'élève jusqu'à 12.000 avec polynucléose (lés polynucléaires montent de 43 p. 100 à 89 p. 100, tandis que les lymphocytes tombent de 48 p. 100 à 2,7 p. 100). Cette analyse est utile pour établir le diagnostic précoce de l'affection et son pronostic ; plus les lymphocytes sont augmentés et les polynucléaires diminués, plus le cas est grave.

La coagulabilité du sang est diminuée, la viscosité est augmentée.

Les résultats opératoires de Kocher vont toujours en s'améliorant, à mesure que les cas lui parviennent à des stades moins avancés.

Sur 167 cas de thyroïdectomie pour maladie de Basedow présentés par lui au Congrès de Munich, il avait à déplorer sept décès, tandis que des 153 cas opérés depuis lors deux seulement ont succombé.

Il faut rendre, aux étudiants, l'acquisition de la science intéressante et agréable afin de faire naître en leur esprit le goût et le désir d'en continuer l'étude sans y être obligé.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Société Médicale de Montréal
Président : M. A. Lesage. *Secrétaire* : M. H. G. Bourgeois, 737, St-Denis.
 Séances régulières : le 1^{er} et le 3^e mardi de chaque mois, d'octobre à juin.

Société Médicale de Québec
Président : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.

Montreal Medico-Chirurgical Society
Président : M. Wesley Mill. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison
 Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir.

Société Médicale de Shofford
Président : M. J. A. E. Brun, *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de
 (de West Shofford. Séances régulières : deux fois par année. (Shofford P. Q.

Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.
Président : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Riverin, Chicoutimi.

Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.
Président : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-
 (Brandon.

Société Médicale du District d'Ottawa.
Président : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Papineauville.

Société Médicale du Comté de Wolfe.
Président : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.
 Séances régulières : le 1^{er} mardi des mois de mars, juin, septembre et décembre

Société Médicale des Comtés de Seance et Dorchester.
Président : M. Fortier. *Secrétaire* : M. L. M. Déchéne, Beauceville.
 Séances régulières : mars, juin, Septembre, Décembre.

Société Médicale de Rimouski.
Président : M. Fiset. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.

Société Médicale de St-Hyacinthe
Président : M. Turcol. *Secrétaire* : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.

Association Médicale du Comté de Portneuf.
Président : M. Rousseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.
 Séances régulières : mars, juin, septembre, Décembre.

Société Médicale de Trois-Rivières.
Président : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.

Société Médicale de Valleyfield.
Président : M. Ostigny. *Secrétaire* :

Association Médicale du District d'Arthabaska.
Président : M. Belleau. *Secrétaire* : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co.
 Séances régulières : janvier, mars, septembre. (d'Arthabaska.

Société Médicale du Comté de Terrebonne.
Président : M. Grignon. *Secrétaire* : M. H. Prevost, St-Jérôme.

Société Médicale de Montmagny.
Président : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.

Société Médicale du Comté de Champlain.
Président : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellemare, St-Narcisse.

Société Médicale du District de St-François (Sherbrooke).
Président : *Secrétaire* :

Société Médicale de St-Jean (Iberville).
Président : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duval (St-Jean-d'Iberville).

Société Médicale du Comté de Maskinongé.
Président : M. L. A. Plamondon. *Secrétaire* : M. Dubamel.

Association Médicale C. F. de Manitoba.
Président : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. Dubuc, St-Boniface, Man

Association Médicale de l'Ouest de Montréal.
Président : M. E. G. Asselin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Henri.

Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord
Président : M. Arthur Sinard, Québec. *Secrétaire* : M. Piquet.
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908 à Québec.

Canadian Medical Association.
Président : Dr. Montizambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto.
 Réunion annuelle : en 1908, à Ottawa.

Association Médico-Chirurgicale DU DISTRICT DE JOLIETTE

Présidence : Dr C. Bernard.

Membres présents : G. Desrosiers, Saint-Félix de Valois; S. Martineau, Lavaltrie; J. J. Shepperd, Joliette; Ch. Bernard, Joliette; Th. Gervais, Berthierville; Ed. Turgeon, Saint-Jean-de-Matha; J.-O. Paquet, Sainte-Elisabeth; E. Lafontaine, Saint-Barthélemy; J.-A. Barolet, Joliette; J. Lippé, Saint-Ambroise de Kildare; M. Rivard, Joliette; A. Peltier, Saint-Ambroise de Kildare; J.-A. Lamarche, Saint-Henri de Mascouche; J.-P. Laporte, Joliette; Albert Laurendeau, Saint-Gabriel de Brandon; MM. les docteurs E. Lafontaine, de Saint-Barthélemy et A. Peltier, de Saint-Ambroise de Kildare sont admis membres de l'association.

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

Messieurs,

Vous n'ignorez pas qu'à la prochaine session, nous nous proposons de faire amender nos lois médicales. Depuis déjà longtemps que la profession réclame des réformes d'ordre matériel et scientifique; mais des circonstances malheureuses ont fait obstacle à la réalisation de ces vœux. Dans l'ordre matériel il est reconnu que la profession souffre de pléthore, et ce qui est pénible à avouer c'est que cet encombrement est cause de dégradation de nos honoraires. Regardez ce qui se passe dans les plus humbles de nos villages, et à plus forte raison dans les cités où la compétition

est plus âpre ; au rebours de la logique, le tarif médical baisse à mesure que la proportion des médecins monte. Il y a là un fait que j'ai cherché à comprendre et que j'ai essayé à expliquer dans le discours sur les « intérêts professionnels » que j'avais préparé pour le dernier congrès à Québec. Nous sommes dans un pays jeune, vaste, et dont les ressources immenses sont pour ainsi dire inexploitées. Quiconque veut et met un peu d'énergie et de travail au service de sa volonté, peut se faire un avenir brillant dans l'agriculture, l'industrie, le commerce, les mines, la spéculation, etc., etc., et cependant les professions libérales, la médecine surtout, attire et fascine notre jeunesse, comme la flamme attire et dévore l'ignorant papillon de nuit. Je n'appuierai pas sur les causes premières de cet état de choses, mais je crois que nous pourrons par une bonne législation améliorer notre sort, en créant d'abord un *Bureau provincial d'examineurs*, puis en organisant un Conseil de discipline effectif. Ces deux mesures dont l'une est destinée à surveiller les portes d'entrées de notre profession, et l'autre à exercer un contrôle actif et continu, sur le moral, la conduite de nos membres, s'imposent et produiront, je l'espère du moins de bons fruits.

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

rielle, *monétaire*, si le mot ne vous répugne pas trop, de nos services. Tel est messieurs, le but que nous visons.

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

Proposé par M. le D^r Barolet, de Joliette, secondé par M. le D^r Desrosiers, de Saint-Félix de Valois : Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, prie le comité de législation d'envoyer une copie du projet d'acte médical actuellement devant le bureau des gouverneurs, aux sociétés médicales ainsi qu'aux journaux de médecine de la province ;

Emet le vœu que les Sociétés médicales et les journaux de médecine emploient toute leur influence auprès de la députation pour faire adopter le susdit projet d'acte médical par la législature à la prochaine session.

Le tarif des Compagnies d'assurances. — Le secrétaire donne communication de lettres de *The Royal Victoria Life Ins C^o* », « *The Canada Life Ass. C^o* », « *The Manufacturers Life Ins. C^o* », « *The Home Life Association of Canada* » ; « *The Mutual Life Ass of Canada* », « *The North American*

Life Ass. ». Ces compagnies ont adopté un tarif uniforme de quatre dollars pour tous leurs examens médicaux.

D^r J. Lippé. — Les Compagnies d'assurances ont parfaitement le droit de nous offrir 4 dol. pour chacun de nos examens, mais nous avons aussi le même droit de refuser cet honoraire, si nous croyons que ce montant n'est pas suffisamment rémunérateur. J'ai toujours affirmé messieurs qu'un bon examen, consciencieusement fait valait au moins 5 dollars, je ne me suis jamais départi de cette règle, et ce n'est pas du fait que les Compagnies ont haussé leur tarif d'un dollar, que je vais modifier mon opinion. Cette espèce de marchandage de la part des Compagnies est indigne, cela ressemble un peu aux procédés de pauvres paysans. Je suis d'opinion que nous devons maintenir le tarif de 5 dollars par examen, quel que soit le montant de l'assurance.

M. le D^r Shepperd, se prononce en faveur du maintien du tarif de 5 dollars. Il s'appuie pour cela sur les décisions que nous avons adopté dans le passé à maintes reprises et sur le fait qu'aux Etats-Unis, les Sociétés médicales ont pour la plupart mis cette question à l'ordre du jour et sont favorables à l'ancien tarif.

MM. les D^{rs} Lafontaine et Turgon se prononcent fortement dans le même cas.

M. le D^r Laporte considère, qu'il serait hors d'ordre de revenir sur les résolutions prises par l'Association dans le passé.

M. le D^r Gervais suggère d'aviser les Compagnies d'assurances de l'expression d'opinion de notre Association et de les mettre en demeure de considérer notre décision à ce sujet.

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

Il est proposé par *M. le D^r Lippé,* secondé par *M. le D^r Laporte.*

Que les résolutions adoptées en septembre et décembre 1905, en mars et septembre 1906 et en mars 1907, soient maintenues en vigueur, et qu'aucun membre de l'associa-

tion médico-chirurgicale du district de Joliette ne fasse aucun examen médical pour aucune Compagnie d'assurance, à moins de *cinq dollars* (5 dol.) chacun.

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

Adopté unanimement.

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

« Un médecin est-il justifiable, et si oui, dans quel cas, de faire une opération, un accouchement, une extraction de dents, etc., etc., sous chloroforme ou autre anesthésique sans l'assistance d'un confrère ? »

D^r C. Bernard, croit qu'à ce sujet, il faut accorder une grande latitude aux médecins. Dans chaque cas particulier, nul n'est meilleur juge que l'opérateur s'il doit demander l'assistance d'un confrère.

D^r M. Rivard. — En tout cas, il est souvent impossible à la campagne surtout d'avoir de l'assistance médicale ; ainsi dans les cas urgents, ou lorsque le médecin est isolé.

D^r A. Laurendeau, comprend que la question soumise à l'étude ne comporte que les cas où un médecin peut facilement appeler un confrère. Ainsi dans les campagnes, dans les villages et surtout dans les villes où les médecins ne sont pas trop isolés, est-on justifiable de faire par exemple une extraction de dents, soit au bureau ou à domicile du patient, sans l'assistance d'un confrère ? De même que pour un accouchement ou une légère opération, telle l'ouverture d'un abcès, etc., lorsque le malade exige l'emploi d'anesthésique ?

D^r J.-P. Laporte, croit que quand le médecin peut surveiller parfaitement l'effet de l'anesthésique, et parfaire son opération, il est justifiable d'agir seul.

D^r Th. Gervais, accepte les opinions précédentes, sauf quand l'état du malade suppose plus de gravité dans l'administration du chloroforme ou autre narcotique, que dans les cas ordinaires : ainsi lorsque le cœur, le poumon ou le cerveau n'est pas absolument indemne de toute affection. Il en est de même chez les personnes avancées en âge, chez

les artério-scléreux, etc. Dans ces cas, un médecin est non seulement justifiable, mais c'est son devoir d'appeler un confrère, afin de partager la responsabilité des dangers inhérents à ces cas particuliers. Inutile d'ajouter que le médecin traitant, doit toujours accepter l'assistance d'un confrère si c'est le désir du malade ou de la famille de ce dernier.

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

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

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

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

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

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

Rapport du Secrétaire-Trésorier,

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

Il est proposé par M. le D^r Th. Gervais, second, par M. le D^r S. Martineau, que l'association paie un an d'abonnement à un journal de médecine à chacun des membres de l'association adopté.

Les Charlatans. — Le D^r Sgepperd fait rapport que notre avocat vient de lui remettre la somme de cinquante dollars, produit d'une amende payée par le rebouteur Mireault, ce qui portera les fonds de l'association à au-delà de 350 dol.

De plus il y a actuellement quatre actions pendantes pour exercice illégal de la médecine dont deux contre le fasti-

dieux Mireault, une contre Ovide Destrempe, de Berthier-ville et l'autre contre J.-B. Destrempe, de Saint-Guthbert.

Ce rapport est adopté avec enthousiasme.

Correspondance. — Communication d'une lettre de M. le Dr Bourgeois, secrétaire de la Société Médicale de Montréal invitant les médecins du district de Joliette à assister à un banquet, le 15 courant, à l'Hôtel, place Viger, en l'honneur de M. le Prof. Landouzy, de Paris et autres maîtres de la science médicale.

M. le Dr Gervais croit que les moyens de l'association lui permettent de se faire représenter en cette circonstance. Il propose donc, appuyé par le Dr A. Laurendeau.

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

Adopté.

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

Election des officiers.

Les officiers dont les noms suivent sont élus à l'unanimité : Charles Bernard, Président ; J.-A. Barolet, Vice-Président ; Albert Laurendeau, Secrétaire Trésorier ; G. Desrosiers et J.-P. Laporte, membres du comité de régie ; M. Rivard ; J.-J. Shepperd, J. Lippé, S. Martineau, membres du tribunal de déontologie ; et J.-J. Shepperd, M. Rivard et C. Bernard, membres du comité rebouteurs charlatans.

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

ALBERT LAURENDEAU,
secrétaire.

Nouvelles

Après la disparition du regretté Professeur Demers et de notre distingué confrère M. le Docteur Azarie Broteur, ancien professeur. . . il y aurait lieu d'ajouter à l'éloge de leur oraison funèbre une longue page de l'histoire de l'enseignement de la médecine française à Montréal. M. le Professeur Demers fit des études complémentaires dans les hôpitaux d'Europe à une période trop avancée de sa carrière pour en faire longtemps profiter ses élèves. Écrira-t-on pourquoi il fut empêché de traverser plutôt nos frontières ? M. le Docteur Broteur fut un ouvrier de la première heure, et durant treize années son jeune cerveau malléable reçu à Paris, la capitale de la pensée, l'empreinte d'un enseignement magistral de la science française, en récompense à ses travaux et à ses mérites, il reçut des lauriers à Paris et à Montréal des promesses. . . . Écrira-t-on un jour, pourquoi cet illustre confrère, à la plume facile, à l'éloquence entraînante, n'occupa jamais sa chaire offerte ?

M. le Docteur Villeneuve a droit aux généreux concours de tous ses confrères dans sa nouvelle situation de co-directeur de la Faculté de médecine à Montréal. Professeur agrégé depuis 1895 après avoir soutenu une thèse sur « la responsabilité légale des aliénés au Canada », M. le Docteur Villeneuve occupa plusieurs chaires après le retour de son deuxième voyage d'Europe en 1890, il enseigna les maladies de la peau, la médecine légale et, depuis 1897 les maladies mentales. Il fut un des premiers à la peine et un des derniers récompensés.

Le 4^e Congrès médical de l'Amérique latine se tiendra à Rio de Janeiro du 1^{er} au 8 août 1909. Une Exposition d'hygiène sera annexée au Congrès.

L'École de médecine des femmes de Londres compte plus de 300 étudiantes à l'Hôpital Royal et Miss Marguerite Buchanan est nommée professeuse de pharmacie à la London School of medicine for Women de Londres.

Nous sommes heureux d'apprendre à nos confrères que M. A. Claverie, le spécialiste français dont les établissements, situés 234, Faubourg Saint-Martin, à Paris, sont bien connus comme les plus sérieux et les plus importants du monde entier pour la fabrication des appareils de l'art médical, a, sur de nombreuses sollicitations, décidé de créer à Montréal une succursale de sa maison.

Cette succursale est établie 970, Rue Saint-Denis et dirigée avec beaucoup d'activité et de compétence par le fils lui-même du grand spécialiste, M. André Claverie qui fait, selon chaque cas, une application très judicieuse des ceintures abdominales, corssets, bas à varices et surtout des bandages perfectionnés dont M. Claverie est le créateur et qui sont unanimement considérés comme la perfection.

Nos confrères apprendront avec plaisir qu'ils peuvent se procurer dans notre ville tous les bandages Claverie et particulièrement les appareils de précision et de souplesse, permettant d'obtenir une contention des hernies les plus volumineuses.

Il est aussi vain pour un chirurgien de vouloir rejeter le fardeau de sa responsabilité d'une opération qu'il est vain pour une personne de se séparer de son ombre.