

# TRAVAUX ORIGINAUX

## OBSERVATION SUIVIE DE QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LA DYSPNEE CHEZ LES CARDIAQUES

La malade que nous présentons aujourd'hui, est une femme de 68 ans. Elle se présente à l'Hôtel-Dieu pour une dyspnée intense dont elle souffre depuis un mois et demi environ. Elle a aussi des palpitations et quelquefois des douleurs à la région précordiale.

Dans ses antécédents personnels, nous ne relevons que du rhumatisme chronique localisé aux petites articulations des doigts, et dont la malade a souffert de temps en temps. Elle n'a jamais eu de crise aiguë. Pas de maladies infectieuses. Par ailleurs, notre malade est une surmenée et a souffert visiblement de misère physiologique.

Son père souffrait de la gravelle.

En prenant le pouls de la malade, nous sommes frappés par ses caractères particuliers. Ce pouls, qui est irrégulier et qui bat à 90, est bondissant. Il est également défaillant; mais entre le moment du soulèvement de l'artère et le moment de son affaissement, il y a une sorte de troisième temps pendant lequel l'artère est dure et tendue.

Nous avons, le lendemain de son entrée à l'hôpital, pris le tracé sphygmographique de notre malade.

Il correspond assez exactement aux sensations perçues à la

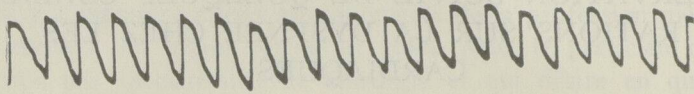
Syphilis  
Artério-sclérose, etc.  
(Ioduro-Enzymes)  
Todure sans Todisme

# Todurase

de COUTURIEUX.

57, Ave. d'Antin, Paris,  
en capsules dosées à 50 ctg. d'iodure  
dure et 10 ctg. de Levurine.

palpation de l'artère. Nous avons, en effet, une ligne d'ascension brusque. La ligne de descente est également brusque; mais entre les deux nous voyons une sorte de plateau.



Nous avons aussi pris la tension artérielle avec le sphygmomanomètre de Potain, et nous l'avons trouvée égale à 270 millimètres de mercure.

Notre attention attirée du côté du cœur, nous examinons cet organe. Rien de particulier à la palpation de la région précordiale. A la percussion, augmentation considérable de la matité cardiaque, qui s'étend jusqu'au septième espace intercostal, la pointe était largement déviée en dehors de la ligne mammelonnaire. Augmentation aussi de la matité aortique qui dépasse le bord droit du sternum d'un travers de doigt environ.

A l'auscultation de la pointe, arythmie considérable, mais pas de souffle. A la base, souffle diastolique ayant son maximum d'intensité sur la ligne médiane en un point qui correspond à l'insertion de la troisième côte environ. Ce souffle, qui est rude et presque piaulant, se propage en bas et très peu à gauche.

Les artères sous-claviaires, surtout la droite, sont soulevées brusquement à chaque systole cardiaque. Il en est de même des carotides et de la plupart des autres artères, même de la pédieuse que nous avons examinée.

Les poumons présentent quelques râles muqueux à la base.

Le foie dépasse à peine le rebord des fausses côtes; il est plutôt dur à la palpation.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

L'urine contient de l'albumine.

Nous ne pouvons mesurer la quantité émise, parce que la malade a de l'incontinence; mais il est évident qu'elle urine peu.

Nous étions évidemment en présence d'une insuffisance aor-

tique, dont nous avons sous les yeux le syndrome cardio-artériel complet.

Et, à ce sujet, nous tenons à faire remarquer, en passant, que dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, nous avons, une fois de plus, constaté que le souffle qui accompagne l'insuffisance aortique siège rarement au niveau du deuxième espace intercostal droit, point d'auscultation classique de l'aorte; mais qu'il présente souvent son maximum d'intensité au niveau de la région présternale, où même à gauche du sternum aux environs du point d'insertion de la 3ème côte.

Mais, si notre malade était manifestement atteinte d'une insuffisance aortique, devait-elle être considérée comme une cardiaque banale faisant de l'asystolie, et, fallait-il, après la préparation habituelle, lui administrer de la digitale ou de la digitaline? Nous n'avons pas interprété les phénomènes dans ce sens, et nous croyons fermement que la médication digitalique, loin de l'améliorer, n'eut pas été chez elle sans danger. Et voici pourquoi :

Tout d'abord, en raison de l'absence dans les antécédents de maladies infectieuses pouvant donner lieu à l'endocardite, en raison de l'absence de lésions de la mitrale, à cause de la dilatation aortique, des caractères particuliers du souffle piaulant, des lésions viscérales que nous avons le droit tout au moins de suspecter du côté du foie et des reins; enfin en raison de l'hypertension artérielle manifeste dont le tracé sphymographique et les données du manomètre sont la preuve, nous avons fait le diagnostic d'insuffisance aortique d'origine artérielle et non d'origine endocardique.

Deuxièmement, la persistance de l'hypertension artérielle nous a fait conclure que notre malade n'en était pas encore à la période d'asystolie, et qu'il fallait chercher ailleurs que dans la congestion passive seule des poumons l'explication de la dyspnée qu'elle présentait.

Pour nous, cette dyspnée, avec râles muqueux dans les bases,

pulmonaires, coïncidant avec une hypertension artérielle persistante, devait avoir pour pathogénie principale un œdème pulmonaire par insuffisance rénale.

Nous basant sur cette interprétation, nous avons prescrit le régime lacté, la théobromine et la caféine.

En quelques jours la malade s'est améliorée du tout au tout, la dyspnée ayant cédée d'une façon à peu près complète.

Malheureusement, comme la chose avait été prévue et prédite, elle n'a pas tardée à suivre l'exemple d'un grand nombre de ces aortiques et elle mourait subitement la nuit, vraisemblablement d'angine de poitrine.

Nous nous sommes gardés d'administrer la digitale à cette malade parce que nous croyons avec Huchard que, chez les cardiaques dont la maladie a son origine dans les artères, la digitale est inutile et même nuisible à moins que le malade ne soit en état d'asystolie franche.

La digitale, augmente la tension artérielle, et, par conséquent le travail du cœur. Elle prépare ainsi l'asystolie et, l'on sait combien plus grave est l'asystolie chez les aortiques que chez les mitraux. Sous l'influence de ce médicament les palpitations de l'arythmie s'accroissent, et le cœur, dans ses mouvements tumultueux peut abandonner un caillot qui ira produire une embolie plus ou moins grave, souvent mortelle.

Nous avons cru que cette observation présentait quelque intérêt parce qu'elle nous rappelle que la pathogénie ou la physiologie pathologique de la dyspnée chez les cardiaques est loin d'être toujours la même.

En effet, à part la dyspnée par congestion passive et la dyspnée d'effort jusqu'à la respiration de Cheyne-Stokes, l'on sait que ce symptôme peut se produire par des mécanismes bien différents.

Ainsi l'on sait que les cardiaques font encore assez souvent des épanchements pleuraux surtout à droite, et que ces épanchements peuvent être cause d'une dyspnée considérable.

Nous avons eu l'occasion d'observer, l'an dernier, une petite malade atteinte d'une double lésion mitrale avec hypertrophie considérable du cœur. Cette malade sous l'influence de petites doses répétées de digitaline se maintenait dans un état de compensation très satisfaisant. Un matin elle est prise d'une dyspnée intense. Le pouls cependant ne s'était pas modifié. A l'examen on constate la présence d'un épanchement dans la plèvre droite. Une ponction est de suite faite, l'on retire cinq cents à six cents grammes de liquide séreux et tout rentre dans l'ordre.

La dyspnée relève encore quelquefois de l'œdème aigu du poumon, et personne n'ignore cet accident dramatique, cette sorte de marée montante qui envahit le poumon, et contre laquelle nous ne pouvons guère nous protéger qu'en lui ouvrant une voie de dérivation, c'est-à-dire en faisant une large saignée.

N'oublions pas non plus que, dans des cas plus rares la dyspnée peut avoir pour cause la compression ou l'irritation des nerfs vagues par un cœur trop largement dilaté, ou par des adhérences péricardiques.

Mentionnons l'embolie pulmonaire qui donne lieu quelquefois à une dyspnée intense; mais cet accident, heureusement s'accompagne de d'autres symptômes qui permettent de le reconnaître assez facilement.

Disons un mot enfin de la dyspnée d'origine cérébrale que l'on observe surtout chez les cardio-artériels. Cette dyspnée survient sans cause apparente; le cœur bat normalement, les poumons sont indemnes, les reins et le foie fonctionnent régulièrement; cependant le malade est tout à coup pris de paroxysmes de dyspnée inquiétants. Ces paroxysmes se répètent à intervalles plus ou moins réguliers. De plus le régime lacté et les diurétiques sont sans action, la digitale reste sans efficacité. Seules jusqu'à présent les petites injections de morphine sont parvenues à atténuer ces accidents.

Il est inutile d'insister sur l'importance qu'il y a à rechercher

la véritable cause de la dyspnée chez un cardiaque, sur l'importance qu'il y a, en d'autres termes à faire de la physiologie pathologique puisque c'est de cette étude que doivent s'inspirer souvent le pronostic, et toujours le traitement.

Ce dernier, on le voit, sera bien différent suivant le cas. Ici c'est la médication digilatique qu'il faudra instituer, là le régime lacté et les diurétiques qu'il faudra prescrire; dans d'autres cas, la thoracentèse ou la saignée seules donneront des résultats.

Si l'on ne s'occupe que du symptôme, en matière de dyspnée chez les cardiaques, sans s'inquiéter du mécanisme par lequel il se produit, on fait de la mauvaise besogne. l'on est sûr de ne pas soulager son malade, et l'on aggrave très souvent son état, soit en omettant de faire ce qui est indiqué, soit en faisant ce qui ne l'est pas. Que devient-il alors du principe, que, paraît-il, nous devons toujours avoir présent à l'esprit et qui nous ordonne avant tout, de ne pas nuire à nos malades ?

J.-P. FRÉMONT, M. D.

—: 00:—

## CORPS ÉTRANGERS ET TRAUMATISME DE LA CORNÉE

Je n'ai pas ici l'intention de faire une étude détaillée de cette question; mais une courte étude pratique, et très heureux je serai si ces quelques notes peuvent être utiles un tout petit peu au praticien général.

C'est une erreur profonde de croire que les grands traumatis-

mes de l'œil sont toujours et presque exclusivement la cause de la perte totale ou partielle de la vision.

En effet si l'on s'en rapporte aux statistiques des grands services d'ophtalmologie on est forcé de constater que dans 75% des cas de perte totale ou partielle de la vision, la cause n'est qu'un simple corps étranger de la cornée ou une toute petite plaie cornéenne. Plusieurs fois même, après de grands traumatismes oculaires, où, pour un médecin non expérimenté en la matière, l'énucléation semblait le seul traitement, on a pu, le malade étant immédiatement interné dans un service d'ophtalmologie, non seulement conserver l'œil intact mais avec une vision absolument parfaite.

Comment donc expliquer qu'un simple corps étranger de la cornée soit généralement plus désastreux pour l'œil qu'une ouverture large avec quelque fois même hernie de l'iris? Pour les deux raisons suivantes.

*Première raison.*—Après un traumatisme plus ou moins violent dans l'œil, surtout lorsqu'il y a la moindre hémorragie on court immédiatement chez le médecin sans faire aucune manipulation sur cet œil blessé. Au contraire quand il s'agit d'un simple corps étranger cornéen ou sous palpébral le malade juge qu'il n'a nullement besoin du médecin mais qu'il est capable de se guérir lui-même; et alors commence les manipulations que je vous décrirai tout-à-l'heure.

*Deuxième raison.*—Souvent le médecin praticien qui voit un malade porteur d'un corps étranger cornéen depuis deux ou trois jours n'examine pas suffisamment cette cornée où commence déjà à se développer une kératite infectieuse qui non traitée ou mal traitée au début peut amener une foule de complications: depuis la simple taie cornéenne jusqu'à la perte totale de la

vision et même la diminution visuelle de l'autre œil par ophtalmie sympathique.

Un ouvrier reçoit un corps étranger dans un œil ; que fait-il ? Il tente d'abord lui-même l'extraction avec la légendaire graine de lin. Est-ce assez illogique que cette fameuse graine de lin pour extraire les corps étrangers cornéens ou sous-palpébraux. Il y a déjà là un corps étranger et sous prétexte de l'extraire on en met un second. Si cette première tentative échoue on a recours au service d'un ami habile qui, soit avec un mouchoir sale, soit avec une allumette, ayant depuis longtemps perdu sa blancheur primitive au contact des millions de microbes qui se cachent dans le fond d'une poche de veste, tente l'extraction du corps du délit.

Chanceux l'œil qui résiste à toutes ces tentatives d'infection ; c'est qu'il est rudement armé pour la lutte.

Enfin, le corps étranger ayant demeuré en place 24 ou 48 heures, le malade, souffrant de plus en plus et voyant son œil tout rouge, (rougeur qu'il attribue non pas au corps étranger lui-même, ni à toutes les manœuvres septiques faites en vue de l'extraire, mais au *frette* (froid) qu'il a pris dans son œil), se décide à aller voir un médecin.

Trop souvent alors, je dois le dire, le médecin examine à la légère l'œil de son malade et croyant à une conjonctivite banale le renvoie, sans même protéger d'un pansement cet œil infecté ou en voie d'infection, lui donnant un collyre au sulfate de zinc auquel le malade ajoutera de lui-même les lavages à l'acide borique. Car qui n'a pas chez lui son petit paquet d'acide borique, ce remède *spécifique* dans les affections oculaires et cependant la cause d'un grand nombre de complications parce que croyant que l'acide borique est un remède certain et efficace on attend trop longtemps avant de consulter le médecin.



Comment donc le médecin doit-il examiner un malade porteur d'un corps étranger cornéen ou sous-palpébral? D'une façon systématique.

1°.—*Examen direct.*

Le malade doit être placé en face d'une fenêtre bien éclairée ou d'une source lumineuse artificielle suffisamment puissante. On fait alors regarder le malade en tout sens: tantôt à droite, tantôt à gauche, en bas en haut; car un tout petit corps étranger cornéen ne devient nettement visible que s'il se projette sur le fond clair de l'iris. On fait ensuite l'examen complet de la conjonctive; en abaissant la paupière inférieure et en retournant la paupière supérieure. Pour ceci, le malade regardant en bas, on saisit les cils entre le pouce et l'index de la main gauche et avec un stylet quelconque, ou même l'index de la main droite on appuie sur le haut de la paupière supérieure de haut en bas en tirant sur les cils de bas en haut; et la paupière étant retourné on trouve souvent le corps étranger dans le cul-de-sac supérieur.

Si on ne trouve pas le corps étranger ni dans le cul-de-sac supérieur ni sur la cornée; pour terminer l'examen on fait:

2°.—*Eclairage oblique.*

Le malade étant placé à environ un pied à côté d'une source lumineuse intense au moyen d'une forte loupe interposée entre la source lumineuse et le malade on concentre la lumière sur sa cornée. Par ce moyen on peut distinguer les plus fines poussières et les plus petites érosions de la cornée.

Une fois le corps étranger localisé il s'agit de l'extraire.

## EXTRACTION

S'il est en dessous de la paupière supérieure, celle-ci étant maintenue retournée, un simple petit tampon de coton placé au bout d'une petite tige réussira à l'enlever.

S'il est adhérent sur la cornée on procédera de la manière suivante :

On fera la désinfection des paupières et de la conjonctive au moyen de tampons de coton trempés dans une solution de cyanure de mercure à 1 pour 5000 ou simplement dans de l'eau bouillie.

A deux ou trois reprises à environ deux minutes d'intervalle on instille dans l'œil 5 ou 6 gouttes d'une solution stérile de cocaïne à 2%, alors tout est prêt pour l'extraction qui se fait avec l'aiguille dite à corps étranger. C'est l'instrument le plus couramment employé.

Nous demandons au malade à fixer son regard sur un point déterminé qu'il ne devra plus quitter et de manière à bien voir le corps étranger. Il est bon d'avertir le malade qu'il ne souffrira pas du tout.

Écartant alors les paupières avec le pouce et l'index gauche ; on saisit l'aiguille entre le pouce et l'index droit et en prenant point d'appui avec le côté externe de la main sur le rebord orbitaire nous attaquons le corps étranger. Il suffit souvent de le toucher avec la pointe de l'aiguille pour l'enlever. Quelquefois il faut donner plusieurs petits coups, surtout si c'est un corps étranger métallique qui est là depuis 2 ou 3 jours et ayant formé autour de lui une escarre. Une fois que le corps étranger est enlevé, il faut éviter les grattages intempestifs et nuisibles. L'opération est terminée et nous faisons le pansement.

## PANSEMENT

Si l'extraction a été facile et qu'il n'y a aucune réaction inflammatoire ; instiller deux gouttes du collyre suivant :

Collargol . . . . . 0.50 ctgrammes

Eau distillée stérilisée. . . . . 10. grammes

et avertir le malade si le lendemain il y a la moindre douleur ou inflammation de revenir le lendemain ; sinon il est inutile de revenir.

S'il y a une plaie cornéenne, mettez un pansement occlusif, prescrivez au malade le collyre ci-haut nommé : deux gouttes toutes les six heures et si après deux ou trois jours au moins tout inflammation cornéenne est disparue, enlevez le pansement et tout ira bien.

## COMPLICATIONS

Quand un malade vient vous voir avec sa cornée toute infiltrée autour du corps étranger et un ulcère cornéen en voie de formation ; ou même s'il y a déjà du pus dans la chambre antérieure ; je crois que la seule chose à faire c'est de lui mettre un pansement occlusif et de l'envoyer immédiatement là où il pourra être sous les soins d'un spécialiste de manière à avoir les soins assidus et qui souvent nécessiteront des pansements toutes les deux heures.

Je crois que c'est la meilleure chance que peut courir notre malade à moins que vous soyiez en état de lui donner les soins appropriés et qu'il soit constamment à votre portée.

DR J. VAILLANCOURT.

## REVUE DES JOURNAUX

### SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ARTHROPATHIES ET OSTÉOPATHIES NEUROPATHIQUES

(Suite)

Par le Dr MAUCLAIRE, Agrégé

Chargé de Cours de cliniques annexe.

Les localisations des contractures hystériques que vous observerez le plus fréquemment sont le mal de Pott hystérique, la lordose hystérique, la scoliose hystérique.

On a signalé aussi une sorte de *cyphose hystéro-traumatique*. Delcarde, en 1902, en a rapporté une observation intéressante. Il s'agit là d'une névrose traumatique qui s'observe assez souvent à la suite des accidents du travail survenus surtout chez les employés de chemin de fer.

DIAGNOSTIC.—Les éléments qui vous aideront à faire le diagnostic sont les suivants : en premier lieu, le début de l'affection est ordinairement brusque ; vous ne verrez pas ici comme dans les arthralgies organiques des malades qui souffrent pendant des mois avant de présenter les symptômes de contracture et de douleur à la pression qui constituent les signes capitaux

de l'affection. Un second point qui doit orienter le diagnostic, c'est que l'accident initial a été un traumatisme minime, très peu intense. Enfin, si vous observez ces malades, vous constatarez facilement que ce sont des névropathes, qu'ils ont les signes de la névroses, qu'ils ont des crises de nerfs, qu'ils rient et pleurent sans raison. Non content d'observer le malade, vous observerez aussi le milieu dans lequel il vit habituellement et quelquefois vous pourrez apprendre que plusieurs membres de la même famille sont atteints d'une affection analogue. C'est ainsi que M. Cruchet, dans le même livre que nous avons mentionné, cite un certain nombre de cas de *torticolis familial* !

A côté de ces manifestations articulaires névropathiques pouvant simuler des affections organiques, vous rencontrerez également des *ostéalgies hystériques* ; j'en ai observé plusieurs cas. En voici un exemple :

La malade avait eu à l'âge de 11 ans un point d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia. Elle était complètement guérie, s'était mariée et avait eu des enfants bien portants. Brusquement, un jour, elle s'est mise à souffrir violemment, au niveau de l'ancien foyer d'ostéomyélite. Appelé à l'examiner, je commençai par l'interroger. Elle me raconta alors avec un grand luxe de détails ce qu'elle éprouvait, enchantée qu'on s'occupât d'elle, exagérant manifestement les douleurs qu'elle ressentait, les comparant à des morsures de chiens qui la dévoraient, qui la rongeaient, etc., etc. Dès que j'essayais seulement de l'effleurer, elle poussait des cris déchirants ; au contraire, une palpation forte et appuyée ne provoquait qu'une douleur insignifiante ; de même si je parvenais à distraire l'attention de la malade, j'avais beau presser sur son épiphyse tibiale, elle ne souffrait pas.

Je fis à cette malade une simple injection de sérum sous la peau, et elle guérit parfaitement; les douleurs disparurent aussi soudainement qu'elles étaient apparues.

N'est-ce pas à une influence psychique analogue qu'il convient d'attribuer les guérisons réelles observées à Lourdes, par exemple, dans des affections du même ordre, chez des malades manifestement hystériques?

Ces ostéalgies névropathiques, vous les rencontrerez localisées de préférence au niveau de certains points osseux comprimés; c'est ainsi que vous observerez l'*épicondilite*; j'ai eu l'occasion d'en voir un cas; c'était une femme de chambre qui se plaignait d'éprouver une douleur très intense au niveau de son épicondyle; l'application d'un vésicatoire suffit pour la guérir.

La localisation à l'ischion (*ischialgie*), au coccyx (*coccydinie*), n'est pas rare; dans ce cas les malades souffrent parfois au point de ne pouvoir s'asseoir.

On a signalé également la douleur au talon (*sternalgie*) ou au niveau du métatarse (*métatarsalgie*.)

Au point de vue pathogénique, on n'est pas encore bien fixé. Pour les uns, ce sont des affections ne répondant à aucun substratum anatomo-pathologique, ce sont des affections *sine materia*. Pour les autres, ces ostéalgies seraient dues à une lésion minime, à un peu de congestion locale.

Dans certains cas, la vraie cause apparaît ultérieurement, en ce sens que six mois, un an après, on voit survenir au niveau du point douloureux, un petit foyer de tuberculose osseuse.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, il s'en faut, et dans un grand nombre de circonstances on ne peut incriminer ni la tuberculose, ni une fièvre typhoïde antérieure ou une maladie infectieuse quelconque. La cause réelle de ces ostéalgies reste alors inexplicable, d'autant plus qu'on les voit apparaître sans

raison, sans rapport avec le travail ou la fatigue, d'une façon intermittente, et disparaissant brusquement, sans qu'on s'en explique davantage le motif.

TRAITEMENT. — 1° *Traitement des arthropathies.* — Avant tout, pour opposer à ces affections un traitement réellement efficace, il faut s'efforcer d'en faire le diagnostic exact. Il faut bien observer le malade et le milieu dans lequel il vit, se renseigner sur les circonstances d'apparition de la maladie, au besoin donner le chloroforme pour confirmer un diagnostic hésitant.

Une fois votre affection reconnue, il faut bien vous garder de pratiquer chez ces malades une intervention sanglante, telle par exemple qu'une amputation, ce qui a eu lieu parfois (Lobker). Un bon moyen de venir à bout de ces arthropathies hystériques, c'est d'endormir le malade en le persuadant qu'une fois réveillé il ne souffrira plus. La psychothérapie, les douches, voilà les moyens que vous devrez employer et qui souvent procureront la guérison de ces sujets. Je le répète, ne vous laissez pas aller à opérer ces malades, à moins que dans certains cas bien déterminés, vous ne fassiez, à titre purement suggestif, une petite trépanation locale. Mais ces malades prennent le goût des opérations et ils finissent par persécuter leur chirurgien.

2° *Traitement des ostéopathies.* — Contre les ostéopathies névropathiques, vous recommanderez le repos et vous userez de révulsion superficielle sous forme de petits vésicatoires, pointes de feu, injections de sérum, etc.

En somme, comme conclusion de cette leçon, ayez toujours présente à l'esprit, la possibilité des lésions articulaires ou osseuses purement névropathiques, et gardez-vous, dans ce cas, une fois votre diagnostic dûment et bien établi, de recourir à une intervention sanglante quelconque.

Mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès contraire, et vous ne devrez conclure à une affection névropathique ou hystérique que lorsque vous aurez sûrement éliminé une lésion organique tuberculeuse ou non tuberculeuse.

30 septembre 1911, (*Journal de Médecine Interne*)

—: 00: —



## A VENDRE

Le Dr. F. P. Moreau, Vonda, Sask., désirerait céder son Poste à un confrère parlant français et comprenant l'anglais pourvu qu'il soit sérieux. Un confrère avec un capital de \$800 à \$1000. comptant serait préféré. Revenu annuel assuré de \$4000. Revenu allant en augmentant d'année en année. A un médecin disposant de \$800 à \$1000 comptant, il céderait maison et ameublement, cheval et voiture, la balance en paiements faciles. Possession immédiate.

Pour plus amples informations, s'adresser au

DR F. P. MOREAU,

Vonda Sask.





ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE  
FRANCAISE

---

*Fondée à la Faculté de Médecine de Lyon le 22 octobre 1911*

A L'OUVERTURE DU XII<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

---

## STATUTS

1. L'Association a pour but l'union et le groupement scientifique des médecins de langue française.

2. Elle organise des Congrès périodiques de médecine interne, tenus dans les pays de langue française, destinés à mettre en relations personnelles, et à réunir dans des assises scientifiques communes, les membres permanents de l'Association et les membres adhérents de chaque Congrès. La langue française est la seule langue de ces Congrès.

3. A chaque Congrès, l'Assemblée générale de l'Association fixe le lieu et la date du Congrès suivant.

4. Chaque session est organisée et dirigée par un Bureau, nommé par l'Assemblée générale de l'Association au moment du Congrès précédent, composé d'un président, deux vice-présidents, un secrétaire général et un trésorier.

Le Bureau a le droit de se compléter par l'adjonction de membres supplémentaires en tel nombre qu'il le juge utile.

5. Le Bureau de chaque session possède tous les pouvoirs nécessaires à l'organisation du Congrès et à la publication de ses travaux.

6. L'Association est composée de tous les médecins, quelle que soit leur nationalité, qui sont acceptés par son Conseil d'administration, à la majorité des deux tiers des votants, après en avoir fait la demande écrite, comportant l'engagement de payer une cotisation annuelle de 20 francs.

Le non-paiement de la cotisation, après une mise en demeure, peut entraîner la radiation.

L'exclusion de l'Association peut être prononcée par le Conseil d'administration, à la majorité des trois quarts des votants, contre ceux de ses membres qui auraient failli à l'honneur ou à la moralité professionnelle.

7. L'Association est représentée par un Comité de direction et un Conseil d'administration.

8. Le Comité de direction est composé de six membres, élus pour six ans, et d'un secrétaire général, nommé pour quatre ans et rééligible. Les membres sont élus par l'Assemblée générale des sociétaires. Le Comité est renouvelable par sixième chaque année, à partir de 1914, c'est-à-dire de la troisième année de sa formation; les membres sortants ne sont pas immédiatement rééligibles. Le secrétaire général est nommé par le Conseil d'administration, sur la proposition du Comité de direction. Il peut être révoqué par le Conseil d'administration.

Le secrétaire général de chaque Congrès sera associé au Comité de direction à titre de secrétaire général adjoint de l'Association, depuis sa nomination jusqu'à la fin du Congrès.

9. Le Comité de direction a les pouvoirs les plus étendus pour gérer les intérêts moraux, scientifiques et sociaux, sous réserve d'en référer pour les choses importantes au Conseil d'administration.

10. Le Conseil d'administration est composé du Comité de direction, du Bureau en fonctions, du Bureau du Congrès précé-

dent, des présidents et secrétaires généraux des Congrès antérieurs, y compris ceux qui ont précédé l'adoption des nouveaux Statuts. Ce Conseil est spécialement chargé, dans l'intervalle des sessions, de combler provisoirement, par l'élection, les vacances qui pourraient survenir, par suite de démission ou de décès, parmi les membres du Comité et du Bureau, et, pendant les sessions du Congrès, de proposer à l'Assemblée des sociétaires les questions à rapporter.

11. L'Assemblée générale des sociétaires peut être convoquée à toute époque par le Conseil d'Administration et délibère sur toutes les questions qui lui sont soumise par ce Conseil.

12. La dissolution peut être prononcée par l'Assemblée générale spécialement convoquée, à la majorité des trois quarts des membres de l'Association.

L'Assemblée fixera le mode d'utilisation des fonds disponibles.

Lyon, le 22 octobre 1911. (1)

---

#### MEMBRES FONDATEURS CANADIENS

CHAGNON (E.-P.) professeur agrégé à l'Université Laval, Secrétaire général de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal.

DAGNEAU (P.-C.) professeur à l'Université Laval, 6, rue Collins, Québec.

---

Ces statuts ont été votés à l'unanimité des membres présents, dans la séance du 22 octobre 1911, tenue à la Faculté de Médecine, à 3 heures du soir. Le dépôt en a été effectué à la Préfecture du Rhône le 26 octobre 1911, et la déclaration, prescrite par la loi, rendue publique par insertion au *Journal Officiel* du 7 novembre suivant.

- DUSSAULT (N.-A.) professeur à l'Université Laval, 28, rue Ste-Ursule, Québec.
- GEGGIE (C. G.) 44, Avenue des Erables, Québec.
- GRONDIN (S.) professeur à l'Université Laval, 45, rue Ste-Ursule, Québec.
- HERVIEUX, président de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, professeur à l'Université Laval, 490, rue St-Denis, Montréal.
- LECLERC (O.) professeur agrégé à l'Université Laval, 279, rue St-Joseph, Québec.
- LESAGE (A.) professeur suppléant à l'Université, médecin des Hôpitaux, 46, Avenue Laval, Montréal.
- PAQUET (A.) professeur à l'Université Laval, 71, rue Ste-Anne, Québec.
- PERSILLIER LACHAPELLE, doyen de l'Université Laval, 267, rue Prince Arthur, Montréal.
- ROUSSEAU (A.) professeur à l'Université Laval, 2 rue Collins, Québec.
- SIMARD (A.) professeur à l'Université Laval, 59, rue d'Auteuil, Québec.
- VALLÉE (A.) professeur à l'Université Laval, 22, rue Ste-Anne, Québec.

## LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE DE SYDENHAM

---

Clinique du professeur E. WEILL (de Lyon)

Recueillie et publiée par M. GARDÈRE, chef de clinique infantile.

Les indications thérapeutiques que comporte le traitement de la chorée de Sydenham découlent des notions pathogéniques que je vous ai exposées au cours des leçons précédentes. Je vous rappelle brièvement que la chorée est un mode de réaction du système nerveux spécial à la seconde enfance. Des causes de nature diverse peuvent provoquer son apparition, à condition d'agir sur un terrain névropathique créé par une prédisposition héréditaire ou acquise. Les choréiques présentent un système nerveux particulièrement irritable, qui, sous l'influence du moindre ébranlement, voit son excitabilité augmenter, et entre en réaction. D'autre part, ce mode de réaction présente lui-même quelque chose de très particulier, et il suffit d'observer quelque peu les mouvements désordonnés de ces malades pour se convaincre que non seulement les centres sont en état d'excitation incessante, mais aussi qu'ils fonctionnent sans harmonie. Les contractions musculaires ne présentent plus cette coordination qui fait la caractéristique du mouvement volontaire normal. Les sujets atteints de chorée sont gauches, maladroits, marchent de travers, trébuchent, laissent tomber les objets qu'ils tiennent à la main. On devra donc au cours du traitement s'efforcer de diminuer l'excitabilité des centres nerveux et de rétablir l'harmonie de la contraction musculaire.

La rééducation des mouvements, employée actuellement d'une façon courante pour faire disparaître les tics, a été préconisée depuis longtemps dans la chorée. Blache commençait toujours le

traitement en prescrivant dès le début des exercices rythmés. Mais il importe de préciser les cas dans lesquels cette méthode doit être appliquée : on sait, en effet, que l'activité musculaire a comme résultat, dans les chorées de gravité moyenne à la période d'état, d'amener une exagération des symptômes fonctionnels. On doit donc dans ces conditions proscrire les exercices de gymnastique et placer le malade au repos complet. Au contraire, la rééducation du mouvement donne de bons résultats lorsque le sujet a dépassé la période d'état, est en voie de guérison assez avancée, et ne présente plus que des grimaces, des mouvements volontaires maladroits, véritables résidus de la chorée qui sont souvent longs à disparaître. De même, dans les formes légères, cette méthode suffit souvent à elle seule pour obtenir une guérison ; enfin, elle trouve une troisième indication dans les formes atténuées de la chorée chronique.

Le principe consiste à faire exécuter au sujet des exercices de gymnastique rythmés, avec les bras et les jambes, des mouvements respiratoires réguliers et la marche au pas cadencé en chantant. Il semble préférable au début de faire faire des mouvements rapides, car ils entraînent plus facilement la coordination ; plus tard on les ralentit progressivement, et même on arrive à les décomposer. Enfin, il est utile de leur associer la suspension et le balancement, que l'on réalise par des séances de gymnastique au trapèze ou aux anneaux. Tel est le traitement qui convient au début ou à la fin de la maladie et aux formes chroniques.

La chorée d'intensité moyenne, envisagée à la période d'état, réclame une thérapeutique toute différente. L'activité musculaire, la fatigue qui en est la conséquence, provoquent une augmentation de l'excitabilité des centres nerveux et une exagération des mouvements. La gymnastique est donc tout à fait contre-indiquée, et il faut plutôt se préoccuper de diminuer l'irritabilité nerveuse de ces malades. On peut y parvenir en usant de moyens physiques tels que le repos ou l'hydrothérapie, ou encore en admi-

nistrant des médicaments tels que l'antipyrine ou l'acide arsénieux. Le plus souvent il est utile de combiner ces deux méthodes.

Le repos provoque d'une façon certaine la diminution des mouvements choréiques. Il est fréquent de constater que des enfants atteints de petite chorée voient leur maladie s'aggraver à la suite de la fatigue produite par l'étude et l'effort intellectuel. Il importe donc de leur faire observer un repos complet à tous les points de vue. Le jour, on les maintiendra assis ou couchés, particulièrement pendant la période d'exacerbation. La nuit, on devra assurer le sommeil. C'est en effet le mode de repos le plus complet que l'on puisse réaliser pour le système nerveux, car il interrompt les connexions fonctionnelles des centres et supprime les excitations continuelles qu'ils se transmettent réciproquement à l'état de veille.

L'agitation nocturne peut avoir pour conséquence de modifier la nutrition au point que les écarts de température physiologiques entre le matin et le soir diminuent, au point même qu'ils disparaissent et réalisent exceptionnellement un véritable type inverse.

Il est donc indiqué de provoquer le sommeil lorsqu'il ne se produit pas spontanément. Les médicaments hypnotiques tels que le véronal, le trional, le chloral surtout, à la dose de 1, 2 et même 3 grammes dans les cas rebelles, permettent d'atteindre ce but. Mais bien souvent on peut se passer d'administrer ces substances, ce qui est toujours préférable. Je vous recommande l'emploi du bain tiède très prolongé, l'enveloppement au drap mouillé, et mieux encore l'application des compresses froides de Priessnitz au creux épigastrique. Si l'on a soin de répéter cette application en renouvelant l'eau froide toutes les dix minutes, il est rare que le sujet ne s'endorme pas. Enfin, rappelez-vous qu'il faut éloigner le malade de toutes les influences propres à entretenir, à réveiller l'excitabilité nerveuse. Les choréiques sont particulièrement susceptibles; d'autre part, leur gaucherie, leur mala-

dresse, en font l'objet de railleries de persécution de la part de leurs jeunes camarades. Tout cela ne peut qu'entretenir la maladie, et il convient de les placer dans un milieu calme, où ils ne risquent pas d'être agacés, éternés, il faut les isoler.

Toutefois le repos ne peut être considéré que comme un adjuvant dans le traitement de la chorée, et il ne suffit pas en général à modifier suffisamment l'état du système nerveux. Il faut recourir à des moyens plus actifs. Je mentionnerai simplement les recettes de la vieille pharmacopée: le camphre, le musc, l'asa fœtida, les sels de zinc, qui sont depuis longtemps abandonnés en raison de leur action incertaine ou nocive. Avant la découverte des propriétés remarquables de l'antipyrine, de l'acide arsénieux, on employait volontiers l'hydrothérapie qui, évidemment constituait la ressource la plus efficace et la moins dangereuse pour les malades. Vers 1840, on pratiquait couramment le bain et les affusions d'eau très froide à 8° ou 10°. C'était là un traitement fort pénible pour les malades, qui souvent le refusaient. En outre, il faut remarquer qu'il n'est pas indifférent de refroidir autant des enfants: en dehors du collapsus que l'on peut provoquer, on doit songer que beaucoup de choréiques sont des rhumatisants, et qu'il faut par suite éviter de les plonger dans l'eau froide, sous peine de réveiller une poussée articulaire. On pratiquait également le bain tiède à 30° pendant une demi-heure, le bain de lame: le sujet était placé sur une escarpolette et passait en se balançant à travers une nappe d'eau. Les bains sulfureux, préconisés par Blache, eurent également une certaine vogue, et semblaient donner d'après cet auteur d'excellents résultats. Mais actuellement ces différentes méthodes sont à peu près abandonnées, et on use de préférence du traitement médicamenteux.

Les anciens auteurs, qui ne connaissaient ni l'antipyrine, ni l'action remarquable de l'arsenic sur la chorée, employaient, pour diminuer l'excitabilité des centres nerveux, des calmants tels que le bromure de potassium, l'opium, la belladone. Le bromure de



potassium n'a pas donné de bons résultats, et jamais il n'a eu sur les choréiques l'influence heureuse qu'il exerce sur les épileptiques. L'opium était plus efficace, mais on est étonné quand on voit les doses considérables qui étaient prescrites sans trop d'accidents, semble-t-il. Trousseau dit avoir donné en une seule fois 50 à 60 centigr. de sulfate de morphine à un jeune choréique; et on trouve dans ses cliniques l'histoire d'un sujet qui, pour se soustraire à des douleurs ostéocopes rebelles, avala d'un seul coup 750 gr. de laudanum de Rousseau, trois fois plus actif que le laudanum de Sydenham. Il dormit seulement quelques heures.

L'organisme peut en réalité supporter des doses assez fortes d'opium, mais à condition de les donner d'une façon progressive. Il est probable qu'à la suite de l'absorption d'un médicament, il se forme un anticorps qui arrive à neutraliser une partie de la nouvelle dose. Et celle-ci ensuite, quoique supérieure à la première, ne sera donc pas en réalité plus active. Mais les anticorps, devenant peu à peu plus abondants, peuvent à leur tour exercer sur l'organisme une influence toxique; et le sujet, pour s'y soustraire, n'aura qu'une seule ressource: les neutraliser par une dose nouvelle du médicament. C'est ainsi que l'on peut expliquer les phénomènes de l'accoutumance, et aussi les dangers de la suppression brusque de la substance médicamenteuse, qui apparaissent de la façon la plus nette au cours de la cure de démorphinisation.

La découverte de l'antipyrine marque une période nouvelle dans l'histoire du traitement de la chorée. C'est un médicament présentant une efficacité certaine et suffisante dans les formes d'intensité moyenne, et que d'autre part l'on peut administrer sans crainte. Il existe quelques cas d'intolérance marqués par des troubles digestifs, des éruptions cutanées; mais ce sont là des complications en général bénignes, revêtant rarement un caractère de haute gravité. Cette médication, proposée par Leroux, a aujourd'hui de nombreux partisans. On peut, à des enfants de 6

à 10 ans, donner dès le début 1 gramme, pour atteindre progressivement 3, 4 et 5 gr. par jour. Au bout de 8 à 10 jours, on observe une modification remarquable des symptômes fonctionnels coïncidant avec une amélioration manifeste. Les tics persistent cependant un certain temps; et l'état d'instabilité est encore plus long à faire disparaître. Aussi doit-on continuer l'usage de l'antipyrine pendant une vingtaine de jours, et au bout de ce temps l'enfant est en général à peu près complètement guéri. Mais l'antipyrine longtemps administrée produit de la pâleur et de la dépression des forces. Il faut alors donner des ferrugineux, de l'arsenic, et en cas d'insomnie une petite dose de chloral, le soir.

Joffroy, qui observait surtout des choréiques vésaniques, a proposé l'emploi systématique du chloral à la dose de 3 à 4 gr. par jour, dont une forte dose au moment du coucher; en plus il appliquait le drap mouillé 2 fois par jour, pendant une demi-heure. Je crois que cette médication, qui est bonne pour des vésaniques, est au contraire inutile dans la chorée de Sydenham.

L'antipyrine dans certains cas est mal tolérée, ou n'agit pas d'une façon suffisante. On peut alors s'adresser à la médication arsenicale. Celle-ci a été vulgarisée en France par Guersant et Aran. Récamier, Trousseau, l'ont employée. A Lyon, Peyraud traitait ses choréiques par des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler. On employait en effet à cette époque l'arsenic à l'état de combinaisons minérales, douées d'une grande toxicité, et la méthode fut momentanément abandonnée à cause des dangers qu'elle faisait courir aux malades. Elle fut de nouveau reprise par Siredey, Marfan, Comby, qui en ont posé les règles précises. Comby emploie la liqueur de Boudin, qui est une solution d'acide arsénieux au millième, et l'administre de la façon suivante: 10 grammes de liqueur de Boudin le premier jour; il augmente ensuite de 5 grammes par jour, jusqu'à atteindre 30 et 40 grammes; ensuite, il diminue de 5 grammes par jour pour revenir à 0. L'ensemble du traitement dure environ quinze jours. Mais

il exige, pour être bien toléré, un certain nombre de précautions rigoureuses: l'enfant doit rester couché et observer une diète lactée absolue. En outre, la dose quotidienne d'accroissement est additionnée de 150 grammes de julep gommeux, et chaque cuillerée de julep, étendue dans une tasse de lait. J'ai employée cette méthode en prenant toutes les précautions recommandées, et j'ai pu constater qu'elle ne réussit à guérir la chorée qu'au prix d'inconvénients sérieux: au bout de 3 à 4 jours, les malades se plaignent de gastralgie, ont des vomissements et parfois même des névrites. L'arsenic pris longtemps à doses élevées est un médicament dangereux.

Dans le but d'éviter ces accidents, j'ai substitué à la méthode précédente un traitement par l'arsenic à hautes doses associée au beurre. Je me suis basé pour cela sur les expériences de Chapuis, qui avait observé que l'arsenic incorporé aux corps gras ne produisait pas chez les animaux des phénomènes toxiques. Depuis lors, j'ai appris que Doyon arrivait à donner à des chiens jusqu'à 10 et 20 grammes d'arsenic incorporé à de la graisse, sans les tuer. L'arsenic associé aux corps gras est absorbé par les chilies en totalité, à l'exclusion des veines mésentériques, et ne produit par suite que lentement ses effets physiologiques. Mais il est aussi probable qu'il se fait entre le beurre et l'arsenic une réaction chimique, car la tolérance n'est pas la même pour le beurre mélangé à une sel arsenical, l'arséniate de soude par exemple. J'insiste sur la nécessité d'employer exclusivement de l'acide arsénieux, car l'arsénite de potasse, l'arséniate de soude, donnent de mauvais résultats. L'arsenic ne doit pas être donné à l'état de combinaison.

Pour préparer le beurre arsenical, on prend la quantité d'acide arsénieux qui sera administrée au cours du traitement, soit 0,18 cg. On l'additionne de 3 gr. 60 de chlorure de sodium ou de lactose. On obtient ainsi un mélange d'un poids de 3 gr. 78 qui facilite les divisions ultérieure en atténuant l'erreur inhérente

aux petites pesées : 0,10 cg. de ce mélange répondent à peu près à 5 milligrammes d'acide arsénieux.

En donnant chaque jour et successivement 10, 20, 30, 40, 50 centigrammes de ce mélange, puis en redescendant progressivement jusqu'à 0, on fera prendre 5, 10, 15, 20, 25 milligrammes d'acide arsénieux, puis on redescendra à 0 par doses décroissantes comme dans la méthode de Comby. Chaque dose est triturée dans 10 grammes de beurre frais. Le beurre arsenical ainsi préparé est pris dans du pain, et accepté facilement par les enfants. La dose est donnée en une fois pendant le principal repas, au milieu ou à la fin de celui-ci. Il y a inconvénient au point de vue de la tolérance à le prendre à jeun. C'est la seule précaution qu'il y ait à observer lorsqu'on applique cette médication.

Pas besoin de repos au lit ni de régime lacté, c'est déjà une supériorité sur la méthode employée habituellement. En outre je dois ajouter que je n'ai jamais observé d'accidents.

Quant aux effets sur la chorée, ils sont les mêmes que ceux obtenus par les autres traitements arsenicaux. Comme avec les autres méthodes on a parfois des insuccès.

On peut encore donner l'arsenic à l'état de combinaison organique. Le cacodylate de soude en injections sous-cutanées, préconisé par Garaud, de St-Étienne, a été employé à Lyon par MM. Renaut, Lamois et moi-même. Au-dessous de dix ans on s'en tient à la dose de 6 centigrammes par jour ; de dix à quinze ans, on peut donner 10 cg. On continue les injections jusqu'à cessation complète des mouvements sans inconvénients. L'arrhénal peut également être utilisé en ingestion et donne des résultats analogues.

Il est des cas de chorée intense, accompagnés d'agitation continuelle, qui résistent aux médications dont je viens de parler.

A ces formes, il faut des traitements d'exception, tels que l'emploi du tartre stibié, de l'apomorphine, les hautes doses

d'opium, de belladone, de chloral, les alcaloïdes, de la jusquiame, chlorhydrate d'hyoscine.

La médication stibiée a été préconisée par Gillette, qui, donnait le tartre stibié à hautes doses fractionnées, de façon à produire ce qu'on appelait l'effet contro-stimulant: dépression nerveuse générale, ralentissement du pouls, abaissement de la température.

Par cette méthode on évite l'effet émétisant. Le tartre stibié était donné par séries de trois jours consécutifs; les séries étaient séparées par des intervalles de repos de trois à cinq jours. Pour une série donné, la dose du premier jour était doublé le second et triplée le troisième.

Ainsi si on commençait par 0.15 cgr. le premier jour, on donnait 0,30 cgr. le second jour, 0,45 cgr. le troisième.

La seconde série commençait par un chiffre plus élevé de 0,05 cgr. de tartre stibié, soit 0,20 cgr., chiffre qu'on doublait et triplait.

La troisième série commençait par 0 gr. 25 cgr. Il fallait rarement dépasser trois séries.

Cette médication semble devoir donner des succès, mais elle expose à des défaillances et même des syncopes, et si on peut la tenter dans quelques cas tenaces, il faut la rejeter dès qu'il y a une complication cardiaque, soit endocardite, soit simplement de l'arythmie.

Il ne faut pas confondre avec cette médication contro-stimulante la médication vomitive proprement dite qui était loin d'être recherchée par Blache. Il ne semble pas qu'elle fût en honneur chez les anciens auteurs, et elle a surtout été préconisée depuis la découverte de l'apomorphine, vomitif puissant, qui est surtout employé en injections sous-cutanées, sous forme de chlorhydrate, à la dose de 0,005 à 0,015 milligrammes.

Le vomissement se produit très rapidement et il est suivi d'un sommeil profond.

J'ai ainsi obtenu la guérison en deux ou trois jours d'une

chorée intense qui avait résisté à de nombreuses médications et même à l'emploi des bains froids, administrés par l'erreur d'un infirmier qui croyait le malade atteint de fièvre typhoïde.

Parfois l'agitation, les mouvements désordonnés, les traumatismes, l'impossibilité de s'alimenter, l'insomnie constante, créent une situation dangereuse pour les malades.

A ce moment, il faut emprunter leurs méthodes aux aliénistes et avoir recours à des médications un peu effrayantes.

De ce nombre, est le chlorhydrate d'hyoscine, alcaloïde de la jusquiame, qu'on donne en injections sous-cutanées à des doses minimales, un dixième à quatre dixièmes de milligramme chez un enfant. J'avoue que je suis peu enclin à l'emploi de médicaments aussi toxiques, et s'il faut sortir de la prudence qui s'impose à nous pour enrayer des phénomènes choréïques graves par eux-mêmes, j'aime mieux user de hautes doses d'opium ou de belladone, que l'expérience de nos devanciers a quelque peu justifiées. On peut, en allant progressivement, arriver à des doses de 0,15, 0,20, 0,30 cgr. et davantage d'extrait thébaïque, d'extrait de belladone. Je recommanderai plutôt dans ces cas les injections sous-cutanées de morphine, qu'on peut renouveler au besoin, plusieurs fois par jour, en commençant par les doses classiques.

Je ne voudrais pas omettre une médication qui a été recommandée par Trousseau lui-même: le sulphate de strychnine, que cet auteur donnait à doses progressives, jusqu'à atteindre le chiffre de 5 à 6 centigrammes par jour chez des enfants. Trousseau ne craignait pas de pousser les doses jusqu'à produire ce qu'il appelait les phénomènes physiologiques, contractures, crises de dyspnée, vertiges, troubles de la vue.

En réalité, il s'agissait de phénomènes toxiques, et malgré le respect que nous devons au nom de Trousseau, je vous conseille nettement de ne jamais employer cette médication.

Quant aux hautes doses d'opium, de belladone, de chloral, il faut les envisager avec plus de sang-froid. Il semble, en effet,

comme l'avait déjà remarqué Sydenham, qu'un système nerveux excité tolère mieux les médicaments sédatifs, ce qu'on peut traduire d'une façon plus moderne, en disant que l'élément nerveux, excité par un facteur morbide, fixe moins bien un toxique médicamenteux qu'une cellule nerveuse normale.

Je vous répète que toutes ces médications, qu'il faut connaître, ne s'appliquent qu'à des formes très particulières et très rares de la chorée; que dans les formes moyennes, il faut se borner à l'emploi de l'antipyrine, de l'arsenic, qu'on pourra associer au repos, à l'hydrothérapie et la gymnastique rythmique.

(*Le Progrès Médical*, 6 janvier 1912).

—:O:—

## LA BELLADONE

Un auteur, dont les livres et articles de thérapeutique sont toujours très lus et fort appréciés, M. Gaston Lyon, constatait récemment « que la belladone est moins employée par la majorité des médecins qu'elle ne l'était autrefois »; et cependant « la belladone est l'un des rares médicaments qui ne trompent pas la confiance du médecin, lorsque leur emploi est nettement indiqué et qu'on le prescrit à doses suffisantes » (1). Huchard aimait à répéter qu'une vingtaine de médicaments peuvent suffire à la thérapeutique journalière, mais à cette condition qu'on les connaisse bien et que par conséquent on sache les manier habilement;

---

1. G. LYON, Causeries thérapeutiques, *La Clinique*, 21 juillet 1911.

la belladone compte parmi ces vingt médicaments nécessaires et presque suffisants.

Narcotique, antispasmodique, antinévralgique, mydriatique, modérateur des sécrétions, voilà les propriétés de la belladone indiquées par tous les formulaires ; les principales préparations sont l'extrait de la belladone (extraits des feuilles et extrait de racines, ce dernier un peu plus riche en atropine), la poudre de feuilles ou de racines, le sirop de belladone, les teintures alcoolique et éthérée. Le Codex de 1908 a supprimé les extraits alcooliques de semences et de racines, ainsi que la teinture éthérée ; deux préparations ont été modifiées : le sirop de belladone est, depuis 1908, trois fois moins actif, la teinture de belladone moitié moins active. Pour l'usage externe, l'emplâtre d'extrait de belladone qui contenait 75% d'extrait alcoolique de semences ne contient plus que 25% d'extrait alcoolique de feuilles sèches. Quant à l'atropine, le plus important des principes actifs de la belladone, elle est employée surtout sous forme de sulfate ; son nom seul doit inspirer la méfiance : Atropos était jadis l'une des trois Parques ; c'est un poison violent, puisque « la dose toxique de l'atropine se confond avec la dose thérapeutique » (Gilbert et Yvon).

Les doses pour ces diverses préparations sont, pour un adulte, et par vingt-quatre heures :

Poudre de feuilles, de 0<sup>g</sup>15 à 0<sup>g</sup>20 ;

Extrait alcoolique, de 0<sup>g</sup>02 à 0<sup>g</sup>10 ;

Teinture, de 0<sup>g</sup>30 à 2 grammes ; LIV gouttes = 1 gramme ;

Sirop, 10 à 30 grammes.

On utilise aussi des pommades à l'extrait de belladone (1 gramme d'extrait pour 10 ou 20 d'excipient) et des suppositoires avec ce même extrait (0<sup>g</sup>01 à 0<sup>g</sup>02 par suppositoire).

Le sulfate d'atropine sera prescrit à la dose maximum de 2



milligrammes par vingt-quatre heures, en doses fractionnées d'un demi-milligrammes ; ce médicament est surtout utile aux ophthalmologistes pour des collyres.

Dans beaucoup d'affections des *voies respiratoires*, l'emploi de la belladone est indiqué. C'est ainsi qu'on préconise la belladone, associée à l'aconit, pour diminuer la congestion et l'écoulement nasal chez les malades atteints de *coryza* :

Teinture de belladone . . . . .	}	à à 3 grammes
Alcoolature de racines d'aconit . . . . .		

Trois fois par jour 10 gouttes dans un peu d'eau sucrée.

C'est surtout dans le *rhume des foins* que la belladone pourra aider à tarir la sécrétion de la muqueuse pituitaire et à calmer la dyspnée, si le malade présente la forme asthmatique de cette affection. On donnera alors les pilules d'opium et de belladone selon la formule :

Extrait thébaïque . . . . .	}	à à 0 <sup>g</sup> 01.
— de belladone . . . . .		

Pour une pilule n° 10. Trois ou quatre par jour.

A un enfant atteint de *laryngite striduleuse*, on pourra prescrire, comme anti-spasmodique, la potion suivante :

Bromure de potassium . . . . .	1 gramme.	
Sirop de belladone . . . . .	5 à 10 —	
Eau distillée . . . . .	}	à à 30 —
Sirop d'écorces d'oranges . . . . .		

A prendre par cuillerées à café de façon à donner 0<sup>g</sup>25 de bromure et 1 gramme de sirop de belladone par année d'âge.

Au début de la *trachéo-bronchite*, la belladone calme la toux sèche et quinteuse ; le mélange à parties égales de teinture de belladone et d'alcoolature d'aconit, que nous avons indiqué pour

le rhume des foins, peut aussi servir dans ces cas. Même emploi de la belladone contre la *toux des tuberculeux* ; les pilules d'extrait thébaïque et de belladone donnent souvent de bons résultats. Aux tuberculeux, s'ils ont des sueurs nocturnes, le sulfate neutre d'atropine procurera parfois un soulagement notable ; cependant, comme le fait remarquer M. Lyon, c'est plutôt en modérant la fièvre, par le repos et les lotions froides, que l'on diminue le mieux les sueurs des phthisiques.

Dans l'*asthme*, Trousseau prescrivait souvent la belladone ; au moment de la crise, les cigarettes de natura et les cigarettes Espic réussissent habituellement bien ; celles-ci sont faites avec des feuilles de belladone, jusquiame, stramoine et phellandre, avec un peu d'extrait d'opium et d'eau de laurier-cerise. Dans l'intervalles des crises, Trousseau donnait le traitement suivant : belladone pendant dix jours, capsules d'essence de térébenthine dix jours, et cigarettes arsenicales les dix derniers jours du mois. Pour les dix jours de traitement à la belladone voici la méthode de Trousseau (1) : le malade prend le soir, en se couchant, d'abord une, puis, trois jours après, deux, et les quatre derniers jours, quatre pilules ainsi composées :

Extrait de belladone . . . . .	}	à à 0 <sup>g</sup> 01
Poudre de belladone . . . . .		

F. s. a. une pilule.

La *coqueluche*, cette affection plus grave qu'on ne le croit trop généralement (2) et contre laquelle les méthodes de traitement sont tellement nombreuses qu'il faut renoncer à les citer

1. *Clinique médicale*, t. II, p. 495.

2. Voir ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE. Les dangers méconnus de la coqueluche, *Acad. de méd.*, 6 juin 1911, et *Gaz. des hôpitaux*, 1911, n° 110.

outes, peut être très améliorée par un traitement belladonné bien dirigé. Ici, encore, c'est Trousseau qui nous en donne la formule : « Pour un enfant du premier âge, vous faites faire des pilules contenant chacune un demi-centigramme d'extrait de belladone et un demi-centigramme de poudre de belladone. Pour un enfant au-dessus de quatre ans et pour les adultes, les pilules contiendront un centigramme d'extrait et de poudre. Vous recommandez au pharmacien que ces pilules ne soient pas argentées. Pour les jeunes enfants qui ne savent pas avaler les pilules, on les délaye dans une petite quantité de sirop. Le matin à jeun, on administre une de ces pilules, et de même le jour suivant. Si les quintes diminuent de fréquence, on continue les mêmes doses. Sinon vous donnez une pilule de plus et vous donnez les deux du même coup. C'est un point capital ; quelles que soient les doses de belladone, il est essentiel que ces doses soient prises en même temps (1). »

Dès que le résultat est obtenu, on continue quelques jours les mêmes doses de belladone, puis on diminue progressivement. Telle est la méthode de Trousseau ; mais on peut prescrire aussi la belladone aux petits coquelucheux sous forme de teinture ou de sirop : teinture de belladone, 2 à 4 gouttes par année d'âge ; sirop de belladone, un gramme par année, par exemple ;

Sirop de belladone..... 25 grammes.

Sirop de tolu..... ℞. s. p. 125 cent. cubes.

Une gramme de sirop de belladone par 5 centimètres cubes (Lyon).

Précieux médicament pour les affections des voies respiratoires, la belladone fait aussi partie de la thérapeutique gastro-intesti-

---

1. *Clinique médicale*, t. II, p. 521.

nale. On peut la prescrire dans la *siallorrhée* des dyspeptiques nerveux, dans l'*hyperchlorhydrie*, dans les diverses douleurs gastriques, dans la *colique hépatique* et dans la *colique de plomb*. Mais c'est peut-être dans la *constipation spasmodique* que son emploi est particulièrement indiqué, et voici, pour ces cas, la technique de Trousseau. « Je formule des pilules contenant chacune un centigramme d'extrait et autant de poudre de belladone. On en prend une à jeun le matin plutôt que le soir. On va à deux après cinq ou six jours et l'on ne doit que rarement excéder la dose de quatre ou de cinq; ces pilules quel qu'en soit le nombre, doivent être prises en même temps... Ce remède ne doit pas être continué dès que les selles sont devenues régulières, et il faut laisser aux organes le soin d'agir sans auxiliaire; que si la belladone reste impuissante, on devra, le soir, administrer en même temps une cueillerée à café d'huile de ricin (1). »

Il me reste à signaler l'emploi de la belladone dans quelque affections du système nerveux, par exemple dans l'*épilepsie* et l'incontinence nocturne des urine. Sans doute, le bromure de potassium est le *pain de l'épileptique* (Charcot, Voisin); cependant, il est parfois nécessaire de supprimer la médication bromurée et alors on se rappellera que Bretonneau accordait une grande confiance à la belladone, mais il faut que le médicament soit continué très longtemps et à fortes doses; les malades de Bretonneau et de Trousseau arrivaient à prendre par jour cinq, dix, quinze et vingt pilules contenant un centigramme d'extrait et un centigramme de poudre. Trousseau formulait aussi :

Sulfate neutre d'atropine..... 5 centigrammes.

Eau-de-vie blanche..... 5 grammes.

---

1. *Clinique Médicale*, t. III, p. 198.

Une goutte de cette solution correspond à une des pilules précédemment indiquées.

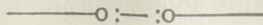
Je dois citer encore une fois textuellement Trousseau à propos du traitement de l'*incontinence nocturne des urines* par la belladone. « Ce médicament constitue un remède sinon infail-  
liblé, du moins éminemment utile. Presque toujours, il amène un amendement notable dans la fréquence des accidents, et, en un grand nombre de cas, il les fait cesser complètement. »

L'administration de la belladone sera basée sur le même principe; donner en une seule fois, et ici ce sera le soir, une dose suffisante de belladone, en une ou plusieurs pilules. Il est bien évident que la belladone agira seulement sur les cas dans lesquels l'incontinence dépend d'une excessive irritabilité de la vessie; s'agit-il, au contraire, d'une atonie du sphincter vésical, on préférera la médication par la strychnine.

Après avoir ainsi rappelé les principales indications de la belladone, il faut insister encore sur les accidents qui peuvent survenir au cours du traitement, sur la susceptibilité particulière de quelques sujets qui présentent des symptômes d'intoxication avec des doses relativement faibles. On surveillera donc, chez les malades qui prennent de la belladone, les pupilles (dilatation pupillaire), la gorge (sécheresse de la gorge et dysphagie), le système nerveux, (délire, hallucinations, perte de la sensibilité), l'appareil digestif (nausées), etc. On suspendra la médication belladonnée s'il se produit quelque incident.

M. BRELET

*Gazette des Hôpitaux*, 19 décembre 1911.



## LA FIÈVRE TYPHOÏDE DES NOURRISSONS

—

La fièvre typhoïde des nourrissons est considérée comme très rare ; mais cette rareté est sans doute plus apparente que réelle. En l'absence de séro-diagnostic, en l'absence de contrôle anatomo-pathologique, si l'enfant succombe, on s'arrête au diagnostic de gastro-entérite ; si le petit malade présente des convulsions et des accidents méningés, l'affection est classée dans les méningites, et ces erreurs, très difficiles à éviter, expliquent pourquoi la fièvre typhoïde à cet âge fut longtemps mal connue. Depuis les travaux de Nobécourt et Bertheraud, Nobécourt et Voisin, avec les articles classiques de Marfan, Méry, Hutinel et Darré, cette forme clinique de la dothiéntérie a été bien mise au point.

Son *étiologie* (1) ne présente rien de bien particulier, puisque c'est, comme toujours, l'eau ou les porteurs de bacilles qui doivent être suspectés. Le lait contaminé par l'eau de coupage non bouillie ou insuffisamment bouillie peut être le véhicule du bacille d'Eberth. Dans d'autres cas, il faut admettre une contagion directe, par exemple si l'enfant atteint de dothiéntérie est élevé au sein ; c'est alors que la nourrice était infectée par le bacille, ou qu'une domestique, qu'une personne de l'entourage de l'enfant était une porteuse de germes. La fièvre typhoïde est exceptionnelle pendant les six premiers mois ; elle devient plus fréquente de six mois à deux ans, et pendant la deuxième année ; la fièvre typhoïde n'est pas très rare ; mais alors l'enfant n'est presque plus un nourrisson.

---

1. Il ne faut pas oublier qu'il existe aussi une septicémie typhique *congénitale*, avec infection par voie placentaire.

L'anatomie pathologique est à peu près la même que celle de la dothiéntérie des enfants ; c'est-à dire que les ulcérations des follicules clos et des plaques de Peyer manquent presque toujours ; dans quelques cas, cependant, on a trouvé des ulcérations typiques. Il faut insister sur la fréquence de l'entérite et de la colite, altérations banales du tube digestif qui sont presque toujours très intenses ; souvent, des vers habitent l'intestin, ce sont des lombrics dans l'intestin grêle, des trichocéphales dans le cœcum. Les ganglions mésentériques sont très augmentés de volume ; la rate hypertrophiée. Ainsi donc, on ne constate bien souvent que des lésions peu caractéristiques et le diagnostic anatomique doit toujours être contrôlé par un diagnostic bactériologique, d'autant plus que l'infection éberthienne généralisée, sans altérations intestinales, peut exister chez le nourrisson comme chez l'adulte ; on en a relaté un cas chez un enfant de vingt et un mois.

*Cliniquement*, on peut d'abord établir qu'en règle générale les symptômes de la fièvre typhoïde du nourrisson sont assez vagues et qu'il est exceptionnel d'observer un tableau classique de dothiéntérie. Pour ce qui est de la *fièvre typhoïde congénitale*, presque tous les enfants atteints de septicémie typhique dans ces conditions succombent *in utero* ou meurent quelques heures après la naissance ; les autres ont, par exception, une survie plus longue de quatre à quinze jours. Parfois même le nouveau-né résiste à cette infection et guérit après deux ou trois semaines de maladie. Les symptômes sont alors peu caractérisés : fièvre continue, diarrhée, souvent des convulsions, parfois du purpura, des hémorragies viscérales ou de l'ictère ; dans quelques cas, la rate est augmentée de volume et on note la présence de taches rosées. La réaction de Widal a été recherchée dans deux observations : elle était positive. Ces faits sont

extrêmement rares. Dans la fièvre typhoïde des *nourrissons*, le début est habituellement insidieux, traînant, marqué par une fièvre irrégulière et des troubles digestifs; le début brusque est moins fréquent, c'est alors une élévation soudaine de la température, avec des vomissements et parfois des convulsions. A la période d'état, les aspects sont variables et il faut distinguer plusieurs formes cliniques; dans une première ce sont les phénomènes gastro-intestinaux qui prédominent, et l'on assiste à l'évolution d'une *gastro-entérite* subaiguë; les selles sont cependant un peu moins nombreuses que dans les entérites banales et elles ont généralement une couleur jaune ocre; le petit malade est abattu, prostré, a la langue sèche. La situation reste à peu près la même pendant quelques jours, une ou deux semaines, parfois plus longtemps; puis l'affection peut évoluer vers la guérison; sinon, les symptômes d'entérite s'aggravent encore, et, le plus souvent, une entérite cholériforme, due à une infection secondaire, emporte le malade (Marfan).

Une seconde forme est marquée par l'intensité des réactions *méningées*; le strabisme, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'attitude en chien de fusil, les troubles vaso-moteurs et la somnolence pourraient faire penser à une méningite tuberculeuse; cependant le pouls, tout en étant rapide, n'est pas irrégulier, l'enfant vomit peu et les selles sont plutôt diarrhéiques (Nobécourt et Bertherand). L'enfant peut succomber avec ces phénomènes méningés; dans d'autres cas, les symptômes nerveux s'atténuent et alors persistent la fièvre et la diarrhée.

Parfois encore, ce sont les signes *broncho-pulmonaires* qui sont au premier plan et on croit alors être en présence d'une bronchopneumonie banale (Achard et Flandrin). Enfin l'évolution peut être celle d'une maladie générale fébrile sans localisation prédominante: abattement, diarrhée légère, quelques légers phéno-



mènes nerveux mais rien de saillant ; la fièvre, qui est alors le symptôme capital, a une courbe parfois régulière, plus souvent très irrégulière (Hutinel et Darré).

Par conséquent les symptômes de la fièvre typhoïde des nourrissons ne réalisent presque jamais un syndrome dothiéntérique bien net. Comment donc faire le *diagnostic*? On recherchera l'hypertrophie splénique, mais elle n'est pas constante, puisque, d'après Forget, on ne l'a constatée que 4 fois sur 32 cas. On recherchera la présence de taches rosées lenticulaires, mais celles-ci n'existent que dans un quart des cas. Le diagnostic clinique de cette forme de fièvre typhoïde ne peut donc être qu'un diagnostic d'impression et il y aura lieu de pratiquer le *séro-diagnostic*. On a écrit plusieurs mémoires sur le *séro-diagnostic* de Widal chez les enfants ; en réalité, chez le nourrisson, la réaction de Widal ne présente aucune particularité, elle n'est ni retardée ni moins intense que chez les adultes. Sans doute, serait-il intéressant de faire, en même temps que le *séro-diagnostic* pour le bacille d'Eberth, toute la série des réactions agglutinantes pour les bacilles paratyphiques, d'essayer même une hémoculture ; car on doit se demander avec Hutinel et Darré, si le rôle des bacilles paratyphiques dans la pathologie n'est pas plus important qu'on ne l'admet jusqu'ici ; chez un nourrisson atteint d'entérite banale, Ribadeau-Dumas a pu isoler du sang un bacille paratyphique. M. Fortineau, chef des travaux de bactériologie à l'École de médecine de Nantes, m'a dit avoir observé un cas de paratyphus chez un enfant de quelques mois. Il y a donc là toute une série de recherches à faire pour élucider cette question.

Le *pronostic* de la fièvre typhoïde des nourrissons est toujours extrêmement grave, puisque la mortalité est de 50 à 64% selon les statistiques et aussi selon l'âge des petits malades. Car la gravité de l'affection est d'autant plus grande que l'enfant est

plus jeune ; la mortalité serait de 73% dans la première année et de 31% dans la seconde d'après Croozer Griffith et Ortheimer. La mort par broncho-pneumonie ou par entérite est très fréquente ; d'autres enfants succombent, mais ces faits sont beaucoup plus rares, à la suite d'une perforation intestinale ou d'un laryngotyphus. La mort subite a été signalée et j'ai relaté, dans ma thèse, plusieurs cas qui présentent un grand intérêt médico-légal. En 1877, Pearson Irvine fit l'autopsie d'un enfant de deux mois trouvé mort dans son lit et qui n'avait eu aucun malaise les jours précédents ; dans l'intestin, les ganglions mésentériques et la rate, lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. Vibert a publié en 1881 cinq cas de mort subite chez des enfants à la mamelle (neuf jours, deux, cinq, six et neuf mois) ; Kissel a vu un enfant de vingt mois succomber brusquement au cours de la dothiéntérie ; dans un important travail de Velich, on trouve 3 cas de mort subite chez des petits typhiques âgés de trois, sept et quatorze mois.

Le *traitement* de la fièvre typhoïde des nourrissons diffère peu du traitement classique de la dothiéntérie infantile. Des bains tièdes à 32 degrés seront donnés régulièrement toutes les trois heures, si la température est élevée ; on essaiera surtout de lutter contre l'infection intestinale, mais sans purgatifs trop énergiques ; le calomel à petites doses est très utile dans ces cas. Quelquefois, il faudra savoir arrêter la diarrhée ; la diète hydrique, l'eau de riz, le bouillon de légumes pourront être avantageusement prescrits. Si l'enfant est au sein, les tétées seront continuées bien régulièrement. On luttera contre la broncho-pneumonie par les moyens habituels et souvent le cœur devra être soutenu par des injections d'huile camphrée.

M. BRELET

## NOUVELLES

---

LISTER — 1827 1912

Une des plus grandes figures du monde médical vient encore de disparaître dans les premières semaines de cette année. C'est la chirurgie anglaise qui pleure aujourd'hui Joseph Lister, et le monde médical tout entier ne peut que joindre son hommage à la mémoire de celui qui, avec Pasteur, a fait faire le plus grand pas à la médecine et à la chirurgie moderne.

Lister naquit en 1827, cinq ans par conséquent après Pasteur dont il devait être le contemporain, mais aussi le disciple fidèle, car il fut un des premiers à faire une application admirable des théories pastoriennes. S'inspirant des résultats obtenus par Alph. Guérin à la suite des travaux de Pasteur, Lister créa à Edinburg la méthode antiseptique qui rénovait toute la chirurgie. Le pansement qui porte son nom et qu'il préconisait alors, constituait un progrès immense en médecine opératoire.

Lorsqu'en 1892 on fêta le jubilé de Pasteur, Lister vint lui-même apporter au savant l'hommage des sociétés savantes de Londres et d'Edinbourg. A l'issue de son discours dans lequel il exprimait le témoignage de reconnaissance de la médecine et de la chirurgie, Pasteur se leva et vint l'embrasser. Ce rapprochement des deux grandes figures semblait être la consécration de l'union désormais inséparable de la médecine scientifique et clinique.

L'humanité entière viendra verser une larme sur la tombe de cet homme qui a tant travaillé pour elle.

A. V.

---

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PORTNEUF

La société médicale du comté de Portneuf a tenu une séance tout particulièrement intéressante jeudi, le 15 février, dernier à la

résidence de Monsieur le Docteur Antoine LaRue, à Neuville. Les médecins du comté, présents à cette réunion, avec d'ailleurs l'adhésion sincère de ceux que leurs occupations professionnelles avaient absolument retenus chez eux, ont décidé plusieurs points de réorganisation en souffrance dans les règlements de la société et plusieurs questions importantes ont été remises, après discussion, à la décision d'une séance ultérieure. L'utilité de réunions plus fréquentes a été complètement démontrée par l'importance et l'opportunité générales des questions qui ont été discutées et aussi par la cordialité qui n'a cessé de régner entre les confrères présents. Entr'autres propositions unanimement acceptées, M. le Dr LaRue, notre aimable président, a promis son intervention pour obtenir d'un conférencier de renom une étude spéciale et éminemment pratique pour les médecins à la prochaine séance de la société.

Les résultats de cette réunion ont démontré amplement combien il est utile que les médecins de notre comté se solidarisent pour donner à la société un essor nouveau et lui faire atteindre le but noble et profitable à tous vers lequel elle tend uniquement; l'union et la protection mutuelle des médecins. C'est aussi dire que la réunion prochaine sera générale et animée de l'entente la plus parfaite.

L'élection des officiers pour l'année 1912 a donné le résultat suivant :

Président : — M. le Dr Antoine LaRue, Neuville.

Vice-président : — M. le Dr Armand Marcotte, Saint-Basile.

Secrétaire-trésorier : — M. le Dr A. Gaboury, Cap Santé.

Remercions, en terminant, notre généreux président dont l'hospitalité en sa résidence admirable de Neuville a été aussi généreuse que délicate. Le charme de cette réception n'a pu être égalé que par la courtoisie avec laquelle M. le Dr LaRue a présidé cette belle séance de la société médicale du comté de Port-neuf.

A. GABOURY, M. D.

Secrétaire-Trésorier.

## RAPPORT ANNUEL DU DISPENSAIRE ANTI-TUBERCULEUX DE LA VILLE DE QUÉBEC

### COMITÉ DU DISPENSAIRE

Pour résumer le plus brièvement possible l'œuvre du dispensaire, j'ai l'honneur de vous soumettre un tableau de ses opérations depuis février 1911 à février 1912. 358 malades se sont fait inscrire sur les registres du Dispensaire. Sur ce nombre 64 ont été renvoyés comme n'étant pas tuberculeux et 20 l'ont été comme non-indigents et possédant les moyens de payer leur médecin. 274 malades tuberculeux ont donc été traités par nous, 37 tuberculeux rendus à la dernière période sont morts; 125 ont été améliorés, un bon nombre l'ont été de telle sorte qu'ils ont pu reprendre leur travail. De ces 274 malades, 100 ont été traités à domicile par le médecin régulier attaché au dispensaire. 215 familles ont été visitées par l'infirmière Mlle McGreevy, qui leur a fait en tout 1,284 visites et qui leur a enseigné les moyens à prendre pour combattre à la maison la maladie et s'en préserver. 60 logis de tuberculeux morts ou ayant déménagé ont été désinfectés par les soins du bureau d'hygiène de la Ville, sur la recommandation du dispensaire. Enfin au dispensaire même, 2,858 prescriptions ont été données et remplies; on y a donné des bons pour 9,220 pintes de lait et pour 1,390 douzaines d'œufs, c'est-à-dire une moyenne de 173 pintes de lait et de 33 douzaines d'œufs par semaine, réparties sur une centaine de malades.

Enfin par ordre chronologique, les médecins suivants ont fait la clinique du dispensaire de février 1911 à février 1912: Messieurs les docteurs Paquin, Lessard, Faucher, Gosselin, Drouin, Alph. Gilbert, Delaney, Walsh, Stevenson, Geggie, Fortier Emile, Darveau, Racine, Plamondon, Lemieux, Dagneau, Leclerc O., Dérome, Drouin, P. R. Devarennés, Guérard, Frémont, Bédard, Az. Bédard, P. H. Edge, St. Hilaire et Samson.

Une mention spécial doit être faite du nom de M. le Dr E. Nadeau, qui avant la nomination d'un médecin interne et d'un pharmacien au dispensaire, a rempli les fonctions attachées à ces positions avec autant d'habileté que de désintéressement.

M. le docteur J. D. Pagé, chef du service des immigrants, a remplacé M. le docteur Paquin comme président du comité du dispensaire pendant les mois de mai et juin.

(Signé) C. R. PAQUIN,

Président du comité du dispensaire.

E. M. A. SAVARD,

Médecin interne du dispensaire.

---

## XVII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

---

Le dix-septième Congrès International de Médecine aura lieu à Londres, du 6 août au 12 août, 1913, inclusivement sous le patronage de Sa Très Gracieuse Majesté, George V, Roi et Empereur, et sous la Présidence de Sir Thomas Barlow. Le Docteur W. C. Herringham, dont plusieurs se rappellent la visite dans ce pays, est le Secrétaire-Général du Congrès. Le Congrès, dont l'objet est exclusivement scientifique, tiendra ses séances dans les salles du Royal Albert Hall, Kensington Gore, W. Tous les médecins du monde entier sont invités à assister à ce congrès, qui est divisé en vingt-deux sections avec, en outre, trois sous-sections. La souscription est de cinq piastres.

Deux membres de la profession médicale au Canada font partie du Comité Exécutif anglais, et six autres, partie du Comité d'organisation anglais.

Le Comité National au Canada est composé des Recteurs respectifs de cinq Facultés de Médecine :

Dr C. K. Clarke, Recteur, Faculté de Toronto.

Dr J. C. Connell, Queen's University.

Dr H. H. Chown, Manitoba University.

Dr E. P. Lachapelle, Université Laval, Montréal.

Dr F. J. Shepherd, Université McGill.

Trois membres de la « Canadian Medical Association » font aussi partie de ce comité.

Dr Geo. Armstrong, Montréal.

Dr A. McPhedran et le Dr W. H. B. Aikins, tous deux de Toronto.

Dr EDG. C.

M. le Dr W. H. Delany s'embarquera à New-York, le 28 mars prochain, pour un voyage de quelques mois en Europe.

Dr EDG. C.

—:00:—

## BIBLIOGRAPHIE

LA REPONSABILITÉ ATTENUÉE. *Lois faites dans les divers pays, lois à faire concernant les criminels à responsabilité atténuée*, par le Dr L. MATHÉ, rapporteur au 3<sup>me</sup> Congrès de Médecine légale, (Bruxelles 1910). Préface de M. Joseph Reinach, député. Suivi d'un résumé en espagnol par l'auteur). — Paris, VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine. Un vol. in-8<sup>o</sup> carré. 2 fr.

Repoussant tout humanitarisme excessif, le Dr Mathé a cherché à orienter la marche de la justice à la lumière de l'anthropologie criminelle. Il n'admet pas que la justice montre plus de condescen-

dance et de sympathie pour les coupables que pour les victimes. Toutefois la peine doit être personnelle et n'a d'efficacité que si le condamné la comprend et peut en tirer une modification moralisatrice de son état. Mais si la société doit se préserver contre les semi-responsables, elle ne doit pas oublier que ce sont des malades : elle doit donc les soigner.

Telles sont les idées directrices de ce travail que liront avec profit non seulement les médecins légistes et les magistrats,, mais encore les pédagogues et les philanthropes.

Après un court aperçu philosophique, l'auteur trace rapidement l'histoire de la responsabilité atténuée, démontre son existence au point de vue médical et définit le rôle de l'expertise. Il en recherche ensuite les principales causes et décrit un certain nombre d'états morbides où l'on peut considérer la responsabilité comme diminuée. Il fait alors une étude de la responsabilité dans toutes les législations existantes et constate que les pays qui l'ont prise en considération en ont tiré, comme application pratique, une réduction de la peine, ce qui est irrationnel et dangereux.

M. Mathé discute la sanction, l'exécution de la sanction et l'application du traitement dans un établissement spécial, *asile-prison*.

Il règle le mode de libération, les mesures de sûreté et de surveillance consécutives, prévoit l'organisation des asiles-prisons et des œuvres pour les libérés, envisage la question des sourds-muets et termine par un projet de loi très éludé où, avec un égal soin, il défend la société contre ces criminels et ceux-ci contre l'arbitraire.

“ Ce travail très intéressant, écrit avec autant de savoir que de talent, contribuera à la formation de la science pénale de l'avenir, ” dit M. J. Reinach dans une remarquable préface où il met au point “ cette question si controversée. Le code pénal de l'avenir organisé sera la thérapeutique des criminels. Un livre comme celui-ci est “ l'une des pierres du futur édifice. ”