

**PAGES**

**MANQUANTES**

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## **La tuberculose et la médication phospho-crésotée.**

---

par M. le DR BERNHEIM, de Paris.

---

(*suite et fin*)

### III

#### ETUDE CLINIQUE

C'est M. Bourreau, de Tours, qui a introduit le phosphate et le tannophosphate de crésote dans la thérapeutique pulmonaire.

Se fondant sur des considérations de chimie physiologique et de physiologie pathologique il constata que la tuberculose coïncidait presque toujours avec une déminéralisation de l'organisme, un appauvrissement en chlorures, et une hypoacidité. Tandis que l'arthritisme, qu'on savait depuis longtemps, de par les constatations cliniques, assez opposé à l'éclosion tuberculeuse, se caractérisait au point de vue humoral par une surminéralisation et une hyperacidité organiques.

Il y avait là un antagonisme clinique bien connu, qui devait trouver sa raison dans l'antagonisme constaté des réactions humorales correspondant respectivement à chacune des deux diathèses.

Terrain tuberculeux et terrain arthritique semblent donc à peu près s'exclure cliniquement, comme ils s'opposent physiologiquement et chimiquement.

Terrain tuberculeux, dit le Docteur Bourreau, terrain déminéralisé, pauvre en chlorures aux dépens de la chaux et de la potasse—terrain hypoacide—d'une part ;

D'autre part, terrain arthritique, terrain surminéralisé, riche en chlorures aux dépens de la soude et de la magnésie ; terrain hyperacide.

Les efforts de la thérapeutique qui doivent toujours s'exercer dans un sens de curabilité naturelle, doivent donc tendre à substituer au terrain hypoacide tuberculisable ou tuberculeux un sol arthritique artificiel, réfractaire à la tuberculose.

Or, le Docteur Bourreau estime, non sans raison, qu'il n'est pas de plus puissant adjuvant de cette substitution que la médication hyperacide—et que le médicament, en particulier, qui la représente sous sa forme organique par excellence, c'est l'acide phosphorique.

Ainsi, tout en ne déniaut pas à la créosote et à ses polyéthers toute vertu antiseptique ou vaguement spécifique et antibacillaire, estime-t-il que ces polyéthers et cette médication créosotée auront pour mesure de leur efficacité antituberculeuse la mesure même de leur action hyperacide. C'est pourquoi, il en arrive à en conclure que la médication phospho créosotée, plus encore par la fonction phosphorique acide que par sa fonction antiseptique *créosote* est la véritable médication antituberculeuse.

Nous reviendrons sur ces vues théoriques si originales, si nouvelles à l'heure récente cependant où le Docteur Bourreau les a émises et que des travaux d'hier ont théoriquement confirmées quand nous étudierons, en un chapitre spécial, le mode d'action de la thérapie phospho—créosotée. Il nous semble plus logique en effet, de nous demander si elle agit; avant de chercher à expliquer comment elle agit; de constater ses résultats avant de le commencer; l'étude clinique et l'observation devant, en toutes choses, précéder l'hypothèse et l'explication.

Voici quelques-unes des observations produites par le Docteur Bourreau.

Elles ont porté tout d'abord sur trois jeunes malades de l'Asile de Clocheville, porteurs de lésions pulmonaires prouvées par la présence du bacille de Koch.

Ces malades que leur âge (12 ans, 8 ans, 5 ans) mettait à l'abri de toute influence suggestive étaient soumis depuis longtemps à un traitement purement créosoté. Le régime fixe de l'hospitalisation n'a pas été modifié tout le temps qu'a duré l'expérimentation.

“ Nous avons, dit le Docteur Bourreau, préalablement noté leur poids, le volume quotidien d'urine, sa teneur en urée, en acide phosphorique, en éléments dissous et son acidité. Pendant une période de 27 jours, chacun de ces malades a pris une dose quotidienne de 6 gr. de phosphate de créosote.

Au bout de cette période nous avons constaté :

Une augmentation importante de l'urée, montant à 20% pour deux malades. Une augmentation considérable de l'acidité urinaire.

Un état stationnaire de l'acide phosphorique éliminé chez deux malades ; diminution chez le troisième.

Une augmentation notable de la quantité des éléments dissous.

Enfin, une augmentation de poids chez tous :

Malade de 12 ans .....	1 Kilogramme
Malade de 8 ans .....	1 Kilogramme 500
Malade de 5 ans .....	1 Kilogramme

A ce point de vue clinique, l'expectoration avait disparu chez deux malades, était très notablement diminuée chez le troisième, disparition des râles humides.

La nutrition a donc été influencée d'une façon très favorable.

Il y a lieu de noter en particulier l'augmentation de l'acidité urinaire

Les malades ont passé de l'hypoacidité ou d'une acidité presque normale à un état d'hyperacidité.

Or, si l'on admet que l'hypoacidité (cachectique ou non) du tuberculeux est l'expression d'un terrain éminemment propre à l'évolution du bacille de Koch, et qu'au contraire, le malade hypéride, comme l'arthritique par exemple, présente une notable résistance à la tuberculose, on voit que la combinaison de l'acide phosphorique à la créosote aurait une influence heureuse en créant artificiellement un état d'hyperacidité.

Postérieurement à cette première série d'observations, le docteur Bourreau en a publié d'autres qui ne sont pas moins concluantes.

Citons quelques observations typiques :

1°—Enfant C....., 4 ans (Clocheville)—Tuberculose pulmonaire Craquement au sommet Polyadénite. Traitement antérieur à l'huile créosotée en capsules.

Urée.		ACIDITÉ PAR LITRE	POIDS.
Urine du 1er juillet.....	17.3	..... 1.10	14 K. 5
Traitement—5 gr. de phosphate de Créosote par jour.			
Urine du 30 juillet.....	21.15	..... 1.60	15 K. 5
Amélioration notable. Bénéfice ; 1 Kilogr. en 30 jours.			

2° —Enfant P....., 8 ans. Tuberculose pulmonaire. Vérifiée à l'examen microscopique. Traitement créosoté antérieur.

Urée	ACIDITÉ PAR LITRE		POIDS.
Urine du 13 juillet.....	19.10	..... 0.95	17 K. 5
Urine du 30 juillet.....	24.75	..... 1.80	18 K.

Etat général très amélioré. Bénéfice : 500 gr. en 17 jours.

3° —Enfant P....., Tuberculose pulmonaire. Bacilles de Koch. Cra-chats abondants. Cavernes à gauche. Traitement continu par la tanno-phosphate pendant 17 jours.

Urée	ACIDITÉ PAR LITRE		POIDS.
Urine du 6 octobre.....	9.80	..... 0.90	18 K. 3
Urine du 23 octobre.....	14.70	..... 1.65	19 K. 5

Chez tous ces malades, Bourreau a donc noté une augmentation rapide de l'acidité urinaire, du taux de l'urée et du poids.

Le Docteur Lorot qui a expérimenté la médication phospho-créosotée dans la tuberculose pulmonaire déclare avoir été moins heureux que le Docteur Bourreau, en ce qui concerne le poids et avait observé que si, à faibles doses, les phosphates de créosote font engraisser, à des doses actives et continus, et laissent le poids à peu près stationnaire et font même souvent maigrir.

“C'est pour obvier à ces inconvénients, dit-il que nous avons dû, chez plusieurs malades, administrer concurremment du carbonate de créosote, qui avec le camphorate, sont les seuls dérivés de la créosote, qui, à doses continues ont une action rapide et notable sur le poids. A doses intermittentes, au contraire, nous avons plusieurs fois noté une augmentation de poids avec les phosphates.”

Parmi les avantages que Lorot reconnaît aux phosphates de créosote, il cite en première ligne, celui de combattre l'infection tuberculeuse, de relever l'appétit, de supprimer les sueurs nocturnes—sédation qui se réalise dès les premiers jours du traitement ;—en second lieu, les phosphates de créosote amoindrissent considérablement l'expectoration modifient leur aspect et leur consistance, les fluidifient et leur enlèvent leur purulence. Enfin, ils ont une action élective sur le système nerveux, action attribuable au radical phosphoré de leur formule chimique. qui se traduit parfois par des polynevrites phosphorées— et par la cessation rapide de la toux gastri-

que et des vomissements après les repas de réflexe pneumogastrique, ce tré-pied vital—Ce qui est précieux chez les phthisique.

Nous ne connaissons pas de composés créosotés qui exercent une action aussi rapide et aussi puissante sur les différents signes morbides comme le phosphate et tanno phosphate de créosote. Dès la 1ère huitaine du traitement, au bout de 15 jours plus tard, l'influence médicamenteuse se traduit par une augmentation du poids, une diminution très appréciable de l'expectoration, une diminution ou la suppression de la toux, la cessation des sueurs nocturnes, un repos et un sommeil plus calmes, en un mot, il se produit sous l'influence de la médication phospho-créosotée une amélioration générale très sensible, très manifeste dont le malade lui-même constate les effets salutaires. Cette amélioration est surtout appréciable chez les tuberculeux atteints au 1er et au 2me degré soumis à cette médication, mais encore chez les phthisiques arrivés au dernier degré de la cachexie tuberculeuse. Lorot, comme moi-même, nous avons traité ainsi des phthisiques incurables porteurs de vastes cavernes, et nous avons pu ainsi prolonger par des injections quotidiennes ou administrées tous les deux jours la vie de ces malheureux cachectiques. Mais du jour où l'on cesse le traitement, les accidents éclatent et se succèdent avec une rapidité vertigineuse. C'est donc une nouvelle preuve de l'action thérapeutique bienfaisante du phosphate de créosote sur les bacillaires.

Sans tenir compte de ces phthisiques arrivés au dernier degré de la cachexie et de la consommation, nous avons pu réunir 54 cas de phthisiques traités par des injections sous cutanées de phosphate de créosote et 11 cas traités par le tanno-phosphate de créosote absorbé par la voie gastrique. Nous ne voulons tirer de ces observations des conclusions définitives; cependant réunies à celles de Bourreau et de Lorot, elles forment déjà un joli faisceau thérapeutique qui est de nature à encourager le praticien et surtout à fixer son esprit sur le meilleur agent créosoté. Dans l'impossibilité de rapporter ici toutes les observations dont l'exposé serait fastidieux résumons quelques-unes et tirons ensuite des conclusions cliniques de la totalité de nos cas traités et observés.

OBSERVATION.—Albert B..... âgé de 22 ans, malade depuis 11 mois, a eu des hémoptysies abondantes, toussé beaucoup, expectore des crachats bacillaires, a sensiblement maigri. A d'abord été soigné sans résultat par le cacodylate de soude, a passé ensuite 3 mois au Sanatorium de Leyrins d'où il est revenu à Paris amélioré mais continuant à tousser. Quinze jours après son retour, nouvelle hémoptysie. Je commençai alors le trai-

tement sous-cutané ou intra-musculaire de phosphate de créosote. Ces injections ont été poursuivies 112 jours avec un seul arrêt d'une semaine. Commencé à la dose de 1 gr. le phosphate de créosote fut injecté après la première semaine à la dose quotidienne de 3 gr. Les signes morbides disparurent. Au bout de 6 semaines de traitement, absence de bacilles dans les crachats. L'état général s'améliora très rapidement. Augmentation de poids 7 K. 300. Au 1er janvier 1901, mon malade se considère comme guéri et demande à reprendre son métier de voyageur de commerce. Sauf un peu d'obscurité de la respiration au sommet gauche, je ne constate plus aucun signe morbide à la respiration.

OBSERVATION.—Emile O..... peintre âgé de 29 ans, père mort de phthisie, frère atteint de tuberculose. A gagné lui-même cette affection en cohabitant avec ce dernier. Est malade depuis 15 mois. Sommet gauche à petite cavernes plus lésé que le sommet droit où on n'entend que quelques rares craquements. Bacilles dans les crachats qui sont très abondants. Le malade a maigri surtout pendant les 6 derniers mois de 5 kilogr.

Je soumetts au repos absolu le malade qui reçoit chaque jour 3 centimètres cubes de phosphate de créosote. Dès les premiers 8 jours, l'appétit augmente et les crachats s'éclaircissent, sont moins purulents; ceux-ci diminuent après la 16ème injection et sont réduits de moitié. Bacilles moins nombreux. Le poids du corps augmente de 4 à 500 gr. par semaine. Le 38ème jour, nous observons un peu de diarrhée et nous arrêtons les piqûres qui sont reprises après une semaine de nouveau à la dose de 3 gr. par jour. Après 3 mois et demie de traitement, le malade a recouvré son poids normal, c'est-à-dire qu'il a gagné plus de 5 Kilogr. De même, les symptômes objectifs se sont améliorés. On n'entend plus rien au sommet droit et quelques râles seulement et de l'obscurité respiratoire au sommet gauche. Plus de bacilles dans les crachats.

OBSERVATION.—François L..... 39 ans, comptable. Atteint de tuberculose pulmonaire à marche lente depuis 19 mois. Lésions caractéristiques aux deux sommets. Etat général médiocre; fièvre, sueurs nocturnes, expectoration muco-purulente contenant des bacilles.

Nous lui faisons des injections quotidiennes de 3 gr. de phosphate de créosote. La fièvre et les sueurs nocturnes disparaissent après la 6ème injection. Puis l'état général s'améliore et les crachats deviennent muqueux et moins abondants. L'appétit revient et le poids du corps augmente. Le malade après 25 injections de phosphate de créosote se considère comme

guéri et effectivement on ne trouve plus de bacilles dans les crachats.

OBSERVATION.— Berthe R..... institutrice, âgée de 17 ans. Tumeur blanche du genou gauche, qui est resté ankylosé à l'âge de 9 ans ; a grandi rapidement, mais s'est bien portée néanmoins jusqu'à l'âge de 16 ans. A été réglée de 14 à 16 ans toutes les quatre semaines. Ses règles se sont supprimées alors à la suite d'une grippe et d'une bronchite dont elle ne s'est jamais remise ; La malade qui est allée consulter à l'hôpital a été soumise au régime d'huile de foie de morue et de la liqueur de Fowler. Elle se présente à nous en assez bon état avec des craquements du sommet droit et de la respiration soufflante du sommet gauche. Bacilles dans les crachats. Hypoacidité des urines.

Nous pratiquons une injection de 5 gr. de phosphate de créosote toutes les deux jours. L'état général s'améliore très rapidement et d'une façon surprenante. La malade mange avec un appétit ferme dès la 3<sup>e</sup> injection. Son poids augmente en moyenne de 600 gr. par semaine. Après 35 injections, nous ne trouvons plus de bacilles dans les crachats et les signes objectifs des sommets se sont profondément amendés. Hyperacidité des urines ses règles sont revenues. Nous continuons néanmoins le traitement.

OBSERVATION. — Fernande T..... 22 ans, femme de chambre. Mère morte de phtisie. Toussé elle-même depuis 16 mois, et elle attribue cette toux à un rhume négligé. A maigri de plusieurs Kilog. Mange mal, d'une façon capricieuse. Expectore beaucoup ; à plusieurs reprises, des médecins consultés lui ont conseillé de faire un séjour à la campagne. La malade a même subi un traitement au cacodylate de soude sans amélioration sensible.

L'examen des crachats décèle de nombreux bacilles de Koch ; les urines sont hypoacides. A la percussion et à l'auscultation, on constate une infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche.

La malade, ne pouvant venir que 2 fois par semaine à notre cabinet, reçoit chaque fois 5 gr. de phosphate de créosote en injection. A la fin de la 2<sup>e</sup> semaine de traitement, elle nous déclare spontanément qu'elle mange davantage, qu'elle dort mieux la nuit, presque sans tousser. L'état général s'améliore également. Le poids du corps augmente en moyenne de 400 gr. par semaine. Après un mois de traitement, l'examen bactériologique décèle moins de bacilles et les urines sont hyperacides. Après 3 mois d'injections fort bien supportées de phosphate de créosote, la malade se croit guérie. Elle expectore cependant un peu surtout le matin et les cra-



chats renferment de rares bacilles de Koch et on entend encore des râles muqueux et des frottements sur toute la hauteur en avant et en arrière du poumon gauche.

L'observation des autres malades traités par injections sous-cutanées de phosphate de créosote ressemble très approximativement à celles que nous venons de relater. De temps à autre, nous avons dû suspendre les injections pendant quelques jours lorsque nous avons observé un peu de diarrhée ou des coliques intestinales. Ce dérangement de corps disparaissait spontanément dès qu'on a suspendu les injections. Aucun autre accident n'a été remarqué chez nos malades qui tous ont bien toléré le traitement et qui en ont tiré un bénéfice très appréciable. Plusieurs d'entre eux se considèrent comme guéris. Avant de nous prononcer sur ce mot "guérison définitive," il faudra laisser passer plusieurs années pour voir s'il n'y a là qu'une simple trêve, une amélioration passagère. Mais ce qui est certain, c'est que cette amélioration existe, est indéniable et ne peut ici être attribuée qu'à la médication phospho-créosotée.

Nous avons soumis, comme nous l'avons dit plus haut onze malades au tar-no-phosphate de créosote. Ce médicament douloureux à l'injection a été absorbé par la voie gastrique à la dose moyenne et quotidienne variant de 2 à 4 grammes. Nous l'avons conseillé de préférence à des malades atteints au 1er degré de la phtisie pulmonaire ou de tuberculose locale primitive (laryngite tuberculeuse; ulcérations tuberculeuses de la cavité bucco-pharyngée, arthrite tuberculeuse). Ici, encore, l'influence thérapeutique de l'agent médicamenteux a été très sensible et l'effet, quoique plus lent a été très manifeste, non seulement au point de vue des lésions tuberculeuses qui se sont anéanties, mais aussi au point de vue général qui s'est bien amélioré. Chez plusieurs malades que nous avons pu revoir par intermittence, les urines ont atteint un degré d'hyperacidité d'autant plus grand que la dose de tar-no-phosphate de créosote absorbée était plus importante. Chez aucun d'eux, le médicament n'a produit d'accident, quel qu'il soit.

Après avoir soigné un si grand nombre de tuberculeux, nous pouvons donc affirmer que la tolérance de l'organisme pour le phosphate de créosote est grande. Ce produit n'est ni caustique, ni irritant pour les voies digestives, on peut même dire qu'il n'est pas toxique puisque M. Bourreau en a donné pendant un mois une dose quotidienne de 6 gr. à des enfants, dose que Lorot chez des adultes a poussé jusqu'à 15 gr. en injections hypodermiques et 16 gr. par la voie gastrique.

Personnellement, nous ne sommes pas partisan des doses exagérées qui amèneraient de l'amaigrissement, des poussées congestives et de l'emphyème. Il est certain, d'une part, qu'on peut donner le phosote à hautes doses, à doses massives plutôt, et qu'on n'atteint pas pour cela l'intolérance toxique. Et cela se conçoit si l'on songe que l'acide phosphorique est infiniment moins toxique qu'on ne le supposait, et que M. Joulie en a pu administrer sans inconvénients des doses qu'on serait tenté de considérer comme formidables.

D'autre part, il semble y avoir accumulation du médicament, ce qui explique les symptômes d'intolérance qu'une administration inconsidérément prolongée finit par provoquer, cette apparition de l'intolérance est hâtée, comme nous le disons ci-dessus, par l'association dans le traitement d'autres médicaments, en particulier de l'arsenic. Il y a donc intérêt, si l'on veut se ménager la possibilité d'une médication longtems continuée de se maintenir dans les doses moyennes qui, d'ailleurs, sont remarquablement efficaces. Ces doses moyennes (3 à 5 gr. pro die) n'entraîneront pas l'amaigrissement, la perte du poids que Lorot déclare avoir maintes fois constatés.

Cette désassimilation est une preuve de l'efficacité de l'acide phosphorique, agent activant par excellence des combustions et des échanges et provoquant un fonctionnement intensif des voies éliminatoires. Grâce à lui, c'est vraiment selon l'expression consacrée, un coup de fouet à l'organisme qu'on donne. Il faut seulement savoir le manier, et le doser juste assez pour que l'organisme en reçoive seulement une activité cellulaire utile, limitée en deçà des frontières où la déperdition commence.

A cet égard, il sera profitable de faire alterner comme dans le traitement antisyphilitique, les périodes de médication et les périodes de repos.

Le phosphate de créosote rappelle un peu, en effet, comme mode d'action, le mercure : comme lui, il peut produire à lointaine échéance des effets d'accumulation. C'est un médicament à longue portée qui continue à agir même dans la période de repos et dont l'assimilation comme l'élimination se poursuivent pendant les intervalles de trêve. A ce titre, son action est incomparablement supérieure, beaucoup plus effective que celle des autres sels créosotés.

#### IV

#### POSOLOGIE.—MODES D'ADMINISTRATION.

Le traitement sera donc intermittent. Lorot recommande alternativement 5 jours de traitement, 5 jours de repos. Si l'on donne des doses dépassant

sant la moyenne, il est d'avis de ne pas les renouveler pendant un temps proportionnel à l'élévation de ces doses.

Il nous semble que, aussi partagé, l'emploi du temps thérapeutique, si l'on peut dire, fait une part trop petite au médicament. Ce n'est pas ainsi que l'on donne le mercure, par exemple, ce type des médicaments à prescriptions intermittentes. Et dans la syphilis les trêves de repos destinées à éviter l'accumulation du mercure sont tout autrement échelonnées. On commence par " tâter " la susceptibilité du sujet ; et s'il supporte bien les doses faibles, rapidement on atteint une moyenne élevée. L'accoutumance aux doses progressives se fait vite. Si l'on divise le temps de traitement par mensualité, nous sommes d'avis d'employer la première semaine à faire l'épreuve de la tolérance et de l'accoutumance pour atteindre, au bout de 8 jours, la moyenne active à laquelle on se maintiendra quotidiennement pendant la quinzaine suivante. Et l'on ne cessera l'usage du médicament que pendant toute la dernière semaine du mois. Trois semaines de traitement, une semaine de repos. Elle nous apparaît la meilleure répartition du temps de traitement.

Quant si par exceptions très rares, on avait à faire à un malade dont la susceptibilité fût grande, les effets d'accumulation rapides—soit par suite d'émonctoires insuffisants, soit par suite d'une inertie cellulaire, fonction d'une cachexie prononcée—nous aimerions mieux dans ce cas au lieu de prescrire 5 jours de médication pour cinq jours de repos, doser autrement cette répartition du traitement, et faire alterner les journées de repos et les journées de traitement. On éviterait sûrement de cette façon les effets d'intolérance, d'accumulation et de saturation. Les émonctoires seront aussi " entraînés " sans surmenage à faire leurs fonctions biquotidiennes, et suffiront sûrement à l'élimination des déchets.

M Bourreau, d'ailleurs chez les enfants, prescrit actuellement le phosphate de créosote à la dose de 3 gr., alternativement 10 jours de traitement, 10 jours de repos. Le phosphate de créosote peut se prendre en nature à la dose de une cuillerée à café par jour, en deux fois, dans une tasse de lait après les repas. Comme il est visqueux à la température ordinaire, on augmente sa fluidité en le chauffant au bain-marie ou en l'additionnant de 1/10 d'alcool à 95°.

Un mode d'administration commode pour le malade est la forme capsulaire. Il existe des capsules dosées à raison de 0.50 centigr. de phosphate de créosote ; on en donnera de 5 à 10 par jour.

Brissonnet donne les phosphate et tanno phosphate de créosote en émulsion, selon la formule :

Phosphate ou tanno-phosphate de créosote.....	25 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	70 —
Gomme arabique.....	10 —
Eau distillée de fleurs d'oranger q. s. p.....	125 —

De cette émulsion au 1/5, il prescrit 5 à 6 cuillerées à café par jour chaque cuillerée contenant 1 gr. de phosphate

Il associe également les médicaments phospho-créosotés à l'huile de foie de morue.

Phosphate de créosote.....	10 gr.
Huile de foie de morue.....	140 gr.

Comme le tanno phosphate donne une émulsion incomplète, Lorot, formule :

Tanno-phosphate de créosote.....	10 gr.
Alcool à 95°.....	1 gr.
Huile de foie de morue.....	140 gr.

Une cuillerée à bouche contient 1 gr. de tanno-phosphate.

Enfin, la voie d'introduction que pour notre part, nous préférons est la voie hypodermique, à laquelle le phosphate se prête si facilement : pas de douleur, antiseptie particulièrement facile, car le médicament antiseptique par lui-même, ne détermine jamais ni adénite inflammatoire, ni abcès. Diffusibilité rapide et parfaite par le tissu cellulaire. La dose moyenne est de 3 à 5 gr par jour ; pour que le médicament prenne une fluidité nécessaire à la rapidité de l'injection, on peut au moment de charger la seringue, le faire tiédir au bain marie ou même et l'injection se fait aussi facilement que si l'on injectait de l'eau distillée. Nous injectons le médicament profondément dans la masse musculaire des fesses et jamais nous n'avons eu à déplorer le moindre accident local. Nous soignons ainsi certains malades dont nous rapporterons l'observation depuis plusieurs mois et sauf certains accidents inoffensifs qui indiquent la saturation, nous n'avons jamais eu de reproches graves à adresser à cette médication.

## Contribution à l'étude de l'appendicite (1)

par M. le Dr THOS SAVARY.

*De Ste Jeanne de Neuville.*

*M le Président,*

*Messieurs.*

Il y a à peine quelques semaines nous nous réunissions pour jeter les bases d'une Société Médicale du comté de Portneuf. Aujourd'hui elle commence à donner des fruits : fruits bien humbles, mais ils ont le mérite d'être les premiers de récoltes futures plus abondantes et de qualité bien supérieure. Ils ont pour eux et pour se faire accepter qu'ils ont pris naissance dans une terre nouvelle, et qu'ils ont été cultivés par une main peu expérimentée. J'aurais voulu, si j'en eus été capable, vous présenter une corbeille décorée des fleurs de la littérature, mais j'ai cru mieux me conformer au but de notre association en vous offrant le produit simple de mes études et de mes observations dans l'exercice de notre belle profession.

C'est pour moi un devoir—devoir bien doux—de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me choisissant pour commencer une série de conférences que la Société s'est proposée de faire. C'eût été méconnaître votre délicatesse que de refuser l'offre que vous m'avez fait. La tâche, si rude qu'elle soit, ne m'a pas fait peur, puisque je pouvais, sans crainte d'avance sur votre indulgence, sachant bien du reste que vous n'ignorez pas que la pratique de la médecine dans une campagne exige bien des courses au loin et entraîne des fatigues que seuls nous pouvons connaître. A peine ne lui reste-t-il le plus souvent que le temps de suivre ses malades, consulter ses auteurs et ses *Revue Médicales*.

J'ai cru être utile à la Société en exposant devant vous une étude sur une maladie qui a fait l'objet, depuis quelques années, de nombreuses discussions dans les Sociétés médicales de tous les pays, je veux parler de *l'Appendicite*.

(1) Travail lu devant la Société Médicale du Comté de Portneuf à sa séance du mois de mai tenu chez M. le Dr P. Dolbec à St Casimir.

L'idée de cette étude m'a été fournie par l'observation suivante :

Le 27 novembre dernier, vers 6 heures du matin, j'étais appelé auprès d'un malade, cultivateur, âgé de 41 ans, qui avait passé la nuit dans de grandes souffrances attribuées à une indigestion.

Deux jours auparavant, ce malade avait ressenti soudainement dans le bas du ventre, au côté droit, une assez vive douleur qui dura toute la journée, mais disparut seule dans la nuit suivante.

La veille cette douleur reparut plus intense et accompagnée de nausées. Le malade n'avait pas eu de selle depuis le jour où parut cette douleur, c'est à-dire depuis la veille au matin. Croyant à une *indigestion*, il pensa n'avoir rien de mieux à faire que de prendre une bonne dose d'huile de castor, se mettre au lit et.....attendre.

Mais 10 minutes ne s'étaient pas écoulées qu'ils fut pris tout à coup de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux. C'est dans cet état qu'il passa la nuit jusqu'à mon arrivée

En questionnant le malade, j'appris qu'il souffrait depuis un an de troubles intestinaux offrant tous les caractères d'une *entéro colite*, avec évacuations muqueuses. Il ne se rappelle pas avoir eu d'attaque d'*indigestion* semblable à celle dont il souffre dans les moment.

Température, *per orem*, 99. 5 ; pouls 80, fort et régulier. A la palpation, un point douloureux à quatre doigts en dedans et au dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure (point de Mac Burney), sensibilité de la peau à ce niveau, rigidité du muscle (défense musculaire) sous-jacent et léger tympanisme.

Il n'y avait pas à douter, j'étais bel et bien en présence d'une attaque d'appendicite.

Je donnai immédiatement un lavement d'eau tiède, qui fut presque aussitôt suivi de son effet. J'ordonnai l'application de compresses humides chaudes sur l'abdomen,  $\frac{1}{2}$  gr d'opium toutes les 4 heures et le repos absolu au lit.

Je suis rappelé vers 4 heures P. M. Le malade est dans un état alarmant, me dit la personne, qui venait me chercher.

Température 102, pouls 120. Langue sèche, soif vive. Vomissements presque continus. Douleurs s'irradient dans toute la région abdominale et tympanisme.

J'ordonne des fragments de glace que le malade doit laisser fondre sur la langue pour calmer la soif et les vomissements. Je donne une injec-

tion hypodermique de morphine pour calmer la douleur et je fais continuer les compresses sur le ventre.

Quand je revis le malade plus tard, vers minuit, il était en pleine septicémie péritonéale sur-aiguë : angoisse respiratoire, face grippée, sueurs froides, pouls rapide et filiforme, hyperesthésie de toute la région abdominale, ballonnement du ventre, etc.

Il mourait quelques heures plus tard dans le collapsus.

Les cliniciens nous disent que, quand une appendicite commence, qu'elle soit insidieuse ou aiguë, on ne sait jamais quelles surprises nous sont réservées.

Cette vérité ne m'a jamais paru plus évidente que lors de cette observation. En effet le début paraissait bénin, la douleur peu vive, les troubles digestifs paraissaient peu accusés, le malade se croyait tout au plus atteint d'une légère indisposition. Mais au troisième jour les symptômes changent brusquement, la fièvre s'allume, le ventre se ballonne, la douleur se généralise, etc, et le malade meurt en peu de temps, emporté par une septicémie péritonéale sur aiguë.

L'appendicite a été longtemps confondue avec la typhlite ou la përityphlite. Un cas de perforation de l'appendice fut constaté pour la première fois en 1759. Les Revues Médicales ont depuis cité plusieurs cas analogues, mais ces cas ont toujours été considérés comme des raretés. On peut dire que l'appendicite n'est bien connue que depuis que l'antisepsie a permis de rendre les laporatomies inoffensives. Ce fut seulement en 1887 que des chirurgiens américains ayant ouvert le ventre de certains malades pour traiter des accidents précoces attribués à la typhlite, s'aperçurent que ces accidents avaient pour origine, non pas le cœcum, mais l'appendice vermiforme.

A l'autopsie ou dans les opérations chirurgicales tardives on a souvent constaté que l'appendice est totalement détruit.

Depuis lors l'appendicite est entrée dans le cadre de la nasologie.

*Pathogénie*—De toutes les théories qui ont été émises pour expliquer la pathogénie de l'appendicite, la théorie de la cavité close de Dieulafoy est celle qui est généralement admise aujourd'hui.

Suivant cette théorie, l'appendice ne s'enflamme et ne suppure que lorsqu'il est transformé en cavité close, lorsque les microbes renfermés avec les matières sécrétées dans sa cavité sont doués d'une virulence suffisante. Cette stase des matières sécrétées favorise la pullulation des germes qui s'y trouvent enfermés. Dès lors les toxines accumulées attirent les parois

les décomposent et constituent bientôt un phlegmon circonscrit qui adhère aux tissus voisins et qui peut amener la mort en s'ouvrant dans le péritoine. Les agents infectieux peuvent encore poursuivre leur chemin à travers les parois de l'appendice congestionné, sans que celui-ci trace de perforation, arriver au péritoine et déterminer une péritonite.

La transformation du canal appendiculaire en cavité close n'est pas toujours suivie d'accidents; ces accidents dépendent du degré de virulence des microbes en prisonnés et du degré de toxicité des produits qu'ils élaborent. Cette virulence est quelque fois insignifiante; elle peut être anéantie par la phagocytose. Dans ces cas les lésions ne poursuivent pas leur évolution et le malade guérit de son attaque appendiculaire. Dans d'autres circonstances le canal de l'appendice recouvre sa perméabilité; le libre écoulement des produits infectieux dans les caecum supprime les dangers de la cavité close. Un autre mode de guérison peut survenir à la suite d'un processus chronique oblitérant qui comble le canal de l'appendice.

La cavité close peut être produite par l'enroulement de l'appendice sur son méso, par une compression qu'exerce une bride inflammatoire péritonéale, par un ou plusieurs calculs qui se forment dans l'appendice, par des concrétions stercorales, par la propagation à l'appendice une inflammation intestinale quelconque.

La constipation habituelle est une des causes les plus fréquentes de l'appendicite. J'ai remarqué, de ma part, que presque tous les sujets atteints d'appendicite que j'ai eu sous mon observation étaient des *constipés chroniques*.

Les auteurs, du moins ceux que j'ai consultés, mentionnent ce fait sans donner aucune explication. Si l'on accepte comme démontrée la théorie de l'appendicite par cavité close et la pullulation des germes qui y fait suite, la chose, suivant moi, est facile à comprendre. En effet, chez un individu qui ne vide pas ses intestins régulièrement, la stase des matières fécales dans le tube intestinal entraîne une dilatation, une parésie du gros intestin, qui se congestionne et s'enflamme facilement. Cette inflammation se propage à la muqueuse de l'appendice qui, en se gonflant, transforme le canal appendiculaire en cavité close. De plus la stase des matières dans la caecum, au niveau de l'orifice de l'appendice plus ou moins protégé par la valvule-Gestach, favorise la pénétration des germes infectieux dans le canal appendiculaire.

La diarrhée chronique par un mécanisme différent, arrive au même résultat. Dans cette affection, les matières fécales liquifiées entrent facile-



ment, avec des germes infectieux, dans le canal appendiculaire. Ces matières se concrètent et forment des cybales ou concrétions stercorales qui obstruent le canal de l'appendice.

Un autre fait qui mérite d'attirer notre attention, c'est la fréquence de l'appendicite dans certaines familles. Cette fréquence s'observe surtout dans les familles où régnaient la goutte, l'arthritisme, la gravelle biliaire et urinaire. Suivant Dieulafoy, " la lithiase appendiculaire s'élabore dans l'appendice comme la lithiase dans la vésicule biliaire, la lithiase urinaire dans le rein. " Elle doit être regardée comme un trouble par ralentissement de la nutrition, une manifestation possible, héréditaire ou acquise, de l'arthritisme.

Voici quelques observations personnelles : Le malade cité dans l'observation rapportée plus haut souffrait de troubles intestinaux ; il était sujet de fréquentes douleurs rhumatismales ; j'ai déjà soigné son frère pour une attaque d'appendicite ; un autre de ses frères est mort d'eczéma chronique. Le printemps dernier je faisais opérer un jeune homme atteint d'appendicite sub aigüe : J'avais donné mes soins quelque temps auparavant à une de ses sœurs atteinte d'appendicite ; le père est sujet aux coliques hépatiques et à la sciatique. Il y a trois ans une autre de mes malades était opérée d'un abcès d'origine appendiculaire ; son père souffre d'obésité et de bronchite asthmatique, sa mère est une dyspeptique invétérée.

Ces observations seraient beaucoup plus concluantes, si je pouvais vous montrer les calculs. J'ai fait des recherches à ce sujet à l'Hôtel-Dieu, où ces malades ont été opérés ; et l'on m'a répondu que dans le temps, on ne tenait aucun registre des opérations chirurgicales.

Des douleurs de l'appendicite ainsi que les symptômes du début, nausées, vomissements alimentaires et bilieux, véritables reflexes, sont les conséquences de l'infection appendiculaire et de la transformation du canal de l'appendice en cavité close.

" Il se passe, dans l'appendice, dit Dieulafoy, ce qui se passe dans la cuisse du tympan transformée en cavité close par obstruction de la trompe d'Eustache. Dès que la trompe d'Eustache est obstruée, les microbes de l'oreille moyenne exaltent leur virulence, l'atîté est constituée et, avec elle, éclatent ces douleurs parfois si violentes qui s'irradient en divers sens. L'atîté se termine sans perforation du tympan et sans autres accidents, il suffit pour cela que la trompe d'Eustache redevienne perméable, artificiellement ou naturellement, alors l'obstacle étant levé, le libre écoulement des produits infectieux supprime les dangers de la cavité close. Mais si l'ob-

truction persiste, les microbes emprisonnés dans la cavité peuvent exalter leur virulence, au point que tous les accidents deviennent possibles ; c'est la perforation du tympan analogue à la perforation de l'appendice ; c'est la phlébite du sinus latéral et de la veine jugulaire, analogue aux phlébites appendiculaires ; c'est la méningite si fréquente chez les enfants, analogue à la péritonite appendiculaire : ce sont les abcès du cerveau, et même les abcès à distance dans l'hémisphère cérébral du côté opposé, analogue aux abcès à distance du péritoine et aux abcès du foie tributaires de l'appendicite " (Dieulafoy Path. In. I Vol. III Page 329- 330 )

Je reviens à mon observation. J'ai déjà dit que ce malade souffrait depuis plus d'un an de troubles intestinaux ressemblant à une entéro-colite muco-membraneuse : constipation, quelques fois diarrhée, coliques vives trois ou quatre fois après les repas, masses glaireuses ou membraneuses dans les selles.

Je puis bien aussi me demander si cette entéro-colite muco-membraneuse a été la cause de son appendicite plutôt que la lithjase appendiculaire, comme j'ai cherché à le démontrer plus haut.

Certains medecins entre autres Potvin, Dieulafoy, Glénard, Ewald (de Berlin), n'admettent pas que l'appendicite puisse être l'aboutissant de la colite muco-membraneuse. Potvin a réuni 153 cas de colite muco membraneuse sans avoir l'appendicite. De son côté, Dieulafoy a vu et fait opérer 117 cas de malades atteints d'appendicite : une seule avait eu de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Il y a cependant d'autres médecins qui sont de l'opinion opposée Reclus, pour n'en citer qu'un seul, a démontré, par des observations concluantes et par une argumentation des plus remarquables, que le fait existe moins rarement qu'on l'a dit.

Suivant Huchard, la question a été mal posée. Il aurait fallu, d'après lui, commencer par définir l'entéro-colite muco-membraneuse.

"En effet, dit-il, il ne suffit pas que les malades rendent des peaux" par l'intestin pour conclure à l'existence d'une colite, et l'on sait que ces pseudo-membranes ne sont souvent que le résultat de *troubles sécrétoires*, et nullement inflammatoires, survenant chez les névropathes, sous l'influence de la constipation après de simples crises entéralgiques ou chez les individus atteints de dyspepsie stomacale.

Par conséquent, dans tous les cas où il s'agit de pseudo-colite muco-membraneuse chez les *nerveux*, les *constipés*, les *entéralgiques*, les *dyspepti-*

ques, l'inflammation ne peut pas se propager à l'appendice, puisque cette inflammation n'existe pas. "(Ce qui semble donner raison à Dieulafoy, etc)

" Mais cette inflammation peut se propager et se propage parfois de l'intestin à l'appendice, quand il s'agit d'une véritable entéro-colite." (ce qui donne raison à Reclus)

Mon observation est donc intéressante à plus d'un titre. Je regrette beaucoup de n'avoir pu faire un examen *post-mortem* pour me renseigner sur la véritable cause de son appendicite.

Le pronostic est surtout assombri par la présence de péritonite. A l'époque où la typhlite régnait en souveraine, l'on attribuait la péritonite à la lésion de la face antérieure du cæcum. Si la lésion siégeait à la face postérieure, ajoutait-on, un phlegmon iliaque en était la conséquence. Jus- qu'en ces dernières années l'on croyait que la face postérieure du cæcum était dépourvue de péritoine et était en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque. En 1887, Tuffier a détruit cette théorie en prou- vant que le cæcum est entouré par le péritoine, et qu'en aucun point, il n'est en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque. " La main, ajoute-t-il, peut en faire le tour comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde. " Il est aussi prouvé que l'appendice est entouré par le péritoine et n'est uni au cæcum que par sa base.

La péritonite est dite *généralisée*, quand elle est plus ou moins étendue, sans tendance à l'enkystement. Elle survient ordinairement à la suite de la perforation ou de la gangrène de l'appendice ; parfois, cependant, elle peut survenir à la suite du simple passage des microbes à travers les parois de l'appendice congestionné, comme nous l'avons vu dans la pathogénie.

La péritoine généralisée marche avec une rapidité foudroyante ; le malade qui fait l'objet de cette étude en est un exemple.

La péritonite est dite *partielle*, quand elle reste localisée à la fosse iliaque. Il se forme alors des adhérences entre l'appendice et les parties voisines qui limiteront et enkysteront plus tard l'abcès. Les péritonites partielles ou enkystées ont une évolution beaucoup plus lente et sont autrement moins redoutables que la péritonite généralisée. L'ouverture de ces collec- tions se fait par la peau, dans le cæcum, ou plus rarement dans le rectum, le vagin ou la vessie ; elle peut se faire aussi dans le péritoine et déterminer une péritonite généralisée. Il arrive parfois que l'ouverture spontanée de ces abcès dans l'intestin est suivi de guérison, si l'appendice malade a été

lui-même éliminé. Quand l'abcès se dirige vers la paroi abdominale, si le chirurgien n'est pas intervenu, c'est habituellement au dessus de l'arcade de Fallope que se fait l'ouverture, la peau de la région rougit, s'amincit, l'abcès s'ouvre et la guérison survient après douze ou quinze jours d'écoulement purulent. Il y a néanmoins une complication possible, c'est la formation d'une fistule cutanée.

Il arrive souvent que les symptômes de l'appendicite restent assez légers pendant longtemps ; le malade peut même vaquer à ses occupations journalières. Souvent aussi la maladie fait comme périodiquement des retours offensifs toujours redoutables ; c'est l'appendicite à rechûtes.

Le diagnostic est assez facile lorsque le médecin assiste au début des accidents ou lorsqu'il a été exactement renseigné à ce sujet. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Souvent les symptômes sont obscurs ; souvent aussi le médecin examine le malade pour la première fois quand l'appendicite est compliquée de péritonite ; on comprend alors que le doute soit permis. Dans l'observation citée plus haut, j'eus l'avantage de voir se dérouler les symptômes de l'appendicite avant l'invasion de la péritonite ; aussi le diagnostic ne présenta-t-il aucune difficulté. En effet, la constipation, qui n'était pas absolue, puisque le malade eut deux selles à la suite d'une injection rectale, les nausées, les vomissements alimentaires et bilieux, le ballonnement du ventre, la douleur localisée à la fosse iliaque, la défense musculaire, l'hyperesthésie de la zone appendiculaire (ces trois derniers signes forment la triade symptomatique signalée par Dieulafoy) ne me permirent pas de m'arrêter à l'idée de coliques hépatiques ou de coliques néphritiques, ni même l'obstruction intestinale. Cependant la péritonite généralisée d'origine appendiculaire éclate au milieu de symptômes qui ont la plus grande analogie avec les symptômes de l'occlusion intestinale à début brusque. Cette dernière affection est caractérisée par une suspension complète des évacuations alvines, accompagnée de vomissements violents, incessants, incoercibles, de ballonnement du ventre, de douleurs vives, accidents qui se terminent presque invariablement par la mort, quand le malade est abandonné à lui-même. Néanmoins dans certains cas, le médecin peut arriver à faire le diagnostic en faisant une analyse attentive des symptômes.

Dans l'occlusion intestinale la douleur siège en un point quelconque de l'abdomen ; elle est localisée à la fosse iliaque dans l'appendicite. Dans l'occlusion intestinale, les vomissements deviennent rapidement *fécaloïdes* ; ils ne

le sont jamais dans l'appendicite. Dans l'occlusion intestinale, la constipation est absolue ; la constipation est jamais aussi absolue dans l'appendicite, la malade a parfois même de la diarrhée. Malgré cela, il des cas où le diagnostic reste indécis ; et il n'y a que l'intervention chirurgicale qui puisse enlever tous les doutes.

Trousseau, dans ses *Cliniques Médicales*, rapporte une observation d'une occlusion intestinale, dont le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie. On constata que l'intestin grêle était étranglé à un mètre environ de la dernière portion du duodenum. Cet étranglement a entraîné une perforation au-dessus du rétrécissement, laquelle a entraîné une péritonite sur-aiguë mortelle.

En lisant cette observation on croirait lire la description d'une attaque sévère d'appendicite qui se termine par perforation de l'appendicite. Si Trousseau, malgré toute sa science, a pu hésiter quelquefois dans son diagnostic, peut-être nous est-il permis de suspendre le nôtre dans certains cas, quand bien même il n'offrirait pas tout à fait autant de difficultés que celui rapporté dans l'observation du grand maître de la science médicale du dix-neuvième siècle !

Le *traitement*, comme l'étiologie et la pathogénie de l'appendicite a fait l'objet de nombreuses discussions dans les Sociétés Médicales de tous les pays sans que l'accord ait pu s'établir pour déterminer à quel moment le chirurgien doit intervenir.

On a même prétendu qu'il n'existe point de traitement médical de l'appendicite ; que " le traitement chirurgical est le seul qui mette le malade à l'abri des accidents immédiats et éloignés, le seul qui prévienne leurs rechûtes et leurs conséquences. " (Dieulafoy)

" Le seul moyen de guérison absolue, a dit Roux (de Lausanne) pour tout individu qui a eu, ne fut-ce qu'une seule attaque d'appendicite, c'est d'avoir son appendice dans sa poche. "

D'autres chirurgiens sont en faveur de l'intervention médicale hâtive, et appuient leur opinion sur le fait que la laparotomie avec ablation de l'appendice pratiquée dès le début des accidents, avant qu'il se soit établi des adhérences, est facile et sans danger.

Cette théorie de l'intervention chirurgicale dans tous les cas d'appendicite est certainement séduisante, mais elle est trop absolue.

Certains chirurgiens semblent renier à l'appendicite ce qu'ils ne refusent pas à d'autres inflammations : la possibilité d'une résolution ou d'une résorption à l'aide d'un traitement médical rationnel. Il est certain que les

grandes interventions chirurgicales ont perdu de leur gravité, grâce à l'antiseptie, mais c'est une grande erreur d'ignorer la nature, de mépriser les médicaments et de n'accorder sa confiance qu'au couteau.

La théorie de l'intervention chirurgicale hâtive a été poussée à sa dernière limite, surtout aux Etats-Unis.

« A une séance du *Post Graduate* de New-York, le Dr Douglass a rapporté le fait d'un chirurgien de ses voisins qui avait fait enlever son appendice, celui de sa femme et celui de son bébé, afin de mettre la famille à l'abri des appendicites. Ce chirurgien a déjà opéré deux cents appendicites pour sa part. (Dr Benoit.—Le traitement chirurgical de l'appendicite, *Union Médicale* du Canada.)

Il est reconnu aujourd'hui que l'appendicite peut se terminer et se termine souvent par résolution, si le médecin sait seconder les efforts de la nature à l'aide d'un traitement rationnel.

Je me permettrai de vous donner en quelques mots ce traitement médical, tel que préconisé par les meilleurs cliniciens.

Aussitôt le diagnostic établi ou même simplement soupçonné, le malade est mis au lit et au repos absolu. S'il existe des douleurs très vives et de la fièvre, on met sur le ventre des compresses glacées ou un sac de glace pas trop lourd. Pour ma part, j'ai rarement réussi à faire consentir mes malades à se laisser appliquer sur le ventre un sac de glace ou des compresses glacées, sans doute à cause du préjugé qui existe contre l'emploi du froid dans les inflammations. Dans ces circonstances, si la fièvre est modérée, je remplace la glace par des compresses chaudes, ou même par le populaire cataplasme de farine de lin. La chaleur sous toutes ses formes diminue la douleur et favorise la résorption des exsudats.

Comme médicament, le malade prend de l'opium à la dose de  $\frac{1}{2}$  gr. de la poudre, ou 15 à 20 gouttes de la teinture, répétée toutes les 4 heures. Ce médicament, joint à la diète et au repos absolu favorise l'immobilisation de l'intestin et empêche la perforation de l'appendice si elle est imminente. L'opium est donné aussi longtemps qu'il existe de la douleur ou même une sensibilité à la pression au niveau de la fosse iliaque.

Tous les purgatifs sont proscrits d'une façon absolue. Les lavements d'eau tiède sont tout au plus permis dans le but d'obtenir des selles mécaniques sans contractions intestinales. Il y a des médecins qui les proscrirent entièrement, ils attendent toujours la première selle spontanée qui ordinairement vient du quatrième au neuvième jour après le début des

accidents. Ce n'est que lorsque le malade aura eu deux ou trois selles spontanées qu'on lui donnera un purgatif.

La diète presque absolue est requise durant les premiers jours. Les vomissements et la soif sont calmés par des fragments de glace que le malade laisse fondre lentement dans la bouche. Plus tard on donnera au malade de l'eau de riz, de l'eau de pain, du bouillon et du lait. Il lui sera permis de se lever quand toute douleur à la pression dans la fosse iliaque aura disparu.

La laparatomie avec ablation de l'appendice a été préconisée par un grand nombre de chirurgiens dans les cas sévères d'appendicite, quand la péritonite est imminente, ou encore quand l'empâtement de la région appendiculaire est manifeste. Dans le cas que j'ai exposé au commencement de cette étude, l'opération, si elle eût pu être faite le matin même, lors de ma première visite, aurait peut-être sauvé le malade. Mais je regrette de le dire, étant données les circonstances, je ne pouvais songer à une intervention chirurgicale.

L'intervention chirurgicale s'impose de l'avis de tous quand l'abcès est formé ainsi que dans l'appendicite sur-aiguë. Elle est conseillée comme préventive dans l'appendicite à rechûtes, mais alors de préférence pendant une période de rémission.

Je termine, Messieurs en vous remerciant bien sincèrement pour la bienveillance que vous avez montrée en écoutant avec attention la lecture de ce petit travail. Loin de moi la pensée de croire qu'il est complet. Vos remarques et vos observations seront accueillies avec reconnaissance.

---

### **Erysipèle traumatique grave.**

Par le DR ARTHUR SIMARD

*Professeur à l'Université-Laval*

---

Il n'est pas fréquent aujourd'hui, de rencontrer de l'érysipèle traumatique prenant d'emblée une allure inquiétante comme cela se voyait trop souvent dans la période préantiseptique. Aussi, il m'a semblé que la relation d'un cas que j'ai été à même d'observer et de suivre, vous intéressera

rait, car il a été spécial à plus d'un point de vue et a donné lieu à bien des difficultés d'interprétation et de traitement.

#### OBSERVATION

Le 3 juin 1900, M. B..... me faisait demander pour lui traiter une plaie de la partie postéro-inférieure de la jambe droite, consécutive à un traumatisme.

Trois jours auparavant le nommé B..... avait été frappé à cet endroit par un instrument contondant, qui lui avait fait une déchirure des téguments accompagnée de contusion peu accentuée cependant des tissus profonds, déchirure qu'il avait d'ailleurs traitée avec un suprême dédain. La veille du jour où j'ai été appelé à lui donner mes soins, sur le conseil d'un médecin, il avait fait une application de collodion iodoformé, pour calmer, disait-il, l'irritation que le frottement de sa chaussure lui causait.

Le 3 juin, quand j'eus l'occasion de l'examiner, il présentait à l'union du  $\frac{1}{3}$  inférieur avec les  $\frac{2}{3}$  supérieurs de la partie postérieure de la jambe droite, une plaie infectée de la grandeur d'une pièce de 25 centims. Au pourtour, on distinguait des trainées lymphangitiques, un peu d'œdème douloureux; la plaie n'avait d'ailleurs aucune profondeur, les muscles du mollet étaient absolument indolores, sans aucune adhérence; aucun ganglion d'infection à distance, température  $37^{\circ}4$ .

Le patient B..... qui est âgé de 22 ans, avait une mauvaise apparence générale, surmené et épuisé qu'il était, par un entraînement sportif mal dirigé et excessif.

Le traitement ordinaire de toute plaie infectée, fut institué. Bain de jambe pendant une heure, 3 fois par jour, dans une solution chaude d'acide phénique à  $\frac{1}{3}$  00 et pour le reste du temps, enveloppement avec des compresses stérilisées dans l'eau bouillante, imbibée d'une solution de sublimé à  $\frac{1}{12000}$ .

Le lendemain, le 4, il n'y avait aucune amélioration; et même, il me sembla que la plaque lymphangitique avait une tendance à s'étendre, la peau à s'œdématiser. Néanmoins, le même traitement est continué, avec en plus, un laxatif salin pour obvier à une constipation habituelle et maintenir libre une voie d'élimination importante de la toxémie possible.

Temp. à 3 heures après-midi,  $37^{\circ}8$

Le 5, la scène avait complètement changé d'aspect et la situation s'était aggravée très sensiblement. L'exanthème avait envahi le membre inférieur droit et une bonne partie du tronc, avec bourrelet œdémateux accen-



tné. La fièvre s'était allumée, 38°9, il y avait eu 3 frissons, peu intenses cependant, mais ayant duré plus de trente minutes, et ce qui rendait encore la scène plus ennuyeuse, c'était le fait que le patient avait passé des urines très foncées, tirant sur le noir, annonçant un empoisonnement par l'acide phénique. L'emploi de l'acide phénique fut suspendu et le traitement consista en enveloppement avec ces compresses imbibées de sublimé de 1/12000 pour la jambe et des onctions à la vaseline salicylée sur le reste de l'exanthème. Je me défiais du sublimé mis en contact d'une large surface d'absorption, car je me rappelais que l'année précédente, pour une vulgaire plaie infectée du sourcil traitée par le sublimé, il y avait eu rapidement de la diarrhée avec gencives sensibles.

Le soir du même jour, presque tout le corps était envahi par un exanthème scarlatiniforme, douloureux à la pression, accompagné d'œdème des paupières et du scrotum.

Temp. 39°5, pouls 115, de l'agitation, un peu de délire, en plus de la diarrhée, crachottement avec un peu de gonflement des gencives.

Le patient faisait un empoisonnement en partie double. Les urines étaient encore noires et le sublimé entra en scène.

Je vous l'avouerai franchement, je me suis trouvé un peu embarrassé en face de cet exanthème soudain, généralisé presque d'emblée, et de la banqueroute de la médication, d'autant plus que le patient était notablement sué, avec une résistance très appauvrie, un état de santé chancelant.

Le sublimé fut à son tour supprimé et remplacé par l'anodine eau boriquée, à 4%, du sulfate de quinine et du salicylate de soude à l'intérieur, des stimulants diffusibles et des soins de la bouche. Le 6 au matin, il me fut possible d'examiner à souhait mon patient. La temp. était à 39,8, le pouls à 128, la diarrhée continuait, mais plus éparcée, en décroissance, la bouche traitée depuis la veille est en assez bon état, un peu de pyalisme, de la rougeur et un peu de gonflement gingival.

Il ressemblait à un homard ; l'exanthème était généralisé sans un centimètre carré de peau saine ; sur la jambe droite, apparaissaient des phlictènes, des bulles, ou mieux, accumulation pemphigoïde de sérosité louche rougeâtre. Ça et là dans la région du point de départ de l'infection, quelques phlictènes crevées laissaient voir une gangrène cellulaire commencante, d'un gris sale, à travers laquelle suintait un liquide louche.

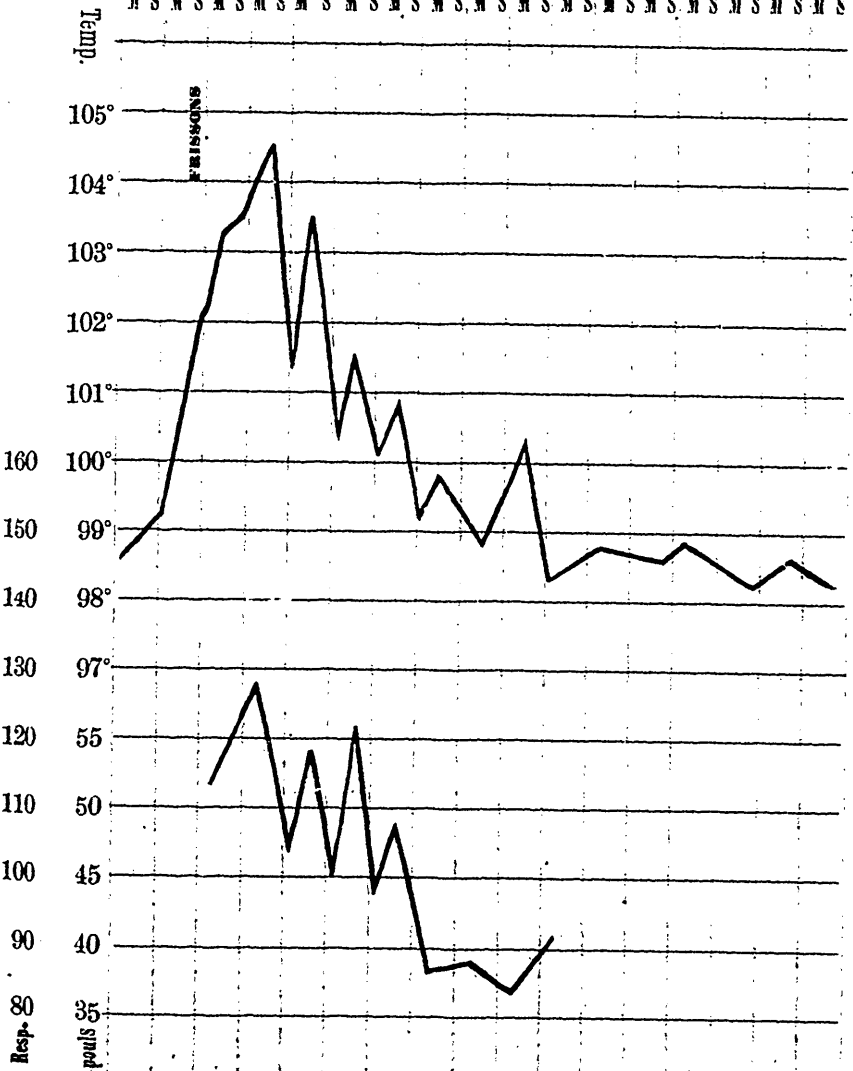
Cas No.

Date initiale : 3 juin 1900

Nom B.

Diagnostic : Erysipèle traumatique

DATE.	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S



N. B.—On voudra bien noter que par erreur il y a transposition des mots Resp. et Pouls. De plus on voudra bien ne pas tenir compte des chiffres de la respiration.

Dans les plis inguinaux, aux aisselles, à la partie inférieure de la face, la peau était criblée de vésicules de la grosseur d'un pois; l'autre jambe avait 3 larges phlictènes sur la partie externe et inférieure et au talon.

Une pareille situation n'était pas rassurante et en présence de l'état général mauvais, insomnie complète, langue sale, sèche, une agitation très grande, du délire, un exanthème généralisé œdemateux, douloureux, de la gangrène par place qui s'affirmait ici et là, de la suppuration cutique et dermique peu accentuée il est vrai mais déjà existante, je me suis trouvé réellement alarmé.

La médication fut quelque peu modifiée. Lavage des parties suintantes et gangrenées avec de l'eau naphtolée, pansement avec un mélange de poudre d'iodoforme et de salicylate de bismuth, enveloppement à la gaze. Sur le reste du corps vaseline salicylée.

A l'intérieur salicylate et stimulants.

Le soir du même jour, la temp. était à 40°2; même pansement et extrait thébaïque pour calmer l'agitation et l'insomnie.

Le 7 au matin, la situation générale, chose qui me surprit, me parut s'être améliorée sensiblement, la temp. était à 38°4, pouls à 103, la langue humide, le malade avait dormi quelques heures.

L'infection cutanée avait manifestement tendance à se localiser aux aines, aux aisselles, à la figure et surtout aux jambes. Alors les phlictènes sont crevées et enlevées avec des ciseaux et on voit maintenant de larges placards de gangrène cellulaire. Deux fois par jour on panse à la poudre d'iodoforme et bismuth après lavage à l'eau bouillie et au naphtol.

Aux endroits où il existe de larges surfaces recouvertes de vésicules dont quelques-unes marchent vers la suppuration, lavage à l'eau bouillie et onction à la vaseline salicylée. Alimentation légère, lait coupé d'eau de Vichy, thé, café, eau en grande quantité, purgatif salin.

La teinte noirâtre est disparue des urines, le ptyalisme est insignifiant.

Le soir, temp. 39°4, pouls 117, moins d'agitation. Le 8, amélioration très sensible de l'état général, temp. 37°9, pouls 100, même traitement.

Mais le soir, le malade commence à avoir un goût d'iodoforme dans la bouche, son agitation est augmentée d'une façon marquée, avec des symptômes cérébraux inquiétants, temp. cependant à 38°6, pouls 122, (un peu d'albumine dans les urines).

L'iodoforme paraissant être la cause de cette recrudescence de symptômes cérébraux, je la supprime, et après lavage à l'eau naphtolée, pansement

à la poudre borique et à la gâze boriquée, (opium à l'intérieur).

Le 9, le malade est réellement mieux, la temp. est à 37°8, pouls 97, et un commencement de desquamation est visible à la poitrine, et à la partie inférieure de la face ; l'exanthème palit d'ailleurs ; et les vésico pustules de la face, des aisselles et des aines commencent à sécher. Le soir, temp. 38°2, pouls 105. Du 10 au 18 la temp. est descendue graduellement à la normale, avec quelques élévations vespérales de 5 à 8 dixièmes; la desquamation se fait sur tout le corps, ici furfuracée, là par grandes plaques comme dans la scarlatine—Le malade est en pleine convalescence. L'appétit est revenue avec la chute de la température, les urines sont normales n'ayant été albumineuses que 5 jours durant; les jambes seules tiennent le patient au lit. L'élimination du derme et d'une partie du tissu cellulaire sous-jacent gangrené se fait avec lenteur, mais dans de très bonnes conditions.

Au bout d'un mois et demi, le malade a fait peau neuve, les larges placards dermo épidermiques nécrobiosés sont comblés, et le 23 juillet le patient fait sa première promenade sérieuse, un peu débilité par la perte de 15 lbs, mais en bon état de santé.

J'ai voulu mettre en évidence par cette observation les deux aperçus suivants qui me paraissent dignes de votre plus bienveillante attention.

1° La relation d'un érysipèle traumatique généralisé pour ainsi dire, d'emblée, type soudain de Verneuil, modalité d'infection streptococcique très rare aujourd'hui, mais qui ici, paraît avoir eu pour raison d'être le défaut de résistance organique du sujet, épuisé par un surmenage physique, par un entraînement sportif excessif et mal gradué.

2° La sensibilité toute spéciale de ce même sujet à l'action des différents antiseptiques même employés à des doses très faibles.

On peut cependant se demander s'il s'agit ici d'érysipèle ou d'un exanthème médicamenteux, vu que le malade avait eu préalablement une application de collodium iodoformé sur sa plaie, exanthème entretenu et encouragé par l'action des divers antiseptiques dans la suite, ce qui d'ailleurs cadrerait bien avec cette généralisation rapide, cette soudaineté de l'érythème, si spéciale à l'action de certains médicaments, l'iodoforme en particulier.

Pourtant, malgré quelques apparences dans la forme et l'évolution de l'exanthème qui rappelleraient l'action d'un médicament sur la peau, j'incline à admettre le premier diagnostic pour les raisons suivantes qui me paraissent péremptoires :

1° D'abord il y avait au début une plaie et une plaie négligée, infectée

2° Sur son pourtour on voyait des traînées lymphangitiques manifestes.

3° Et puis l'évolution de l'exanthème s'est présentée avec des signes locaux et généraux tellement superposables à ceux qui forcent le diagnostic érysipèle traumatique qu'il est difficile à mon avis, de passer outre.

Des frissons (3) au début, le cycle thermique qui est celui d'une affection de poitrine aiguë, restant très élevé pendant plusieurs jours 39°9 à 40°2 et venant à la normale, graduellement, corrélativement à la diminution des accidents locaux; la réaction générale: pouls rapide, l'anorexie, l'agitation, le délire, l'insomnie, l'amaigrissement consécutif, l'évolution de l'exanthème qui parti du point d'infection initial a envahi en 2 fois 24 heures tout le corps comme cela se voit dans les cas d'érysipèle soudain bien étudiés par Verneuil, puis l'apparition d'une cutite, dermatite phlicténoïde bulleuse, pemphigoïde contenant un liquide louche rougeâtre sur un fond gangreneux, ailleurs des vésico pustules dont quelques-unes suppurent laissant après la chute des croûtes une destruction superficielle du derme; l'exfoliation ensuite de tout le corps, scarlatiniforme, furfuracée par places, ailleurs par larges lambeaux épidermiques et aux jambes en particulier se faisant par larges placards dermo-épidermiques; l'œdème maintenant, ce bourrelet œdémateux si caractéristique de l'infection érysipélateuse bordant l'exanthème, et dans la suite, après généralisation, se manifestant aux paupières, au scrotum, tout cela cadre avec une infection érysipélateuse et nous ne croyons pas qu'il était possible d'y voir un simple exanthème médicamenteux.

Car, après tout, si l'iodoforme avait été le vrai coupable, (l'iodoforme du collodion) comment pourrait-on expliquer le fait que l'exanthème s'améliorait quand, après l'abandon du sublimé et de l'acide phénique, l'iodoforme était employé à des doses suffisantes pour provoquer un commencement d'empoisonnement.

Si l'iodoforme avait produit un érythème médicamenteux on aurait dû avoir une recrudescence du moment que la poudre d'iodoforme était employée sur de larges surfaces. On ne peut pas soutenir non plus l'intervention du sublimé ou de l'acide phénique comme cause de ces accidents, d'autant plus que pour le sublimé en particulier, la diarrhée, le premier signe de l'empoisonnement, est apparue quand il y avait déjà longtemps que le malade était aux prises avec son infection.

L'acide phénique n'a jamais à notre connaissance commis de tels dégâts et il y a eu dans le déclin de la maladie une contre preuve de tenter ce qui tranche la difficulté. Vers le 14ème jour de l'infection alors qu'il y avait longtemps que la teinte noirâtre était disparue des urines, j'ai

délibérément repris l'emploi de l'acide phénique et il ne s'est rien produit de spécial pouvant même attirer l'attention, seulement j'ai eu à prévenir son absorption en trop grande quantité.

D'ailleurs, je ne crois pas que l'acide phénique puisse être élevée ici à la dignité de cause productive, et si j'ai discuté ce fait, c'est seulement pro forma, ne m'étant jamais arrêté même à la possibilité de ce diagnostic en face de l'évolution de l'affection en discussion.

Le nommé B..... a donc souffert d'un érysipèle traumatique, mais avec un indice de gravité toute spéciale.

La dermite superficielle œdémateuse a pris dès le début une marche rapide, envahissante, avec un cortège de symptômes généraux qui indiquait une infection à forme grave de l'économie.

Et de fait, il n'est pas usuel aujourd'hui de voir un érysipèle prendre cette tournure.

Autrefois, avant la période antiseptique, dans les milieux où les prescriptions hygiéniques étaient bannies ou ignorées il était fréquent de voir l'infection streptococcique se manifester très souvent avec gravité et la mort était le résultat habituel.

Il n'en est plus de même aujourd'hui, et l'observation d'un malade comme celui qui fait l'objet de cet exposé est chose assez peu usuel pour qu'il soit intéressant d'en faire mention, d'autant plus que le type soudain de l'évolution streptococcique bien observé par Verneuil, est encore plus rare.

La raison qui nous permet de comprendre la malignité soudaine de l'infection, c'est, sans aucun doute, le défaut manifeste de résistance organique du sujet; l'entraînement excessif qu'il avait subi l'ayant complètement épuisé il s'est trouvé désarmé quand l'infection s'est développée.

Il était dans une condition analogue à ces malades épuisés par la famine, les fatigues d'une campagne, les privations d'un siège, l'encombrement des prisons joint à l'absence des prescriptions hygiéniques.

Et ce qui contribue bien à faire ressortir le manque de résistance de son organisme, obligé de lutter comme un envahissement microbien, c'est sa sensibilité aux antiseptiques toxiques. Car la contrepreuve a été faite bien des fois. J'ai eu à traiter autrefois ce malade, alors qu'il jouissait d'une bonne santé et jamais il n'a montré la moindre idiosyncrasie pour tels ou tels antiseptiques. Seulement à deux reprises différentes, alors qu'il était débilité par un surmenage physique, l'intoxication s'est produite très facilement.

Maintenant on pourra se demander comment il se fait que l'on n'a pas employé le sérum de Marmoreck.

Je l'ai fait, je l'avoue en toute franchise, de parti pris. D'abord, la température à peine montée vers 40 ° cent immédiatement tendances à descendre ; puis comme les reins avaient été touchés je me suis décidé à retarder son emploi et l'amélioration s'étant vite manifestée sa nécessité ne s'est plus fait sentir.

Je n'ai qu'un regret à vous faire, c'est de n'avoir pas fait faire d'examen bactériologique ; car nous aurions eu sans aucun doute, le plaisir de constater, que dans ce cas, comme d'ailleurs dans la plupart des cas qui prennent mauvaise tournure, il existe une association microbienne qui explique pour une bonne part, le pourquoi de la généralisation rapide et de la gravité de l'infection streptococcique.

Pour tout résumer, 1 ° une plaie insignifiante, traitée avec négligence a ouvert une porte d'entrée au streptocoque, qui, trouvant un terrain favorable, s'est développé avec rapidité et en 2 fois 24 heures a envahi toute la surface cutanée, produisant le type dit " soudain ", 2 ° le surmenage physique en même temps a permis à une intoxication facile et rapide par plusieurs antiseptiques de se manifester pendant l'évolution de l'érysipèle traumatique.



## REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

### Accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse

Dr CAUMARTIN.

INFORMATIONS CLINIQUES. I.—*Cas habituel.*—Un malade, le plus souvent un homme de 18 à 25 ans, se présente avec la joue gonflée, de la constriction plus ou moins marquée des mâchoires, de l'adénite sous-maxillaire; ces accidents sont survenus progressivement, accompagnés de douleurs variées, douleurs névralgiques s'irradiant du côté de l'oreille, du globe de l'œil, le long d'un des nerfs dentaires, gagnant quelquefois le cou, l'épaule, même le bras. Dès ce moment, vous devez penser à l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse.

En écartant autant que possible les mâchoires, vous voyez dans le fond de la bouche, presque toujours en bas, souvent à gauche, un bourrelet gingival volumineux, rouge, ulcéré, portant à son sommet une sorte de cratère qui donne issue à de la sanie purulente. Souvent vous apercevez es deux cuspides antérieures de la dent de sagesse plus ou moins déviée, cariée quelquefois. Si elle est encore cachée sous la gencive, le stylet vous révélera sa présence.

S'il est impossible d'écarter les mâchoires, en glissant l'index dans le cul-de-sac gingivo-jugal, vous sentez la dent recouverte encore par la gencive ou à demi sortie.

II. *Cas compliqués*: a).—Lorsque les accidents datent de plus longtemps il y a en plus de l'angine, une ulcération de la joue en son point de contact avec la dent, ou même une stomatite généralisée.

b) Si la suppuration périodentaire s'est étendue, le maxillaire lui-même est envahi; c'est le phlegmon périmaxillaire accompagné d'un gonflement considérable et de phénomènes généraux graves.

c) A un stade plus avancé l'abcès est ouvert soit dans la bouche soit à la peau, souvent des deux côtés à la fois.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES.—Les accidents sont dus à deux causes :

1° Un obstacle; 2° L'infection.

L'obstacle à la sortie de la dent peut être: muqueux, constitué par la gencive qui, à l'époque de l'éruption de la dent de sagesse, est devenue



épaisse et dure; osseux: l'espace destiné à recevoir la dent, compris entre la deuxième molaire et l'apophyse coronoïde est trop étroit; la dent est incomplètement sortie ou déviée.

Mais cet obstacle ne suffit pas seul à provoquer les accidents. Le facteur indispensable est l'infection. Sous le bourrelet gingival, dans les cul-de-sac péri-dentaires formés par la gencive décollée et n'écroulée, s'accumulent des débris de toutes sortes qui fermentent et amènent de la suppuration: c'est l'infection putride locale.

TRAITEMENT.—Il peut être préventif ou curatif et dans tous les cas sera dirigé: 1° contre l'obstacle, 2° contre l'infection.

A.—TRAITEMENT PRÉVENTIF.

a) *Contre l'obstacle.*—Il faut assurer à la dent de sagesse une place suffisante pour son éruption.

Dans ce but n'hésitez pas à extraire la première molaire, quand elle est cariée, même chez les enfants, surtout dans les bouches étroites, où les dents antérieures sont déjà mal rangées.

b) *contre l'infection.*—Le milieu buccal est naturellement septique. Conseillez aux patients des soins plus minutieux de la bouche pendant la période d'éruption de la dent de sagesse.

B.—TRAITEMENT CURATIF.

I. CAS HABITUELS.—a) *Contre l'obstacle.*—a. Si la dent est saine, bien rangée dans l'arcade maxillaire, essayez de la conserver, l'obstacle est muqueux:

Injectez dans le capuchon gingival un centimètre cube d'une solution de cocaïne à 1% et détruisez-le au thermocautère ou au galvano-cautère, de façon à dégager complètement la dent.

β. Si la dent est cariée, déviée ou incluse encore en partie dans le maxillaire, mieux vaut l'extraire; l'obstacle est osseux.

EXTRACTION.—Cette extraction présente toujours quelques difficultés. Il faut d'abord vaincre la constriction des mâchoires; servez-vous, pour cela, d'un coin de bois ou plutôt d'un écarteur des mâchoires. Mais cette manœuvre, très pénible pour le malade, restera souvent incomplète et, dans bien des cas, le CHLOROFORME sera un adjuvant précieux et suffisamment indiqué.

L'instrument de choix pour l'extraction est la LANGUE DE CARPE.

Tenez le comme un trocart, le manche appuyé dans la paume de la main, la pulpe de l'index sur le talon. L'index gauche, garni d'une bande

de toile, est introduit dans la bouche (côté gauche) ou dans le sillon gingivo-jugal (côté droit) afin de limiter les échappées qui pourraient se produire.

Insinuez alors la lame profondément, de dehors en dedans, s'il s'agit d'extraire la dent de sagesse gauche, — et c'est le cas le plus fréquent, — de dedans en dehors si vous opérez du côté droit, entre la deuxième molaire et la dent de sagesse, jusqu'à ce que le genou de l'instrument vienne prendre point d'appui sur la surface triturante de la deuxième molaire.

Faites en un mouvement de bascule et la dent est luxée; il reste à la cueillir, avec une pince quelconque, et le davier pour incisives supérieures réussit particulièrement bien.

La clef de Garengot pourra aussi être souvent utilisée grâce à son petit volume.

b) *Contre l'infection* : Que vous extrayiez la dent ou que vous la conserviez, il faut agir sur le foyer purulent. À l'aide d'un stylet portant un tampon imbibé de TEINTURE D'IODE ou d'ACIDE CHROMIQUE DÉLIQUESCENT touchez tous les culs-de-sac qui entourent la dent.

Faites à l'aide du bock de GRANDS LAVAGES de la cavité buccale avec une solution d'acide borique ou de sublimé.

Prenez soin de nettoyer l'alvéole lui même, si la dent est extraite; car il peut se produire après l'extraction des infections secondaires favorisées par la persistance de la contraction et l'absence prolongée de mastication, et vous verriez les accidents de dents de sagesse continuer et même s'aggraver sans dent de sagesse.

Conseillez au malade de se rincer fréquemment la bouche avec une solution antiseptique, la suivante par exemple :

{ Acide phénique.....	5 grammes
{ Acide thymique.....	0.50 centigrammes
{ Salol.....	5 grammes
{ Essence de menthe.....	5 grammes
{ Teinture de badiane.....	250 grammes

II — CAS COMPLIQUÉS. — (a) L'amygdalite, la stomatite, sont justiciables du traitement antiseptique : atouchements à la teinture d'iode, grands lavages buccaux.

(b) S'il y a tendance au phlegmon, deux cas sont à considérer :

(a) *L'abcès est intra buccal.* — La première indication est l'EXTRACTION IMMÉDIATE de la dent. Elle pourra conjurer les accidents, amener l'évacuation du pus, s'il en existe, par l'alvéole, et éviter l'ouverture cutanée. Faites en outre au besoin une incision dans la bouche le long du maxillaire.

(β) *L'abcès extra-buccal* : L'ouverture cutanée est inévitable : l'extraction serait insuffisante. Faites une ou plusieurs incisions, drainez et enlevez la dent.

(γ) *Enfin l'abcès peut être ouvert déjà*, il y a des fistules, le maxillaire est nécrosé. Agrandissez les ouvertures pour assurer l'écoulement du pus et attendez la mobilisation du séquestre.

*L'Echo Médical du Nord.*

---

**traitement des douleurs de la dysménorrhée par la cocaïnisation de la muqueuse nasale**

M A SCHIFF a communiqué le résultat de ses recherches sur le traitement des accidents douloureux qui accompagnent les dysménorrhées, par l'attouchement avec une solution de cocaïne à 1 p. 5 des régions de la muqueuse des fosses nasales que Fliess a désignées sous le nom de " points génitaux ". A peine a-t-on touché ces zones avec l'extrémité d'une sonde trempée dans la solution cocaïnique que les malades accusent spontanément une disparition complète de leurs douleurs abdominales. La cocaïnisation de l'extrémité antérieure du cornet inférieur fait disparaître les douleurs hypogastriques, celle du tubercule nasal les douleurs sacrés ; quand les douleurs sont unilatérales, il faut avoir soin de toucher les points génitaux de la fosse nasale du même côté. Ce qui prouve l'action élective de ces régions sur la sensibilité de la région utéro-ovarienne, c'est que si l'on anesthésie toute la muqueuse des fosses nasales, à l'exception des points les douleurs ne cèdent pas. Il faut noter enfin que la cessation des douleurs s'obtient également lorsqu'au lieu d'une solution concentrée on fait usage d'une solution faible de cocaïne, à 3 ou 5 pour 100 par exemple, à la condition de toucher préalablement les zones en question avec de l'extrait de capsules surrénales, dont l'action anémiante est bien connue. En détruisant les points génitaux par des caustiques ou par l'électrolyse, l'orateur a pu obtenir dans un certain nombre de cas la guérison définitive de la dysménorrhée.

On peut aussi faire cesser des douleurs abdominales indépendantes des périodes menstruelles par la cocaïnisation des points génitaux.

Pour expliquer ces faits, M. SCHIFF admet que les douleurs qui accompagnent certaines dysménorrhées ne siègent pas, en réalité, dans les organes génitaux, mais qu'elles ont pour point de départ une irritation de la muqueuse des fosses nasales.

*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.*

**Sulfate de Quinine à doses élevées et massives dans les hémorragies.**

Le Dr Liégeois, correspondant national de l'Académie de Médecine, (*Journal des Praticiens*) préconise ce mode de traitement qu'il trouve plus immédiatement et plus sûrement efficace pour plusieurs variétés de pertes de sang, que l'ergot et autres agents internes réputés hémostatiques. Déjà, M. Lancereaux, au cours d'une récente communication académique sur des hématuries dites essentielles, n'hésitait pas à décerner, parmi les médicaments propres à enrayer ces hémorragies, une place d'honneur au sulfate de quinine porté à un 1 gramme 50 par jour.

Martineau, Verneuil, Coriveaud ont obtenu des succès dignes d'être mentionnés, avec les hautes doses de sulfate de quinine dans des épistaxis d'origine diverse à retour non périodique. Cela ne doit pas empêcher de rechercher les causes locales des saignements de nez et d'appliquer la compression, le tampon, les substances légèrement styptiques et même la cautérisation sur le siège d'élection de ces hémorragies, au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison osseuse et du milieu de la cloison intercartilagineuse, où la muqueuse est la plus riche en capillaires et plus exposée au contact des poussières septiques.

Le Dr Liégeois fait observer que la méthode de traitement par les doses massives de quinine donne surtout sa valeur dans les épistaxis quelquefois si graves, qui sont la conséquence de l'exagération de la tension artérielle ; dans celle des jeunes gens, des filles principalement, à la puberté ; dans celle des arthritiques névrosés ou des nerveux candidats à la tuberculose pulmonaire, dans celle de la période initiale du mal de Bright latent ou à peine soupçonné ; dans celle du début ou de la fin des paroxysmes cardio-vasculaires de la cachexie exophthalmique.

L'hémoptysie peut être également justiciable des doses massives de quinine (1 gr. 50) en deux fois à une demi heure d'intervalle. C'est surtout dans les formes fébriles que le traitement a fait ses preuves. Mais même en dehors de tout processus fébrile, nous n'avons rien de mieux, dit le Dr Liégeois, que ces doses massives contre les grandes hémoptysies, périodiques ou non, relevant de l'hypertension artérielle, à l'époque de la croissance chez les adolescents de souche rhumatismale ou goutteuse, ou pendant la ménopause chez les femmes, ou chez les brightiques futurs. Il en serait de même de certaines métorrhagies réfractaires à l'ergot et au tanin.

Kirmisson et Guénard ont réussi à arrêter par les mêmes doses répétées durant plusieurs jours des hémorragies incoercibles survenant à la suite d'extraction de dents, chez des paludiques.

M. D. B.

---

**De l'influence de la laparatomie sur l'évolution de la tuberculose péritonéale.**

M. O. Borchgrevink (de Christiana) dans une étude critique de la laparatomie dans la tuberculose péritonéale, rappelle que l'examen microscopique de tubercules péritonéaux, recueillis au cours de laparatomies pour péritonite tuberculeuse séreuse, lui a montré que les cas qui guérissaient le plus facilement étaient ceux dont les tubercules étaient déjà en voie de régression au moment de l'opération, tandis que les cas dans lesquels il avait recueilli des tubercules en pleine maturité n'étaient pas ou n'étaient que peu influencés par la laparatomie.

L'auteur a eu l'occasion d'observer six malades ne présentant aucune tare héréditaire, aucune tuberculose d'autre organe, ces malades avaient joui d'une santé parfaite jusque là. Laissés en observation pendant une période variant de cinq semaines à quatre mois ils avaient guéri définitivement; il s'agissait cependant bien de péritonite tuberculeuse vraie, car la nature infectieuse des exsudats fut confirmée par l'inoculation aux cobayes.

Se basant sur l'observation d'un nombre à peu près égal de malades laparotomisés (25) ou traités médicalement (22) en tout 47) l'auteur émet les conclusions suivantes: les formes de tuberculose péritonéale évoluant sans fièvre ou à peu près, guérissent spontanément; en pareil cas la laparotomie est inutile. Dans les cas à marche progressive, s'accompagnant de fièvre continue, la laparotomie devient nuisible, l'opération est ainsi contre indiquée dans tous les cas.

M. D. B.

---

**Les applications prolongées de compresses d'éther dans les hernies étranglées.**

Le Dr C. N. Fiessinger, auquel on doit cette méthode, rapporte de nouvelles observations qui lui ont été communiquées et qui confirment les premiers résultats obtenus par ce traitement (Journal des Praticiens). Les

lecteurs du BULLETIN seront sans doute heureux qu'on leur fasse connaître d'une manière plus intime la valeur de ce procédé thérapeutique médicale, car l'étranglement herniaire est l'un des accidents les plus graves et assez fréquents de la pratique ; et il semble dès maintenant acquis par de nouvelles observations que l'application prolongée de compresses d'éther peut aisément réduire le plus grand nombre ou la totalité des hernies.

M. le Dr Rallivet fait suivre son observation des considérations suivantes :

“ Les applications prolongées de compresses d'éther me paraissent supérieures en efficacité et en simplicité aux pulvérisations éthérées et au sachet de glace. Une action réflexe opérant au sein des éléments de la hernie, anse intestinale et collet du sac avec vaso-constriction et décongestion salutaire et sans doute aussi une exaltation du péristaltisme normal est l'explication la plus plausible de l'effet de cette application locale. ”

Dans les cinq observations rapportées, les auteurs ont tous été réunis par un sentiment commun : celui de la surprise.—Ils songeaient à la kéléotomie et voici que la réduction s'opère toute seule. Hernies crurales, inguinales, ombilicales, toutes réintégrant dans l'abdomen.

Faut-il conclure de ces succès que toutes les hernies étranglées cèdent à l'application prolongée des compresses d'éther ? C'est ce que l'avenir apprendra. Le Dr Fiessinger ajoute que ces nouvelles observations justifient ses espérances. Il suffit que les praticiens ne perdent pas patience et continuent l'application un temps suffisant ( $\frac{1}{2}$  à 1 heure et même 2 heures).

Sans doute on utilisait déjà l'éther en affusions ou pulvérisations dans le cas de hernie étranglée, mais le praticien se lassait vite et réussissait rarement.

La glace, aussi, était employée : mais, d'abord, elle ne se trouve pas toujours à la main, et puis l'action de l'éther semble infiniment plus puissante en raison du froid plus marqué qu'elle produit. On échoue souvent, d'ailleurs, avec la glace. Les insuccès avec l'éther paraissent beaucoup plus rares. Il convient, toutefois, que la méthode soit employée dans les 36 premières heures ; une anse gangrenée risquant, au delà de ce terme d'être rentrée dans l'abdomen.

M. D. B.

---

**L'agent étiologique de la vaccine et de la variole.**

M. le Dr Funck, (*La Semaine Médicale*) a fait depuis deux ans une série d'études intéressantes afin de démontrer la cause réelle de la vaccine et de la variole, et il est arrivé à la conclusion suivante : " ces deux maladies sont provoquées par un microorganisme semblable, un protozoaire de grande dimension, facile à observer au microscope à un faible grossissement.

Ces études ont une importance qui n'échappera à personne et peuvent avoir une influence considérable sur l'étude de l'étiologie de tout un groupe de maladies redoutables : les fièvres éruptives."

L'auteur démontre d'une manière probante la vérité des propositions suivantes :

I<sup>o</sup> *La vaccine n'est pas une maladie microbienne.*—La lymphe vaccinale glycinée, fraîchement préparée, renferme un grand nombre de bactéries. Mais comme ce vaccin subit une autopurification, nous savons qu'après trois mois ce vaccin devient stérile des microbes qu'il contenait primitivement, et cependant il donne encore des pustules absolument caractéristiques.

II<sup>o</sup> *L'agent étiologique de la vaccine est un protozoaire.*—C'est ce que l'on constate facilement à l'examen microscopique du vaccin, à un grossissement de 500 à 600 diamètres. On trouve un protozoaire signalé antérieurement par quelques observateurs, et notamment par L. Pfeiffer dès 1887. Ce dernier l'ayant rangé parmi les sporozoaires, le Dr Funck propose d'appeler l'agent étiologique de la vaccine *Sporidium vaccinale*.

III<sup>o</sup> L'auteur prouve par des expériences concluantes que *l'inoculation du Sporidium vaccinale en émulsion stérile reproduit chez les animaux sensibles tous les symptômes de la vaccine.*

IV<sup>o</sup> Il démontre ensuite par des inoculations sur des veaux que *l'injection par le Sporidium vaccinale rend les animaux réfractaires à l'inoculation ultérieure de la vaccine.*

V<sup>o</sup> Enfin de nombreux examens et bon nombre d'expériences nous forcent à admettre que la pustule variolique *renferme un protozoaire semblable au Sporidium vaccinale*, ce qui semble bien démontré d'ailleurs par le fait que la variole transportée au veau se transforme en vaccine après trois ou quatre passages sur cet animal.

P. V. F.

### Le massage dans les phlébites.

Au mois de novembre dernier, cette question a été posée à la Société médicale des hôpitaux et discutée assez longuement dans plusieurs séances.

Tandis que M. Siredey fait masser ses malades après deux mois lorsqu'il y a œdème persistant, mais lorsqu'il n'y a plus ni douleur, ni fièvre, M. Rendu considère, au contraire, le massage comme une méthode de traitement fort dangereuse et lui préfère la compression élastique.

M. Barth permet le massage trois semaines après la cessation de la fièvre, mais en évitant de masser les cordons veineux. M. Hirtz, lui aussi, est partisan du massage dans les phlébites, mais seulement cinq ou six semaines après le début de la maladie et en ayant soin de n'employer qu'un effleurage très léger et d'éviter le voisinage de la veine malade.

Enfin M. Vaquez, tant à la Société des hôpitaux que dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, a expliqué tout au long quelle doit être, à son avis, la conduite à tenir en cas de phlébite.

Pour lui, la conduite à tenir dans les cas de phlébite résulte de la connaissance exacte de l'ancienneté des accidents primitifs.

L'immobilisation absolue, pendant six semaines à deux mois, peut guérir complètement une phlegmatia des membres inférieurs à type classique. Trop souvent, elle est suivie de raideurs articulaires, d'atrophie musculaire avec contractures, d'œdème persistant qui condamnent le malade à une infirmité prolongée, parfois définitive.

Il faut donc renoncer à cette façon d'agir.

Pendant les vingt jours qui suivent le début d'une phlébite des grosses veines du membre inférieur, il faut pratiquer l'immobilisation absolue, au besoin dans la gouttière de Bonnet, surtout si la phlébite est double.

A partir de ce moment si les veines accessibles ont cessé d'être sensibles à une palpation légère, s'il n'y a pas eu de poussées fébriles nouvelles, si l'œdème est franchement en décroissance, on doit remettre le malade aux mains d'un masseur instruit et prudent, en le chargeant de pratiquer progressivement la série des manœuvres externes qui ont pour but de favo-



riser la circulation dans les réseaux veineux de suppléance, de diminuer l'œdème jusqu'à le faire disparaître complètement, de combattre les raiders articulaires et de faire rétrocéder l'atrophie.

Au début, ces manœuvres consistent en effleurages superficiels, en mobilisation partielle des articulations du pied.

Pendant la deuxième semaine, du vingt-septième au trente-cinquième jour, on fait pratiquer le massage des masses musculaires avec mobilisation plus active des articulations, en évitant tout naturellement les gros troncs veineux. Le malade peut faire, dans son lit, quelques mouvements de latéralité sans flexion du tronc. A partir du trente huitième jour, la mobilisation est de plus en plus active, le malade se lève sous la surveillance du masseur, sans faire usage de béquille ou de canne, qui favorisent les contractures secondaires, avec une simple application de crêpe Velpeau, le bas élastique gênant trop le rétablissement d'une circulation normale.

Il est rare que, de cette façon, le malade ne soit pas entièrement guéri, sans tare consécutive vers le cinquantième jour.

S'il survient des poussées phlébitiques nouvelles caractérisées par une élévation de température, une douleur locale avec recrudescence de l'œdème, on tamponne d'abord, puis on agit de même après vingt jours.

En procédant ainsi, dans les nombreux cas que M. Vaquez a eu à traiter, il n'a pas perdu un seul malade d'embolie et n'en a pas conservé un seul infirme pour de long mois ou pour toujours.

*Revue de cinésie et d'électrothérapie.*

---

### Les intoxications alimentaires

---

Longtemps ignorée ou méconnue, la question des intoxications alimentaires vient d'entrer dans une voie nouvelle, grâce aux progrès réalisés par la chimie et la physiologie, nous commençons à savoir le pourquoi et le comment de ces intoxications et à baser sur l'étude de leur mécanisme une thérapeutique efficace. M. Dr Richard dans une thèse intéressante (Thèses de Paris 1900) a exposé les idées actuelles sur cet important sujet.

Ce sont des matières alimentaires animales qui sont le plus souvent cause des accidents d'intoxications.

Les viandes d'animaux malades peuvent être nuisibles par les parasites ou par les germes infectieux qu'elles contiennent (cysticerques, trichines

distôme etc. (charbon, morve, tuberculose, typhus, bovine) Dans tous les cas, les accidents présentent une gravité moyenne et consistant surtout en dehors des troubles spécifiques, en manifestations gastro-intestinales, simulant tantôt une attaque de choléra, tantôt une fièvre typhoïde, tantôt enfin et c'est le cas le plus fréquent—un catarrhe gastro-intestinal. La cuisson évidemment atténue plus ou moins les microbes et les toxines.

Les viandes en putréfaction, eu raison même de leur aspect, donnent l'éveil et causent moins fréquemment des accidents.

Mais la variété d'intoxication la plus fréquente et la plus importante dans la clinique c'est le *botulisme*. Cette intoxication est occasionnée d'ordinaire par des viandes de conserves ou conservées depuis plus ou moins longtemps ; elle est caractérisée par la prédominance des troubles nerveux moteurs, sensitifs et sécrétoires.

Les symptômes n'apparaissent d'habitude que quinze à dix-huit heures après l'ingestion. Aux simples phénomènes d'indigestion du début succèdent bientôt des douleurs abdominales violentes, des nausées, des vomissements bilieux. La constipation est habituelle : elle présente ce caractère spécial de ne pas s'accompagner de ballonnement du ventre ; les premières selles sont le plus souvent noires et gluantes.

Au bout de trente six à quarante huit heures ces troubles gastriques subissent une recrudescence : l'haleine devient extrêmement fétide ; toutes les sécrétions digestives se réduisent ; une soif ardente torture le malade. La muqueuse buccale présente une coloration rougeâtre, parfois localisée, les amygdales se tuméfient et se recouvrent d'un enduit blanchâtre, parfois même d'un véritable exsudat pseudo-membraneux. La respiration ne tarde pas à devenir irrégulière. L'angoisse précordiale, l'affaiblissement des contractions cardiaques, la cyanose des extrémités, les troubles urinaires (tantôt polyurie, tantôt dysurie ou même anurie) indiquent la participation du système circulatoire à l'intoxication. Les phénomènes nerveux viennent enfin compléter le tableau clinique : les malades se plaignent de vertiges, de céphalalgie, d'une fatigue musculaire extrême, de fourmillements et de crampes dans les extrémités des membres.

Le pronostic des accidents du *botulisme* devra toujours être réservé. La mort peut en survenir et dans le cas de survie la convalescence est toujours lente.

Le poisson peut donner lieu à des intoxications analogues à celles que nous venons de décrire, car le poisson, au point de vue alimentaire, ne dif-

fère guère de la viande. Il doit toujours être consommé très frais ou très cuit.

Les *crustacés* sont souvent la cause d'intoxications, encore assez mal connues, rarement mortelles.

Le lait, le beurre et le fromage ont déterminé dans certains cas des empoisonnements à marche rapide.

Les *végétaux*, céréales, par divers champignons dont ils peuvent être contaminés peuvent aussi devenir la cause d'intoxications, dans lesquelles les phénomènes nerveux et gastro-intestinaux prédominent.

Toutes ces intoxications déterminent des symptômes d'autant plus graves et plus aigus que le sujet est atteint d'insuffisance dans les fonctions de ses émonctoires : le rein et le foie.

Les moyens *prophylactiques* consistent surtout dans la stricte application des règles hygiéniques que nous connaissons et qui sont basées sur la pathogénie de ces accidents : L'inspection sanitaire des viandes dans les abattoirs et les marchés doit avant tout être faite avec une extrême conscience ; les tueries particulières seront également surveillées ou supprimées. De leur côté les consommateurs devront rejeter systématiquement : (a) toute viande ne présentant pas une apparence normale, ayant un goût fade ou une odeur suspecte ; (b) les salaisons présentant des taches colorées (indices de la présence des végétations inférieures) et donnant à la coupe, une surface humide et molle ; (c) les conserves contenues dans des récipients à couvercles bombés (signe de fermentation), ou encore celles dont la gelée est liquéfiée, acide, la graisse saponifiée, l'odeur aigre, la consistance anormale ; les champignons cueillis depuis quelque temps déjà.

Quant à la *thérapeutique* essentiellement symptomatique elle devra surtout viser à l'élimination *rapide et totale* des poisons ingérés. Les purgatifs salins seront prescrits avec avantage, les antiseptiques internes (naphtol, benzonaphtol, salol,) associés à la poudre de charbon lavé, modéreront les fermentations intestinales ; les médicaments appropriés, les boissons abondantes, bains tièdes, injections intraveineuses d'eau chlorurée stimuleront les fonctions des émonctoires ; les injections sous cutanées d'éther, de champagne, l'alcool, le café contribueront enfin à relever et à soutenir l'état général du malade.

M. D. B.

---

**Les enveloppements humides permanents du thorax dans les traitements  
des affections aiguës du poumon**

---

L'eau froide, dans la thérapeutique des maladies pulmonaires, a été successivement employée sous forme d'enveloppements dans le drap mouillé, d'affusions, de lotions, de bains. Carnus (*Thèse Paris 1900*) indique un *modus faciendi* particulier dans l'application des enveloppements froids, préconisés par M. Hirtz dans les congestions pulmonaires, les pneumonies et les broncho-pneumonies, franches ou secondaires.

Ce procédé est celui de l'enveloppement thoracique permanent dans des linges humides, exécuté à la façon suivante : on prend une pièce de tarlatane repliée en six ou huit doubles, d'une longueur suffisante pour envelopper le tronc, de l'ombilic aux aisselles, ou, à son défaut, un drap, une serviette-éponge. On trempe la compresse dans l'eau froide, à la température de la chambre, et on l'exprime fortement ; puis on applique cette compresse humide autour du thorax, en la recouvrant d'une feuille de taffetas gommé, puis d'une couverture de laine ou d'une couche d'ouate. Il faut éviter une constriction trop grande, qui augmenterait la dyspnée.

On laisse ensuite le malade au repos dans son lit pendant trois heures, au bout desquelles on retire cet enveloppement pour le remplacer par un autre semblable, et ainsi de suite toutes les trois heures.

Ce traitement, outre qu'il est d'une application plus simple et plus facile que le bain froid, n'exige ni appareils ni personnel spécial, et est beaucoup mieux accepté par le malade et par son entourage. Son action thérapeutique découle des trois phases successives par lesquelles passent les malades à chaque enveloppement : une période, très courte, de froid ; une seconde période, de chaleur périphérique, avec abaissement de la température centrale et sensation de bien être ; une troisième période, de sueur, pendant laquelle la transpiration, abondante, n'est pas limitée à la région thoracique, mais envahit tout le corps.

Cette méthode remplit ainsi les principales indications au cours des pneumopathies aiguës, à savoir de décongestionner le poumon, de tonifier l'organisme, de stimuler le système nerveux et de favoriser les sécrétions.

*Journal des Praticiens*

---

### Action de l'opium sur l'estomac.

Il y a plus de vingt-cinq ans, je soignais une jeune dame pour des douleurs gastralgiques. Je lui administrai un jour une préparation opiacée jouissant alors d'une certaine faveur, précisément pour des douleurs d'estomac, et qui se trouve encore inscrite dans les formulaires ; je veux parler des *gouttes noires*, dites Magendie. A mon grand étonnement, cette médication fut suivie d'un résultat nettement défavorable : la malade souffrait davantage chaque fois qu'elle avait absorbé ces gouttes. Je notai ce fait dans ma mémoire, et, quelques années plus tard, j'en trouvai l'explication en lisant la relation d'expériences, montrant que l'opium augmente l'acidité du suc gastrique. Depuis, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer des hyperchlorhydriques à qui leur médecin avait administré de l'opium ou de la morphine et qui, comme ma malade, en avaient éprouvé un fâcheux effet.

Je suis loin de prétendre que l'opium exagère les douleurs chez tous les hyperchlorhydriques, l'état d'hyperchlorhydrie est très commun : l'aggravation des douleurs par l'opium n'est pas fréquente ; mais, pour rare qu'il soit, cet accident est *réel*, il convient donc de le signaler ; d'autant plus qu'il n'est pas, à ma connaissance, mentionné dans les traités les plus récents sur les maladies de l'estomac. Ainsi M. Bouveret, après avoir parlé du bromure de potassium, s'exprime de la manière suivante : " L'opium est mieux indiqué dans les cas d'excitabilité anormale de la motilité. " La dose ordinaire d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine ou de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 d'extrait thébaïque, ou encore de 5 à 10 gouttes de laudanum. En général la belladonne est préférable.

Le professeur Lemoine (de Lille) recommande les préparations opiacées, notamment les gouttes noires, dans le traitement de la gastralgie. M. Lyon ne déconseille la morphine, dans cette maladie, que de peur de favoriser le morphinisme. Bref, ni dans les ouvrages consacrés aux maladies de l'estomac, ni dans les traités de thérapeutique, y compris l'ouvrage spécial de Lewin, je n'ai vu indiquer la nocivité éventuelle de l'opium chez les hyperchlorhydriques. Il faut, pour trouver des renseignements sur ce sujet, s'adresser à des mémoires spéciaux.

Après celui que j'ai cité plus haut, sans pouvoir en donner l'indication bibliographique, le premier qui nous intéresse est celui de Kleine, assistant de pharmacologie à Halle.

Klein, après avoir rapporté l'opinion de plusieurs auteurs qui ont vu la sécrétion ou l'acidité du suc gastrique décroître sous l'influence *prolongée* de la morphine, relate ses expériences : à un chien avec fistule stomacale, il faisait, certains jours, une injection sous-cutanée de morphine, et recueillait le suc gastrique pendant l'heure consécutive. Le suc recueilli les jours normaux renfermait 23 0/100 d'acide chlorhydrique, et celui des jours avec morphine, 249 0/100. Il faut, de plus, tenir compte du fait que le suc gastrique était plus abondant les jours avec morphine. Aussi, en envisageant la quantité *absolue* d'acide chlorhydrique sécrété par l'estomac *dans le même espace de temps*, trouvons-nous qu'en moyenne, les jours avec morphine, elle dépassait d'un quart environ la quantité des autres jours. Il est donc évident que la morphine a augmenté notablement l'acide chlorhydrique sécrété.

Plus important, à notre point de vue, est le mémoire de Riegel, publié l'an passé, et dont je me contente de rappeler ici les résultats, car il a été analysé dans ce journal même, il y a peu de temps (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 322) :

Chez des chiens porteurs d'une fistule de Pavlov et recevant de la morphine, soit en injections hypodermiques (tantôt à jeun, tantôt après un repas), soit sous forme de suppositoires, Riegel a constaté que cet alcaloïde provoque toujours une hypersécrétion du suc gastrique, qui ne débute souvent qu'après une heure et devient ensuite très abondante.

Des expériences toutes récentes de M. Hirsch viennent encore apporter une contribution importante à nos connaissances sur cette action spéciale de la morphine.

Ces expériences ont été faites sur des chiens chez lesquels on avait établi une fistule duodénale pour étudier l'évacuation de l'estomac. Or, tandis que l'introduction, par une sonde œsophagienne, d'eau pure dans l'estomac est suivie de son évacuation presque continue à travers le pylore, il n'en est pas de même chez un animal ayant reçu en injection sous-cutanée un centigramme de morphine par kilogramme. Dans ce cas, l'eau est retenue, par suite d'une crampe du pylore, pendant plusieurs heures, et le contenu de l'estomac présente une teneur croissante en acide chlorhydrique. Des considérations qu'il serait trop long de rapporter amènent M. Hirsch à expliquer cette crampe du pylore par une excitation du centre moteur pylorique découvert dans les tubercules quadrilatéraux par Openski. Cette excitation serait un effet de la morphine. On sait que l'apo-morphine, qui *paraît* ne différer de la morphine que par la soustrac-

tion de la molécule  $H_2O$ , agit également par excitation du centre mésocéphalique.

C'est aussi par une excitation *centrale* que M. Hirsch explique l'exagération de la sécrétion du suc gastrique. Cette hypothèse me paraît plus rationnelle que celle qui met cette exagération sécrétoire sur le compte de l'élimination de la morphine par la muqueuse gastrique.

Quelles conclusions pratiques peut-on tirer des faits physiologiques que je viens d'exposer ?

En premier lieu, qu'il faut éviter de donner de l'opium ou de la morphine aux hyperchlorhydriques, alors même qu'ils se plaignent de douleurs vives. Pour moi, j'ai toujours vu le régime, le bicarbonate de soude à hautes doses administré pendant la période digestive, et au besoin l'atropine, suffire à faire cesser les douleurs :

En second lieu, que la proscription de la morphine ne s'étend pas au cancer de l'estomac, car, dans ce cas, il n'y a pas d'hyperchlorhydrie.

R. Lépine,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.



## Société Médicale de Québec

*Séance du mois de Février.*

Monsieur le Docteur L. J. A. Simard, Président, occupe le fauteuil.

L'assistance est de plus en plus nombreuse.

Après les affaires de routine, Monsieur le Docteur A. Marois nous fait part des résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu de Québec par "l'Anesthésie par injection intra-lombaire de Cocaïne" dans les opérations chirurgicales. Au cours de son très intéressant et très instructif travail, qui du reste sera publié en entier dans le BULLETIN, M. le Dr Marois nous a déclaré que c'est à Québec que la cocaïne a été employée en injection intra-lombaire pour la première fois au Canada. A M. le Dr Ahern revient l'honneur d'avoir utilisé le premier ce mode d'anesthésie le 27 novembre 1900, pour un cas d'appendicite.

Mr le Dr Marois se servit de ce moyen d'anesthésie dans deux cas d'accouchement. Nous citons quelques extraits. La dose utilisée a été la même employée en chirurgie c'est-à-dire une solution à 2%. La durée de l'analgésie a varié de  $1\frac{1}{2}$  à 2 heures : Les contractions utérines se faisant régulières mais elles n'étaient pas douloureuses. Le meilleur temps pour faire l'injection intra-lombaire c'est au moment où la dilatation est complète chez les primipares et lorsqu'elle est de la grandeur de 50 centims chez les multipares. Si l'accouchement traîne en longueur, il n'y a pas d'inconvénient à répéter les injections de cocaïne. Dans les deux cas observés les tranchées utérines ont d'abord été inconscientes puis conscientes.

Monsieur le Dr Bolduc, de St Michel de Bellechasse, nous a entretenu ensuite de "l'Electrothérapie Médicale." Tout en reconnaissant à l'électricité une certaine valeur comme moyen de diagnostic, il prétend en s'appuyant sur M. le Dr Lacaille, que les courants électriques appliqués dans le but de combattre les fibro-myomes de l'utérus détruisent les tissus, produisent de l'inflammation et ravivent les douleurs pelviennes. Quant au mode d'action de l'électricité dans l'occlusion intestinale aiguë, il croit qu'elle est inutile, sinon dangereuse, et préfère les grandes injections rectales d'eau chaude.

Monsieur le Dr Brochu, un expert en la matière, félicite le conférencier sur son travail, mais croit devoir relever quelques-unes des assertions



qui ont été émises. L'électricité n'est plus employée à l'état empirique : ses propriétés physiologiques sont bien reconnues ; elle a ses indications et ses contre-indications en médecine tout comme les ont la plupart des remèdes prescrits tous les jours. Il démontre avec preuves à l'appui que l'électricité est non seulement un bon palliatif dans la plupart des cas d'occlusion intestinale due à des lésions organiques, mais qu'il est même curatif dans tous les cas qui se rattachent à un trouble parétique ou fonctionnel. Elle est pour ces cas le principal auxiliaire de la chirurgie. Si elle ne réussit pas, elle produit au moins une sédation marquée et un relèvement de l'état général. Elle nous permet de plus de décider avec sûreté l'intervention toujours si grave de la laparotomie. Mais comme pour tous les autres moyens palliatifs il ne faut pas s'y arrêter trop longtemps, afin de ne pas compromettre le moment de l'intervention chirurgicale qui doit toujours avoir lieu dans les 24 ou 48 heures, selon la gravité des cas.

Le reproche adressé à l'électricité de détruire les tissus n'est pas fondé ; il s'agit d'une question de dose et de mode d'administration. Les courants électriques prolongés ou fréquemment répétées produisent sur le tissu musculaire une dégénérescence suivie de sclérose, mais non une destruction dans le sens qu'on a voulu le faire entendre. C'est à cette action précisément que l'on rattache la bonne influence des courants continus d'après la méthode d'Apostoli, dans le traitement des fibromyomes de l'utérus.

Quant à l'influence de l'électricité sur les symptômes qui accompagnent l'évolution des fibromes utérins, principalement les douleurs et les hémorragies, elle a été bien mise en évidence à la section de gynécologie du dernier Congrès International de Paris dans le rapport du Dr F. La Torre (Rome) que le "BULLETIN MÉDICAL" a publié au mois de janvier dernier. Les statistiques qu'il en donne prouvent que l'hémorragie est diminuée ou supprimée dans 80 pour cent des cas, que la douleur est atténuée ou supprimée dans 70 pour cent.

La réduction des fibromyomes est un fait bien constaté malgré la prétention contraire du Dr Lacaille, rappelée par M. le Dr Bolduc. Les statistiques du même rapport établissent que cette réduction a lieu dans 15 pour cent des cas.

Quant à l'affirmation du danger de l'électricité dans le traitement des douleurs pelviennes, sous le prétexte qu'elles sont presque toujours symptomatiques, de lésions inflammatoires de l'utérus ou des annexes, M. le Dr Brochu dit qu'elle lui paraît très étrange. Il n'est pas prêt à admettre que les douleurs pelviennes ne puissent exister chez la femme sans lésions

inflammatoires des organes génitaux. Tous savent que ces douleurs névralgiques ou purement nerveuses se montrent très fréquemment et d'une manière très persistante durant la période de la vie génitale chez les femmes hystériques, neurasthéniques ou névropathiques et les sujets entachés d'arthritisme ou de rhumatisme. Ce sont précisément ces douleurs nerveuses qui sont le triomphe de l'électricité, surtout de la *faradisation*, comme l'a si bien démontré Apostoli qui en a vulgarisé la méthode ; et même dans les cas de lésions des annexes, l'électricité possède encore une assez grande valeur comme *moyen de diagnostic* avant l'intervention chirurgicale. En effet, l'application des courants galvaniques, en suivant les préceptes tracés par Apostoli, est-elle suivie d'une réaction fébrile, on peut être sûr que les annexes altérés contiennent un foyer purulent, et que par conséquent l'intervention de la laparotomie peut être décidée sûrement. L'électricité, ici, comme dans les cas d'occlusion intestinale d'origine organique ou dans les cas de fibro-myomes, est donc le meilleur auxiliaire de la chirurgie ; et même à ce seul point de vue, elle mériterait, tous l'admettront, de garder dans la thérapeutique la place que lui ont conquise les travaux de savants importants dans tous les pays.

L'heure étant très avancée la discussion du Bill Roddick est remise au 7 Mars.

Par ordre,  
R. FORTIER,  
*Co Secrétaire.*

---

## Société Médicale de Québec

*Séance spéciale du 7 Mars.*

---

### Bill de M. le Dr Roddick.

---

M. le Dr L. J. A. Simard occupe le fauteuil présidentiel.

L'assemblée est nombreuse et renferme la plupart des gouverneurs du district de Québec.

Monsieur le Dr P. V. Faucher ouvre le feu en expliquant en quelques mots bien choisis, une motion qu'il vous sera donné de lire un peu plus loin.— La Société Médicale de Québec doit combattre le bill Roddick : 1°

Parce que, dit-il, je le crois illégal, c'est-à-dire en dehors du ressort du gouvernement fédéral ; 2<sup>o</sup> Parce qu'il y aurait conflit entre le bureau fédéral ou central et les bureaux provinciaux ; 3<sup>o</sup> Parce qu'il est difficile d'allier des races tout à fait différentes d'études et de tempéraments.

La conséquence de l'admission de cette loi serait la création d'une Université d'Etat et par suite une concurrence malheureuse aux Universités actuelles.

Quand aux avantages que l'on en retirerait, je les crois très estreints.

Les dangers qui résulteraient de la mise en force de ce bill sont : le surcroît de dépenses occasionnées pour le maintien du bureau central, l'entrée de la politique dans le choix des membres de ce bureau, et le fait que ce bureau central pourrait faire les lois qu'il jugerait à propos sans consulter le gouverneur en conseil.

L'orateur soumet alors à l'assemblée les considérants et la motion suivante :

Considérant que l'adoption par le Gouvernement Fédéral du projet de loi du Dr Roddick, de créer un conseil Médical du Canada serait de nature à faire naître une foule de conflits entre les bureaux provinciaux de Médecine et ce Bureau Central à pouvoirs quasi illimités, tel que l'obtention du Bureau Central d'une licence refusée par un Bureau Provincial, conflit qui amènerait sûrement une intervention judiciaire non à souhaiter par nous ;

Considérant que les législatures Provinciales ne pourraient tel que le comporte ce *bill* sanctionner une intervention du Gouvernement Fédéral dans ces sortes de questions qui touchent à l'éducation supérieure, sans poser un précédent regrettable, précédent qu'elles ne voudraient certainement pas poser ;

Considérant qu'il serait biendifficile, si non impossible, de concilier les intérêts, les idées, les aspirations et les moyens d'éducation des deux grandes races qui forment la population Médicale de la puissance ;

Considérant qu'il serait irrationnel et injuste de demander la représentation, telle que répartie par ce bill, du moins en ce qui concerne les Canadiens Français, ceux de la Province de Québec tout particulièrement. En effet, trois membres, tout au plus, sur 24 seraient appelés à représenter les médecins canadiens français du Canada, proportion quasi nulle, si l'on tient compte que certaines circonstances (politiques ou autres) pourraient nous enlever cette partie ou toute cette représentation ;

Considérant que, quand même le projet de loi Roddick renfermerait la garantie de la possibilité du retrait d'une province mécontente, cette pro-

vince ne pourra pratiquement le faire, en raison des influences politiques, des droits acquis, des Universités qui auront modifié leurs programmes, des élèves qui auront passé leurs examens, d'autres qui s'y préparent, etc ;

Considérant, que ce changement ne nous donnerait que de petits avantages très peu proportionnés aux risques qu'il nous ferait courir ;

Considérant que la création d'un tel Conseil Médical Fédéral favoriserait l'idée de la fondation d'une Université centrale ou d'Etat au détriment de nos Universités locales, idée déjà émise publiquement par le président de l'Association Médicale des Provinces Maritimes, M. le Dr MacNeil ;

Considérant qu'il est un autre mode plus sûr d'arriver à une licence interprovinciale, par simple entente entre les divers bureaux de Médecine provinciaux, sans préjudices à aucun de nos privilèges provinciaux, mode déjà approuvé par les membres du Collège de la Province de Québec, aux dernières élections du Collège ;

Considérant, d'un autre côté, qu'on n'a pas encore consulté les membres de nos Collèges Provinciaux sur cette question, et qu'on s'est abstenu d'en parler aux dernières élections de ces Collèges, bien qu'il soit très important de connaître leur opinion dans une question aussi vitale ;

Considérant qu'il serait bien plus juste et raisonnable d'attendre au moins le rapport du comité chargé en septembre dernier par le Bureau de la Province de Québec de régler cette question, comité nommé à la suggestion des promoteurs du projet de loi ;

Il est proposé par le Dr P. V. Faucher, secondé par le Dr Arthur Simard, et unanimement résolu :

Que, pour toutes ces raisons et une foule d'autres trop longues à énumérer,

La Société Médicale de Québec s'oppose fortement au projet de loi dit "Projet de loi du Dr Roddick."

Et que copie des présentes résolutions soit transmise à la Chambre des Communes du Canada et au Sénat du Canada.

M. le Dr Brophy avoue que ce projet n'a pas été discuté devant le bureau médical de la Province de Québec au mois de septembre 1900. Il croit que tous les médecins anglais sont en faveur de ce bill, parce qu'il leur permettra d'aller pratiquer non seulement dans n'importe quelle partie du Dominion, mais encore en Angleterre et même en France. L'orateur est d'opinion qu'il faut combattre le Bill au parlement fédéral d'abord, et s'il est admis à la Chambre Haute, on devra le tuer au Parlement Local

Et le meilleur moyen d'arriver à ce résultat serait d'envoyer quelqu'un à Ottawa pour s'opposer à sa passation. A la dernière réunion du bureau médical il a cru s'apercevoir qu'un grand nombre de médecins de Montréal étaient en faveur du dit Bill.

M. le Dr Arthur Simard dit en substance que si le projet de loi Roddick porte atteinte à l'autonomie provinciale de fait, au point de vue légal il est inattaquable. C'est d'ailleurs l'opinion des légistes qui font autorité en droit parlementaire.

Le bureau médical actuel est sensé représenter la profession en cette province. Or si, suivant M. le Dr Brophy, la majorité de ses membres favorise la passation du dit Bill, le bureau de médecine n'est pas l'expression de l'opinion de l'immense majorité des professionnels de cette province ; et, par conséquent il ne doit pas être réélu. Il est préférable avant d'engager la profession dans une voie aussi dangereuse, d'attendre le résultat des prochaines élections qui indiqueront le vœu de la profession sur cette question. Une des principales objections à faire au Bill Roddick, c'est qu'il aura pour effet de diminuer le niveau médical dans cette province, vu que les programmes, tant pour l'admission à l'étude que pour l'admission à la pratique, seront calqués sur ceux en force à Ontario et qui sont sensiblement inférieurs aux nôtres. Les collèges et les universités seront alors obligés, ou bien de baisser le niveau de leurs programmes ou de se contenter d'un très petit nombre d'élèves.

M. le Dr Simard, jnr. ne croit pas qu'il est nécessaire de tout bouleverser pour quelques médecins qui pratiquent sur les limites de chaque province, alors qu'une zone de neutralité, comme cela existe entre certains pays comme la France et l'Allemagne en particulier, pourrait être facilement établie. L'orateur ne peut pas admettre, comme l'a prétendu M. le Dr Brophy, que le diplôme fédéral permettrait aux médecins canadiens-français d'obtenir une commission de médecin dans l'armée ou la marine française. Il faut être diplômé des universités françaises pour exercer l'art médical en France ou dans ses colonies.

Si on veut faire une opposition pratique au projet de loi, il faut, outre une vigoureuse campagne de presse, s'assurer des députés et des sénateurs influents, qui pourront exposer et développer les raisons contenues dans la pétition adressée aux trois branches de la législature fédérale.

Je crois, dit M. le Dr Vallée que nous n'avons pas à nous occuper de la légalité du projet de loi de M. le Dr Roddick. Des hommes de loi, par conséquent plus compétents que nous, se sont prononcés et nous devons

nous recuser. Mais il y a dans ce point deux questions qui nous intéressent particulièrement : c'est d'abord le principe même de la licence interprovinciale et en second lieu le mode d'application.

Sur le premier point je crois que tout le monde est à peu près d'accord. Sans doute il serait à désirer que ceux qui sont porteurs d'un diplôme, puissent exercer leur profession dans toute l'étendue du Dominion. Les barrières qui existent actuellement entre chacune des provinces constituent une anomalie que chacun voudrait voir disparaître. Mais encore ce privilège ne serait-il appréciable qu'en autant qu'il ne nous coûterait pas trop cher.

Dans le cas actuel que réclame-t-on ? L'organisation d'un bureau central dans lequel chaque province serait représentée par trois médecins dont l'un choisi par le gouvernement d'Ottawa. Eh bien il ne faut pas se faire illusion, dans un bureau ainsi constitué quelle serait l'influence de la province de Québec ? A peu près nulle. Nous aurions à subir des examens devant ce bureau qui déterminerait le programme des études médicales. Or voilà un point capital pour nous, et l'expérience a démontré que sur les questions d'enseignement nos compatriotes des autres provinces n'ont pas les mêmes vues que nous. Nous avons sur ce sujet la tradition française et nous y tenons.

Certes je suis bien prêt à admettre que la médecine qui est une science d'observation, doit être enseignée autant que possible dans les laboratoires et à l'hôpital, mais dans les quatre années d'étude que la loi exige cette idée est irréalisable. La science médicale est aujourd'hui trop vaste pour que chacun puisse ainsi la refaire pour son propre compte et en aussi peu de temps. Dans ces conditions on arriverait peut-être à former de bons infirmiers mais on ne ferait guère des médecins instruits. Faisons la part aussi large que possible à l'enseignement pratique, nous le voulons bien, mais celui-ci dans les circonstances où nous sommes doit avoir comme complément indispensable l'enseignement théorique. N'oublions pas que ceux qui aspirent au titre de Docteur n'ont que quatre années de 6 à 8 mois d'études, sur lesquelles deux sont consacrées aux sciences que Trousseau appelait les "humbles servantes de la médecine." Il ne reste que deux années de 6 à 8 mois, suivant les écoles, pour apprendre la chirurgie, l'obstétrique et la médecine générale. Or en supposant que l'élève passerait toutes ses journées à l'hôpital il ne pourrait se renseigner pratiquement sur une faible partie de ces différentes branches de la médecine. La théorie

doit au moins combler cette lacune ; c'est ainsi que l'enseignement de la médecine est organisé en France et en Allemagne.

D'ailleurs nous avons en Europe un exemple frappant des avantages et des inconvénients de la méthode exclusivement pratique. A Vienne il ne se donne pas de cours théoriques ; par contre on ne saurait trouver nulle part un enseignement clinique plus parfait et mieux outillé. Les médecins étrangers y affluent de tous les pays et viennent y parfaire leur instruction médicale. Il semblerait donc que tout y est pour le mieux dans le meilleur des mondes. Eh bien non, messieurs, l'été dernier au grand Congrès International de médecine tenu à Paris, j'ai eu l'occasion d'entendre apprécier cette situation par des médecins qui avaient étudié en Autriche. On m'a dit que ce magnifique enseignement clinique qui faisait très bien l'affaire des médecins étrangers voulant se perfectionner sur certaines branches spéciales de la Médecine ne convenait guère aux étudiants ordinaires. Ceux-ci prétendent que dans l'organisation de l'enseignement médical l'on s'est plus préoccupé des étrangers qu'eux-mêmes et ils se plaignent de ne pas avoir un enseignement méthodique suffisant des éléments de la médecine.

Ce que je viens de dire pourrait paraître une digression mais cette digression se rattache à la question en nous faisant prévoir une des difficultés que nous aurions à rencontrer si le projet devenait loi. Les méthodes et les programmes diffèrent et chacun les apprécie comme il l'entend. Actuellement nous réglons notre enseignement professionnel comme nous le jugeons à propos, or, en acceptant le projet de loi qui nous est proposé nous renoncerions à ce privilège pour nous mettre à la merci d'une majorité dont les vues ne s'accordent guère avec les nôtres sur ce sujet. Je crois qu'il ne serait ni sage ni prudent de courir un pareil risque. A la dernière réunion du bureau des Gouverneurs on aurait prétendu répondre à cette objection, en disant que, puisqu'il n'y a au fond qu'une action de programme, on pourrait résoudre la difficulté, en fixant ce programme d'avance. Or il suffit d'y réfléchir un instant pour comprendre qu'en matière d'enseignement, surtout en ce qui regarde la médecine on ne saurait rien régler de définitif. Où en serions-nous en effet si nous en étions restés au programme d'études d'il y a 25 ou 30 ans.

Monsieur le Dr Jobin propose secondé par Mr Arthur Simard que MM. les Drs L. J. A. Simard, Arthur Vallee et Sirois soient chargés d'aller soulever à Ottawa les vues de la Société Médicale de Québec concernant le Bill Roddick. Adopté à l'unanimité.

Enfin M. le Dr Boulet est opposé au Bill Roddick en entier pour des raisons déjà données dans le "BULLETIN" et la "Vérité"

Par ordre,

DR R. FORTIER,

Co Secrétaire.

---

### Société Médicale du Comté de Portneuf.

---

La seconde réunion de cette Société a eu lieu dimanche, 17 mars, à la résidence de M. le Dr P. Dolbec à St. Casimir.

La séance commence à 3 hrs. p. m. sous la présidence de M. le Dr L. F. E. Rousseau, snr. de St. Casimir.

La lecture du procès-verbal de la dernière séance est faite, mise aux voix et adoptée.

Le secrétaire fait ensuite la lecture des lettres d'admission des médecins suivants : MM. les Drs Geo. Watters, de St. Augustin ; G. A. Delâge, de St. Basile ; L. F. Rousseau de St. Casimir ; A. E. Filion de N. D. des Anges.

Tous acceptent de faire partie de la nouvelle société et seront heureux de contribuer à son succès.

La question du *tarif minimum uniforme*, ainsi que la question de *l'étiquette médicale* sont reprises, analysées, discutées au long, mais vu l'absence de quelques confrères, il est décidé de remettre à la prochaine réunion les décisions définitives de ces deux questions de la plus grande importance.

Le Dr Thos. Savary, qui à la dernière séance avait été nommé pour préparer un travail sur un sujet laissé à son choix, prend alors la parole et nous entretient durant plus d'une demi heure sur un sujet qu'il a intitulé :

#### " ETUDE SUR L'APPENDICITE "

Ce travail admirablement fait tant au point de vue clinique que littéraire reçoit l'approbation et les félicitations de tous. M. le Président remercie et félicite le conférencier ; il lui dit que même à son âge bien qu'il ait eu beaucoup d'expérience de cette terrible maladie, la lecture de ce beau travail qu'il vient d'entendre lui en a encore appris. A la demande de ses



confrères le Dr Savary devra publier ce travail sur le " BULLETIN MÉDICAL."

Le Dr S. Geo. Paquin donne ensuite communication d'un cas extraordinaire de " fausse grossesse." Ce sujet d'étude donne lieu à une longue conversation où chaque membre contribue par son expérience acquise dans des cas analogues, à décider la conduite à tenir dans ces circonstances qui, à la campagne, surtout sont époque.

De cette longue conversation il en déduit des conclusions pratiques qui rendront de grands services.

#### MOTIONS

I. Proposé par le Dr L. E. Rousseau que M. le Dr F. X. Mayrand, doyen de tous les médecins canadiens-français de la Province, soit nommé président honoraire de la Société.

Adopté avec applaudissements de toute l'assemblée

II. Proposé par le Dr Paquin secondé par le Dr Voisard que MM. les Drs Dolbec et Delisle soient les deux conférenciers pour la prochaine séance

Adopté à l'unanimité.

III. Proposé par le Dr Savary que cette réunion ait lieu le 25 juin au Pont-Rouge chez le Dr Savary.

Adopté à l'unanimité.

Des remerciements sont votés au Dr Rousseau qui a présidé cette séance. Adopté.

Séance close à 6 hrs du soir. Avant de se séparer, M. le Dr Dolbec convie tous ses confrères à un somptueux souper, où n'ont cessé de régner la gaieté la plus franche et la confraternité la plus sincère.

A 8 heures tous les confrères se sont séparés emportant avec eux un très agréable souvenir de la cordiale réception de leur confrère M. le Dr Dolbec.

DR S. G. PAQUIN.

Sec. Trés.

Portneuf, 18 mars 1901.

**CORRESPONDANCE**

Monsieur le Rédacteur du BULLETIN MÉDICAL de Québec.

Monsieur le Rédacteur et cher Confrère,

Je vous prie d'avoir la bonté de m'accorder l'hospitalité de votre journal pour la lettre-circulaire suivante.

Le soussigné qui depuis quelque temps s'occupe de recherches dans le domaine de l'opothérapie surrénale, spécialement sur l'emploi de la substance de capsules surrénales dans les maladies du cœur organiques (voir *The Use of the Suprarenal Capsules in Diseases of the Heart*, *New York Medical Journal*, 6 octobre 1900 p. 581-585), serait bien reconnaissant si quelques-uns des lecteurs de ce journal voulaient avoir la bonté de lui envoyer, à l'adresse ci-après, des rapports de cas observés de cet ordre contenant des observations 1° sur la condition du cœur, sur la fréquence du pouls etc., avant l'administration du remède, et 2° sur l'action de 20 centigrammes de poudre surrénale desséchée ("Suprarenal Capsules, desiccated"), en capsules légèrement remplies, dans dix minutes après que le malade l'a mâchée et l'a avalée *sans eau*.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, avec mes remerciements anticipés, l'expression de mes sentiments confraternels.

DR S. FLOERSHEIM.

Prière d'adresser les réponses

à 218 East 46 th St. New-York N. Y., U. S. A.

New-York le 12 janvier 1901.



**La Société Médicale de Québec**

---

A l'avenir les Séances régulières de cette Société auront lieu à l'Université Laval à 8½ hrs. P. M. le dernier vendredi de chaque mois.

Ainsi la séance de ce mois aura lieu vendredi le 29.

Par Ordre,

Réné Fortier

*Co-Sé rétaire.*

---

**DR. E. CASGRAIN**

—ET—

**MADAME DR. EMMA CASGRAIN**

**DENTISTES**

51 — RUE ST-JEAN — 51

☞ TELEPHONE 915

---

**Librairie Montmorency-Laval**

**PRUNEAU & KIROUAC**

46, Rue de la Fabrique

116, Rue St-Joseph

**QUEBEC**

Vente des livres de  
Médecine.

Nos relations avec  
les principaux édi-  
teurs d'ouvrages de  
médecine, à Paris,  
nous permettent  
d'importer sous un  
bref délai les livres  
dont nous recevons  
la demande.

