

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. ROULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. LeSAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XLI

1er DECEMBRE 1912

No 12

BULLETIN

A PROPOS DE L'HOPITAL DES INCURABLES.

On lira avec intérêt, dans ce numéro, l'analyse du rapport de l'hôpital des Incurables, faite par le Dr Dubé. Un point qui attire particulièrement l'attention est celui où il fait une comparaison entre cet hôpital et le Victoria.

Il y a, dans ces chiffres, un enseignement précieux à retenir, à savoir, le talent d'administration des Sœurs qui, avec des immeubles grevés d'hypothèques et des subventions plus ou moins aléatoires, entretiennent un si grand nombre de malades — un tiers de plus qu'à l'hôpital Victoria dont les revenus sont très considérables.

Un autre fait qui étonne, c'est le nombre restreint de gardes-malades religieuses pour un si grand nombre d'impotents.

Ces deux faits prouvent abondamment que les religieuses sont des administratrices hors pair au point de vue financier, et qu'elles sont des gardes-malades incomparables lorsqu'elles sont instruites et entraînées d'avance par des cours théoriques et pratiques.

— De fait, leur esprit d'abnégation, leur amour de l'ordre et de la méthode, leur ponctualité et leur désintéressement en font des aides précieuses et intelligentes sur lesquelles on peut compter dans tous les cas. Nous pouvons affirmer sans crainte, que les

Sœurs n'ont pas d'égaux comme hospitalières, lorsqu'elles ont suivi des cours spéciaux à cette fin.

Dans ces dernières années, en France, les lois qui les ont frappées d'exil ont provoqué bien des récriminations de la part de chirurgiens éminents qui, tous, n'étaient pas orthodoxes.

Le professeur Segond, un des chirurgiens les plus réputés de Paris, mort dernièrement, disait à propos de leur départ, qu'on leur enlevait leurs aides les plus intelligentes et les plus dévoués et que toute autre organisation similaire ne pourrait qu'être insuffisante et temporaire.

— *Mais il faut qu'elles soient instruites au point de vue hospitalier, et seul le médecin peut le faire.* Il faut donc, dans ces œuvres qu'elles s'associent avec des médecins ; c'est le conseil que donne le Dr Dubé, en terminant, aux Sœurs de "l'hôpital des Incurables," et nous l'approuvons. C'est le perfectionnement désirable.

L'UNIVERSITAIRE.

Les étudiants en médecine ont fait une innovation heureuse, cette année, en publiant un livret de poche qui contient une foule de renseignements concernant la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

Ce livret est à l'enseigne des couleurs universitaires : *bleu*, le droit ; *rouge*, la médecine ; *vert*, l'école polytechnique.

Nous y lisons des esquisses très bien faites, "la vie physique," par le Dr Valin ; "la vie intellectuelle," par M. Edouard Montpetit ; "la vie morale," par l'abbé Desjardins, et "la vie sociale," par Madeleine.

— Les associations sportives, les chants patriotiques, ont une large place dans ces pages.

— Enfin il y a des pages blanches... à la fin... J'imagine volontiers que les étudiants y inscriront des dates heureuses, des souvenirs agréables, des actes de courage et peut-être aussi des notes d'examens... de conscience.

Le travail, voilà le secret du succès.

Un poète français, délicat, mort il y a quelques années, Sully Prudhomme a écrit quelque part que

"L'ouvrier de science est un tailleur de pierre
 "Qu'il prenne son marteau, son fil et ses équerres.
 "Et ne suspende pas ses rêves au clocher
 "Alors qu'il n'en est encore qu'à fendre le rocher."

L'ETUDIANT.

Le journal des Etudiants nous est arrivé paré d'une toilette nouvelle : il est vêtu à la mode des hebdomadaires. Il marche bien, il voit clair et il écoute. Il a de l'entrain et de l'esprit. Qu'il vive donc !

L'étudiant est l'homme de l'avenir ; qu'il s'habitue de bonne heure à écrire, car c'est de la bonne gymnastique intellectuelle. Elle porte à la réflexion — on réfléchit avant d'écrire ; elle permet d'envisager une même question sous plusieurs côtés, froidement, loin du bruit, sans passion ; elle enseigne la propriété des termes et l'harmonie des mots, enfin, elle munit l'esprit dans ses plus nobles facultés.

 POUR L'INFORMATION DU COLLEGE DES MEDECINS.

Voici ce qu'un de nos correspondants nous adresse par la malle. C'est une information qui a paru dans un journal publié à Joliette "L'Etoile du Nord" :

— **M. Azarie Mireault, rebouteur, de Ste-Marie Salomé, accompagné d'un médecin diplômé, tiendra son bureau tous les samedis à l'hôtel Windsor, à Joliette, de 9 hrs a. m. à 3.50 hrs p. m.**

— Nous attendons qu'on nous donne le nom de ce médecin pour lui donner le coup de grâce.

L.

 NOS HOPITAUX

 RAPPORT DE L'HOPITAL DES INCURABLES

C'est le sixième rapport annuel que publient les Religieuses qui ont la direction de cette institution importante.

Ce rapport est d'autant plus intéressant à lire que c'est le seul publié par une institution appartenant à des Sœurs et qui donne un compte-rendu financier complet à côté du détail des œuvres accomplies.

Nous en félicitons les bonnes Religieuses qui ont pensé que le public aimerait savoir où va l'argent qu'il donne aux charités.

Nous les félicitons, ces bonnes Sœurs, parce qu'elles donnent un démenti à leurs détracteurs et à tous ceux qui persistent à croire que les *Œuvres des Sœurs* sont des affaires payantes!

Où, je crains bien qu'après un tel exposé, les Sœurs ne voient surgir bien des concurrents dans l'œuvre des Incurables!!

Pauvres Sœurs; il y en a tant qui croient qu'elles sont plus encombrantes qu'utiles, plus quêtesuses à mesurer qu'elles s'enrichissent, plus ambitieuses aux prières qu'aux soins des malades! Tout cela, c'est le fait de l'ignorance beaucoup plus souvent que de la mauvaise foi. Tous ne voient que les grands murs de pierre gardés par des Sœurs en prière, et ne se doutent ni des dettes qui grèvent ces murs ni du bien qu'ils cachent à leurs yeux!

Le rapport de l'Hôpital des Incurables servira à éclairer la conscience de ces *ignorants* s'ils sont de bonne foi! Quant aux mauvaises têtes ils maudiront ce rapport puisqu'il leur enlève tous les moyens de critiquer cette œuvre de Sœurs!

Comment, en effet, dire du mal de l'Hôpital des Incurables?

Voulez-vous savoir si les Sœurs y font des œuvres de charité, si elles passent leur temps à la prière ou aux soins des malades?

Voyez la partie du rapport qui donne la statistique :

Maladies de Juillet 1911 à Juillet 1912.

Malades à l'hôp. juillet 1911=	307
Malades admis de juillet 1911 à juillet 1912=	357
Malades qui ont laissé l'hôp. de juillet 1911 à juillet 1912=	160
Malades morts, de juillet 1911 à juillet 1912=	201
Malades encore à l'hôpital le 1er juillet 1912=	300

Ces malades nombreux sont de toutes les nationalités et de toutes les religions.

Le personnel en charge de ces malades incurables et qui demandent parfois des soins de tous les instants est composé de :

Sœurs de Cœur.....	52
Sœurs Coadjutrices.....	10
Gardes Malades laïques.....	41
Ingénieurs.....	2
Charpentiers.....	2
Autres employés.....	17
Total.....	124

Croyez-vous que les autres institutions font mieux ?

Faites la comparaison avec l'Hôpital Victoria par exemple. Voici une institution protestante et laïque qui est une des premières du pays et dont nos concitoyens anglais ont raison l'être fiers.

Statistiques des maladies du 1er Janvier 1911 au 31 Décembre 1911.

Malades à l'hôpital le 1er janvier 1911 = 220
 — encore à l'hôpital le 31 décembre = 265

Au cours de l'année le mouvement des malades fut considérable parce qu'il ne s'agit pas d'incurables au Victoria. Il y eut, en effet, 4,636 malades qui entrèrent pour y passer quelques jours, une semaine ou quelques mois, et enfin sortirent guéris souvent. Mais, en somme, il y a moins de lits au Victoria qu'aux Incurables et le personnel y est beaucoup plus considérable :

Médecins internes résidant à Montréal	16
Administrateur.....	1
Gardes malades :	
Surintendante.....	1
Assi-tante.....	1
Surintendante de nuit	2
Directrice du département.....	1
Des gardes-malades.....	1
Pour salle d'opération.....	3
Directrices des diverses salles.....	11
— pour entretien de l'hôpital.....	1
Masseuse.....	1
Autres gardes-malades.....	89
	127

Il y a encore les ingénieurs, les charpentiers, les servantes et serviteurs dont le nombre n'est pas donné dans le rapport mais qui figurent sur la liste des salaires.

Le service médical chez les Incurables est plus simple qu'au Victoria, aussi il n'y a pas besoin du même nombre de médecins. Chez les Incurables il n'y a que des médecins visiteurs.

Pouvons-nous conclure de la comparaison de ces deux *personnels* que les Sœurs sont très occupées chez les Incurables ? Assurément oui ! Nous croyons même que leur temps de prières doit être plutôt court !

Ce qui plaît le plus dans tous les rapports d'Hôpitaux anglais protestants tout comme dans celui de notre Hôpital Notre-Dame,

c'est la partie consacrée aux finances, la page des revenus et celle des dépenses. Nous ne craignons pas de le répéter : c'est la partie qui crée le plus de sympathies à ces institutions!

La chose a été comprise par les Sœurs des Incurables qui font voir avec détails les sommes d'argent reçues avec les noms des donateurs, ainsi que les autres sources de revenus avec, tout à côté, les dépenses.

Quel langage ont ces chiffres chez les Incurables! Nous sommes surpris de voir le grand nombre d'amis qu'ont réussi à se faire nos pauvres incurables. La liste en est longue bien qu'incomplète: deux grandes pages pour dons et souscriptions extraordinaires de l'année 1911; quinze pages à double colonnes de noms de souscripteurs annuels pour la somme de 5 piastres et plus. On nous avertit que la liste des autres souscripteurs est trop longue pour publication.

Enfin trois pages et demie pour dons en nature.

Dans une dernière page on lit sous le titre: *Recettes*, la liste résumée des dons par testament et autres; l'allocation du gouvernement, le produit des quêtes, de bazars, etc., etc., en un mot le total des revenus qui se chiffre à **\$74,388.13**.

Vous n'avez qu'à tourner la page pour lire en quinze lignes le détail de toutes les dépenses: **\$71,059.43**.

Ajoutez à ce montant la somme de \$3,000.00 versée en amortissement de la dette qui reste encore, à savoir: **\$168,850.00**.

Nous ne voudrions pas chicaner les Sœurs mais il nous semble qu'elles devraient donner plus de détails sur leur dépense de \$25,422.37 pour nourriture. Par exemple, au Victoria la nourriture a coûté \$52,492.11 réparties de la façon suivante: viande, pain et farine, beurre et fromage, lait, œufs, poissons et gibiers, épicerie, légumes et fruits, glace.

Ces détails ouvrent les yeux et font mieux comprendre les difficultés d'approvisionnement de nos institutions.

Les Sœurs qui nous donnent le coût du charbon et de l'éclairage, \$8,329.39 du montant des intérêts à payer: \$9,804.73, et autres détails nous annoncent qu'il a fallu dépenser \$8,225.22 en salaires et honoraires. A l'Hôpital Victoria les salaires se chiffrent à \$68,027.97, à peu près le tiers de leurs dépenses totales: \$214,027.41. Chez les Incurables c'est à peine si les salaires représentent le neuvième des dépenses totales.

Comment expliquer cette grande différence dans ce chiffre des salaires ?

L'explication n'est pas, malheureusement, assez connue.

Si vous croyez qu'il s'agit d'une grande libéralité chez les anglais et de mesquinerie chez les Sœurs, détrompez-vous !

Les Anglais ne paient que juste ce qu'ils sont *obligés* de payer, rien de plus ! Ils sont hommes d'affaires et bons administrateurs. Tandis qu'au Victoria tous les fonctionnaires, les nurses, médecins sont payés *raisonnablement* ; chez les Sœurs il n'y a que les employés laïques : ingénieurs, charpentiers et autres domestiques qui reçoivent un salaire *raisonnable*.

Les autres, c'est-à-dire les Sœurs ne reçoivent que leur pension et *vingt-cinq dollars par année* que l'administration des Incurables et de toutes les autres institutions des Sœurs de la Providence doivent verser à la Procure de la Maison-Mère pour chaque Sœur que la Supérieure Générale leur envoie ! C'est de cette contribution directe que la Maison-Mère et le Noviciat vivent et préparent les nouvelles religieuses !

Voilà donc tout ce que coûte une Sœur, et par année ? Oui ! qu'il s'agisse de la Supérieure ou de la plus jeune des sœurs l'institution les loge, les nourrit et paie *vingt-cinq piastres* par année à la Maison-Mère pour chacune d'elles.

Nous savons des institutions dont les dettes sont si considérables qu'elles ne donnent rien à la Maison-Mère !

Cependant ceux qui ignorent ces choses, doivent croire ces institutions très riches s'ils en jugent par les grands murs de pierre plantés là sur un terrain vaste et à prix élevé !

Nous ne pouvons les blâmer ces braves gens parce que nos institutions religieuses ne publient jamais de rapports financiers.

Et c'est là leur tort !

L'Hôpital des Incurables a fait exception et nous ne saurions trop en féliciter la Supérieure.

Un homme d'affaire influent nous disait un jour, en nous montrant un rapport des Incurables, voilà une institution bien administrée et que j'encourage de toutes mes forces.

Et nous de lui répondre : savez-vous, monsieur, que toutes nos institutions sont obligées de faire un rapport détaillé et annuel des œuvres qu'elles accomplissent ainsi que des argents reçus et dépensés encourus ?

“ Non, je ne le savais pas, mais ce rapport qu'est-ce qu'on en fait ? ”

Qu'est-ce qu'on en fait ? Il est envoyé à la Supérieure Générale pour examen . . .

Et ensuite ?

Ensuite, il est bien classé à la suite des autres avec toute l'attention et la minutie dont est capable la bonne Sœur qui est en charge des archives.

Où, cela est bien ; mais pourquoi ne pas publier ces rapports ?

Où, pourquoi ? . . .

Où ! Comme les Incurables, monsieur !

Nous le voudrions, nous espérons, même, que ces rapports seront publiés d'ici peu. Les autorités ecclésiastiques comprennent comme nous que nos institutions ont tout à gagner en faisant connaître au public et aux gouvernements l'état de leurs finances.

Notre Conseil-de-Ville et le gouvernement de Québec donneront, nous le savons, dès que les chiffres les auront convaincus du besoin de nos institutions.

Allons, Mesdames, un bon mouvement, faites comme l'Hôpital des Incurables, le Royal Victoria, l'Hôpital Notre-Dame et tant d'autres institutions ; dites ce que vous recevrez et ce que vous dépensez ! Ce sera la fin du régime des miettes ! Vous recevrez chez nous, comme aux Etats-Unis, les secours nécessaires à toutes vos belles et grandes œuvres.

Mais revenons à notre rapport des Incurables. Il reste encore beaucoup de choses à dire, mais nous nous bornerons à parler de l'organisation médicale de cette institution.

Pour tout dire en peu de mot : Il n'y en a pas ! En effet, le rapport médical est fait par M. l'abbé Auclair qui a écrit de fort belles pages sur cette institution mais qui n'a pas qualité pour parler science médicale.

Nous sommes convaincus qu'il a dû être fort ennuyé d'avoir à parler des malades autrement qu'il est capable d'en parler.

Enfin, pourquoi l'Institution des Incurables n'a-t-elle pas, comme toutes les institutions similaires, un personnel médical ? D'abord, il faudrait là un médecin interne pour la surveillance immédiate des malades, et surtout des médecins et chirurgiens visiteurs. Et nous voudrions que ces médecins et chirurgiens

aient leurs noms inscrits à la bonne place dans le rapport pour que le public sache qu'il y a aux Incurables comme ailleurs des médecins dévoués aux pauvres et pour que la profession médicale comprenne que ceux qui s'occupent des Incurables sont des hommes compétents.

Nous voudrions un rapport médical complet, détaillant toutes les catégories de malades soignés aux Incurables avec les résultats obtenus par les méthodes de traitement modernes.

On oublie de nous dire comment les malades sont admis aux Incurables. Nous savons que les tuberculeux à la charge de la Ville ne sont reçus qu'après examen fait par MM. les Docteurs E. Grenier, de l'Institut Bruchési, et Harding, de l'Institut Royal Edward. Mais les autres tuberculeux ainsi que tous les autres malades? Existe-t-il un bureau médical qui contrôle les certificats donnés par les confrères qui ne sont pas toujours très renseignés ou trop complaisants?

Nous ne le croyons pas et nous voulons terminer cette longue étude en suggérant à la Supérieure des Incurables de supplier au plus tôt à ces besoins urgents, à savoir:

1° Un médecin interne.

2° Un bureau médical composé des médecins et chirurgiens visiteurs avec en plus, des médecins et chirurgiens consultants. En un mot, comme dans tous les autres hôpitaux.

Et alors dans le prochain rapport des Incurables, nous pourrions lire de belles pages écrites par M. l'abbé Auclair sur l'œuvre et ses mérites. Nous verrons pour la première fois les noms des médecins du Bureau Médical ainsi que les noms des médecins et chirurgiens traitants. On y parlera du bureau d'expertise médico-chirurgicale chargé de l'admission des malades incurables. Pour la première fois aussi nous apprendrons que le personnel comprend un médecin interne!

Enfin, à côté du rapport financier nous étudierons avec non moins d'intérêt le premier rapport médical signé par le président du Bureau Médical.

Quand tout cela s'accomplira-t-il? Bientôt, soyons-en sûrs!

Dr J. E. DUBÉ,

REVUE GENERALE

INFECTION PUERPERALE (1)

Bien que conservant ce titre général consacré par l'usage, nous tenons dès le début de cet article à affirmer que l'infection puerpérale considérée comme entité morbide n'existe pas. La clinique, aidée de la bactériologie, a démontré depuis longtemps déjà que les accidents infectieux constatés après l'accouchement étaient de cause et de nature souvent bien différentes. Il est donc impossible de tracer une ligne de conduite thérapeutique unique, chaque manifestation réclamant un traitement qui lui est propre.

Pour rester fidèle à l'esprit pratique de ce livre, nous n'exposerons pas les multiples procédés tout à tour préconisés et décrits dans les traités d'obstétrique. Nous envisagerons au contraire les cas qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique, et, à propos de chacun d'eux, nous décrirons la thérapeutique que nous conseillons de mettre en œuvre.

Les élévations de température, qui se produisent pendant les suites de couches, peuvent tenir à une affection indépendante de la puerpéralité; tantôt il s'agit d'une maladie aiguë ou chronique antérieure à l'accouchement, tantôt c'est une affection qui apparaît au cours du post-partum, mais qui n'a avec celui-ci aucune relation de cause à effet, nous les laisserons donc de côté. Si le plus souvent elles ont leur origine dans la puerpéralité, elles n'ont cependant pas toujours un point de départ génital; dans les jours qui suivent l'accouchement il n'est pas rare en effet de voir survenir des poussées fébriles de source intestinale, on est alors en présence d'une rétention fécale due à de la parésie de l'intestin. Cet organe est plus ou moins traumatisé pendant le travail, car à chaque contraction il se trouve comprimé entre le globe utérin contracté et par cela même résistant d'une part et les muscles de l'effort, diaphragme et sangle abdominale d'autre part. La glande mammaire est également le siège de différentes variétés d'infections venant compliquer l'allaitement. Nous laisserons de côté ces manifestations infectieuses ayant des rapports certains avec les suites de couches et nous nous limiterons aux *accidents d'origine génitale*.

(1) Clinique et thérapeutique obstétricale. [Rudaux Gro-se et Le Lorier, chez Vigot Frères, éditeurs, Paris.

Au point de vue pratique, il est nécessaire de distinguer deux cas : ou bien ces accidents apparaissent chez une femme qui a été accouchée par nous, ou bien nous sommes appelés pendant le post-partum auprès d'une malade, dont l'accouchement a été pratiqué par une autre personne, médecin, sage-femme, quelquefois même matronne.

Dans le premier cas nous aurons entre les mains des renseignements de première importance sur l'état général antérieur à l'accouchement et surtout sur la façon dont s'est effectuée la délivrance.

Nous aurons constaté au cours de l'examen de l'arrière-faix que celui-ci était incomplet et qu'il y a eu parfois rétention de tissu placentaire, plus souvent rétention de membranes, ou bien, sans avoir de certitude absolue, il nous est permis de conserver un doute sur l'état de la délivrance, si le placenta a été extrait morcelé ou si les membranes étaient dissociées et déchirées.

Dans le cas au contraire où l'accouchement n'a pas été effectué par nous et où nous sommes appelés pour des accidents fébriles apparus dans les premiers jours des suites de couches, nous devons presque toujours, pour ne pas dire toujours, quels que soient les renseignements fournis, nous supposer en présence d'une femme dont la délivrance a été incomplète et nous comporter suivant cette indication. C'est la conduite que nous avons adoptée dans plusieurs circonstances semblables, nous nous en sommes toujours bien trouvés.

Dans toutes les interventions pratiquées chez une femme infectée, l'usage de gants de caoutchouc est obligatoire.

I. — *Élévation de température (38° et au-dessus) (1) dans les premiers jours du post-partum, la délivrance était complète.*

En présence de cette élévation thermique survenant vers le troisième jour chez une femme, dont la température avait été normale jusque-là et dont l'intestin ne peut être mis en cause, nous devons faire un examen minutieux de toutes les voies génitales. Bien souvent, en effet, cette manifestation de l'infection accompagnée d'une fréquence plus grande des pulsations, d'une céphalalgie plus ou moins intense, peut ne pas avoir son point de départ dans le corps utérin, mais dans les régions sous-jacentes, col, vagin, vulve.

La douleur abdominale n'est pas toujours un signe d'infection utérine, on la rencontre également dans certaines plaies cervicales ou vaginales compliquées de lymphangite. Les vaisseaux lymphatiques du col et ceux de la partie supérieure du vagin vont en effet aboutir aux ganglions situés à la bifurcation de l'artère iliaque primitive, et le groupe moyen des lymphatiques du vagin se jettent dans les ganglions latéraux de l'excavation.

Palpez donc avec soin, avec méthode et avec beaucoup de douceur la totalité de la surface abordable de l'utérus, ou bien vous ne réveillerez en aucun point de la douleur et il n'est pas en cause, surtout s'il est déjà en voie de rétraction, ou bien votre palper déterminera de la douleur au niveau du fond et plus particulièrement au niveau des cornes, il y a alors beaucoup de chances pour qu'il soit le point de départ des accidents qui vous préoccupent.

Même dans ce cas, cependant, l'utérus peut n'être pas le seul coupable et vous avez le devoir de vous livrer à la même exploration génitale que s'il n'était pas en cause.

Cet examen sera toujours méthodique. Après avoir stérilisé deux larges valves ou un spéculum à articulations latérales, genre spéculum de Collin, et une ou deux pinces à pansement utérin soit par le flambage, soit de préférence par une ébullition prolongée et vous être munis de teinture d'iode ou d'eau oxygénée pure, vous mettez la femme en position obstétricale, les membres inférieurs hors du lit, tenus par deux aides ou prenant point d'appui sur deux chaises, et les organes génitaux bien éclairés.

Vous passez d'abord en revue le périnée, la vulve et l'orifice vulvaire, puis vous placez les valves ou le spéculum pour constater l'état de tout le conduit vaginal. Vous terminerez cet examen par le col. Ces différents organes sont fréquemment le siège de solutions de continuité déterminées par le traumatisme obstétrical : fissures, déchirures, lambeaux sphacelés, eschares détachées ; ces plaies se rencontrent aussi bien après une expulsion normale qu'après un accouchement terminé au moyen d'une intervention. Elles s'infectent d'autant plus facilement qu'elles sont plus voisines des téguments externes, surtout si l'on n'a pas pris, pendant le travail et pendant les suites de couches, toutes les précautions antiseptiques habituelles. Elles se présentent alors sous un des aspects suivants : tantôt elles donnent naissance à une sécrétion

purulente, tantôt elles sont couvertes par une épaisse fausse membrane, véritable couenne blanchâtre ou grisâtre qu'il est très difficile de détacher.

Dès que vous aurez fait ces constatations, vous devrez, après une injection vaginale antiseptique, sublimé à 1 p. 4,000, eau oxygénée chirurgicale coupée de son volume d'eau, aniodol, lusoforme, etc., pratiquer un attouchement de toutes les plaies avec un tampon de gaze ou de coton hydrophile imbibé soit de teinture d'iode, soit d'eau oxygénée pure. Vous placerez ensuite entre les lèvres du col, si les lésions sont cervicales, dans le canal vaginal, si elles siègent toutes les parois du vagin, entre les petites et les grandes lèvres, si elles sont vulvaires, une lanière ou une compresse de gaze antiseptique pour éviter les inoculations par contact.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que le cas où le point de départ de l'infection est extra-utérin; voyons maintenant celui où l'utérus est également en cause; je ne dis pas seul en cause, car le plus souvent les voies génitales que nous venons de passer en revue sont en même temps le siège de plaies infectées. Il serait difficile qu'il en fût autrement, puisqu'il s'écoule de l'utérus des lochies septiques qui trouvent au niveau des solutions de continuité cervicale, vaginale ou vulvaire des portes d'entrée toutes préparées pour le développement des micro-organismes.

Quelle devra donc être notre conduite en présence d'une infection de cette nature: température, 38 à 39°; pouls, 90 à 110; utérus douloureux, lochies fétides?

1° Nous ferons d'abord une toilette savonneuse de tous les organes génitaux externes et des parties voisines.

2° Nous donnerons une injection vaginale avec un des liquides antiseptiques cités plus haut, en évitant le permanganate qui modifierait l'aspect des tissus.

3° Nous pratiquerons l'examen ascendant des organes génitaux de la vulve au col de l'utérus en suivant la technique décrite dans le paragraphe précédent et nous traiterons toutes les plaies que nous rencontrerons. S'il existe de la suppuration au niveau d'une déchirure périnéale réparée, il faudrait enlever les points de suture et panser la plaie.

4° Après avoir nettoyé avec soin tout le canal cervical au moyen

d'un tampon monté, imbibé d'eau oxygénée, de glycérine créosotée à 1 p. 3. ou de préférence de teinture d'iode, nous ferons une injection intra-utérine en nous servant d'une canule spéciale à double courant et d'une solution chaude de permanganate de potasse à 1 p. 2,000, d'eau oxygénée coupée de deux fois son volume d'eau, ou d'une solution formolée à 1 p. 1.000. La quantité de liquide qu'on fera passer dans l'utérus sera de 6 à 10 litres, aussi devra-t-il être préparé d'avance dans un boc flambé.

Pendant toute la durée du lavage intra-utérin, l'opérateur devra maintenir sa main libre sur le fond de l'utérus pour ne pas laisser celui-ci se distendre, et la patiente devra être bien couverte pour éviter les refroidissements. L'opération terminée, la femme sera recouchée dans son lit, entourée de boules d'eau chaude, et on lui donnera à boire un grog chaud. La famille est avertie qu'un grand frisson peut survenir dans les heures suivantes.

Nous insistons beaucoup sur la nécessité de pratiquer l'injection intra-utérine en se servant de spéculum à articulation latérale, pour que la canule puisse pénétrer directement dans l'utérus sans avoir touché aux parois du vagin, et sur la nécessité de faire un nettoyage sérieux de tout le canal cervical avant que la sonde intra-utérine le franchisse. Grâce à ces précautions, un lavage utérin ne peut jamais être dangereux; il faut donc abandonner la technique classique dans laquelle la sonde en glissant dans le vagin, puis dans le col, entraîne fatalement dans la cavité utérine et y ensemeence des micro-organismes qui pouvaient ne pas y exister.

5° Les soins postérieurs consisteront à prescrire quatre injections vaginales antiseptiques et chaudes, 45 à 48°, dans les 24 heures, des toilettes vulvaires fréquentes et un grand lavement chaque matin, lavement précédé au besoin d'un laxatif pris la veille.

Trois cas se présentent: le lendemain la température et le pouls sont normaux, on continue alors les injections vaginales, deux à trois dans les 24 heures; ou bien la température baisse, mais elle reste encore au-dessus de la normale, il faut faire une nouvelle injection intra-utérine, qui sera précédée d'un traitement des plaies vulvo-vaginales s'il en existe, et continuer les injections vaginales fréquentes; ou bien la température s'élève le lendemain,

le pouls est plus fréquent, l'infection progresse, nous rentrons alors dans le cas suivant, surtout si le premier lavage intra-utérin a ramené des débris plus ou moins mortifiés.

II. -- *Élévation de température (38° et au-dessus) dans les premiers jours du post-partum, délivrance incomplète (rétention de cotylédons ou de membranes), ou état de l'arrière-faix ignoré*

Dans ces différentes circonstances une intervention intra-utérine plus radicale est indiquée, c'est au curettage suivi d'écouvillonnage qu'il faut s'adresser.

Nous ne voulons pas décrire tout au long la technique de cette opération, nous croyons cependant utile de donner certains conseils auxquels nous attachons une grande importance.

La curette sera large et peu coupante, l'opération pratiquée de préférence sous anesthésie sera toujours précédée non seulement d'une large irrigation vaginale, mais encore d'un nettoyage de toutes les plaies infectées de la vulve, du vagin et du col, grattage et attouchements à la teinture d'iode, et d'un lavage intra-utérin. La curette devra méthodiquement gratter toutes les portions de l'utérus sans rechercher le cri utérin; une face ne sera abandonnée qu'après s'être rendu compte qu'il ne reste plus rien à son niveau, les cornes utérines et le fond seront nettoyées isolément avec une curette plus étroite et légèrement courbée.

Le curettage proprement dit sera suivi d'une irrigation avec un liquide antiseptique chaud et non toxique, puis d'un écouvillonnage au moyen d'écouvillons en crins.

Plusieurs écouvillons sont nécessaires, le dernier ne doit plus ramener de débris. A ce moment on introduit un nouvel écouvillon trempé soit dans de la teinture d'iode, soit dans de la glycérine créosotée à 1 p. 5; en même temps qu'on fait cette application dans la cavité utérine, il est prudent de pratiquer une injection vaginale pour éviter le contact du liquide plus ou moins caustique avec les muqueuses du vagin et de la vulve; on ne cessera l'irrigation qu'après la sortie de l'écouvillon.

Pour terminer on introduit dans la cavité de l'utérus une mèche de gaze antiseptique qui restera à demeure pendant 12 à 24 hrs.

Dans certains cas rares, il est vrai, on s'est rendu compte que le curettage était incomplet, l'état de mollesse de l'utérus n'ayant

pas permis d'appuyer suffisamment, aussi est-il possible qu'une nouvelle intervention soit nécessaire quelques jours plus tard.

Le traitement local postérieur consistera d'abord à faire des lavages vulvaires et à veiller au bon fonctionnement de la vessie et de l'intestin, puis après l'extraction de la mèche (au bout de 12 à 24 heures) à pratiquer une large irrigation vaginale, qui sera suivie d'autres semblables toutes les quatre heures. Quant au traitement général, nous nous réservons de l'étudier dans un chapitre spécial afin d'éviter des répétitions.

Si nous n'avons pas parlé du drainage en dehors de celui constitué par la mèche introduite après le curettage, c'est que ses indications sont très restreintes. Le drain en caoutchouc, en porcelaine ou en métal n'est utile que dans les cas de flexion du corps utérin sur le col, flexion qui entrave l'écoulement normal des lochies et qui fait de l'utérus une véritable cavité close avec tous ses dangers.

Comme dans le paragraphe précédent, nous devons envisager la marche de l'infection après l'intervention intra-utérine: ou la température s'abaisse progressivement bien qu'elle ait pu monter très haut, 39°, 40° et plus, après le curettage, ou elle reste stationnaire, ou elle s'élève encore, le pouls devenant plus rapide et l'état général s'aggravant.

III. — *La température s'élève, le pouls devient plus rapide, l'état s'aggrave. — Traitement général.*

Lorsque l'affection suit cette évolution, c'est que l'infection n'était pas uniquement localisée à la muqueuse utérine. Il s'agit alors soit d'une infection qui se propage aux régions avoisinantes, muscle utérin, paramétrium, péritoine, trompes, soit d'une infection, qui était d'emblée généralisée ou qui se généralise.

Contre les complications locales nous lutterons par l'application d'une ou de plusieurs vessies de glace, qui seront maintenues à demeure sur la paroi abdominale, et par des injections vaginales chaudes (48 à 50°); dans certains cas, écoulement utérin fétide, les lavages intra-utérins doivent être continués.

Quant au traitement général, il consistera à soutenir l'organisme pour lui permettre de supporter les différentes manifestations de l'infection.

La malade sera alimentée, lait, bouillon, gelée de viande, œufs, crèmes, stimulée par des boissons alcoolisées ou toniques, grogs, champagne, café. On pourra également lui faire prendre toutes les deux heures une cuillerée à potage de la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque.....	5 grammes
Teinture de cannelle.....	5 —
Extrait de quinquina.....	5 —
Rhum vieux.....	30 —
Julep gommeux.....	120 —

On lui injectera tous les jours de 250 à 500 grammes de sérum artificiel, on surveillera attentivement le bon fonctionnement des émonctoires, on luttera contre la constipation en lui faisant prendre tous les deux jours dans un peu de lait un des paquets qui suivent :

Calomel.....	0 gr. 30
Lactose.....	1 gramme

et en donnant chaque matin un grand lavement de 1 à 2 litres de liquide.

Les urines éliminées dans les 24 heures seront recueillies, et, si leur quantité est insuffisante (moins de 1,250 grammes), on provoquera la diurèse par l'adjonction au lait de lactose, une cuillerée à potage par tasse de lait, et par l'ingestion de tisanes chaudes, chiendent nitré, urva ursi, additionnées également de lactose.

En présence de certains accidents, des injections sous-cutanées d'huile camphrée, de caféine, d'éther, peuvent être nécessaires, mais cette thérapeutique n'est pas spéciale à l'infection.

Dans les formes graves, il ne faudra pas hésiter à recourir aux injections intra-veineuses de collargol, plus actives que l'administration par la voie cutanée, sous-cutanée ou stomacale. Pour cela on injectera de 3 à 5 centimètres cubes de la solution suivante :

Argent colloïdal électrique (1.....)	1 gramme
Sérum artificiel.....	100 —

ou de préférence d'une préparation spécialisée.

(1) Electralgol.

Ces injections pourront être répétées deux ou trois fois à une journée d'intervalle.

Quant à la sérothérapie générale, sérums anti-streptococciques, ou locale, sérum leucocogène de R. Petit, ses résultats sont encore trop peu certains pour la conseiller dans tous les cas.

La balnéothérapie, bains à 25°c de 30 minutes, destinée à combattre l'hyperthermie et à soutenir le système nerveux, n'est pas applicable dans beaucoup de milieux, elle est en tout cas contre-indiquée s'il y a des menaces de phlébite ou des lésions cardiaques. On peut du reste obtenir à peu près les mêmes résultats en s'adressant aux enveloppements humides de tout le thorax.

Nous laissons de côté la méthode de Fochier, qui a pour but de provoquer des abcès de fixation, et l'hystérectomie, dont les indications sont loin d'être nettement posées.

En résumé, lorsque l'infection a dépassé l'utérus, ou bien elle détermine des lésions locales de voisinage: salpingite, paramétrite, phlébite péri-utérine, pelvi-péritonite, péritonite généralisée, ou à distance: phlegmatia alba dolens, lésions cardiaques ou pulmonaires, suppurations, chacune de ces complications réclament une thérapeutique spéciale qui sort de notre sujet; ou bien elle se comporte à la façon d'une maladie générale infectieuse et doit être traitée comme telle.

Formulaire des infections puerpérales.

Caustiques:

Teinture d'iode. — Eau oxygénée. — Glycérine créosotée : glycérine, 20 grammes, créosote, 10 grammes.

Solutions pour injections vaginales.

Biodure de mercure (3 grains).....	0. 25 centig.
Iodure de potassium (8 —)	0. 50 —
Eau bouillie (1 pinte).....	1 litre

ou :

Formol.....	50 grammes
Teinture de benjoin.....	10 —
Eucalyptol.....	5 —
Alcool.....	250 —
Glycérine neutre.....	Q. s. p. 500

Une cuillerée à café pour un litre d'eau bouillie.

Permanganate de potasse..... 0. 50 cent.
Pour un paquet.

Un paquet pour un litre.

Liqueur de Labarraque.

Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau.

Hydrate de chloral..... 10 grammes
Eau bouillie..... 1 litre

Solutions pour injections intra-utérines.

Liqueur de Labarraque.

Une cuillerée à soupe pour deux litres d'eau.

Permanganate de potasse..... 0. 50 centig
Pour un paquet.

Un paquet pour deux litres d'eau.

Eucalyptol..... 10 grammes
Formol..... 25 —
Alcool..... 250 —

Une cuillerée à dessert pour deux litres d'eau bouillie.

Iode métallique..... 3 grammes
Iodure de potassium..... 6 —
Eau distillée..... 75 —

Pour un flacon.

Verser un de ces flacons dans deux litres d'eau bouillie.

Teinture de bois de panama..... 1 gramme
Essence de térébenthine..... 100 —
Eau distillée..... 100 —

Pour un flacon.

une cuillerée à soupe pour un litre d'eau bouillie.

Eau oxygénée à 12 volumes..... 500 grammes
Eau bouillie..... 1000 —

Antiseptiques internes.

Pommade :

Argent colloïdal..... 15 grammes
Lanoline..... 35 —
Axonge benzoïnée..... 60 —

Prendre gros comme une noisette de cette pommade et frictionner au niveau d'un pli de flexion préalablement savonné, recouvrir ensuite d'une couche de coton et d'un taffetas chiffon.

Colloïde pour injection hypodermique ou intra-veineuse :

Argent colloïdal électrique.....	1 gramme
Sérum artificiel.....	100 —

Injecter dans l'épaisseur des muscles fessiers ou dans une veine du bras 3 à 5 centimètres cubes de cette préparation.

Sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur.

Sérothérapie.

40 à 60 centimètres cubes en injections hypodermiques dans les 24 heures.

ANALYSES

MEDECINE

Conditions qui président à la transmission de la poliomyélite, par MM. LEVADITI et DANULESCO, dans *Gazette des Hôpitaux*, 1912.

On sait que la contagion de la poliomyélite épidémique est assez inconstante et, d'autre part, on n'a jamais observé de cas de contamination de cage chez les singes qui vivent en commun avec les animaux paralysés. Les auteurs ont recherché les causes de cette absence de contagion de cage, et ont examiné tout d'abord la résistance qu'offrent les portes d'entrée naturelles (muqueuse nasale) à la pénétration du virus dans l'organisme. Ils ont établi, à ce propos, que les singes contractent d'une façon constante la poliomyélite, lorsque le virus est introduit dans le nez, soit à l'aide d'un tampon, soit par simple badigeonnage de la muqueuse au moyen d'un pinceau mou. Les portes d'entrée n'opposent donc aucune résistance à la pénétration du virus chez les singes infectés par voie cérébrale ou nerveuse. Or, les auteurs trouvent que le virus ne peut être décelé que très rarement dans la muqueuse nasale, les sécrétions de cette muqueuse et l'amygdale. Il en résulte que l'absence de contagion de cage s'explique par le fait que les

animaux paralysés ne répandent pas le microbe autour d'eux, ni abondamment, ni fréquemment. Chez l'homme l'élimination du virus par les sécrétions de la muqueuse pharyngée est plus fréquente que chez le singe. Cela s'explique, d'après les auteurs, si l'on tient compte de ce que, chez l'homme, le virus pénétrant par la muqueuse du nez et des amygdales commence par se développer localement, en engendre des lésions équivalentes à l'accident primaire de quelques autres infections.

Paralysie générale infantile, dans *La Clinique infantile*, 1912.

Nous relevons dans le *Journal du Praticien* le résumé d'une observation fort curieuse d'une fillette que M. Babinski a présentée à l'une de ses conférences si suivies de la Pitié.

Une fillette, âgée de 15 ans présentait les trois ordres de symptômes suivants: 1° un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, ayant débuté il y a cinq ans, dit la mère, lorsque l'enfant était dans sa onzième année. La malade, indifférente, prise par moments d'accès de pleurs survenant sans motif, est à peine capable de comprendre et de répondre aux questions les plus simples qui lui sont adressées.

2° Des troubles de la parole se manifestent par une parole légèrement scandée, une prononciation défectueuse et surtout l'impossibilité de répéter correctement les mots contenant un grand nombre de syllabes.

3° On constatait enfin chez cette jeune malade des troubles oculaires, pupillaires, consistant dans la perte du réflexe lumineux. Le fond de l'œil est normal.

Tel était l'état de la malade, lorsqu'il y a une quinzaine de jours sont apparus de nouveaux phénomènes. Elle fut prise d'un ictus et de perte de connaissance, puis d'une hémiplégié du côté droit.

La symptomatologie se résume donc actuellement dans l'affaiblissement intellectuel, la parole scandée, la perte du réflexe pupillaire, l'hémiplégié droite. On constate du côté de l'hémiplégié des réflexes tendineux forts et l'extension de l'orteil. Le sang et le liquide céphalo-rachidien présentent la réaction de Wassermann positive, et ce dernier une lymphocytose très abondante.

En présence de tels symptômes, il faut rejeter l'hypothèse de tout état psychopathique et admettre une affection organique du système nerveux.

La lymphocytose rachidienne est connue pour être un signe de réaction méningée et de méningite. Quant à la perte du réflexe

puillaire à la lumière, MM. Babinski et Charpentier ont montré que ce phénomène, à moins qu'il ne se rattache à une lésion de la voie centripète, du globe oculaire, ou à une paralysie complète du nerf moteur oculaire commun, est sous la dépendance de la syphilis, acquise ou héréditaire. La réaction de Wassermann positive confirme cette interprétation.

Cette jeune malade est donc atteinte d'une lésion méningée et d'une lésion d'origine spécifique. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'elle présente la forme de la méningo-encéphalite diffuse. Les faits de ce genre, dans l'enfance, sont assez rares, sans être tout à fait exceptionnels. La spécificité héréditaire est sans doute ici en cause, quoique le seul argument en faveur de la syphilis des parents soit une fausse-couche de la mère.

CHIRURGIE

Sur l'ulcère du duodénum, par A. BIER, analysé dans la *Gazette des Hôpitaux*, 29 août 1912.

Dans cet article Bier rend compte de son expérience personnelle sur l'ulcère du duodénum, dont il a observé 23 cas. Il se demande si l'ulcère du duodénum est réellement beaucoup plus rare en Allemagne qu'en Angleterre et en Amérique où Moynihan et W. Mayo ont montré sa fréquence. Lui-même constate que dans sa pratique de ville sur 6 cas d'ulcère du duodénum, 4 concernaient des étrangers (3 Russes et 1 Américain). Néanmoins il pense que l'ulcère duodénal serait plus fréquent en Allemagne si on savait mieux en faire le diagnostic.

Pour la distinction à établir, au point de vue de la localisation anatomique, entre l'ulcère du duodénum et l'ulcère du pylore, Bier se range au criterium posé par les Anglo-Américains et admet que la veine pylorique de Moynihan marque bien la limite du pylore et du duodénum. Tous les ulcères du duodénum qu'il a observés siégeaient nettement à droite de cette veine et il n'a constaté dans aucun cas, comme les Anglo-Américains, d'ulcère duodénal empiétant sur le pylore et s'étendant plus ou moins loin dans l'estomac.

Les symptômes de l'ulcère du duodénum sont souvent méconnus en Allemagne où l'on considère trop souvent les personnes qui en sont atteintes comme atteintes de neurasthénie, de névrose gastrite ou d'hyperchlorhydrie simple. L'ulcère du duodénum se caractérise par la périodicité très nette des crises douloureuses avec bon état de santé dans l'intervalle. La maladie s'accuse d'abord par une sensation de distension gastrique après les repas. Bientôt se montre la "douleur de faim" commençant deux à quatre heures

après les repas, soulagée par l'ingestion d'aliments, d'alcalins, ou par l'expulsion de gaz ou de liquide amer. Puis surviennent les douleurs nocturnes, très violentes, vers deux heures du matin. La douleur siège à l'épigastre s'irradiant à droite et dans le dos. L'appétit reste bon, l'état général aussi; les vomissements sont rares quand il n'y a pas encore de sténose. L'examen du chimisme gastrique montre habituellement un chimisme normal, malgré les signes d'hyperchlorhydrie. Le retour des crises périodiques est favorisé par le froid, la fatigue, les chagrins. La maladie, plus fréquente chez l'homme, dure des années, commençant souvent dès le jeune âge. Ces symptômes, indiqués par Moynihan, ont été trop longtemps méconnus: Bier a pu juger lui-même de leur valeur dans plusieurs cas d'ulcère du duodénum. Bier a constaté également la valeur clinique de la douleur à la pression, siégeant à droite, toujours à la même place aux différents examens, et s'accompagnant parfois de contracture légère du muscle grand droit du côté droit.

Bier insiste ensuite sur les services que peut rendre la radioscopie dans le diagnostic de l'ulcère du duodénum. Ce mode d'exploration, sans donner à beaucoup près des renseignements aussi précis que dans les maladies d'estomac, fournit pourtant souvent des indications: normalement le bismuth ne dessine que la partie initiale du duodénum (bulbe d'Holzneckt), et traverse très rapidement le reste de cette portion de l'intestin. Bier n'a vu le duodénum se dessiner tout entier que dans un cas de cancer sténosant du jéjunum et dans certains cas de rétractions cicatricielles de l'estomac où le duodénum semblait avoir une fonction vocariante.

Bier a radioscopé 16 cas d'ulcère du duodénum confirmés par l'opération. Le fait le plus saillant de ces radioscopies est que jamais l'estomac n'a été trouvé normal sur l'écran: dans 12 cas il y avait ptose gastrique; dans 5 cas, ectasie. Chose curieuse les sténoses très serrées du duodénum s'accompagnaient d'une dilatation gastrique insignifiante, ou faisant même complètement défaut; dans ces cas, six heures après les repas il n'y avait pas de stase gastrique, ou une stase gastrique très minime. Dans tous les cas existaient de fortes contractions péristaltiques de l'estomac. Dans trois cas l'estomac était fortement tiré à droite, sans doute par des adhésions cicatricielles.

Du côté du duodénum, trois fois l'examen radiscopique a montré une ombre constante; le bulbe duodéal apparaissait dessiné en noir, élargi et sans tendance à se modifier à un examen prolongé; en ce point la pression était douloureuse. Dans deux cas, et c'est là un aspect tout à fait caractéristique d'après Bier, l'ombre

duodénale se montrait comme une mince languette, prolongeant l'ombre du pylore: dans ces deux cas, l'opération a montré une sténose duodénale. Dans un cas Bier a constaté un aspect spécial constaté déjà par Handeck dans l'ulcère pénétrant de l'estomac; c'est pour la première fois que cet aspect est constaté pour le duodénum. Il s'agit d'une tache de bismuth isolée, surmontée d'une bulle d'air et impossible à déplacer par la pression: à l'opération on trouva un ulcère du duodénum adhérent intimement au foie.

En somme, d'après Bier, la radioscopie ne donne de renseignements positifs dans l'ulcère du duodénum que dans la minorité des cas. Mais chez des sujets présentant des signes d'ulcère de l'estomac, l'absence, constatée à l'écran radioscopique, de grosses modifications gastriques habituellement visibles (stase gastrique, biloculation, ectasie notable, ulcère pénétrant, réaction de la petite courbure en forme de colimaçon) permet de penser avec grande vraisemblance à un ulcère du duodénum.

Pourtant Bier, d'après son expérience personnelle, ne peut admettre, comme Moynihan, que le diagnostic de l'ulcère de l'estomac avec les gastropathies soit réellement aisé. Sur 23 cas opérés par lui il n'a porté le diagnostic ferme d'ulcère duodénal que 13 fois.

Le diagnostic le plus difficile est à faire avec la lithiase biliaire s'accompagnant d'adhérences sous-hépatiques pouvant entraîner une sténose du duodénum.

Bier contrairement aux Anglo-Américains a vu manquer la douleur de faim 10 fois sur 23 cas, la longue évolution dans un certain nombre de cas; dans un assez grand nombre de cas des complications graves, hémorragies, sténoses, perforations se sont montrées d'une façon précoce. Il a aussi, contrairement aux Anglo-Américains, constaté un amaigrissement notable dans les deux tiers des cas et fréquemment aussi des vomissements.

Bier a opéré 23 cas d'ulcère du duodénum. Le procédé de choix est pour lui la gastro-entérostomie postérieure avec exclusion du pylore. Pour lui, le procédé le plus simple d'exclusion consiste à passer une soie ou un catgut autour du pylore et desserrer fortement; puis de recouvrir le tout avec quelques points de Lambert. Au début il passait le fil autour du duodénum, juste au voisinage de l'ulcère. Actuellement il pratique la stricture autour du pylore lui-même ou même autour de la région de l'estomac voisine du pylore.

Chez l'homme ce procédé d'exclusion suffit pour obturer définitivement le pylore et assurer le fonctionnement de la bouche gastrique artificielle, ainsi que Bier a pu s'en assurer en examinant à plusieurs reprises pendant plusieurs mois un de ses opérés à l'écran radioscopique.

Sur une amélioration essentielle du traitement de la tuberculose chirurgicale par l'hyperémie de stase, par A. BIER, analysé dans la *Gazette des Hôpitaux*, 7 sept. 1912.

Le traitement de la tuberculose des articulations et des gaines tendineuses, par l'hyperémie passive, est suivie tout d'abord d'une amélioration très manifeste, appréciable dès les premiers jours et se manifestant par une diminution de la douleur spontanée ou provoquée, ainsi que par une mobilité plus grande. Mais souvent à cette première période d'amélioration succède brusquement une aggravation se traduisant par de la douleur et du gonflement. Bientôt on voit se former des abcès froids, qui, si l'on continue l'hyperémie, grossissent rapidement et doivent être incisés. Dans les tuberculoses déjà ouvertes, on voit se produire des granulations exubérantes et parfois des infections aiguës.

Pour éviter ces trois complications, Bier en était arrivé à recommander de ne laisser la bande appliquée que deux ou trois heures par jour, ce qui, naturellement, diminuait beaucoup la valeur thérapeutique de la méthode.

Aujourd'hui, Bier est à même de donner un procédé qui permet l'emploi de l'hyperémie de stase sans crainte de complications. Ce procédé consiste dans l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur, en même temps que le traitement local est poursuivi. Il a traité déjà de cette façon 18 cas de tuberculose chirurgicale, parmi lesquels 8 cas de tumeurs blanches du genou qui sont, de toutes les arthrites fongueuses, les plus résistantes au traitement par l'hyperémie passive. Dans un seul cas de tuberculose tibio-tarsienne ouverte, avec déjà infections secondaires, il a été obligé d'ouvrir un abcès chaud.

Non seulement l'hyperémie de stase combinée au traitement ioduré empêche la formation de granulations exubérantes dans les tuberculoses ouvertes, mais elle amène la régression de celles qui sont déjà formées.

Comment expliquer cette remarquable action de l'iode ? On est réduit à des hypothèses. Si l'on considère les abcès comme un processus de fermentation, peut-être peut-on attribuer à l'iode une action antifermentative. Bien que l'on prétende que l'iode n'a aucune action directe sur les parasites, tréponèmes ou bacilles, peut-être, sous l'influence de l'hyperémie de stase, l'iode agit néanmoins directement sur le bacille de Koch. Le sang qui stagne, sous l'influence de la bande, au niveau de la partie malade, est sursaturé d'acide carbonique. On peut penser que l'acide carbo-

nique met en liberté de l'iode, aux dépens de l'iodure contenu dans le sang. L'iode à l'état naissant pourrait jouir de propriétés spéciales.

La dose d'iodure de potassium donnée par Bier est de 3 grammes par jour chez les adultes, et est naturellement monidre pour les enfants. On doit faire trois fois par jour l'application de la bande, pendant quatre heures consécutives, soit pendant une durée totale de douze heures par jour. La compression doit être notable, de manière à entraîner une forte hyperémie et de l'œdème, mais sans provoquer néanmoins de douleur et de sensation désagréables.

Contribution à l'étude de la cure radicale de la hernie crurale : résultats éloignés et avantages du procédé de Proust et Guibé modifié, par DIDIER, dans *La Presse Médicale*, 4 sept. 1912.

La thèse de Didier présente deux chapitres particulièrement intéressants, celui qui a trait à la technique et celui des résultats éloignés.

La technique de l'opération de Guibé-Proust, modifiée par Küss, telle que la donne Didier, est la suivante: après incision oblique de la peau, on met à nu l'aponévrose du grand oblique et l'arcade de Fallope; on isole le sac herniaire, puis on incise de bout en bout le ligament de Gimbernat. Le sac est alors largement isolé et réséqué, aussi haut que possible, après ligature.

On sectionne alors l'arcade de Fallope, horizontalement en regard de la plaie cutanée, et on incline en haut la lèvre supérieure. On isole le cordon de façon à le rejeter en arrière; puis, ayant isolé le tendon conjoint, et mis à nu la crête pectinéale et le ligament de Cooper, la veine fémorale réclinée en arrière, on suture en haut les muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper et à l'aponévrose pectinéale en bas, en passant en avant du cordon chez l'homme. On suture alors la lèvre supérieure de l'aponévrose du grand oblique à l'aponévrose pectinéale, après quoi il ne reste plus qu'à suturer la peau. Cette technique est illustrée par 8 planches très claires et qui font comprendre les divers temps de l'opération.

Passant ensuite aux résultats éloignés de l'opération, Didier rapporte 65 observations de cure radicale de hernies crurales pratiquée par le procédé de Proust-Guibé type ou modifié. Sur ces 65 observations, il y eut 3 morts post-opératoires (hernies étranges). Sur les 62 opérés ayant survécu, Didier a revu 45 opérés

au bout d'un temps variant de 3 mois à 8 ans. Il n'a observé qu'une seule récurrence, provenant d'un cas difficile de hernie oblique externe où tous les procédés auraient certainement échoué.

Aussi croit-il pouvoir poser les conclusions suivantes :

Le procédé de Proust-Guibé légèrement modifié se recommande parce que :

1° Il oblitère et supprime le canal crural par ses deux plans de sutures musculaires résistantes ;

2° Il renforce par contre-coup la région inguinale au lieu de l'affaiblir comme risquent de la faire les procédés qui utilisent la voie inguinale ;

3° Il détruit toute amorce péritonéale pouvant favoriser une récurrence, par suite de la dissection complète de la séreuse et de la fixation haute du pédicule ;

4° Il est simple et clair ; c'est un procédé absolument anatomique, d'une exécution facile.

L'étude des cas opérés montre que les résultats immédiats sont bons, la récurrence exceptionnelle et les résultats éloignés excellents.

PEDIATRIE

L'épreuve du collargol dans le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. (Yvonne LENORMAND. Thèse de Paris 1911 ; J. Steinheil, éditeur, analysé dans *Gazette des Hôpitaux*, 1912.

On sait combien il est difficile de distinguer la broncho-pneumonie tuberculeuse de certaines autres broncho-pneumonies non tuberculeuses, sur tout lorsque celles-ci ont une marche subaiguë. Il est donc bon de baser un diagnostic différentiel sur l'ensemble des symptômes et sur certaines épreuves de laboratoire, à la condition que ces épreuves soient inoffensives et n'exigent pas une technique trop compliquée. Mme Lenormand propose de rechercher, chez les malades atteints de broncho-pneumonie, le nombre des leucocytes, avant et après une injection de collargol, et elle montre que, par ce moyen simple, on peut avoir un renseignement utile. Voici pourquoi :

Dans les infections non tuberculeuses, le collargol détermine, en même temps que l'abaissement de la température et le relèvement de l'état général, une réaction leucocytaire plus ou moins forte, avec augmentation du chiffre des glôbules blancs. La réaction peut être considérée comme forte quand le chiffre des leucocytes passe de 10,000 à 25,000 ; moyenne, quand il passe de 10,-

000 à 20,000 ; faibles, de 10,000 à 13,000 ; on dira que la réaction est nulle, quand elle est de 10,000 à 11,000 ; inverse quand le chiffre des globules s'abaisse. Dans les broncho-pneumonies banales, Mme Lenormand a toujours trouvé une réaction positive le chiffre des leucocytes passant par exemple de 38,000 à 73,000, de 21,000 à 68,000. L'examen du sang avant l'injection était fait à dix heures du matin, le collargol était injecté à quatre heures du soir et le second examen pratiqué le lendemain matin.

Dans la tuberculose en général, et dans les broncho-pneumonies tuberculeuses en particulier, l'épreuve du collargol est négative ; cliniquement, les résultats ne sont jamais aussi bons que dans les cas précédents ; en ce qui concerne l'hématologie, la crise leucocytaire est nulle ou faible, en tout cas négligeable.

L'auteur cite des cas vraiment intéressants, par exemple celui d'une enfant atteinte de broncho-pneumonie réagissant au collargol, et qui fit une série de rechutes ; un jour vint, où la réaction au collargol ne se produisit plus, en même temps la cuti-réaction devenait positive, il s'agissait d'une broncho-pneumonie d'abord banale qui se compliqua de tuberculose. Dans une autre observation, c'est un enfant tuberculeux qui est atteint d'une broncho-pneumonie, mais il réagit au collargol. On fait le diagnostic de broncho-pneumonie banale chez un tuberculeux et l'autopsie démontra que ce diagnostic était exact.

Les faits signalés par Mme Lenormand présentent donc un grand intérêt clinique ; mais il serait nécessaire d'étudier beaucoup plus longuement cette question et de multiplier les observations, si l'on veut avoir une opinion définitive sur cette épreuve du collargol.

Anomalies de la rougeole au cours de l'épidémie 1911-1912 — Rougeole en deux temps — Rashes prérubéoliques, par le Dr H. ROUCHE, dans le *Journal de Médecine de Paris*, 1912.

La rougeole a été très fréquente l'hiver dernier. Nous avons pu en observer un certain nombre de cas dans le milieu hospitalier et en ville.

Aux services des enfants de l'Hospice de Brévannes, nous avons pu suivre une cinquantaine de cas environ. Ces rougeoles sont apparues, soit chez des enfants du personnel de l'hôpital, soit chez des convalescents de scarlatine ou de coqueluche qui avaient apporté la contagion de leur hôpital d'origine ou de leur famille, ou qui avaient été contagionnés sur place. Un grand nombre de cas ont pu être observés pendant toute la période d'invasion et l'élé-

vation thermique a été notée rigoureusement dans sept cas. Elle a duré de 4 à 10 jours.

Ce qui nous a paru le plus intéressant c'est, dans plusieurs cas, l'exanthème de la rougeole, qui s'est fait en deux poussées presque successives. Une première éruption, très complète et très irrégulière au début, à caractères particuliers, était suivie, 2 à 4 jours après d'une deuxième éruption plus abondante, qui présentait alors tous les caractères de la véritable éruption morbilleuse.

Étions-nous en présence d'une rougeole à poussées successives (rougeole en deux temps) ou de rashes morbilleux pré-rubéoliques?

Six observations rapportées ici d'une façon succincte méritent de retenir l'attention:

I. — Ch. . . . Germaine, Pavillon F. Brun, est soignée pour scarlatine (convalescence, 49^e jour).

Légère élévation thermique pendant quatre jours, puis la température s'élève à 38,5. On ne constate pas de signes buccaux ni pulmonaires. On voit apparaître sur la poitrine, le cou, la nuque, derrière les oreilles, une éruption discrète de petits éléments papuleux, peu nombreux, peu confluents, de teinte rose pâle. Cette éruption dure trois jours, avec une température à 37,5, elle est éteinte le 4^e jour, lorsqu'il apparaît une stomatite légère avec signe de Koplick, léger catarrhe nasal; élévation de la température à 39,1. Signes pulmonaires: respiration soufflante à droite, quelques râles de bronchite aux deux bases. Exanthème morbilleux à la face.

Le lendemain l'éruption a gagné le thorax et le tronc. Rougeole nette et grosse bronchite.

II. — Le Se. Marthe, 2 ans, (scarlatine; 47^e jour).

Dès son arrivée, l'enfant présente à la nuque, à la face antérieure du cou et sur le thorax quelques éléments papuleux, rosés, disséminés et non confluents.

Le lendemain, température 39,3. Léger catarrhe oculo-nasal. L'éruption pâlit. Le 3^e jour, stomatite et signes de Koplick. Le soir température à 40, l'éruption sort nettement sur la face, le thorax, les membres, bronchites.

III. — Le M., 5 ans, admis directement dans le service.

Depuis quelques jours, bronchite avec stomatite. Pas de signes de Koplick, température 38,8. Léger exanthème sur l'abdomen et dans le dos, éléments papuleux, très discrets et rares.

Trois jours après, température à 39, l'éruption première fait place à une éruption morbilleuse nette. Signe de Koplick.

IV. — B., 7 ans, scarlatine, 51^e jour.

Arrive avec une température de 39,5, le 25 mars 1912. Herpès labial, bronchite, stomatite, légère éruption sur la face et le

tronc. Le 27 mars, stomatite intense, Koplick; le soir, rougeole nette débutant par la face.

V. — F. Henri, 2 ans. Coqueluche.

Le 5 novembre 1911 brusque élévation de température à 38.

Le 6, température à 40, la gorge est rouge, catarrhe oculaire, quelques éléments papuleux apparaissent derrière les oreilles et sur le thorax, la température subsiste le 7 et le 8. Signe de Koplick. Le 11 novembre, stomatite intense.

Rougeole débute par la face. Le 12, elle atteint le tronc. Le 13, elle se développe sur les jambes.

VI. — B. . ., 3 ans.

Le 19 avril 1912, temp. à 38°.

Le 21, temp. : 38,6, éruption papuleuse rosée sur tout le corps, on croit à la rubéole. Petits ganglions cervicaux roulant sous le doigt. Pas de signes buccaux ni pulmonaires, pas de catarrhe des muqueuses nasales et oculaires.

Le 23, élévation thermique à 39,3. Stomatite. Quelques râles de bronchite aux bases. Le soir, éruption morbilleuse sur la face. Le 24, l'éruption envahit tout le corps. Stomatite très intense.

VII. — L., 27 ans, interne en pharmacie du service; très fatigué depuis plusieurs jours par la préparation d'un examen, en vue duquel il faisait de nombreux prélèvements de mucus pharyngé. Coryza, léger catarrhe oculaire, céphalée intense calmée par l'absorption de nombreux antipyrétiques (pyramidon, quinine, antipyrine). Ces phénomènes de début durent trois à quatre jours.

Le 4 mars 1912 au soir, L. aperçoit sur les membres, principalement les avant-bras et la face dorsale des mains, des éléments papuleux, surélevés, et larges, séparés par des intervalles de peau saine. Ces éléments sont nombreux sur la poitrine, à la nuque. Ils n'existent pas à la face. On pose à première vue le diagnostic d'éruption médicamenteuse (antipyrine probablement), la température est cependant à 38,2; il y a une stomatite intense sans signe de Koplick. Le 5 mars, le malade est vu par MM. Marie et Clément. L'éruption est plus intense, très rouge, presque violacée, rappelant à certains endroits des syphilides. Mêmes signes buccaux, pas de signes pulmonaires. Le malade est isolé par mesure de précaution.

Il entre dans le service le 6 mars. Température du matin, 38, du soir, 39,4. L'éruption est très prurigineuse aux jambes, elle commence à disparaître sur le thorax et les bras, aux jambes elle laisse des taches papuleuses violacées. Des bains tièdes à 38° sont prescrits. Le 7 mars, l'éruption a presque disparu; le soir à la contre-visite apparition d'une nouvelle éruption, confluyente,

plus rosée présentant tous les caractères de la rougeole. Dans les intervalles de peau saine, subsistent encore les traces de la première éruption. Cette éruption morbilleuse subsiste trois jours.

Dans toutes ces observations, on a pu remarquer que la rougeole a été précédée d'une éruption de début, incomplète et irrégulière. Cette première éruption n'a jamais présenté les caractères de la véritable éruption morbilleuse; ordinairement localisés, au cou, à la nuque, à la face antérieure du thorax, derrière les oreilles. Les éléments étaient isolés, ils apparaissaient surtout aux surfaces de frottement (nuque). Leur groupement était rare, sauf dans l'observation VII où on a pu noter des éléments confluents. Leur couleur était rose pâle, en tête d'épingle (sauf dans l'observation VII). Elle fut presque toujours morbiliforme. L'apparition de cette éruption prémonitoire était habituellement accompagnée de signes généraux: catarrhe oculo-nasal, bronchite, presque toujours la fièvre était assez marquée, température habituelle de la période d'invasion de la rougeole. La stomatite n'exista pas dans tous nos cas. Le signe de Koplick n'a été constaté que dans un cas. Il est presque toujours apparu un ou deux jours avant l'éruption morbilleuse vraie, ou en même temps que celle-ci.

Cette éruption pâlisait pour faire place à l'éruption franchement papuleuse et rouge, plus étendue de la rougeole s'accompagnant alors du cortège symptomatique des signes buccaux et pulmonaires habituels avec l'élévation thermique classique. Dans quelques cas on a pu constater la coexistence des deux éruptions pendant 24 ou 48 heures.

Ces éruptions sont apparues trois à quatre jours avant l'éruption vraie.

Par toutes ces particularités, nous croyons à une éruption morbiliforme prémonitoire, véritables rashes pré-rubéoliques.

Ces rashes doivent être différenciés des rougeoles en plusieurs poussées qu'on a signalé dans quelques épidémies. Le caractère particulier de l'éruption, l'intervalle de temps compris entre les deux manifestations cutanées, la non concomitance des signes catarrhaux du début, leur assignent, semble-t-il, une place à part.

Les rashes sudoraux sont assez fréquents chez les jeunes enfants qui présentent une fièvre un peu élevée et qui sont couverts outre mesure (ce qui est assez fréquent dans les familles). Les taches sont arrondies, peu colorées, plus nombreuses sur l'abdomen et le dos. Les éléments sont très petits (Trousseau).

Ces rashes prémonitoires ne peuvent être confondus avec les éruptions miliaires qui apparaissent sur le ventre et les cuisses sous forme de petites vésicules grosses comme une tête d'épingle,

très serrées, pleines d'un liquide clair. Elles se dessèchent sans suppurer, se rompant quand l'éruption est éteinte.

On a pu croire aussi à une rubéole. La stomatite et le cataracte, différencient la période d'invasion de la rougeole de celle de la rubéole et des érythèmes morbiliformes pathogénétiques. Les petits ganglions cervicaux et inguinaux roulant sous le doigt aident par leur présence au diagnostic de rubéole. Au cours de l'épidémie récente on a pu observer chez les mêmes enfants et à quelques mois de distance rubéole et rougeole. Nous avons le souvenir de trois cas nets.

Ces rashes, sont pour Hutinel, de nature infectieuse. Ils indiqueraient que l'enfant est menacé dans le cours de sa maladie ou de sa convalescence par des infections secondaires. Pour Deschamps, ces rashes seraient dûs à une association streptococcique. Ce seraient des érythèmes infectieux.

Toutes les rougeoles que nous avons observées ont été en général bénignes. Ces éruptions en deux temps ou ces rashes n'ont en rien modifié l'allure générale et le pronostic de cette affection. L'éruption nous a semblé apparaître plus difficilement, elle a pu survenir en premier lieu, comme nous l'avons observé, au point d'application d'un (enveloppement sinapisé, suivant le dicton populaire, elle " sortait mal " et les manifestations cutanées prémonitoires observées ne constituent qu'une simple curiosité de diagnostic.

PEDIATRIE

L'examen des résultats de la revaccination chez les écoliers, par le Dr DUFESTEL, dans *La Clinique infantile*, juillet 1912.

Combien de jours après la revaccination doit-on faire l'examen des écoliers? Telle est la question que je vais essayer de résoudre. Dans un très intéressant travail qu'il a lu à la Société des Médecins des Ecoles (voir *Medecine Scolaire*, 1911, page 233), le Dr Delmond-Bebet demandait que les examens des enfants nouvellement revaccinés aient lieu deux fois: le troisième et le huitième jour. Comme je pense qu'il ne faut pas charger inutilement le travail du médecin scolaire, j'ai cherché cette année ce qu'il convenait le mieux de faire.

J'ai, avec le concours du Dr Barlerin, revacciné 293 élèves de mes écoles, 172 garçons et 121 filles. Les enfants furent examinés le quatrième et le huitième jour. Pour éviter toute cause

d'erreur, le second examen fut pratiqué, sur une liste où ne figuraient pas les notes du premier. Les résultats furent notés de la manière préconisée par notre collègue H. Gillet selon les indications suivantes :

- 0 pour le résultat négatif;
- 1 pour la vaccine modifiée;
- 2 pour la vaccine atténuée;
- 3 pour la vaccine franche;

Nous dûmes en outre, au premier examen, admettre une catégorie d'enfants douteux présentant un léger érythème sans induration et chez lesquels l'interprétation était impossible.

Le tableau suivant donne les résultats constatés dans les deux examens :

	1er examen (4e jour)			2e examen (3e jour)		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
0 négatif.....	83	36	123	114	46	160
? douteux.....	18	15	33			
1 vaccine modifiée.....	28	28	56	24	26	60
2 vaccine atténuée.....	32	20	52	10	19	29
3 vaccine franche.....	7	22	29	14	30	44
	172	121	293	172	221	293

Si nous recherchons ce que sont devenus les 33 cas douteux, sur lesquels nous n'avions pu nous prononcer, nous voyons que 18 sont restés négatifs et que 15 sont devenus positifs.

En résumant les tableaux précédents et en regardant comme résultats acquis, ce qui est d'ailleurs acceptée par tous, les numéros 1, 2 et 3 nous obtenons :

pour le premier		et pour le deuxième	
Négatifs.....	123		160
Douteux.....	33		
Positifs.....	137, soit 46,75 0/0		133, soit 45,29 0/0

Entre le premier et le deuxième examen nous constatons que chez 23 enfants (16 garçons et 7 filles) l'éruption vaccinale légère a disparu sans laisser de trace; et que d'autre part chez 4 élèves (2 garçons et 2 filles), des pustules vaccinales que nous n'avions pas constatées à notre premier examen étaient apparues.

Le nombre total d'enfants chez lesquels nous avons observé dans nos deux visites des résultats positifs se trouve porté à 156 ce qui donne 53,22%. Quelle conclusion devons-nous tirer de ces chiffres? Au premier abord il semble que logiquement il faudrait examiner les enfants deux fois: au quatrième et au huitième jour: mais en regardant ces chiffres de plus près, il nous paraît que le deuxième

examen est suffisant dans la pratique.

C'est qu'en effet toutes les éruptions disparues entre les deux examens sont des vaccines modifiées, c'est-à-dire des vaccines survenant chez des enfants encore sous l'influence d'une ancienne immunisation et ne donnant qu'une sécurité relative et pour un temps d'une durée indéterminée mais certainement très courte. Toutes les vaccines franches au contraire apparaissent après le troisième jour.

Or, en principe, il paraît nécessaire de revacciner dans le cours des années suivantes les enfants qui n'ont présenté que des vaccines atténuées ou modifiées. Donc ce qui pourra arriver de plus grave pour eux c'est de leur faire subir une nouvelle opération l'année suivante, chose qui logiquement devrait être faite si l'on veut leur assurer une immunité parfaite. Par contre, si l'on ne fait qu'un examen au troisième ou au quatrième jour, on s'expose à méconnaître des vaccines franches presque toujours tardives dans les revaccinations, et par conséquent à faire à nouveau vacciner des enfants chez lesquels l'immunité est acquise.

En résumé, de ces recherches nous concluons qu'au point de vue pratique il suffit d'examiner les revaccinés le huitième jour comme cela a toujours été fait jusqu'à présent et que seule une légère diminution du pourcentage est à redouter.

OBSTÉTRIQUE

Formule simple pour la version par manœuvres internes dans les présentations de l'épaule, dans la *Gazette des Hôpitaux*, août 1912.

Pour faciliter la version par manœuvres internes dans les diverses présentations de l'épaule, le docteur Manuel Ruibal Salaberry propose la loi suivante qui ne comporte que deux points de repère: un maternel, côté gauche ou droit; un fœtal, la fesse.

Quelle que soit la modalité de la présentation de l'épaule, déterminer le côté maternel où se présente la fesse, introduire alors la main homonyme jusqu'à la fesse du fœtus et saisir le pied qu'elle désigne sans se préoccuper du dos ni de l'épaule qui se présente. On est sûr d'avoir ainsi une bonne rotation, d'introduire la main qu'il faut et de saisir le pied qui convient.

Les deux formules suivantes résument cette loi générale:

Fesse du fœtus à gauche
de la mère.
main gauche de l'opérateur ;

pied gauche du fœtus.

Fesse du fœtus à droite

de la mère.

main droite de l'opérateur ;

pied droit du fœtus.

L'auteur insiste sur le fait qu'il n'y a aucune exception à cette loi, laquelle est évidemment très facile à retenir.

NEUROLOGIE

Hémorragies protubérantielles et bulbaires siégeant surtout dans le territoire du pneumogastrique dans les cas d'empoisonnement par l'alcool méthylique chez l'homme, par BURGER, dans *La Presse Médicale*, 25 septembre 1912.

Pick et Bielschowsky ont publié en février dernier les résultats de leurs examens histologiques de trois sujets de l'asile de nuit morts intoxiqués par l'alcool méthylique. Ils constatèrent de graves altérations dégénératives de la couche des cellules ganglionnaires de la rétine, des altérations plus légères du nerf optique et des cellules ganglionnaires du cerveau.

Bürger a eu l'occasion d'examiner, outre ces organes, la protubérance, le bulbe et surtout le territoire du noyau du vague chez trois sujets morts sûrement d'intoxication par l'alcool méthylique, avec des troubles graves de la respiration, et finalement paralysie respiratoire.

Chez les trois malades, l'examen microscopique du système nerveux donna des résultats concordants. Sur presque toutes les coupes de la protubérance et du bulbe, on trouva au microscope des hémorragies plus ou moins volumineuses, qui siégeaient le plus souvent autour des vaisseaux, parfois aussi autour des capillaires. Ces hémorragies avaient souvent 30 fois le diamètre des vaisseaux qu'elles entouraient. Elles étaient particulièrement remarquables sur les préparations à l'hématoxyline-éosine. Dans un cas il existait de petites hémorragies au niveau du cerveau, mais isolées. Autour des hémorragies on notait des signes de dégénérescence très marquée, avec nombreux corps granuleux et corps amyloïdes. Après coloration au Soudan III, on constatait l'existence de lipides dans les cellules de l'endothélium vasculaire.

Ces recherches sur l'homme concordent parfaitement avec celles de Rühle sur le chien. Cet auteur constata au niveau de la protubérance et du bulbe, surtout vers le noyau du vague, chez deux chiens empoisonnés par de l'alcool méthylique, de nombreuses et assez volumineuses hémorragies.

Ces hémorragies semblent donc s'observer d'une façon régulière dans les cas de mort par alcool méthylique et elles peuvent aider à confirmer le diagnostic anatomique de cette intoxication. Car, même dans les empoisonnements aigus par l'alcool ordinaire et dans les autres intoxications, si l'on observe des hémorragies du système nerveux central, ces hémorragies n'ont point cette prédilection pour le territoire du vague comme dans l'intoxication par l'alcool méthylique.

Ces hémorragies ont en outre un intérêt clinique car elles expliquent certains symptômes de l'intoxication. La mort subite par paralysie respiratoire peut être causée par des hémorragies abondantes dans la moelle allongée.

Les hémorragies qui surviennent dans certains noyaux de nerfs crâniens peuvent expliquer les paralysies isolées, comme celle d'un muscle de l'œil, qu'on observa non seulement dans les empoisonnements de Berlin, mais aussi en Hongrie, en Russie, en Amérique.

La sidération par la douleur, dans la *Gazette des Hôpitaux*, août 1912.

Trois faits intéressants de sidération par la douleur, observés chez des animaux. Un moineau reçoit une pierre et tombe sur le sol, il reste inerte plusieurs minutes; examiné attentivement il n'a d'autre blessure qu'un ongle érasé. Bientôt il se redresse et s'envole.

Un geai a un ongle arraché par un grain de plomb, il tombe immobile et ne se réveille qu'après quelques minutes; il ne fut tué que l'année suivante.

Une chienne reçoit un grain de plomb près de la commissure palpébrale, l'os n'est pas atteint, elle tombe en syncope, les muqueuses décolorées. Quelques heures après elle est complètement rétablie, elle peut de nouveau chasser.

Une douleur intense et subite a donc, dans ces trois cas, déterminé une syncope et sidéré l'animal. Ces faits sont d'autant plus intéressants, à un point de vue très général, qu'ils ont été observés chez des animaux, et par là même que, tout facteur psychique étant exclu, les conséquences physiques de la douleur n'apparaissent que plus claires.

THERAPEUTIQUE

Sérothérapie antistreptococcique par voie buccale et en applications locales. Expériences concluantes de Ruppel, dans *La Clinique*, 13 septembre 1912.

Par une expérience de cinq à six ans, l'auteur a pu prouver que le sérum de Roux, pris par la bouche (quand il ne s'agit pas de diphtérie), a une action thérapeutique des plus heureuses sur une foule de processus infectieux: angines diphtéritiques ou streptococciques, influenza, broncho-pneumonie, érysipèles, iritis, ulcères de la cornée, infections oculaires traumatiques ou post-opératoires. Et jamais il ne provoque d'accidents d'aucune sorte.

Cette *sérothérapie paraspécifique* a ce grand avantage sur les sérums spécifiques qu'elle peut être appliquée dès le début de l'infection, ce qui est un point capital, car alors il n'y a pas encore d'intoxication profonde et il suffit d'un rien pour réveiller la résistance vitale de tous les tissus.

C'est pourquoi, en présence d'une infection quelconque, l'auteur juge bon de prescrire de suite une potion ainsi formulée:

Sérum antidiphtérique.....	20 c.c.
Sirup de citron ou de framboise.....	30 grammes
Eau.....	150 —

et qui doit être prise par cuillerée à soupe toutes les heures, jusqu'au moment où l'examen bactériologique permettra de poser des indications précises pour l'administration de sérums ou de vaccins spécifiques. Bien souvent, cette première intervention aura amené la guérison; sinon, l'organisme, stimulé par cette médication essentiellement eutrophique et euphorique, réagira avec plus d'énergie aux injections de sérums ou vaccins indiqués.

Traitement de l'épilepsie commune, par R. OPPENHEIM, dans *Progress Medical*. Juin 1912.

En présence d'un épileptique, on doit s'efforcer avant tout de rechercher la cause de la maladie. Plus on poussera loin l'enquête étiologique, plus on verra diminuer le nombre des cas d'épilepsie dite idiopathique, c'est-à-dire de ceux dont l'origine échappe encore à nos investigations. Le traitement des épilepsies symptomatiques basé sur une étiologie précise est le seul logique; se contenter d'atténuer par la médication bromurée des crises qu'il

serait possible de supprimer radicalement en en faisant disparaître la cause, constituerait un contresens thérapeutique qu'il faut absolument éviter.

Il ne saurait être question ici d'exposer les éléments de ce traitement étiologique qui varie à l'infini suivant les causes incriminées : dans un cas, médication antisiphilitique, dans un autre, administration d'un vermifuge ; tantôt trépanation décompressive, tantôt traitement de l'urémie, etc. ; nous nous contenterons donc d'indiquer la conduite à tenir lorsque la cause ne peut être décelée et que force nous est d'accepter, faute de mieux, le diagnostic d'épilepsie essentielle.

Il convient dans ce cas :

A. *Au moment des crises convulsives :*

1° D'étendre le malade par terre, sur le dos, la tête basse ; enlever cravate, col, ceinture et déboutonner tout vêtement serré : repousser la langue à l'intérieur de la bouche et placer entre les arcades dentaires un coin de bois tendre entouré d'étoffe pour éviter avant que possible la morsure de la langue ; si, au cours de l'accès, la respiration venait à s'embarrasser, et qu'il ait menace de suffocation, faire des tractions rythmées de la langue et pratiquer la respiration artificielle.

2° Lorsque les crises par leur répétition constituent l'état de mal, il faut recourir aux stupéfiants, lavement de chloral, chloroforme en inhalations, injection sous-cutanée, de deux dixièmes de milligramme de bromhydrate de scopolamine ; en cas d'échec, pratiquer une saignée suivie d'une injection de 200 centimètres cubes de sérum isotonique glycosé (Sicard).

3° Après les crises, respecter le sommeil consécutif jusqu'au réveil spontané ; si l'accès a été violent, maintenir le malade au repos pendant un jour ou deux.

Si l'y a eu morsure de la langue, faire des lavages de la bouche à l'eau oxygénée étendue et toucher l'ulcération linguale avec le collutoire suivant :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr 25
Borate de soude.....	3 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise	} àà 10 —
Glycerine.....	

B. *Dans l'intervalle des crises*, le traitement repose avant tout sur l'emploi systématique de la médication bromurée unie à une déchloruration relative.

On prescrira :

Bromure de potassium.....	12 grammes.
— de sodium.....	} àà 6 —
— d'ammonium	
Benzoate de soude.....	} 150 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	
Eau distillée.....	Q. S. pour 400 cmc.

Prendre, dans un verre d'eau une cuillerée à soupe, une heure avant chacun des trois repas du matin, de midi et du soir, soit 3 grammes de polybromure par jour pour une adulte ou un adolescent; diminuer les doses de moitié pour un enfant de 8 à 10 ans.

Ou bien formuler plus économiquement :

Bromure de potassium.....	250 grammes.
— de sodium.....	} à 125 —
— d'ammonium.....	

Bien mélanger, pulvériser avec soin, tamiser finement, livrer dans un flacon de verre. Chaque semaine, peser 20 grammes du mélange à faire dissoudre dans un litre d'eau. Prendre une demi-heure avant les repas du matin, de midi, et du soir 50 centimètres cubes de cette solution; si le bromure n'est pas très bien supporté, ajouter à chaque dose le contenu d'un paquet de 0 gr 75 à 1 gramme de benzoate de soude.

La médication bromurée devra être suivie sans interruption pendant au moins deux ou trois années et ne devra être interrompue après guérison apparente que d'une façon très lente et progressive.

2° Le régime alimentaire devra être hypocarné et à prédominance végétarienne, avec exclusion de tous les mets excitants et relevés, de toutes les boissons alcooliques, du thé et du café; enfin, point essentiel, le régime devra être déchloruré. Les aliments étant préparés absolument sans sel, mais avec faculté de consommer du pain ordinaire.

Chaque mois, pendant une semaine, on pourra manger des aliments salés normalement; mais il sera bon pendant cette période d'élever la dose de bromure de trois à quatre ou cinq grammes.

3° Hygiène générale très surveillée; si possible, vie à la campagne occupée à des travaux agricoles; éviter les fatigues et toute sorte d'excitation ou d'émotion.

Lotions saonneuses chaudes quotidiennes, douches ou bains tièdes de préférence aux douches froides souvent conseillées.

Eviter la constipation; la combattre au besoin par des purgations légères une ou deux fois par semaine (eau de Carabana) et par des laxatifs; par exemple :

Phénolphtaléine.....	0 gr. 25
Poudre de bourdaine.....	0 gr. 50

Pour un cachet à prendre le soir au coucher.

4° En cas d'intolérance pour le bromure, combattre les manifestations cutanées du bromisme par le massage de la face pratiqué matin et soir et l'application de lotions sulfureuses; lutter

d'autre part contre la dépression nerveuse par l'emploi simultané de la médication thyroïdienne.

Poudre desséchée de corps thyroïde..... 0 gr. 10

Pour un cachet à prendre une fois par jour avant le repas de midi.

Ou bien associer au bromure soit de la levure de bière prise délayée dans un peu d'eau en même temps que le bromure, soit de la pilocarpine, en employant la formule suivante :

Bromure de potassium.....	} à 7 grammes.	
— de sodium.....		
— d'ammonium.....		
Nitrate de pilocarpine.....		0 gr. 05
Eau distillée.....	Q. S. pour	1 litre.

Trois fois par jour, 50 grammes, une heure avant les repas (Mayet).

Ou bien remplacer les bromures par les préparations de brome organique, par exemple le bromovose dont quarante gouttes correspondent à 1 gramme de bromure et dont on donnera cent à cent vingt gouttes réparties en trois doses.

Ou enfin prescrire la médication calcique, par exemple :

Hypophosphite de chaux.....	10 grammes.
Sirup simple.....	50 —
Eau distillée.....	Q. S. pour 390 cc.

Une cuillerée à soupe matin et soir.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique, dans *Revue de Méd. et de Chir. pratiques*, de Paris, 1912.

Dans une revue sur le traitement actuel du *Rhumatisme blennorrhagique*, M. Stephen Chauvet indique comment on peut, dans certains cas, utiliser la méthode de Bier pour modifier avantageusement l'état de l'articulation.

Cette méthode a pour but de "provoquer au niveau d'une articulation malade une hyperhémie veineuse plus ou moins prolongée; il suffit, pour engendrer cette hyperhémie salutaire, d'apporter un obstacle à la circulation du sang dans les veines."

Brièvement résumée, voici en quoi consiste cette méthode: à une quinzaine de centimètres en amont d'une articulation malade, on enroule une bande de caoutchouc que l'on maintient avec

une pince hémostatique. " Cette bande doit être assez serrée pour empêcher en partie le retour du sang veineux et assez lâche pour ne pas mettre obstacle à l'afflux du sang artériel. Elle doit être, en un mot, modérément serrée. Au-dessous d'elle, l'œdème doit être assez accentué, mais la circulation ne doit pas être interrompue et les douleurs doivent être supportables. Quand la bande n'est pas trop serrée, elles disparaissent en général rapidement." (J. L. Faure). Pour Bier, le membre doit rester chaud et être envahi par un gros œdème, qui devient " rouge feu " si la bande est convenablement appliquée.

La durée d'application de la bande varie le premier jour de quarante-cinq minutes à une heure et demie suivant l'intensité de la douleur ressentie par le malade, et de deux à plusieurs heures les jours suivants. Au début, Bier enlevait toujours la bande au bout de deux à trois heures. Dans certaines formes chroniques on pourrait la laisser davantage, à condition toutefois qu'elle ne soit que modérément serrée. De toutes façons il est bien évident que l'énergie et la patience des malades ont une grande importance et que c'est surtout la manière dont la bande est tolérée qui limite la durée de son application.

Lorsque la séance est finie et que l'on retire la bande de caoutchouc, il est sage d'entourer l'articulation malade avec de l'ouate et un crêpe Velpeau sans exercer la moindre compression.

Les séances doivent être journalières. Il est parfois nécessaire, dans certains cas rebelles, d'en faire pendant plusieurs semaines pour en tirer un bénéfice stable.

Ce bénéfice existe-t-il, et si oui, quel est-il ?

Les avis sont très partagés à ce sujet. Certains prétendent que, sous l'influence de ce traitement, les arthrites subaiguës et l'hydarthrose en particulier sont assez favorablement influencées. Les douleurs vraies et la sensation pénible de tension continue au niveau de l'article diminueraient très notablement et parallèlement, les autres symptômes morbides seraient heureusement modifiés.

Pour les élèves de Bier, F. Joseph et A. Hofmann, en particulier, ce serait la sérisoté de l'œdème provoqué qui engendrerait cette salutaire action grâce à un triple mécanisme : 1° en amenant, par une sorte d'intoxication locale, la destruction des agents infectieux ; 2° en diluant et en rendant plus inoffensives leurs toxines ; 3° en gênant, enfin, l'absorption de ces poisons.

Ce sont là, il faut bien le dire, de pures hypothèses qu'aucune des nombreuses recherches qui ont été faites à leur sujet n'est venue étayer. Le mécanisme de l'action de l'hyperhémie veineuse est encore inconnu.

—M. le Dr Félix Ramond a étudié également ailleurs les divers moyens employés dans la thérapeutique du rhumatisme blennorrhagique. Voici quelques-unes des médications qui peuvent être utilisées en pareil cas.

On a dit que l'*arthralgie* et le *pseudo-rumatisme aigu* généralisé ne bénéficiaient pas du *traitement salicylé*. Cela est exagéré. Il est évident que le salicylate de soude ne donnera pas ici les merveilleux résultats obtenus au cours du traitement du rhumatisme aigu franc de Bouillaud; il atténue cependant la douleur, limite la poussée inflammatoire, et raccourcit le plus souvent la durée évolutive de la complication. Pour obtenir ce résultat, il ne sera pas nécessaire de recourir aux fortes doses de salicylate; deux à trois grammes au maximum suffiront dans la majorité des cas. On prescrit alors la formule classique :

Salicylate de soude.....	20 grammes.
Sirop de menthe.....	100 grammes.
Eau bouillie.....	q. s. pour 300 centimètres cubes

Une cuillerée à soupe de cette potion correspond à un gramme de salicylate de soude.

Les douleurs locales seront atténuées par les frictions légères au salicylate de méthyle, à l'ulmarène ou au salène. Les deux derniers produits n'ont pas l'odeur pénétrante du premier; mais ils sont d'un prix plus élevé. On les administre le plus souvent associés à des parties égales de glycérine.

D'autres liniments ont été vantés; parmi les plus employés, nous citerons les suivants :

Liniment sédatif de Ricord:

Huile de jusquiame.....	200 grammes.
Camphre.....	} à à 4 grammes.
Laudanum.....	
Extrait de belladone.....	
Chloroforme.....	

Liniment chloroformique:

Beaume de Fioravanti.....	20 grammes.
Laudanum de Rousseau.....	} à à 10 grammes.
Chloroforme.....	

etc.

L'emplâtre suivant donne de bons résultats dans les monoarthrites fort douloureuses :

Emplâtre de ciguë.....	} à à 50 grammes.
Emplâtre de diachilon gommée.....	

ramollissez, ajoutez :

Camphre	100 grammes.
Extrait thébaïque.....	} à 2 grammes.
Extrait de belladone	

A laisser en place 12 à 24 heures.

Balzer préconise l'action bienfaisante du *bain térébenthiné* : local ou général. Pour un bain chaud à 36° ou 38°, on ajoute :

Emulsion aqueuse de savon noir.....	} à 100 grammes.
Térébentine.....	

Le malade ne doit pas rester plus d'un quart d'heure dans le bain ; il est bon que, au préalable, il enduise les parties sensibles, scrotum, marge de l'anus, d'une légère couche de vaseline afin d'empêcher l'action irritante du bain térébenthiné.

Traitement du point de côté des tuberculeux par l'injection sous-cutanée d'eau bouillie, par le Dr H. PAILLARD, dans *Tribune Médicale*. Mai 1912.

L'auteur insiste sur une vieille pratique, l'injection sous-cutanée d'eau bouillie au point douloureux.

Harcelé par quelques malheureux phthisiques qui avaient épuisé en vain toute la série des applications révulsives et calmantes, l'auteur s'est décidé à appliquer cette méthode fort régulièrement. Elle lui a donné des résultats remarquablement efficaces et constants ; sur le moment même, l'injection est rarement un peu douloureuse ; c'est très peu de chose ; quant à la névralgie que l'on combat, elle cesse ordinairement une demi-heure à une heure après l'injection et le malade ne souffre plus pendant plusieurs jours ou même pendant une semaine. Parfois la guérison est définitive ; dans d'autres cas, il faut refaire une nouvelle injection au bout de dix à quinze jours. La quantité de liquide ne doit pas dépasser 1 à 2 centimètres cubes.

On peut pratiquer cette injection quelle que soit la localisation de la douleur ; cependant dans le cas de pleurite sèche précordiale, répondant à la description donnée par Mantoux, l'auteur estime avec ce dernier qu'il convient surtout d'appliquer des ventouses sèches ou scarifiées.

Il existe, en pareil cas, une douleur qui occupe plusieurs espaces intercostaux et irradie parfois dans le bras gauche, des palpitations pénibles, une sensation d'étouffement disproportionnée avec les signes physiques et une angoisse qui fait croire aux malades

mal avertis à une crise d'angine de poitrine ou à un anévrisme en imminence de rupture. L'examen physique, qui doit être pratiqué avec le plus grand soin, montre de petits frottements fins, secs, superficiels, synchrones aux mouvements respiratoires et disparaissant lorsque le malade retient sa respiration. L'exploration digitale met en évidence une sensibilité particulière de la région.

Ces symptômes qui surviennent souvent par crises, disparaissent presque toujours assez rapidement.

Les injections d'eau aux points névralgiques ont été souvent accueillies avec scepticisme par notre entourage. On se demande comment peut agir une médication aussi rudimentaire et si ses effets ne sont pas simplement psychiques. Or, Surmont et Dubus ont, il y a peu de temps, porté la question sur le terrain expérimental et ont constaté, chez le lapin, que l'injection d'eau distillée dans le voisinage du nerf sciatique entraînait un œdème du nerf avec infiltration inter et péri-fasciculaire; il y a parfois appel leucocytaire; quant à la fibre nerveuse, elle conserve son aspect normal. Surmont et Dubus, comparant à ces modifications minimes, mais indiscutables, les délabrements produits par les injections d'alcool, conseillent à ceux qui se proposent d'employer ces dernières, d'essayer au préalable les injections d'eau distillée qui leur ont d'ailleurs donné, en clinique, des résultats satisfaisants.

Depuis quatre ans, l'auteur a pratiqué plusieurs centaines d'injections sous-cutanées d'eau bouillie dans des névralgies diverses et spécialement dans les névralgies des tuberculeux et il n'aurait pas eu un seul insuccès à la condition que l'injection fût faite au point relevé par la palpation comme le plus douloureux.

PHARMACOLOGIE

Les incompatibilités du calomel, dans *La Tribune Médicale*, 1912.

De toutes les préparations mercurielles le calomel est celle dont il est le plus nécessaire de bien connaître les incompatibilités ou plus exactement les réactions chimiques, étant donné que ce sel peut se transformer en sublimé dans certaines conditions. La

question de l'incompatibilité pratique du calomel avec le sel marin, et en général avec tous les chlorures, ainsi qu'avec les bromures, les iodures et les cyanures a été souvent étudiée, et si les chimistes concluent au danger de l'association du calomel avec les chlorures ou l'eau de laurier cerise, nombre de praticiens, forts de l'expérience journalière, continuent à prescrire le calomel dans des loochs, et ne se croient pas forcés d'imposer le régime déchloruré aux malades qu'ils purgent au calomel. Au point de vue pratique la question est donc loin d'être jugée: mais il semble qu'elle le soit au point de vue chimique, et il importe que les cliniciens soient prévenus de ces incompatibilités — qu'elles aient ou non une application pratique. M. le Dr J. Benne vient de publier dans la *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* (15 septembre 1907) un article d'ensemble sur les incompatibilités du mercure, dont nous extrayons une partie de ce qui concerne le calomel.

Les incompatibilités du calomel sont les suivantes:

Acide chlorhydrique. — Cette incompatibilité n'est plus permise que dans certaines conditions. (Voir plus loin chlorures alcalins.) Pourvu que ce soit à l'abri de l'air, le calomel peut être mis en contact avec l'acide chlorhydrique sans qu'il se forme de chlorure mercurique.

Acide cyanhydrique. — Il y a décomposition du calomel en cyanure mercurique, mercure métallique et acide chlorhydrique libre.

Bussy et Buignet voyaient à tort dans l'acide cyanhydrique un agent catalytique capable de décomposer le calomel en bichlorure de mercure et mercure métallique.

Fouquet, s'appuyant sur la thermochimie, a montré que l'action de l'acide cyanhydrique sur le calomel ne peut donner naissance à du bichlorure de mercure. De plus, si, après avoir séparé le mercure métallique par filtration du mélange, on élimine l'acide chlorhydrique avec l'azotate d'argent, on peut retrouver au microscope des cristaux de cyanure mercurique.

Acide lactique. — Formation de bichlorure de mercure.

Albumine. — Le calomel se transformerait en sublimé (?).

Alcalis. — Coloration noire.

Alcaloïdes. — a) Cocaïne (6); b) Holocaïne; c) Hyoseyamine;

d) Morphine (chlorhydrate); e) Pilocarpine (chlorhydrate); f) ninine (chlorhydrate); g) Veratrine.

Alcool. — Décomposition lente en mercure métallique et bichlorure de mercure.

Antipyrine. — Solution colorée; par trituration à sec, il se forme une combinaison toxique.

Benzoate de soude. — On obtient un produit toxique. Cette incompatibilité est due à ce que le benzoate de soude du commerce n'est pas neutre et contient du carbonate de soude.

Bicarbonate de soude. — Transformation en sublimé. Comme pour l'acide chlorhydrique, cette réaction ne se produirait que dans certaines conditions. (Voir Chlorures alcalins.)

Bromures alcalins. — On a du bromure mercurieux.

Carbonates alcalins. — Voir bicarbonate de soude.

Chlorures alcalins. — Pour Mialhe, il y a transformation en bichlorure de mercure à la température du corps et en présence de matières organiques. Dickman a trouvé cette transformation très minime, mais déjà plus sensible au bout de deux jours.

Il est certain que dans un milieu alcalin comme l'intestin, le calomel provoque la formation d'un mélange toxique lorsqu'il est absorbé par la bouche avant l'administration d'un lavement salé. Mais, dans l'estomac, malgré la présence de matières organiques, la transformation par les chlorures est négligeable. Il importe donc peu théoriquement que l'alimentation soit salée, acide ou alcaline. D'ailleurs, à l'état normal, l'estomac contient des chlorures et de l'acide chlorhydrique libre qui décomposeraient le calomel si cette réaction était si facile. (Marais.)

On admet généralement qu'elle peut néanmoins se produire, mais en présence de l'oxygène de l'air. Sans en tirer de conclusions bien nettes. Mlle Lewis a fait l'expérience suivante: 5 grammes de calomel et 5 grammes de chlorure de sodium sont mis dans un matras avec 100 centimètres cubes de suc gastrique artificiel contenant 2 centimètres cubes d'acide chlorhydrique à 10 pour 100 et 0 gr. 00335 de pepsine. Le tout est porté pendant six heures au bain-marie à 4° (?). La liqueur filtrée donne un précipité brun avec l'hydrogène sulfuré et un précipité rouge avec l'iode de potassium. La même réaction se produit en présence de peptone et de pancréatine. Par contre, Brissemoret et Joannin ont vu qu'après dix-huit mois de contact un mélange d'une molé-

cule de calomel et de deux molécules de chlorure de sodium ne contenait pas la moindre trace de sublimé.

De même, Jovane considère comme non fondée l'incompatibilité du calomel avec les chlorures, les acides et les corps albuminoïdes.

Ottolenghi lui aussi, reconnaît bien qu'*in vitro* et à la température du corps une solution de chlorure de sodium n'agit pas sur le calomel, mais il admet qu'après une prise de ce médicament l'ingestion d'eau salée provoque quelquefois des accidents. Il explique ceux-ci de la façon suivante : en présence des albuminoïdes, de l'acide chlorhydrique et des chlorures, le calomel ne se transforme pas en sublimé, mais il devient simplement plus soluble, d'où absorption en masse.

Deux ans auparavant, Telmon était arrivé à d'autres conclusions, conciliant en quelque sorte les deux théories. Pour lui, avec une solution diluée de chlorure de sodium, le calomel donnerait du sublimé, mais avec l'eau pure il en donnerait une quantité sensiblement égale. Néanmoins, l'ingestion d'une grande quantité d'eau salée ou d'eau pure, après une prise de calomel, ne provoque pas d'empoisonnement, parce que l'absorption du sublimé est nulle dans l'estomac et qu'elle est combattue dans l'intestin par le flux purgatif dû à l'action irritante du sublimé formé. Pour l'auteur, le suc gastrique à lui seul agirait sur le calomel en formant du bichlorure de mercure, mais son action ne serait pas sensiblement influencée par le chlorure de sodium.

Sans doute, à l'appui de l'ancienne théorie, le *Moniteur thérapeutique* rapporte le cas du fils d'un médecin ; cet enfant, âgé de cinq ans, ayant pris un bouillon d'herbes salé après 0 gr. 50 centigrammes de calomel, présenta les phénomènes suivants : salivation très abondante, odeur nauséabonde, dents déchaussées. Mais peut-être le calomel était-il altéré, ou bien s'agissait-il là d'une intolérance individuelle.

Patein interprète autrement de tels faits. Discutant deux observations de Rehnauk, il fait remarquer que si les cas d'intoxication signalés étaient dus au sublimé, ils n'auraient certainement pas disparu en vingt-quatre heures ; aussi les attribue-t-il à des accidents d'hépatisme occasionnés par des troubles gastriques préexistants.

Quoi qu'il en soit, en présence de tant d'opinions différentes et

comme le recommandent plusieurs auteurs, nous croyons préférable de ne pas administrer d'aliments salés en même temps qu'une préparation à base de calomel.

Eau bouillante : Décomposition lente en mercure métallique, sublimé et oxychlorure de mercure.

Eau d'amandes amères : Coloration grisâtre: décomposition mise en liberté de mercure métallique. Comme les amandes douces, les amandes amères contiennent un ferment soluble, l'émulsine; elles renferment en plus un glucoside azoté d'amygdaline. Ni l'émulsine, ni l'amygdaline ne sont dangereuses prises à un intervalle suffisant, mais leur ingestion simultanée peut présenter des inconcénients. En effet, par distillation des amandes amères, l'émulsine jouant le rôle de ferment, l'amygdaline se transforme en glucose, aldéhyde benzoïque et *acide gastrique*.

Après formation de cet acide en quantité suffisante, les amandes amères peuvent agir sur le calomel et donner naissance à un composé toxique.

Eau de laurier-cerise. — Il se forme du cyanure mercurique.

Eau oxygénée. — Ce mélange donne du bichlorure de mercure.

Fer réduit (en présence de l'eau). — Dédoublément en sublimé et mercure métallique.

Iodoforme. — Il se forme de l'iodure de mercure (sous l'influence de la lumière). De plus l'emploi simultané de l'iodoforme et de préparations mercurielles provoque l'apparition d'exanthèmes iodoformiques.

Iodures alcalins. — Formation d'iodure mercurieux qui devient rapidement de l'iodure mercurique si la quantité d'iodure alcalin est suffisante.

On sait que l'insufflation de poudre de calomel sur la conjonctive au cours d'un traitement ioduré peut être dangereux. Il y a en effet formation sur la muqueuse de chlorure alcalin et de protoiodure de Hg. Celui-ci en présence d'un excès d'iodure est décomposé à son tour en mercure réduit et iodure mercurique dont l'action est très irritante pour l'œil.

Magnésie calcinée. — Formation de chlorure mercurique et de mercure métallique.

Matières organiques. — Les tissus animaux réduisent tous plus ou moins le calomel en donnant des vapeurs de mercure.

Sucre de canne. — Transformation en sublimé: elle n'a lieu

qu'en milieu humide et dans une atmosphère contenant des traces d'ammoniaque ou d'ozone. Dans ce cas, la chloruration du calomel étant due à l'intervention de l'eau absorbée par le sucre de canne, on peut remplacer ce dernier par du sucre de lait qui n'est pas hygrométrique et provoque à peine la formation du sublimé.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de Kinésithérapie. Fascicule IV : *Kinésithérapie orthopédique*, par le Docteur René MESNARD, ancien interne de l'Assistance publique de Paris à Berck-sur-Mer, assistant d'orthopédie à l'Hôpital Trousseau. 1 vol. in-8° avec 91 figures, 3 fr. (Librairie Félix Alcan).

Dans ce manuel, l'auteur a cherché avant tout à mettre en lumière les principes essentiels et les idées directrices suivant lesquels la Kinésithérapie doit être appliquée à l'Orthopédie.

Il n'a point visé à faire, comme tant d'autres, un catalogue plus ou moins complet de mouvements entre lesquels le lecteur ne sait discerner ce qui est essentiel de ce qui est accessoire, ce qui convient à tel cas de ce qu'il faut éviter. Car si certains exercices appliqués à propos peuvent donner les meilleurs résultats ils peuvent aussi, comme le montre l'auteur, devenir parfois nuisibles.

Le mode d'exécution des exercices a une importance capitale au point de vue des effets à obtenir ; aussi la façon dont l'auteur a représenté en regard de la forme correcte du mouvement sa forme incorrecte, n'est-il pas le côté le moins intéressant de cet ouvrage, où les figures abondent, rendant ainsi la lecture facile.

Le traitement de la scoliose y est étudié d'une façon analytique et méthodique avec certains aperçus nouveaux qui montrent que l'auteur ne s'est pas contenté d'appliquer avec routine ce qui se fait un peu partout, mais a cherché au contraire à préciser pour quoi il faut agir de telle ou telle manière dans les cas si variés qui se présentent.

En dehors des déviations du rachis, quelques chapitres sont

consacrés par le Docteur René Mesnard au traitement kinésique des principales affections orthopédiques: pied plat, déformations rachitiques, torticolis, pied bot congénital, etc.

Pour quelques-unes de ces maladies, comme le fait observer l'auteur, le rôle de la Kinésithérapie est et restera sans doute toujours secondaire; pour certaines, cette méthode de traitement peut donner souvent plus qu'on ne le pense généralement, et, à ce titre, mérite d'être mieux connue.

La tuberculose pulmonaire, Maladie évitable, maladie curable, par le Docteur R. Brunon, professeur de Clinique Médicale, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen. G. Steinheil, éditeur, Paris. Prix, cartonné, 10 francs.

Cet ouvrage, d'une note absolument personnelle, débute par une étude historique condensée.

Dans une première partie est traitée la question de la contagion et de l'hérédité.

Une deuxième partie examine le rôle de l'hygiène dans la prophylaxie; celui de l'alcoolisme, de l'air confiné. La troisième partie traite du pronostic; la quatrième du diagnostic. Enfin la cinquième, la plus développée, est consacrée au traitement: Repos, Cure d'air, Alimentation, Traitement de la fièvre et de l'hémoptysie.

L'auteur n'accepte pas toutes les idées courantes, il développe les siennes; si l'ouvrage n'est pas du goût de tout le monde, nul ne pourra contester que c'est un livre "de bonne foi", basé sur une expérience personnelle considérable.

Clinique et thérapeutique obstétricale du praticien, par Paul Rudaux, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de A. Grosse et V. Le Lorier. — VIGOT FRERES, Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un vol. in-8, cartonné (*Collection des Manuels de Médecine pratique*) 8 fr.

Le titre de ce livre indique nettement l'esprit suivant lequel il a été conçu; son titre seul pourrait lui servir de préface.

Mettre entre les mains du médecin en lutte avec les difficultés de la pratique un guide qui lui permette dans tous les cas de "poser un diagnostic exact et d'appliquer une thérapeutique rationnelle", tel est le but de cet ouvrage.

Ce n'est pas un traité d'accouchement, pas davantage un précis. Il ne faut y chercher ni l'historique d'une question, ni l'exposé des théories pathogéniques, ni des descriptions anatomo-pathologiques; par contre, les auteurs ont donné un grand développement au diagnostic, en insistant particulièrement sur les signes qui permettent de le poser avec précision, et en laissant de côté ceux qui n'ont qu'une valeur relative. Mais c'est surtout la thérapeutique obstétricale qu'ils ont tenu à exposer en détail. La thérapeutique pratique doit comprendre à la fois l'étude des indications et l'étude des méthodes opératoires; c'est de parti pris qu'ils ont laissé de côté les procédés inefficaces ou dangereux pour n'exposer que les meilleurs comme résultats et les plus faciles comme application.

Il existe à l'heure actuelle des traités d'accouchement nombreux et excellents, cet ouvrage ne fait pas avec eux double emploi, mais vient au contraire les commenter, en quelque sorte, en donnant à propos de chaque indication thérapeutique ou de chaque intervention les détails les plus minutieux, qu'il est impossible de demander à un traité ou à un précis d'obstétrique. En revanche, presque toujours on suppose connus les instruments à employer et les grandes lignes de leur application, dont on expose uniquement la technique sans crainte d'être trop complet, voire même terre à terre. Chaque fois que l'occasion s'est présentée, on a décrit une *méthode de choix* et une *méthode de nécessité*.

L'ordre alphabétique adopté fait de cet ouvrage, une sorte de dictionnaire de pratique obstétricale où l'on peut trouver instantanément, pour ainsi dire, les renseignements cherchés sans même avoir à parcourir une table des matières.

Comme tous les ouvrages de la Collection des Manuels de Médecine pratique dont le succès s'affirme de jour en jour, ce livre a été écrit par des praticiens et pour des praticiens; c'est à ces derniers de nous dire s'il leur rend service.

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro: 1 fr. Abonnement: 12 fr. (Étranger: 15 fr.). A. Rouzand, éditeur, 41, Rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du No d'Octobre 1912. — *Les Velus dans la Peinture et le Céramique* (17 illustr.), par le Prof. Le Double et le Dr Houssay. — L'homme préhistorique velu d'Hœckel; Sainte Marie-Madeleine et sa toison; Ste-Sgnès dévêtue devant les regards qui la convoitent voit sa nudité brusquement recouverte par l'ampleur de sa chevelure; la servante barbue de Pompéï la femme barbue et enceinte de Bâle; la famille velue d'Ambras.

Biberons antiques (11 illustr.), par le Dr J. Lecaplain. — Dans les sépultures d'enfants de l'époque gallo-romaine, en Normandie, on a retrouvé des biberons de terre rouge ou grise. S'agit-il de véritables tétines ou de vases funéraires à signification symbolique? Avis partagé (Blanchard, Billard, Coulon, Variot, Lecaplain... etc.).

Splendeurs et misères hospitalières en Turquie (4 illustr.), par le Dr Libert. — La philanthropie grecque; l'Hôpital des Prostituées et sa détresse; l'Hôpital grec de Yédi-Koulé, le plus intelligemment conçu de Constantinople.

Quelques pensionnaires de St-Lazare dans le passé (10 illustr.), par le Dr Paul Laffont. — Avant que ne disparaisse l'ancienne léproserie du moyen-âge, cette maison que le martyr humain a consacrée, l'auteur fait revivre, dans le pittoresque de leur vie et de leur infortune, le chevalier des Grioux, Manon-Lescaut, André Chénier et les détenus qui attendirent avec lui la charrette pour l'échafaud.

Sonnets diététiques sur le Homard (2 illustr.). — Charles Morset et le Dr Georges Camuset chantent le "Borgia des Mers" et le "petit homard des Batignolles."

Le Squelette dans l'Art (20 illustr.), par le Prof. Peugniez. — La Rochefoucauld a dit que l'homme ne pouvait regarder fixement le soleil ni la mort; or il est certain qu'il peut considérer la mort même ou les sujets macabres sous le prisme de l'art. Le vase d'argent de Boscoreale; memento mori; le dict des Trois Morts et des Trois Vifs; les Danses des Morts de la Chaise-Dieu, de Berne, de Bâle, de Lucerne; l'œuvre macabre de Holbein, de Rethel, de Guyot-Marchand.

SUPPLÉMENT (18 illustr.). — *Le Mal dont souffrit Napoléon à la Moskowa.* — *Cagliostro méconnu.* — *Chirurgiens d'autrefois.* — *Les soins des oeufs et des larves chez les Batraciens.* — *Petites histoires médicales de jadis.* — *A la fortune du pot.* — *Fauconnerie.* — *Martial Pied, croquemort et poète.* — *Le Salon des Etudiants Lyonnais.* — *Le Mal d'aéroplane.* — *Dentiste pour éléphant.* — *Le Songe de la Vie.* — *La Vipère en thérapeutique.*

Le numéro du 2 novembre 1912 de **Paris Médical**, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré à la **Thérapeutique**.

La thérapeutique en 1912 (*Revue annuelle*), par le Dr P. Carnot. — Sur le traitement spécifique des aortites syphilitiques et des anévrysmes de l'aorte, par les Drs Vaquez et Laubry. — Iso-séro-hémothérapie, par les Drs Sabrazès et H. Bonnin. — Les petits signes de l'intolérance du 606 pendant l'injection, par le Dr Milian. — Comment avoir du vaccin pur et actif, par Lucien Camus. — Inconstance d'action cardiotonique de la digitale et moyens d'y remédier, par le Dr H. Busquet. — Éthérisation par voie extra-pulmonaire, par le Dr Maurice Guibé. — Sérothérapie dans les vomissements incoercibles de la grossesse, par le Dr Paul Guéniot. — Une mission médicale en Extrême-Orient, par le Dr Jeanselme. — Les ventouses, par le Dr Henri Roché. — Les diurétiques de nos ancêtres, par René LeRoy et Jean Lanos. — *Actualités médicales.* — *Chronique.* — *Variétés.* — *Revue de la presse médicale.* — *Revue des Congrès.* — *Nouvelles.* — *La vie médicale, etc.*

(Envoi franco de ce numéro de 112 pages in-4 avec figures contre 1 fr. en timbres-posté de tous pays.)

SUPPLEMENT

LA PALE JEUNE FILLE DES ECOLES.

Avec les méthodes modernes de surmenage pour les enfants d'écoles, il n'est pas surprenant qu'un grand nombre d'entre eux succombent à la tâche: le corps et l'esprit sont atteints à la fois.

Chaque hiver, on consulte le médecin pour des enfants pâles, anémiques, nerveux, débilités. Dans la plupart des cas, un repos d'une ou deux semaines, avec un tonique permet la reprise des classes.

— Le Pepto-Mangan est le meilleur tonique dans ces cas. Il augmente le nombre des globules rouges et la qualité de l'hémoglobine et relève l'organisme en général.

Il est indiqué tout particulièrement chez les jeunes filles, parce qu'il ne provoque jamais la constipation.

A PROPOS DE NOS EXTRAITS FLUIDES

du National Drug and Chemical Co. of Canada Limited.

Quelques-uns de nos clients ont attiré notre attention sur les prix de nos extraits fluides d'ergot comparés à d'autres sur le marché. Voici notre réponse: Une livre d'ergot fabriquée coûte plus cher qu'une livre d'ergot brut. Ou bien nos concurrents perdent de l'argent ou bien ils ne mettent pas la quantité convenable.

Notre extrait fluide a une réputation universelle basée sur des analyses chimiques et des résultats cliniques des meilleurs médecins, de sorte que nous ne pouvons abaisser nos prix qu'en abaissant l'étalon de notre produit. Ce que nous ne ferons pas.

Nous maintiendrons notre produit comme auparavant en suivant les prix du marché.

LA CONVALESCENCE DES ENFANTS FAIBLES

Avec l'ouverture des classes et l'agglomération des enfants arrivent les maladies contagieuses: maladies de peau, la diphtérie, la coqueluche et les maladies saisonnières qui sévissent à la maison. Les enfants robustes guérissent vite, mais les enfants faibles ont une convalescence longue, à cause de leur état anémique.

Le Pepto-mangan (Gude) est un tonique précieux dans ces cas. Il stimule toutes les fonctions gastro-intestinales, sans causer aucun ennui, ni constipation ou autre.

C'est le tonique auquel il faut donner la préférence dans ces cas.

Les Ateliers d'Optique de C. Reichert, Vienne, qui sont connus dans toutes les sphères scientifiques, ont fait leur 50.000 microscopes qu'ils ont dédiés à l'institut, pour recherches du cancer.

1924

TABLE ALPHABETIQUE DES MATIERES

1912

	PAGES
A	
<i>Adénites tuberculeuses</i> et radiothérapie	581
<i>Adénopathies tuberculeuses</i> — traitement radiothérapique	425
<i>Alcool</i> — son action sur les microbes de la peau saine ou malade	170
<i>Alcool</i> et conseil de discipline.....	85
<i>Alcool Méthylique</i> — et lésions bulbiaires, par empoisonnement.	713
<i>Anatomie comparée</i> de l'œil et de ses annexes	278
<i>Anesthésie Locale</i> , état actuel.....	506
<i>Anévrysmes de l'aorte</i> et traitement spécifique	473
<i>Anévrysmes de l'aorte</i> traités par le réflexe aortique	226
<i>Angines</i> et traitement par le jus de citron	480
<i>Angio</i> — cholite intra-hépatique	281
<i>Ann. xite double</i> de nature tuberculeuse.....	213
<i>Anurie</i> — décapsulation dans.....	470
<i>Aortites syphilitiques</i> et traitement spécifique.....	473
<i>Appendicite</i> et tuberculose pulmonaire.....	442-497
<i>Aphasie du Broca</i> et Autopsie.....	485
<i>Appendicite</i>	642
<i>Appendicites</i> — Douze commandements relatifs au diagnostic et au traitement	177
<i>A propos du bill des rebouteurs</i>	256
<i>Arsenic</i> — son rôle dans le traitement de la chlorose.....	110
<i>Arthrite tuberculeuse</i> du genou. Un cas de	1-2
<i>Arcite</i> — signe du son abdominal	214
<i>Association Médicale</i> du district d'Ottawa	504

	PAGES
<i>Ass. Med. de langue française d'Europe</i>	516
<i>Asystolie</i> — traitement preventif..	235
<i>Automne</i> — poisie.....	568, 559, 618
B	
<i>Beethoven</i> — folie chez	46
<i>Benzoate de soude</i> (formules)..	110-111
<i>Blennorrhagie</i> — des injections dans le traitement	595
<i>Blennorrhagie</i> — traitement précocé	362
<i>Blennorrhagique</i> — rhumatisme — traitement.....	716
<i>Blessures occasionnés</i> par les poudres modernes	95
<i>Bill des rebouteurs</i> — A propos d'un procès	400
<i>Bill des rebouteurs</i> à Québec	147
<i>Bill Roddick</i> à Québec	144
<i>Bronchite Grippale</i> — formules diverses	232
<i>Broncho - pneumonie</i> diagnostic par le collargol	
C	
<i>Caféide</i> chez les cardiaques	481
<i>Calcicure</i> et régime Alimentaire son effet sur l'organisme... 474-475	
<i>Calomel</i> — ses incompatibilités... 722	
<i>Camphre</i> — ses dangers en rhinologie.....	585
<i>Cancer des souris</i> guérison.....	174
<i>Cataract</i> — Complication subaiguës et tardives	672
<i>Chancre Mou</i>	286
<i>Charlatanisme</i> — paramédical ...	93
<i>Charlatanisme</i> en politique	325
<i>Chorée</i> quelques observations.....	311
<i>Chloro anémie</i> — Un cas de.....	161
<i>Congrès de médecine</i> à Lyon.....	22

	PAGES
Conseil de discipline — ses pouvoirs.....	38-88
Chimie — les grands hommes et l'évolution d'une science.....	454
Chloroforme — intoxication tardive.....	664
Chronique — Ohé! les toquades... 330	
Chronique — " Pour accoter Madame".....	388
Colique hépatique, traitement.....	542
Collargol dans le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse.....	705
Collyre — Comment l'instiller.....	600
Congrès français de 1916.....	651
Contribution à l'étude des lésions tubo ovariennes.....	617
Coup de chaleur — traitement....	423

D

De la préparation à la calcicure...	392
Dévoement d'un Médecin.....	95
Dépopulation au Gabon.....	451
Désinfection du péritoine par l'alcool.....	529
Désinfection des locaux, un nouveau remède.....	547
Diarrhée — Les nourrissons au sein.....	357
District sanitaire de P. Q.....	341
Douleur et sidération .	714

E

Eclampsie	53
Eczéma des nourrissons — traitement.....	173
Eczéma — principes généraux du traitement.....	348
Élimination gastro intestinale des microbes introduits dans la circulation sanguine	284
Empoisonnement par la jusquiame	395
Entérite tuberculeuse.....	103
Epilepsie — traitement.....	715
Éruption anormale chez un enfant	213
Erysipèle traité par le sérum Antidiphthérique.....	225
Éther — Narcose rectale à l'éther.	471
Explosion et explosifs, phénomènes d'explosion.....	183

F

Farines alimentaires ses abus chez l'enfant.....	586
Fièvre typhoïde traitée par les badigeonnages de guaiacol.....	224
Formules pour lavages dans les injections puerpérales.....	
Fratricides par compassion	397

H

Héliothérapie.....	604
Hématémèses formulé.....	548
Hémorroïdes et fissures anales....	548
Hémoptysies d'origine nerveuse...	373
Hémorragies cérébrales — Le point douloureux parotidien dans les	219
Hernie crurale — cure radicale....	704
Hôpital des Incurables.....	681
Hoquet rebel — traitement.....	424
Huile de ricin — formules pour masquer le goût.....	491
Hygiène de la bouche, son influence sur la santé.....	317

I

Immunité des nourrissons contre les fièvres éruptives et les maladies infectieuses.....	292
Impétigo — topiques divers contre	588
Infection puerpérale.....	688
Influence de la fermentation sur le taux du sucre dans l'urine.....	386
Influence des odeurs sur le lait.....	396
Injection intra utérine technique..	482
Injection intra utérine.....	
Injection vaginale.....	
Insomnie — traitement formules diverses.....	236-237-238
Inspection médicale obligatoire des écoles dans la Province de Québec.....	132
Institut Bruchési — rapport annuel.....	653
Institut Bruchési Un sujet de méditations, statistiques.....	130
Institut Bruchési — Recommandations aux patients du dispensaire Anti-tuberculeux	83
Intérêts professionnels — A propos d'une polémique.....	140
Iode dans la fièvre typhoïde.....	533
Iode et traitement des plaies.....	480
Iode dans érysipèle.....	540

K

Kyste dermoïde de l'ovaire.....	160
---------------------------------	-----

L

Lait condensés chez les nourrissons.....	666
Langage des seins.....	276
La Société Médicale allocution.....	29
Rapport général de l'année 1911	31
La sulfoline dans la coqueluche...	297
La vaccination prophylactique et curative de la typhoïde.....	343
Lavements calmants dans affection génitales.....	548

	PAGES
<i>L'aveu — L'aiguille, poésies</i>	277
<i>Le Bulletin médical de Québec vis-à-vis l'Union Médicale du Canada</i>	205
<i>Le médecin devant les sociétés médicales et les Ass. de secours mutuels etc</i>	125
<i>Le prodigue (poésie)</i>	59
<i>Les anormaux psychiques à l'école et le rôle du médecin</i>	629
<i>Les enfants — Comment ou les traiter</i>	560
<i>Les laboratoires de la Faculté de médecine à l'Université Laval à Montréal</i>	334
<i>Les points de côté des tuberculeux et leur traitement</i>	334
<i>Le 606 — Quinze mois de pratique</i>	418
<i>Le sang au point de vue de ses propriétés bio-chimiques Les anti-corps du sérum</i>	210
<i>Les courants de haute fréquence</i>	77
<i>Les éclairages considérés au point de vue de l'hygiène</i>	364
<i>Les hémoptysies tuberculeuses</i>	401
<i>Luits homogénéisés</i>	99
<i>Les médecins de Campagne</i>	390
<i>Lésions articulaires dans la goutte chronique</i>	214
<i>Les troubles de la Faculté de Médecine de Paris</i>	151
<i>L'hérédité</i>	446
<i>Lord Lyster</i>	326

M

<i>Maladies des méninges par le professeur Hutinel</i>	675
<i>Médecines experts</i>	644
<i>Méningisme au cours de la scarlatine</i>	670
<i>Michel Serret à propos de la circulation du sang</i>	271
<i>Morphine tolérance chez le nourrisson</i>	589
<i>Mortalité infantile</i>	497
<i>Mort subite dans la scarlatine myocardite</i>	531

N

<i>Nœsi d'origine congénitale</i>	59
<i>Neo Salvarsan — que devons nous en attendre</i>	613
<i>Néphrectomie double et replantation d'un rein</i>	221
<i>Néphrectomie et tuberculose rénale</i>	574
<i>Neuloyage des billets de Banque</i>	275
<i>Nouvelle, une bonne histoire</i>	269

O

<i>Obstruction des voies biliaires</i>	187
<i>Offenses criminelles — La loi médicale dans les</i>	40-88

	PAGES
<i>Oignons — cure diurétique</i> ...	578-579
<i>Ongle incarné</i>	576

P

<i>Paralysie infantile — prophylaxie des épidémies</i>	291
<i>Paralysie générale infantile</i>	699
<i>Paralysie infantile — Anastomose musculo tendineuse</i>	54
<i>Perforation interne à la suite d'un curetage</i>	161
<i>Péritonites issues et drainage en décubitus latéral</i>	965
<i>Péritonite Tuberculeuse et hélio-thérapie</i>	230
<i>Péritonite tuberculeuse — traitement hélio-thérapique</i>	345
<i>Pleurésies — Lesigne des spinaux</i>	406
<i>Pneumonie</i>	570
<i>Polomyélite</i>	411
<i>Poliomyélite — condition de transmission</i>	698
<i>Ponction lombaire et mort subite</i>	289
<i>Pratique illégale de la médecine un cas particulier</i>	143
<i>Présentation de l'épaule version par manœuvre simple</i>	671
<i>Procédé choix pour l'extraction des noyaux cristalliniens flottants</i>	671
<i>Programme des cours de vacances à Paris</i>	518
<i>Prurital anal et préputial formule</i>	491
<i>Purpura</i>	55-56
<i>Purpura — troubles nerveux abdominaux dans le</i>	97
<i>Pyo pneumo-thorax — tuberculisation aiguë secondaire du poumon opposé par voie sanguine</i>	280

Q

<i>Québec et son dispensaire Antituberculeux</i>	19
--	----

R

<i>Radio Thermothérapie méthode de fulguration</i>	16
<i>Radiographie et Néphrotomie</i>	202
<i>Radiographie de l'hydropneumo thorax</i>	214
<i>Récidive des végétations adénoïdes</i>	515
<i>Responsabilités médicales</i>	394
<i>Rétrécissement mitral pur</i>	282
<i>Rétrécissement mitral Deux Symptômes rares</i>	343
<i>Revacination chez les écoliers</i>	710
<i>Rhumatisme biléorrhagique</i>	194
<i>Rhumatisme, Contagion</i>	461
<i>Reflex tendineux des membres supérieurs chez l'endosidre normal</i>	485

	PAGES
Rougeole Anomalies.....	706
Rougeole microbes de la.....	356

S

<i>Salaires des médecins hygiénistes dans Ontario.....</i>	276
<i>Scarlatine microbe spécifique.....</i>	292
<i>Scarlatine sur un signe peu connu de la.....</i>	354
<i>Sclérose latérale amyotrophique à la suite d'un traumatisme périphérique.....</i>	360
<i>Sciatique traitement formule.....</i>	236
<i>Sérothérapie antistreptococcique par la voie buccale.....</i>	580
<i>Sérum rhum en injection intravaineuse dans les.....</i>	472
<i>Sérum anti-streptococcique dans la furonculose.....</i>	159
<i>Sérum Antiméningococcique dans le traitement du rhumatisme.....</i>	228
<i>Serums artificiels Indication.....</i>	352
<i>Sédation par la douleur.....</i>	714
<i>Société méd. de Montréal... 54-55-59 60.....</i>	128-160-210-213-278-280 342
<i>Société de biologie de Montréal.....</i>	382-383
<i>Spina bifida un cas de.....</i>	216
<i>Syphilis et traitement d'après la réaction de Wasserman.....</i>	577
<i>Syphilis un an de pratique du 606.....</i>	167
<i>Syphilis réinfection chez un malade traité par le 606.....</i>	165
<i>Syphilis Traitement.....</i>	54
<i>Syphilis Le 606 par le rectum.....</i>	222
<i>Syphilis Un cas de syphilis maligne.....</i>	249

T

<i>Tarif minimum obligatoire.....</i>	560
<i>Tétanos guérison par sérum antitétanique en injections sous-cutanées et intra-rachidiennes.....</i>	476
<i>Tœnius formules contre les.....</i>	544
<i>Traitement de l'éphidrose palmaire par les rayons X.....</i>	295
<i>Traitement de l'éphidrose plantaire par l'acide chromique.....</i>	295
<i>Traitement du tétanos.....</i>	226
<i>Traitement des points de côté tuberculeux.....</i>	
<i>Tuberculose chirurgicale traitée par l'hyperhémie de stase.....</i>	

	PAGES
<i>Tuberculose rénale.....</i>	407-408-409
<i>Tuberculose dispensaire, rôle des médecins.....</i>	1
<i>Tuberculose concours de la société internationale 1911.....</i>	95
<i>Tuberculose pulmonaire fréquence du début par le sommet droit... ..</i>	164
<i>Tuberculose chirurgicale et cure solaire.....</i>	220
<i>Tuberculose et Insuffisance nasale.....</i>	231
<i>Tuberculose formule de pulvérisation pour la gorge.....</i>	235
<i>Tuberculose maladie du peuple.....</i>	377
<i>Tuberculose pulmonaire et appendicite.....</i>	442
<i>Tuberculose urinaire traitement.....</i>	591
<i>Tuberculose rénale.....</i>	469
<i>Tuberculose chirurgicale et thérapie.....</i>	462
<i>Tuberculose pulmonaire poussée évolutive.....</i>	659
<i>Tuberculose sa dissémination dans les places d'été et dans les collèges.....</i>	557
<i>Tuberculose rénale et néphrectomie.....</i>	575
<i>Tuberculose rénale valeur de l'incontinence d'urine.....</i>	573
<i>Tuberculose— traitement du point de côté.....</i>	721
<i>Tuberculose chirurgicale et méthode de Bier.....</i>	703

U

<i>Ulcère du duodénum.....</i>	700
<i>Un cas de tumeur de la région œuricale gauche (oste-chondrome).....</i>	158
<i>Un élong, Le règne du silence (poésies).....</i>	309
<i>Une nouvelle, M. le Maire.....</i>	457
<i>Université Laval, discours.....</i>	12
<i>Urotropine son emploi en médecine.....</i>	108

V

<i>Vaccination Anti-tuberculeuse préventive et curative chez l'homme.....</i>	106
<i>Vaccination ignipuncture.....</i>	218-413
<i>Vaccination Antisyphilitique.....</i>	536
<i>Vaccin généralisée suivie de mort.....</i>	530
<i>Vernion interne—manœuvre simple.....</i>	712
<i>Veillesse, Savoir vieillir poésie).....</i>	157

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PAGES	PAGES
<p><i>Annuaire général des médecins de langue française de l'Amérique du nord pas Villecourt</i>..... 608</p> <p><i>Clinique de thérapeutique obstétricale du praticien, par le Dr Rudaux</i>.....</p> <p><i>Formulaire des médicaments nouveaux pour 1912</i>..... 240</p> <p><i>Formulaires des spécialités pharmaceutiques pour 1912 par le Dr. Gardette</i> 303</p> <p><i>Hydrologie élémentaire à l'usage des praticiens par le Dr. Chassevant</i>..... 430</p> <p><i>Kinésithérapie orthopédique par le Dr Mesnard</i>.....</p> <p><i>La blennorrhagie chronique et les complications, en collaboration.</i> 550</p> <p><i>La luxation congénitale de la hanche par le Dr. Le Damany</i>..... 300</p> <p><i>La pratique ophtalmologique à l'usage des praticiens par le Dr. Poulard</i> 301</p> <p><i>La Thérapeutique du paludisme chronique par le Dr. Legrand</i>.. 432</p> <p><i>La vie, considérations biologiques par le Dr. Laurendeau</i>..... 116</p>	<p><i>Les origines de la trépanation décompressive par Dr J. L. Championnière</i> 612</p> <p><i>Maladies de l'œsophage par Mr. Gangolphe</i>..... 115</p> <p><i>Maladies de la vessie et du pénis par F. Legueu</i>..... 182</p> <p><i>Manuel pratique de la médication hypodermique par M. Cottenot et Lecoq</i> 367</p> <p><i>Manuel pratique de Kinésithérapie en Collaboration</i> 549-673-727</p> <p><i>Ophthalmologie du praticien par le Dr. Cantonnet</i>..... 239</p> <p><i>Opiomanes par Dr. Dupony</i>..... 609</p> <p><i>Précis de pathologie interne en collaboration</i>..... 371</p> <p><i>Thérapeutique usuelle du praticien traitement de la tuberculose par le professeur Robin</i> 427</p> <p><i>Traité de thérapeutique par A. Manquat</i>..... 181</p> <p><i>Tuberculosos as a disease or the masses and how to combat it. par Prof. Knopf</i>..... 60</p> <p><i>Tuberculinothérapie et sero-thérapie anti tuberculeuse par M. Cezary</i>..... 370</p> <p><i>Tuberculose pulmonaire—maladie évitable, maladie curable, par le Dr Brunon</i> 728</p>