

BULLETIN MEDICAL

DE QUEBEC

FEVRIER 1923.

Erythème grippal.—Dr. Albert Jobin	33
Un cas de fécondité exceptionnel.....	42
Grossesse extra-utérine	43
Grossesse traumatique.—A. J.....	44
Le sucre dans l'inertie utérine.....	45
Rachialgie lombaire chronique	46
Les symptômes abdominaux.—J. Rouillard.....	49
Formulaire	51
Abcès du poulmon	57
Les diurétiques intersticiels	58
Troubles digestifs	59
Album Médical	61
Statistiques	63

NOS ANNONCEURS

J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	de 1 à 11
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	13
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	14
L'Anglo-French Drug Co., Montréal.....	15
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	16
Laboratoire du "Spectrol".....	16
Joseph Contant, 231, Notre-Dame Est, Montréal.....	17
Frank W. Horner, Limited, Montréal, Canada.....	17
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	18
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	19
Parke, Davis & Co., Walkerville, Ont.....	20
Hervay Chemical Co., Ltd.....	21
Casgrain & Charbonneau, Ltée.....	21
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	22
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	23
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	24
Henry K. Wampole & Co., Limited, Perth, Ontario.....	24
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	25
Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province de Québec	26
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	27
Bendages Herniaires de A. Clavierie.....	28
Laboratoire Genevrier, Paris.....	28
J. B. Giroux, Québec.....	28
Laboratoire Louvain, Lévis, Québec.....	29
J. B. Morin.....	29
The Arlington Chemical Co., Yonkers, N.-Y.....	30
J. E. Livernois.....	30
Od. Chem. Co., N.-Y.....	31
La Cie d'Imp. Commerciale.....	31
La Musique	31
Cie de Pougues, Paris	32
P. Lebeault & Cie, 5 rue Bourg-l'Abbé, Paris.....	dans le texte
Laboratoire Couturieux, Paris.....	dans le texte
American Machinist	dans le texte
Laboratoires Clin.	couverture
Horlick's Malted Milk Co.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"

Panglandine

Extrait opothérapique total comprenant:

Thymus, Ovaires, Rate, Duodénum, Hypophyse, Capsules
Surrénales, Thyroïde, Pancréas, Testicules, Foie,
Prostate — En proportions physiologiques.

Capsules kératinisées de 0 gr. 25.

Lantol

Rhodium Colloïdal électrique.

Ampoules isotoniques de 3 cc.

Maladies infectueuses — Septicémies.

En injections indolores, non toxiques.

2 à 3 par jour.

Stanion

Etain Colloïdal électrique.

En ampoules isotoniques de 3 cc. et en capsules.

Furonculose — Infections à Staphylocoque.

Heracléine

Extraits de Yohimba, Damiana Str. nux vomica.

Acanthea et phosphore de Zinz.

Association des plus actifs des toniques du système nerveux
aux doses thérapeutiques et sans l'adjonction d'aucun exci-
tant ou irritant.

Union Commerciale France-Canada

J. I. Eddé

Edifice New Birks, Montréal,

Tél. UP. 6671

ERYTHEME GRIPPAL⁽¹⁾

Dr ALBERT JOBIN

Le sujet que j'ai à vous présenter aujourd'hui est celui d'une jeune fille de 21 ans, en service dans une famille et qui est entrée à l'hôpital hier au soir, dans le département de la rougeole.

Rien de particulier à noter dans son histoire de famille. Quant à ses antécédents personnels, on relève une attaque de rougeole de moyenne intensité à l'âge de 14 ans, et une pharyngite chronique qui dure depuis son enfance, dit-elle.

Maintenant examinons ensemble notre malade. Comme vous pouvez en juger tout d'abord, c'est une personne d'une très forte charpente. Elle pèse près de 200 livres. C'est un poids respectable pour son jeune âge.

Dès hier, dit-elle, elle a commencé à se sentir malade, se plaignant surtout de fièvre, de mal de tête, de douleurs dans les membres et surtout dans les lombes. Puis s'empresse-t-elle d'ajouter, elle est devenue "*rouge*" dès la première journée. Les rougeurs ont commencé au visage, puis se sont propagées sur la poitrine et sur les membres. Tels sont les malaises qu'elle a sentis hier.

Aujourd'hui, la malade présente à peu près la même symptomatologie. Sa température est de 102° F.; son pouls bat 95 à la minute, sa langue est légèrement saburrale. Elle tousse, mais rarement. Pas de signes physiques à l'auscultation. Il n'y a pas de coryza, les yeux ne sont pas injectés. Elle se sent quelque peu en état de prostration. Bref son état général est relativement bon. Son cas n'inspire aucune inquiétude.

Deux symptômes sont tout particulièrement à observer dans ce cas-ci : son éruption et l'état de sa gorge.

Comme il est facile de le constater, notre malade est pratiquement couverte de rougeurs. Ces rougeurs siègent au visage, sur la poitrine et sur les membres supérieurs et inférieurs. L'éruption est plutôt légère sur la paroi abdominale.

Mais ce qui doit éveiller ici votre curiosité, c'est la différence dans la forme de l'éruption. En effet l'éruption n'est pas la même partout. Pendant que le visage est couvert d'un rouge vif uniforme, la poitrine présente une teinte qui ressemble en tout point à celle de la scarlatine. On y voit en effet un pointillé d'un rouge vif se détachant sur une peau d'une teinte rouge pâle. C'est une éruption scarlatiniforme classique.

(1)—Leçon clinique à l'Hôpital civique, le 17 janvier 1923.

Regardez maintenant la partie antérieure et interne des bras et des cuisses. Au lieu d'une rougeur diffuse, comme sur le visage et la poitrine, vous n'y voyez que des taches rouges, des macules isolés, en assez grand nombre, et laissant par place des intervalles de peau saine. Ici sur les membres c'est le tableau parfait d'une éruption morbilliforme.

Maintenant si vous examinez attentivement sa bouche et sa gorge, vous ne voyez d'abord rien d'anormal dans la bouche. Celle-ci est nette, ainsi que les joues, les gencives, les amygdales, la luette, les piliers et le voile du palais. Mais si vous regardez le pharynx, vous en voyez les parois congestionnées, d'un rouge foncé et recouvertes d'un muco-pus épais. Des fosses nasales, tombent dans la cavum des paquets de mucosités épaisses, on dirait des membranes. La malade avoue souffrir de ce catarrhe du pharynx depuis sa naissance.(1)

* * *

En somme, ce sujet n'offre de l'intérêt clinique qu'au point de vue du diagnostic différentiel. Analysons donc les différents symptômes que présente cette forme étrange de maladie éruptive; et envisageons les différentes hypothèses en vue d'arriver à un diagnostic aussi près que possible de la vérité.

Qu'est-ce donc que le cas qui nous occupe? Est-ce de la rougeole, de la rubéole, de la roséole, de la scarlatine, ou de l'érythème infectieux ?

* * *

Est-ce de la *rougeole* ? Je le crois pas. D'abord la rougeole vraie n'existe pas à Québec actuellement. S'il en existe, les cas sont excessivement rares. Une chose certaine, c'est qu'il n'y a d'épidémie.

En second lieu, l'âge de la malade (21 ans) nous éloigne de cette idée. La rougeole, comme vous le savez, est une maladie de l'enfance. Exceptionnellement elle peut atteindre les adultes. Dans ce cas, c'est généralement dans les agglomérations de personnes qu'elle sévit: dans les campements militaires, les casernes, les pensionnats. Dans les cas ordinaires ce sont les enfants qui payent le tribut à cette maladie.

Ensuite l'évolution de la maladie chez notre sujet est tout autre que celle de la rougeole. Nous en parlerons dans quelques instants.

Enfin ce qui nous éloigne davantage de cette idée de rougeole, c'est qu'à l'âge de 14 ans, cette jeune fille en a déjà eu une attaque. Or une première atteinte de cette maladie confère généralement une immunité durable.

* * *

(1) Je revis cette malade le lendemain, qui était le 3^e jour de sa maladie. Elle allait déjà beaucoup mieux. La fièvre était disparue. La langue était presque à l'état naturel. Elle demandait à manger. Quant à son éruption, l'aspect était maintenant uniforme. La teinte en était d'une couleur rose. Bref l'éruption palissait et était en voie de s'effacer.

Immunité : A ce propos laissez-moi ouvrir une parenthèse, et vous dire un mot de l'immunité en général ; ce qui ne manquera pas d'un certain intérêt pratique.

Vous avez souvent entendu dire que les maladies infectieuses confèrent l'immunité aux personnes qui en ont déjà été atteintes. Pas toujours, vous allez l'apprendre.

C'est aujourd'hui un fait reconnu par tout le monde médical que la durée de l'immunité varie avec chaque maladie. A ce point de vue, on peut diviser les maladies infectieuses en deux groupes.

Dans le premier groupe on range les maladies caractérisées par une immunité *courte* qui ne dure que peu de temps. Et pendant les quelques semaines qu'elle agit, cette immunité est non seulement passagère, mais même elle n'est pas très solide. Les maladies qui procurent cette sorte d'immunité sont les infections à bactéries connues et visibles. Ces maladies infectieuses sont : la diphtérie, le choléra, la dysentérie, la malaria, le tétanos, le charbon, la méningite cérébro-spinale, la pneumonie, la peste, la move, etc.

Et pour ne parler que de la plus commune de ces maladies, dans notre contrée, personne n'ignore que les enfants peuvent avoir la diphtérie plusieurs fois. Il en est de même de la pneumonie, de la grippe, chez les adultes.

Et tout à fait au bas de l'échelle de ce groupe de maladies laissant après elle une courte immunité, il faut placer le chancre mou, la syphilis, la blennorrhagie, les streptococcies et les staphylococcies de la peau : ces dernières affections ne créent aucune immunité.

Dans le second groupe on range les maladies qui créent une immunité durable et solide. Dans cette catégorie je ne vous citerai que les mieux connues : la variole, la vaccine, la varicèle, la scarlatine, la rougeole, le typhus exanthématique, la fièvre typhoïde, la rage, la poliomyélite, la fièvre aphteuse, l'encéphalite léthargique, le trachôme, le molluscum contagiosum, la fièvre jaune, la peste bovine, etc.

L'immunité communiquée par ces maladies dure de longues années, le plus souvent la vie entière ; elle est pour ainsi dire absolue. C'est l'immunité des infections à virus invisible.

Comment explique-t-on cette longue durée de la défense de l'organisme contre une nouvelle infection de la part de ces maladies ? Cela est dû, aux dires des auteurs, au contact plus intime du microbe ultra-microscopique avec le noyau de la cellule. Ainsi dans l'encéphalite létharlique, les histologistes ont démontré la présence des corpuscules intranucléaires dans les parties nerveuses affectées. Aujourd'hui on considère les maladies ultra-

microbiennes comme une infection du noyau cellulaire. Et la présence du virus dans la masse nucléaire provoque une réaction dont le résultat est l'immunité durable et permanente.

* * *

Maintenant fermons la parenthèse, et reprenons notre question à savoir si notre malade a bien la rougeole.

Nous avons déjà avancé que le défaut d'épidémicité, son âge adulte, une première atteinte de la maladie écartait ce diagnostic. Mais ce qui surtout va nous confirmer dans cette idée, c'est l'évolution même de la maladie dont notre malade souffre. En effet la marche de ses symptômes diffère très sensiblement de celle de la rougeole.

Rappelez-vous que dans ce cas-ci la maladie a complété tout son cycle dans l'espace de 3 à 4 jours, que les prodromes ont fait complètement défaut, et qu'elle a évolué sans symptômes catarrhaux, ni du côté du nez, des yeux, ni du côté des bronches.

D'ordinaire la rougeole est caractérisée par des phases bien distinctes : par une période d'invasion, et une période d'éruption.

Nous allons, si vous le voulez bien, passer en revue bien sommairement, les symptômes de la période d'invasion appelée période "*prodromique*". L'étude de cette phase sera intéressante à un double point de vue, d'abord à titre d'éléments de diagnostic différentiel—sujet de la présente clinique,—ensuite à titre prophylactique.

D'abord, fait digne de remarque, notre malade a présenté de l'éruption cutanée dès les premières 24 heures de sa maladie ; ce qui, rappelez vos souvenirs, n'arrive pas dans la rougeole. En effet dans cette maladie, l'éruption se fait attendre, alors même que le sujet est malade et fiévreux, 3 à 4 jours en moyenne, quelquefois 6 à 7 jours. C'est durant cette période d'invasion que vont éclore les uns après les autres les symptômes suivants qu'il importe de connaître, si l'on veut faire un diagnostic précoce, ce qui n'est pas indifférent pour un médecin qui pratique dans une maison d'enseignement par exemple. La connaissance de ces symptômes prodromiques lui permettra de pratiquer l'isolement et d'empêcher la propagation de la maladie. Car c'est surtout à cette période d'invasion que la maladie est contagieuse.

* * *

Signes prémonitoires.—Dans une institution, à New-York, le Dr Hermann a pu suivre un grand nombre d'enfants qui avaient été exposés à la rougeole. Sur ce nombre 300 contractèrent la maladie. Les premiers signes de la maladie commencèrent à se montrer entre le 8e et 14e jour après le contact infectant.

Voici dans leur ordre d'apparition les symptômes observés avant l'éruption.

D'abord la scène commence par de la fièvre. La température est généralement assez élevée. Puis quelques 12 heures après le début de la fièvre surviennent sur le voile du palais et sur la luette, des *taches rouges, violacées*, assez grandes et légèrement saillantes. Cet énanthème du voile du palais a une grande valeur comme signe prémonitoire de la rougeole. Ces taches sont en effet un signe précieux pour un diagnostic précoce. Sans doute elle n'ont pas l'importance du signe de Koplik, qui est pathognomonique, mais par contre on les rencontre plus fréquemment. Dans le cas qui nous occupe, la bouche est nette.

A ce stage de la période d'invasion survient un *oedème des paupières*, surtout des paupières inférieures. Ici, il n'y a ni oedème, ni conjonctivité; l'oeil est blanc et net.

Le lendemain qui suit l'éclosion de la fièvre, ou à peu près 12 heures après l'énanthème buccal, survient le catarrhe du nez, des yeux, de la trachée et des bronches. Le rougeoleux, comme vous le savez, a une toux grasse, son nez coule, ses conjonctives sont rouges, il y a du larmolement. Ce catarrhe est le compagnon obligé de la rougeole. Dans le cas présent, il n'y a, en fait de catarrhe, qu'une légère trachéite sans aucun signe physique de bronchite.

Puis vers la fin de la deuxième journée de la fièvre, i-e 12 heures après les signes de catarrhe des voies respiratoires, on trouve quelquefois des *petits points blancs* sur les joues et dans le sillon jugo-gingival. C'est le *signe de Koplik*. Nous en reparlerons dans un instant.

Enfin une journée et demie après la découverte du signe de Koplik, l'éruption se montre. C'est comme un voile qui tombe. Après une si longue attente, la maladie se montre enfin sous son véritable jour, et l'on pose alors résolument le diagnostic de rougeole. Jusque là on vit dans l'incertitude. Seule la recherche attentive de ces divers signes prémonitoires, et surtout l'attention éveillée par l'état d'épidémicité, nous permettent de faire un diagnostic précoce.

* * *

Signe de Koplik.—Je vais maintenant insister quelques instants sur le signe de Koplik, parce qu'il a une grande valeur en clinique. Il est pathognomonique de la rougeole. Son existence tranche la question, avant même que la maladie ne se montre sous son vrai jour.

D'abord n'allez pas vous imaginer de voir une tache, comme on l'appelait autrefois. Au contraire ce sont de *minuscules points blancs*, un peu grisâtres, quelquefois même un peu bleuâtres, en nombre variable. Ils sont tout petits, si bien qu'il faut placer le sujet en très bonne lumière pour

les voir, et se servir au besoin de la loupe. Leur petitesse est ce qu'ils ont de plus caractéristique.

D'ordinaire ces points blancs minuscules, un peu saillants, ne sont pas nombreux. Quelquefois la joue en est soupoudrée, comme par du sucre en poudre. On peut en trouver aussi dans le sillon gingivo-jugal. Il faut alors avoir soin de bien déplisser la joue. Fait important : on ne voit jamais ces *petits points blancs* de Koplik ni sur les gencives, ni sur le plancher buccal, ni sur le voile du palais.

Généralement on rencontre ces petits joints blancs des deux côtés de la bouche. On peut aussi les trouver sur le caroncule, à l'angle interne de l'oeil.

Ce signe de Koplik est caractéristique. Quand ces petits points blancs existent, on peut affirmer que l'éruption morbilleuse va se montrer en moins de deux jours.

Il ne faudrait pas le confondre avec le muguet. Le point blanc de Koplik fait une légère saillie, adhère à la muqueuse et ne s'en détache que difficilement par le frottement, tandis que le muguet forme des points blanchâtres, plus volumineux, plus saillants, plus épais, plus crémeux, et le moindre frottement les détache. De plus le muguet, quand il siège sur les joues, on le retrouve en même temps partout ailleurs dans la bouche, tandis que le signe de Koplik n'existe que sur les joues et dans le sillon jugo-gingival.

N.B.—Il est bon de savoir que ce signe de Koplik peut ne pas exister. On ne le trouve que dans le tiers des cas. De plus il a une durée éphémère. Dès l'éruption il est le plus souvent disparu.

C'est avec intention que j'ai insisté sur la description des signes prémonitoires de la rougeole. Car j'estime que tout médecin doit être doublé d'un hygiéniste. Vous aurez en toute probabilité, dans le cours de votre carrière médicale, l'occasion de faire appel à ces notions, surtout si vous êtes le médecin d'une institution où il y a une agglomération d'enfants. Si dans une pareille institution il survenait un cas de rougeole, surveillez bien attentivement les enfants qui sont venus en contact avec le rougeoleux, et cela durant les quinze jours qui suivent ; c'est le temps de l'incubation. Dans les écoles la visite quotidienne de la bouche des écoliers permettra d'éliminer de façon précoce les cas de 2^e génération, et d'éviter que la maladie ne se propage.

Si vous vous trouvez dans une pareille situation, ou encore dans une famille où il y a beaucoup d'enfants,—ce qui n'est pas une rareté chez nous,—rappelez-vous alors que l'éruption caractéristique de la rougeole se fait attendre à à 4 jours après le début de la fièvre. Souvenez-vous que c'est à cette période d'invasion surtout que cette maladie est contagieuse, et cela

au moins 3 jours avant l'éruption, i-e, dès l'apparition des symptômes de catarrhe qui surviennent en général 24 heures après le début de la fièvre.

Aussi dans un milieu suspect, n'attendez pas, pour imposer l'isolement, la présence de l'éruption. N'attendez pas non plus d'avoir trouvé le signe de Koplik ; il est trop rare. Du moment que chez un enfant suspect, vous constatez de la fièvre, des *taches* rouges sur le voile du palais et l'édème des paupières—symptômes qui précèdent le catarrhe—vous êtes alors justifiables de pratiquer l'isolement. Vous préviendrez ainsi de nouvelles éclosions de la maladie, et vous aurez rendu un grand service. C'est ici surtout que le vieux précepte "mieux vaut prévenir que guérir" trouve son application. Car il ne faut pas se faire d'illusion, la science médicale est presque désarmée en face de la rougeole qui poursuit son cours envers et contre tout. De plus son bilan est chargé de méfaits sans nombre, soit au cours de la maladie, soit dans ses suites.

* * *

En résumé, si l'on excepte l'éruption, qui est cependant polymorphe, le tableau clinique de la maladie de notre sujet ne rappelle en rien celui de la rougeole. Il n'y a pas eu de taches sur le voile du palais, pas de coryza, pas de conjonctivite, à peine un petit rhume banal. De plus la maladie a évolué en 3 jours. Nous éliminerons donc le diagnostic de rougeole.

* * *

Est-ce de la *rubéole* ? La forme légère de la maladie qui fait le sujet de la présente clinique pourrait y faire penser. Mais il faut rejeter ce diagnostic. D'abord cette maladie est très rare au pays ; et quand elle existe, c'est à l'état épidémique ou endémique. Or tel état n'existe pas actuellement. De plus un symptôme caractéristique de la rubéole, c'est l'existence de ganglions ou cou, dans l'aîne et dans les aisselles. Or, dans ce cas-ci, on chercherait en vain des ganglions. Donc... pas de rubéole.

* * *

Roséoles :—Dans un cas étrange comme celui qui nous occupe, le clinicien doit penser aux différentes possibilités. Et c'est en procédant par élimination qu'on arrive à un diagnostic aussi près que possible de la vérité. Ainsi on doit penser aux différentes roséoles : *a—sérique*, *b—syphilitique*, *c—médicamenteuse*.

a) Est-ce de la *roséole sérique* ? — Vous n'ignorez pas qu'à la suite d'une injection de sérum, le sujet injecté peut présenter, au cours de la deuxième semaine qui suit l'injection, une éruption qui s'étend sous l'aspect d'un érythème scarlatiniforme, urticarien, rubéolique ou polymorphe, très

prurigineux, accompagné de fièvre, de malaise général et de douleurs articulaires. Cette roséole dure en moyenne une couple de jours et ne présente pas de gravité. Dans le cas présent, il ne peut en être question; notre sujet n'ayant subi aucune injection de sérum quelconque.

b) Est-ce de la *roséole syphilitique*? Dans le cas de syphilis secondaire le malade vient assez souvent couvert de rougeurs assez discrètes, plutôt pâles. Chez d'autres la peau est littéralement couverte d'érythème polymorphe avec accompagnement de symptômes généraux. Ici rien dans le passé ne laisse supposer une pareille origine.

c) Est-ce de la *roséole médicamenteuse*?—Vous n'ignorez pas que l'ingestion de copahu, de cubèbe, d'antipyrine, d'Iode, de belladone, d'opium, d'arsénic, de chloral, de balsamiques, de mercure, etc., détermine des éruptions morbilliformes ou scarlatiniformes, accompagnées de démangeaison. Mais dans le cas présent l'enquête étiologique a suffi pour éliminer cette supposition.

* * *

Scarlatine: ne serait-ce pas par hasard de la scarlatine ?

Je ne le crois pas. Voici mes raisons. L'éruption n'est pas celle de la scarlatine. Elle est polymorphe. Sur la poitrine elle a bien l'apparence scarlatiniforme; mais sur les membres l'éruption est morbillieuse, si bien que le sujet est entré à l'hôpital avec l'étiquette de rougeole. De plus, la scarlatine s'accompagne généralement d'une angine prémonitoire plus ou moins prononcée. Ici rien de tel n'existe.

Sur le voile du palais, les piliers et les amygdales, une rougeur uniforme, plutôt sombre, augmente avec l'éruption dans les cas de scarlatine. Ici rien de tel n'existe, pas plus qu'il n'y a d'adénopathie sous-maxillaire.

Le dépouillement consécutif de la langue qui survient dès le 2^e ou 3^e jour de l'éruption de la scarlatine a fait défaut ici. Dans les cas de scarlatine la langue devient d'un rouge vif, tantôt vernissé, tantôt framboisé. Ici la langue est devenue nette et normale dès le 3^e jour de la maladie. Enfin un bon critérium de l'existence d'une maladie infectieuse c'est le milieu épidémique. Or nous n'avons pas de scarlatine depuis quelque temps à Québec.

* * *

Association de scarlatine et de rougeole—Tous les auteurs admettent la coexistence des fièvres éruptives, et la possibilité de leur évolution simultanée. La scarlatine est le plus souvent associé à la rougeole. Dans le cas présent, l'éruption mixte plaiderait en faveur de l'association de ces deux maladies éruptives. Dans le cas d'association, le sujet est généralement très gravement malade. Les complications secondaires sont fréquentes, surtout les otites et les broncho-pneumonies. Or notre malade ne l'a été que très légèrement et peu de jours. Cette bénignité nous éloigne de l'idée de l'association de la rougeole et de la scarlatine.

* * *

Erythème infectieux :—Serait-ce enfin de l'érythème infectieux? Je le crois en effet. Vous n'ignorez pas que certaines maladies infectieuses s'accompagnent de rougeur de la peau. Sans parler des érythèmes d'origine intestinale de nature toxi-infectieuse, la fièvre typhoïde, la diphthérie, les *angines*, la grippe surtout s'accompagnent assez souvent d'éruption. De plus aux temps jadis où l'aseptie n'étaient pas encore connue, il y avait autrefois dans les maternités et les salles d'opérations des cas que l'on appelait de la scarlatine puerpérale ou de la scarlatine chirurgicale. Ces cas n'étaient pas des scarlatines vraies, classiques, mais bien des cas d'érythèmes infectieux. Aujourd'hui, grâce à l'antiseptie et à l'aseptie, on ne rencontre qu'exceptionnellement des femmes en couche avoir de la scarlatine septique. De même on rencontre encore quelquefois de la scarlatine chez les opérés récemment. Il m'a été donné d'en observer tout dernièrement à l'Hôtel-Dieu de Québec.

En résumé, je crois que le sujet de la présente clinique souffre de grippe avec exanthème concomittant. Je dois dire aussi que l'état actuel de son pharynx, plein de muco-pus, serait suffisant pour expliquer cet érythème. Mais ce qui me fait plutôt croire à une érythème d'origine grippale, c'est le tableau clinique que présente notre malade. Dès le début des symptômes de grippe qu'a présentés notre sujet : fièvre, courbature, céphalgie, rachialgie, une toux légère, dès le début, dis-je, l'éruption s'est établie. Ce qui est particulier à la grippe. L'éruption se montre en effet dès la première journée de la grippe. Cette éruption tantôt rubéoliforme, tantôt scarlatiniforme, est fugace, et ne dure que 2 ou 3 jours.

Ce qui surtout me justifie de porter ce diagnostic d'érythème grippal, c'est l'état d'épidémicité de la grippe, cette fièvre catarrhale saisonnière qui nous visite régulièrement, tous les ans, à la saison froide. Sans revêtir la gravité de l'épidémie de 1918, la grippe tout de même sévit assez sérieusement cet hiver. Elle fait un grand nombre de victimes surtout chez les enfants.

Et ce qui m'a surtout frappé, cette année, c'est le nombre considérable d'enfants grippés présentant des éruptions telles parfois, surtout au début, que j'ai cru à de la scarlatine. Mais ce n'en était pas.

Plusieurs de mes confrères m'ont aussi avoué avoir fait la même constatation. De plus je tiens d'un écolier d'un de nos collèges classiques que la grippe a sévi assez fortement dans ce collège de.....au point que presque un tiers du personnel aurait été malade et que plusieurs des grippés avaient de l'éruption que cet écolier appelait "rubéole".

Bref, la grippe, cette année, s'est présentée avec une allure ordinaire de fièvre catarrhale avec en plus une éruption qui tenait de la scarlatine et de la rougeole.

Albert Jobin.

UN CAS DE FECONDITE EXCEPTIONNEL.

L'on me permettra de rapporter un cas de fécondité un peu exceptionnel. Bien que nos Canadiennes soient reconnues pour être très prolifiques je crois que ce cas-ci dépasse l'ordinaire.

Madame C. de Kénogami, Canadienne-française, âgée de 29 ans, femme assez grande, plutôt maigre et d'apparence malade a eu, en onze ans de ménage, 16 enfants nés viables, c'est-à-dire 3 grossesses ordinaires, 2 grossesses gémellaires et 3 trigémellaires, et, à part cela, 2 fausses couches de 4 mois et 4½ mois.

Inutile de dire qu'elle ne s'est jamais rendu à terme à ses grossesses trigémellaires. En 1914 elle a eu 6 enfants, soit 4 le 14 avril, et 3 le 31 décembre de la même année, gestation de 7½ mois et 6½ respectivement. Les enfants n'ont pas vécu. Le 15 janvier dernier elle a encore accouché de 3 enfants d'environ 7½ mois, et les enfants pesaient 5½, 5, 3½ lbs. Les 2 plus gros ont vécu 8 et 48 heures et le plus petit *vivote* encore. La mère me dit que ni sa mère ni aucune de ses parentes connues, ni du côté de son mari n'ont eu des jumeaux.

Je ne vous cite pas ce cas comme curiosité scientifique, mais comme rareté; le fait est que les 3 accouchements ont été absolument normaux; dans les 3 cas j'ai remarqué, à chacun des enfants, un sac séparé, deux placentas communs et un autre complètement séparé avec une decidua commune aux trois, ce qui me fait penser que la femme n'a pas un utérus double. Garrigues prétend qu'une gestation trigémellaire n'arrive qu'une fois sur 7103 cas, quel est le pourcentage, dans ce cas-ci. Six enfants la même année, 16 en 11 ans !!

Dr. Hulmann,

Kénogami, Qué.

LA REACTION DE PAUDY DANS LES REACTIONS MENINGEES.

Un auteur allemand, Paudy, a proposé en 1910 une réaction simple pour apprécier des états méningés en différenciant les processus inflammatoires vrais des états méningés proprement dits. On se sert d'une solution de:

Acide phénique pur.....10 grammes

Eau150 c. cubes

dont on verse un centimètre cube dans un tube à hémolyse, et à laquelle on ajoute une goutte du liquide céphalo-rachidien à examiner. En cas de méningite vraie, le liquide céphalo-rachidien produit, en tombant dans le liquide phénique, un précipité bleuâtre dû à la précipitation des albumines. Une telle réaction serait négative dans les états méningés. La réaction de Paudy, si facile à pratiquer, est donc à la portée de tout praticien.

(*"Journal de Méd. de Bordeaux, avril 1922.*)

REVUE ANALYTIQUE

GROSSESSE EXTRA-UTERINE AVEC FOETUS VIVANT
A TERME

(Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, dec. 1922)

Les Docteurs Zarate, Rajas et widekovich, de Buenos-Ayres, rapportent un cas de grossesse extra-utérine avec foetus vivant à terme. Avant 1883, disent-ils, la grossesse extra-utérine était à ce point ignorée que en 1876, Henning écrivait :

"Cette affection est si rare que les directeurs des principales cliniques obstétricales n'en ont jamais pu voir un cas".

L'éventualité la plus rare qui puisse se présenter dans l'évolution d'une grossesse ectopique, c'est qu'elle arrive à terme.

Sithner a fait la statistique mondiale des cas de grossesse extra-utérine arrivée à terme avec foetus vivant ; de 1813 à 1900, il trouve 121 cas, auxquels il en ajoute 43 en 1908. Harley, en 1913, recueille 10 nouveaux cas.

Il est rare que la grossesse extra-utérine arrive sans complication jusqu'à la seconde moitié de son temps de gestation ou jusqu'à l'époque où le foetus est viable.

Dans les premières semaines apparaissent des douleurs abdominales ; plus tard, entre le 2^e et le 3^e mois, des symptômes de rupture (douleur soudaine, vomissements, état syncopal, anémie aiguë, etc.)

Ces symptômes sont attribués, dans une grossesse normale, à de simples crises douloureuses, à une appendicite ou à une crise de coliques hépatiques ou néphrétiques compliquant la grossesse, et presque invariablement, comme il est arrivé dans presque tous les cas où il s'agissait d'une grossesse extra-utérine qui est allé à terme, surtout lorsqu'il y a eu perte de sang par le vagin, à une menace d'avortement.

Dans ces cas, les symptômes d'hémorrhagie externe n'avaient pas été très intenses et l'état de la malade n'avait pas été dramatique au point de nécessiter le transport à l'hôpital et l'intervention immédiate. Il s'agissait, en général, de ruptures partielles du sac foetal avec hémorrhagie interne moyenne, l'oeuf restant intact.

Ces symptômes se répètent fréquemment, mais rarement après le 5^e mois, et on peut dire que dans une grossesse extra-utérine, si l'embryon n'est pas mort au 5^e mois, il ira à terme.

En résumé : douleurs abdominales diffuses dans les premières semaines, suppression de deux ou trois périodes menstruelles, symptômes de rupture avec ou sans hémorrhagie externe, pesanteur exagérée dans le

bas-ventre, mouvements foetaux perçus par la mère très superficiels et provoquant de la douleur, utérus indépendant; apparition d'un faux travail, tels sont les points capitaux pour le diagnostic de grossesse extra-utérine quand le fœtus est vivant et que la grossesse est arrivée à terme.

Signes de la rupture tubaire.—Proust a insisté sur la valeur de la douleur constatée au niveau du Douglas, comme signe de la rupture tubaire. En cas d'inondation péritonéale, on détermine par la palpation profonde du cul-de-sac de Douglas une douleur profonde, extrêmement intense, qui, jointe à la parfaite dépressibilité du cul-de-sac, constitue ce que l'auteur avait appelé dès 1914 le *signe du Douglas*.

Le diagnostic quelquefois difficile entre rupture de *gestation tubaire* et *avortement utérin à tendance syncopale* peut se trouver simplifié par la recherche de l'hypersensibilité du Douglas qui n'existe jamais dans l'avortement utérin.

En cas de *salpingite accompagnée de paramétrite*, la douleur du Douglas existe mais sans dépressibilité.

En cas d'*épanchements péritonéaux purulents*, il y a également douleur à la pression et dépressibilité du Douglas, mais en plus il y a contraction des grands droits qui manque dans la rupture de la trompe gravide.

Autre signe, inconstant celui-ci, mais susceptible d'une valeur diagnostique réelle est l'ictère. *Norris* a rappelé qu'il n'est pas rare dans la rupture tubaire. Il présente une très grande importance chaque fois qu'on l'observe car il peut fréquemment être le symptôme qui permettra de faire le diagnostic différentiel. Cet ictère est probablement dû à l'absorption des pigments sanguins par hémolyse du sang extravasé.

GROSSESSE TRAUMATIQUE

Le Dr Pierre de Bougie, sous le titre de *grossesse traumatique*, signale un cas dans lequel un traumatisme a mis fin à la stérilité d'une femme. Il demande s'il existe des cas semblables. En voici un:

Madame C. était mariée depuis 17 ans et malgré son désir d'avoir des enfants, n'avait jamais eu de grossesse. Il y a 8 ans environ, elle tombe d'une échelle; son mari "*la consola*", neuf mois après elle accouchait d'un bel enfant.

Dr Jules Regnault.

P.S.—Un exemple de courage de nos mères canadiennes est le fait suivant qui est authentique:

Une femme venait de donner naissance à son treizième enfant. Son mari tout joyeux l'embrasse et lui dit: "Que veux-tu que je te donne pour te récompenser?"

La mère regarde son mari en souriant et lui dit: "tu m'en donneras un autre".

A. J.

LE SUCRE DANS L'INERTIE UTERINE

A l'accoucheur "*speeding up*" de nos jours, j'apporte un moyen nouveau pour arriver à ses fins d'une prompte délivrance. Ce moyen—qui n'offre pas les dangers de la pituitrine—c'est du sucre.

Je me rappelle avoir lu quelque part, il y a de ça plus de 20 ans, que l'ingestion du sucre donnait de l'énergie aux contractions utérines pendant l'accouchement. Et lorsque j'assistais une femme en travail, je lui conseillais, presque invariablement, de manger du sucre. Et à défaut d'instrument pour m'aider à mesurer le degré de force des contractions utérines, la foi aidant peut-être, j'ai cru que l'usage du sucre rendait réellement service dans ces circonstances.

Je vois dans un journal allemand (Gyvek. No. 4, 1922), que le Dr Muller recommande les injections intraveineuses de sucre, d'une solution concentrée de 50 pour cent, à raison de 10 centimètres cubes, dans le but de stimuler les contractions utérines. Quand il n'y a pas d'obstacle mécanique à l'accouchement, et que la mère semble épuisée et manque de force, le Dr Muller constate que le sucre active le travail sans préjudice aucun ni pour la mère, ni pour l'enfant. Sur 15 cas, dit-il, où il a mis cette méthode en pratique, 9 fois les résultats ont été une prompte délivrance, 3 fois il n'y a eu qu'une amélioration, et les 3 autres fois, les résultats ont été négatifs.

Le Dr Muller ajoute que, dans bien des cas, le sucre diminue dans le sang des femmes enceintes, et qu'alors ce sucre injecté—qui n'est pas toxique du tout, sert d'aliment aux muscles et aux tissus. C'est tout à fait plausible et rationnel.

Ne sait-on pas, du reste, que les armées en marche qui ont une bonne ration de sucre, ont plus d'endurance que celles qui n'en ont pas ou peu. — A. J.

Traitement des AFFECTIONS VEINEUSES

Veinosine

Comprimés à base d'*Hypophyse* et de *Thyroïde* en proportions judicieuses
d'*Hamamélis*, de *Marron d'Inde* et de *Citrate de Soude*.

DÉPOT GÉNÉRAL : P. LEBEAULT & C^{ie}, 5, Rue Bourg-l'abbé, PARIS

RACHIALGIE LOMBAIRE CHRONIQUE.

(Lumbago chronique rhumatismal.)

LAMINECTOMIE.

Par J. A. SICARD et J. FORESTIER.

Les auteurs se proposent de montrer que, dans la forme de lumbago chronique rhumatismal que les occupe, le caractère essentiel de discrimination consiste précisément en l'absence de lésion osseuse décelable à la radiographie.

C'est bien d'une rachialgie lombaire, d'une lombalgie, d'une spondylalgie et non d'une lumbarthrie ou d'une spondylite au sens anatomique objectif de ce terme qu'il s'agit.

*

*

*

Les nombreux travaux de l'Ecole Française (Pierre Marie, Léri, Forestier père, Teissier de Lyon, Péhu de Lyon et ses élèves, E. Martin de Lyon, etc.), permettent de grouper les réactions rachidiennes chroniques dites rhumatismales en des cadres qui paraissent jusqu'ici assez bien individualisés.

C'est ainsi que l'on décrit :

1^o—La spondylose ligamenteuse avec ou sans rhizomélie qui est avant tout un ligamentite vertébrale associée ou non à la rhizomélie, avec lésion ligamenteuse décelable à la radiographie: spondylose rhizomélique de Pierre Marie (ménisco-ligamentite de Léri).

2^o—La spondylose ostéophytique, qui est caractérisée par la production de poussées osseuses sur les parties constituantes des vertèbres: saillies, épines, pointes osseuses, éversements osseux: toutes néoformations également constatables aux rayons X (rhumatisme vertébral ostéophytique de Teissier.

3^o—Les spondylites infectieuses et traumatiques, sur terrain héréditaire ou non, s'accompagnant de déformations osseuses visibles à la radiographie.

4^o—La lumbarthrie localisée à la région lombaire, décrite par Léri: "Les constatations anatomo-radiologiques, plus encore que cliniques, dit cet auteur, nous permettent d'affirmer chez nos sujets la réalité du rhumatisme vertébral chronique localisé à la région lombaire." Et Léri, pour bien montrer la nature ostéophytique de cette lumbarthrie, insiste tout particu-

lièrement sur les figures radiographiques de la colonne vertébrale : segments cannelés, vertèbres en diabolo, épines osseuses, becs de corbeau, becs de perroquets, etc.

5°—A côté de ces modalités nombreuses, il y a place, nous semble-t-il, pour la rachialgie chronique, c'est-à-dire pour la lumbalgie simple, sans lésion radiographiquement décelable.

A la vérité, Péhu et ses collaborateurs soutiennent que l'ensemble de ces réactions osseuses vertébrales localisées ou généralisées "spondylite chronique ankylosante, rhumatisme chronique plus ou moins étendu, et même spondylose rhyzomélique", ne sont que les formes d'une même affection générique : "le rhumatisme chronique progressif vertébral, à quelque étiologie que ce dernier ressortisse".

La modalité de rhumatisme lombaire, dont nous nous occupons, la lumbalgie ou rachialgie lombaire, est d'autant plus importante à discriminer des autres groupes de réactions rachidiennes chroniques, qu'elle est justiciable, comme nous l'avons laissé pressentir d'une thérapeutique curative que l'on n'avait pas envisagée jusqu'ici, de la thérapeutique opératoire par laminectomie.

* *

*

La rachialgie lombaire chronique s'observe entre la vingtième et la cinquantième année. L'homme est plus prédisposé que la femme à l'atteinte lumbalgique. Le début se fait souvent insidieusement. C'est au lever, le matin, que se manifeste d'ordinaire un certain degré de gêne, de raideur douloureuse du rachis inférieur, symptôme qui se dissipe par la marche, le mouvement, l'exercice physique. Puis quelques semaines ou quelques mois après ces premiers avertissements, soit d'une façon progressive, soit au contraire à l'occasion d'un effort intempestif, dans l'acte, par exemple de soulever du sol un objet pesant, surviennent des douleurs lombaires vives et durables. Le lumbago, dès lors, va se continuer et les crises lumbalgiques vont se succéder jusqu'à ne plus laisser entre elles, d'accalmie, d'intervalle sédatif. La lumbalgie s'établit à demeure. C'est la chronicité. Dès lors, le lumbalgique est entravé dans sa vie sociale et professionnelle ; les douleurs peuvent de temps à autre s'irradier dans les régions fessières, les membres inférieurs, le long des sciatiques.

Les auteurs estiment qu'une lumbalgie est chronique lorsqu'elle a persisté sans franche accalmie durant deux ou trois ans.

Quant à l'épithète "rhumatismal" que l'on donne souvent au lumbago chronique, elle ne comporte dans notre idée que des caractères étiologiques négatifs ; elle signifie qu'il ne s'agit ni de tuberculose vertébrale, ni de syphilis, ni de gonococcie, ni de spondylite post-typhique, ni de métastase néophasique, etc.

Le lumbago qui les occupent ne peut être préjugé chronique que s'il a résisté aux nombreux traitements médicamenteux toujours mis à l'essai dans ces cas rebelles : analgésiques divers, préparations à base de salicylate ou de colchique, pointes de feu, injections locales sous cutanées ou intramusculaires à base d'alcool, d'iode, de goménol ; pratiques mécanothérapiques : hydrothérapie, massages, électricité, radiothérapie, bains résineux, bains de lumière, bains de sudation, cures thermales, etc.

Devant ces échecs thérapeutiques, devant une maladie qui s'éternise, le lumbalgique n'a plus qu'une chance de guérison, l'acte opératoire, la laminectomie.

* *
*

La laminectomie, comme son nom l'indique, est la résection bilatérale des lames sur une étendue plus ou moins grandes embrassant environ les segments postérieurs de trois, quatre, cinq vertèbres.

La laminectomie ne compromet jamais la solidité de la colonne vertébrale et nous avons publié, jadis, des observations où trois laminectomies furent pratiquées chez un même sujet dans les régions dorso-lombaires avec deux ou trois vertèbres seulement intercalaires respectées, sans que la solidité de la colonne vertébrale eut été influencée. Entre les mains de notre collègue Robineau, la laminectomie s'est toujours montrée une opération bénigne, et nous n'avons relevé aucune complication d'ordre local ou général. La laminectomie nous paraît être le traitement de choix au cours des lumbalgies (ou même peut-être des lumbarthries chroniques dites rhumatismales avec ostéophytes).

Les suites de l'opération ont toujours été parfaites et les malades opérés sont restés guéris depuis. Ils n'ont plus eu de nouvelles poussées douloureuses et ont pu vaquer à leurs occupations professionnelles et sociales.

*
* *

La sciatique avec lumbalgie unilatérale et scoliose, à évolution chronique s'éternisant et restant rebelle à tous les traitements, est justiciable, semble-t-il pour des raisons semblables, de cette intervention.

(Extraits de la Presse Médicale, Janvier 1922)

LES SYMPTOMES ABDOMINAUX AU COURS DES AFFECTIONS THORACIQUES.

Dans "Medical Record", Harlow Brooks passe en revue un certain nombre d'affections thoraciques où des erreurs de diagnostic peuvent être commises à cause de l'intensité des symptômes abdominaux.

Au premier rang, la dilatation aiguë du cœur, qui peut être confondue avec une indigestion aiguë. Il paraît qu'un certain nombre de morts subites sont attribuées à cette cause, en raison des douleurs abdominales, des nausées et vomissements, de la prostration, alors qu'il s'agit, en réalité, de thrombose des coronaires, de myocardite syphilitique, de dégénérescence graisseuse du myocarde, de péricardite, ou bien d'aortite chronique, d'anévrysme.

Dans d'autres cas, des troubles digestifs prolongés ont amené au diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal, d'hyperchlorhydrie, de lithiase biliaire ou de pancréatite; en réalité, il s'agit d'angine de poitrine. De fait, la crise d'angine apparaît souvent de façon paroxystique après le repas, ou bien se manifeste surtout par l'hyperélasticité, la flatulence gastrique, une douleur aiguë sus-ombélicale. Certains malades ont d'ailleurs des crises angineuses en même temps qu'une affection organique de l'estomac ou du pancréas, la syphilis ou bien la goutte étant à l'origine de ces diverses affections.

Les inflammations pleurales, et spécialement les pleurésies aiguës donnent fréquemment des symptômes abdominaux, d'où la confusion possible avec une appendicite ou une cholécystite. C'est surtout quand il y a pleurésie diaphragmatique que le diagnostic est difficile. L'accélération des mouvements respiratoires reste un des meilleurs symptômes d'affection thoracique.

Dans certains états chroniques, des erreurs peuvent également être commises: certains malades ont été opérés avec le diagnostic d'appendicite ou de cholécystite chronique, alors qu'ils étaient atteints de pleurite chronique ou de néoplasme pleuro-pulmonaire. D'ailleurs, on peut observer des lésions associées, par exemple une appendicite ancienne ayant causé un abcès rétropéritonéal, puis une pleurésie.

Enfin, les affections pulmonaires elles-mêmes peuvent s'annoncer par les signes abdominaux trompeurs; ainsi la pneumonie, soit qu'elle se complique de pleurésie diaphragmatique, soit même qu'elle se développe au centre du poumon. Trop souvent, dans ces conditions, des laparotomies ont été pratiquées par erreur et Brooks pense même que certaines pneumonies mortelles, dites post-opératoires, sont tout simplement des pneumonies pri-

mitives où les symptômes abdominaux trompeurs avaient égaré le diagnostic et entraîné une intervention injustifiée.

Des embolies pulmonaires ont parfois comme premier symptôme une douleur de l'hypocondre droit avec hyperesthésie et contracture musculaire.

Des rétrécissements de l'oesophage, néophasiques ou non, peuvent simuler une affection gastrique.

Enfin, la tuberculose pulmonaire au début, parfois, se traduit exclusivement par des troubles gastro-intestinaux : amaigrissement, anémie, asthénie, font croire à un cancer ou à un ulcère chronique de l'estomac.

La conclusion qui se dégage de cette étude, c'est qu'il faut toujours pratiquer un examen très complet du malade, recourir à la radioscopie, et ne pas se hâter d'intervenir chirurgicalement quand le diagnostic n'est pas absolument certain.

J. Rouillard,

(La Pr. Méd., Mars 1922).

Pearson — **Comment déterminer le pronostic dans les intoxications par la morphine.**— Quel que soit le mode d'intoxication, il faut, chez les opiomanes, envisager successivement l'état physique, l'état mental et les antécédents.

En ce qui concerne l'état physique, il faut noter tout d'abord la perte de poids. C'est le cas habituel ; sans doute quelques intoxiqués paraissent engraisser, mais on remarque néanmoins chez eux la disparition des saillies musculaires. La nutrition est défectueuse ; l'appétit est anormal, diminué, capricieux : les malades ne mangent, par exemple, que des sucreries.

Il y a perte du sommeil. Les morphinomanes dorment mal ; la nuit, ils sont pâles, et leur respiration est très diminuée d'amplitude. Quand les malades peuvent se faire les injections coutumières, cette perte du sommeil leur est indifférente, mais c'est une cause d'affaiblissement. Certains malades paraissent dormir un nombre d'heures normal, mais leur sommeil n'est pas reposant.

Ils ont enfin une constipation opiniâtre, qui entraîne une toxémie retentissant sur tout l'organisme et sur les glandes endocrines.

L'état mental se juge par l'observation des malades, et par les conversations qu'on a avec eux. Il se caractérise par la dépréciation de soi-même et la méfiance. Le malade explique cette méfiance par ce fait que le public est peu charitable envers les intoxiqués ; mais c'est plutôt un effet propre de la drogue.

Il faut noter en outre la tendance à l'isolement, les craintes habituelles, la perte du désir sexuel, sans perversions sexuelles.

Les intoxiqués deviennent menteurs, car ils cherchent à dissimuler ; ils veulent en outre se persuader que la morphine ne leur est pas nuisible,

et ils y parviennent. Ils sont rarement des criminels; parfois, poussés par le besoin, ils exécutent des actes délictueux, mais le plus souvent, ils sont arrêtés dans cette voie par la crainte de la prison, où ils seraient sevrés.

Ils ont parfois des obsessions: ainsi, ils croient que la morphine protège contre les maladies infectieuses, ou bien que la maladie pour laquelle on leur avait prescrit la morphine existe encore, qu'elle est seulement jugulée par les piqûres et qu'elle reviendra après le sevrage.

Enfin l'état mental est profondément troublé quand il y a association de syphilis, d'alcoolisme, de cocaïnisme.

On s'enquerra en dernier lieu des antécédents: familiaux (folie, épilepsie, hystérie, criminalité) ou personnels (état intellectuel et mental antérieur). La coexistence de tuberculose est un fait capital; en règle générale, à mesure que le malade se désintoxique, la tuberculose régresse.

J. Rouillard,

(la "Presse Médicale", 29 mars 1922)

FORMULAIRE CONTRE LES OTORRHEES AIGUES OU CHRONIQUES (*B. Richards*).

Seringuer dans l'oreille, 2 à 3 fois par jour, surtout matin et soir, l'oreille avec de l'eau tiède, laisser ensuite égoutter tenant la tête inclinée vers le côté atteint, puis penchant la tête en sens opposé, verser abondamment la solution médicamenteuse, préalablement tiédie, dans le conduit auditif et l'y garder pendant 10 minutes:

Acide borique	4 grammes
Alcool rectifiée	8 "
Glycérine pure	18 "

Après avoir fait cette instillation, si c'est le soir, tâcher de s'endormir sur le côté opposé au mal, de façon que la solution boriquée puisse demeurer dans son oreille le maximum de temps possible.—(*Lancet*).

PARALYSIES TRANSITOIRES (ANALYSE)

Dans "Journal of the Amer. Med. Assoc.", août 1921, le Dr W. H. Holmes décrit, sous le nom d'hémiplégies transitoires, des hémiplégies disparaissant complètement au bout de quelques heures, que l'on observe surtout chez les artério-scléreux et qui sont à distinguer soigneusement de celles que l'on observe dans la paralysie générale et de celles qui laissent un reste de symptômes indiquant une lésion organique permanente du cer-

veau. L'auteur croit à un spasme des artères, d'où les noms d'hémiplégie angiospastique, de circulation cérébrale intermittente.

Le Prof. Ch. Achard, dans le "Journal de Méd. et de Chir. Prat." (juillet 1921), parle des "*paralysies transitoires chez les cardiaques*", des troubles cérébraux sans lésions matérielles importantes ni définitives, c'est-à-dire sans ramollissement par embolie ou thrombose, sans hémorragie cérébrale ou méningée. Dans l'évolution des cardiopathies, on peut aussi voir survenir des complications intercurrentes qui relèvent de troubles nerveux *sine materia*, tels que l'épilepsie, l'hystérie et les désordres psychiques qualifiés de folie cardiaque.

Mais une autre sorte d'accidents nerveux, bien moins étudiés jusqu'à présent, peut être rangée dans cette catégorie de troubles sans lésions, ce sont les *paralysies transitoires*, paralysies vraies, impotences motrices dues à des troubles du système nerveux et non impotences qui résultent d'un défaut d'irrigation musculaire par thrombose ou embolie. L'auteur rapporte plusieurs observations de malades dont l'un avait, par exemple, à trois reprises en moins de 5 mois, des accidents d'hémi-parésie gauche de courte durée, qui disparurent sans laisser de traces appréciables et qui s'accompagnèrent, chaque fois, de douleur précordiale, la dernière fois, de paresthésies du membre inférieur droit. Dans un autre cas, la paralysie s'est produite après la résorption des oedèmes.

Or, ces paralysies transitoires des cardiaques ne sont pas rares dans la pathologie. On rencontre des faits analogues dans divers états morbides, particulièrement chez les brightiques et des cirrhotiques, dans l'anémie des grandes hémorrhagies.

Ces paralysies étant, par définition transitoires, ne comportent pas, par elles-mêmes, un pronostic bien grave, ni un traitement bien particulier.

PERMANGANATE DE POTASSE DANS LES BRULURES.

Dans la "Gazette de Moscou", le Dr G. Gourévitch rapporte qu'il a pu se rendre compte, sur lui-même de la valeur du permanganate de potasse dans les brûlures. S'étant profondément brûlé les doigts à la flamme d'alcool et souffrant beaucoup, il badigeonna la brûlure, sur le conseil de A. A. Xhmann, avec une solution aqueuse forte de permanganate de potasse; quelques minutes après, les douleurs avaient disparu, la peau avait durci, et au bout de 7 à 8 jours, elle se détacha en lambeaux, sans laisser subsister la moindre cicatrice.

Fort de cet exemple, Gouvéritch a, depuis, traité systématiquement toutes les brûlures par une solution aqueuse de permanganate de potasse à 5 pour cent, c'est-à-dire presque à saturation ($6\frac{1}{4}$ pour 100, le permanganate étant soluble dans 16 parties d'eau), et toujours il a obtenu une guérison rapide et sans douleurs. Gouvéritch rapporte, entre autres cas, celui d'un enfant de 4 ans, qui, tombé dans un chaudron d'eau bouillante, présentait une vaste brûlure du deuxième degré, s'étendant des mamelons aux genoux; quelques minutes après l'accident, toute la surface brûlée fut touchée avec un tampon de coton imbibé de solution concentrée de permanganate de potasse, et l'enfant guérit rapidement.

Le même moyen donnerait aussi d'excellents résultats dans le traitement des escarres du décubitus, des ampoules provoquées par la marche, etc. — *L. Cheinisse*, "Presse Médicale", sept. 1922.

ACIDE PICRIQUE DANS LES BRULURES.

Contre les brûlures du premier et du second degré, j'emploie l'acide picrique. Voici comment. On fait une solution qui renferme 2 grammes d'acide picrique par litre d'eau bouillie. Des compresses imbibées de cette solution enveloppent complètement toute la partie brûlée. Une seule condition est nécessaire: il faut que la partie malade soit complètement et toujours recouverte de compresses *humides*, et cela jusqu'à parfaite guérison.

Quant aux résultats, voici ce que l'on constate: 1o—Suppression presque immédiate de la douleur. Sans doute la première compresse provoque un peu de cuisson, mais ça ne dure guère. Cinq à 10 minutes après l'application toutes les douleurs sont disparues et ne reviennent plus généralement; 2o—Cette solution est non seulement analgésique, elle est de plus légèrement antiseptique; ce qui prévient toute suppuration, et conséquemment hâte la guérison.

Depuis plus de 20 ans que j'emploie cette méthode, j'affirme que les assertions ci-dessus sont vraies.—*A. J.*

DANGER DES BAINS CHAUDS.

Les personnes qui souffrent d'une affection cardiaque doivent craindre les bains chauds. La mort de la comtesse d'Essex, trouvée morte tout dernièrement dans son bain, en est la confirmation. Une syncope fatale est la conséquence presque inévitable de l'exposition à la chaleur chez les

cardiaques. La dilatation des vaisseaux périphériques, qui en est la conséquence, produit même la faiblesse du cœur et son arrêt. Les personnes qui souffrent du cœur sont sujettes on le sait aux évanouissements dans les chambres encombrées et dont la température est élevée. A plus forte raison, ces personnes doivent-elles craindre les bains chauds. Les cas de personnes trouvées mortes dans leur chambre de bain, ne sont pas rares malheureusement. Celles qui souffrent de dilatation cardiaque doivent éviter les bains chauds plus que tout autre.

Les personnes sujettes à l'apoplexie doivent aussi éviter les bains très chauds. Cette température élevée peut élever la pression artérielle par la contraction des vaisseaux périphériques, et par suite peut provoquer la rupture d'un vaisseau dans le cerveau.

FORMULAIRE CONTRE LES ESCHARES DU DECUBITUS.

On prévient l'eschare en plaçant sous le siège un ballon de caoutchouc circulaire laissant la région menacée dans l'espace libre. A défaut de ballon on mettra sous le malade une peau de chamois (le côté soyeux, contre la peau).

De plus, s'il n'y a encore que menace, on enduira, matin et soir, les parties menacées avec un pinceau imbibé du mélange :

Traumaticime	30 grammes
Baume du Pérou.....	1 “

Rappelons que la formule de la traumaticine est la suivante :

Gutta-percha	1 partie
Chloroforme	10 parties

S'il y a plaie, on enduira de la pommade :

Cachou en poudre.....	
Huile d'olives	10 “
Beurre de cacao.....	

LINIMENT CONTRE LES NEURALGIES ET LES DOULEURS RHUMATISMALES (*Mayet*)

Imbiber un morceau de flanelle avec le liniment :

Ammoniaque liq. à 25°.....	15 gr.
Chloroforme	10 “
Camphre	15 “
Teinture d'opium camphrée.....	5 “
Alcool à 90°.....	75 “

puis le maintenir sur la région douloureuse pendant 15 minutes environ.

Ce traitement est à la fois rubéfiant et calmant.

On peut aussi employer le liniment suivant conseillé par Harvey

Lindoly :

Camphre	3 gr.
Chloroforme ou essence de térébenthine.....	15 "
Teinture d'opium camphrée.....	15 "
Huile d'olives	15 "
Mêlez pour un liniment.	

LUMBAGO

Contre le lumbago, d'origine rhumatismale, et qui est quelque rebelle, je me suis très bien trouvé de la formule suivante :

R. Salicylate de soude	16 grammes
Iodure de potassium.....	8 "
Sirop de Sassepareille Co.....	50 "
Eau pour thé.....	100 "

Dose : Une cuillerée à soupe une heure après chaque repas, dans un petit verre d'eau. — A. J.

LA TEINTURE D'IODE ET LA TUBERCULOSE.

Dans le "Journal de Médecine de Bordeaux", le Dr Henri Bernard recommande la *teinture l'iode glycérinée* à hautes doses dans le traitement de la tuberculose. Il conseille la mixture suivante :

Teinture d'Iode	1 partie
Glycérine	2 parties

Une cuillerée à café de cette préparation équivalait à 100 gouttes de teinture d'Iode. Ce remède se prend dans du lait froid. Le Dr Bernard commence par donner 100 gouttes par jour ; il augmente ensuite de 100 gouttes de teinture d'Iode par jour. Dans un cas il a poussé la dose jusqu'à donner 1525 gouttes dans une journée.

Dans les observations qu'il cite, le Dr a noté la disparition de la rachialgie, puis des sueurs nocturnes, et un retour à un sommeil reposant. Les forces s'accrurent en même temps que l'appétit revenait et que le poids augmentait.

Ce n'est pas sans doute une panacée ; mais en tout cas ce traitement est à la portée de tous les praticiens et à la portée de la bourse de tous les malades, ce qui est à considérer.

LA SOLUTION DE LUGAL EN THERAPEUTIQUE.

On sait que Ravant utilise récemment dans le traitement iodé des affections ganglionnaires la solution de Lugal :

Iode métallique 5 grammes

Iodure de Potassium.....10 grammes

Eau distillée500 grammes

dont on peut donner jusqu'à 5 cuillerées à soupe par 24 heures dans un peu d'eau et de lait. Nous préférons formuler.

Iode métallique2 grammes

Iodure de potassium4 grammes

Eau distillée300 grammes

Cette solution contient par cuillerée à soupe 0 gr. 10 d'iode et 0 gr. 20 d'iodure. 5 cuillerées à soupe contiennent 0 gr. 50 d'iode et 1 gr. d'iodure. Il faut savoir que ces solutions sont irritantes pour l'estomac. On doit diluer beaucoup, et leur administration doit être souvent interrompue.

W. F. ("Journal des Praticiens")

INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE CHEZ LES ENFANTS.

M. Zuber—lisons-nous dans la "Presse Médicale" (24 mai, 1922)—a traité depuis 5 ans, avec de bons résultats, de nombreux enfants incontinents par l'administration de la solution d'acide phosphorique de Joulie, de façon à obtenir l'acidification des urines qui, chez ces malades, sont le plus souvent alcalines, neutres ou hypoacides au papier de tournesol, tandis qu'elles sont généralement acides chez l'enfant normal. La dose employée est de 2 à 3 cuillerées à café avant chacun des deux repas, pendant 3 à 4 semaines. L'incontinence cesse en général dès que l'acidité des urines est franche au papier de tournesol.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

....LABORATOIRE COUTURIEUX....
18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

ABCES DU POUMON

CONSECUTIFS A L'ABLATION DES AMYGDALES.

(ANALYSE)

Cette question prend de l'importance en ces temps de recurage—dirons-nous peut-être un peu à outrance?—de la gorge et du naso-pharynx. C'est seulement en 1912 que Richardson publia les 3 premiers cas, auxquels Bossin, dans sa thèse de Paris de 1913, en ajouta 19. Depuis, il y a eu à peu près une centaine de faits de ce genre dans la littérature, mais il est évident que c'est là seulement une fraction de cas qui se sont produits. Dans la discussion de la communication de Cohen et Fisher, 4 chirurgiens mentionnèrent 16 cas inédits. Il ne s'agit donc pas là d'une complication absolument rare; elle ne paraît rare qu'en comparaison du nombre énorme d'ablation d'amygdales qui ont lieu en pratique courante.

L'anesthésie générale est une cause de cette complication, de même que l'aspiration du sang, du mucus et d'autres détritres pendant l'anesthésie.

Si Richardson et d'autres ont pu se servir de l'anesthésie générale et ne plus avoir d'abcès, c'est qu'ils ont appris à toujours garder la tête du malade en position déclive, pendant et après l'opération, car le danger d'aspiration n'est pas fini avec l'acte opératoire. Un autre point d'importance pratique, signalé par Carmody, c'est de ne point pousser l'anesthésie trop loin, la toux étant *"le chien de garde" du poumon*.

Enfin il faut tenir compte de l'état de santé antérieur du patient. La bronchite chronique, une affection particulièrement virulente de la région opératoire (angine de Vincent, abcès périamygdalien) ou une maladie débilitante, telle que diabète ou ectasie bronchique, sont certainement des facteurs prédisposants d'importance.

Mais il ne s'en suit pas que tous les cas soient dûs à l'anesthésie et l'aspiration. Certains sont certainement d'origine embolique. L'embolus septique est la cause la plus fréquente d'abcès spontané, non opératoire du poumon; l'amygdalectomie ouvre un large foyer vasculaire en milieu toujours septique et le danger encore augmenté par le fait que la manipulation des tissus n'est point toujours aussi douce qu'elle serait désirable.

Lynah croit que l'évolution clinique peut permettre de distinguer les cas emboliques des cas par aspiration, parce qu'ils sont toujours beaucoup plus graves. Ce sont les cas qui se terminent par la mort rapide; dans les cas par aspiration, on a le temps de faire quelque chose.

LES DIURETIQUES INTERSTICIELS.

(ANALYSE)

On appelle ainsi les agents qui agissent sur les liquides répandus dans les interstices cellulaires. Les *sels de potassium* et de *calcium* sont les meilleurs diurétiques intersticiels. Ils sont *indiqués* dans toutes les rétentions d'eau qui ne sont pas conditionnées par une affection cardiaque: les oedèmes brightiques, les oedèmes dits essentiels, les rétentions d'eau d'origine mécanique (ascite de la cirrhose du foie, oedème de la phlegmatia alba), les épanchements des séreuses d'origine inflammatoire sont justiciables de ce traitement.

Quel sel employer?—Les sels de calcium. Ils ont des avantages manifestes sur les sels de potasse; ils sont exempts de toute influence nocive sur l'appareil circulatoire et provoquent plus rarement des troubles digestifs: en plus ils paraissent doués d'une action diurétique plus intense, le calcium étant un antagoniste plus puissant que le sodium (sel hydratant) que le potassium. Parmi les sels de calcium, le chlorure est indiscutablement le plus efficace.

Comment faut-il l'employer?—En fortes doses, car l'action sur les humeurs ne se produit qu'avec des doses importantes, 15 gr. de sel granulé sec par 24 heures constituent la dose de départ. Généralement il faut aller jusqu'à 25 gr. et même dans les cas rebelles à 30 gr. par jour pour obtenir un effet. Dans les cas chroniques; ce n'est qu'après 3, 4, 5 jours de traitement que l'influence commence à se manifester.

Une deuxième condition d'importance fondamentale est l'institution d'un régime pauvre en sodium: l'action du calcium étant basée sur le déplacement et l'élimination du sodium, il serait illogique de faire ingérer avec la nourriture l'élément dont on veut provoquer le départ. La présence du sodium dans la nourriture fait non seulement échouer le traitement, elle est même dangereuse, car elle favorise la rétention de chlorure de sodium.

Résultats pratiques.—En dehors des oedèmes d'origine cardio-vasculaire, les diurétiques intersticiels sont nettement supérieurs aux diurétiques usuels employés jusqu'ici. Dans les affections citées plus haut leur emploi produit fréquemment des effets remarquablement favorables. Dans les hydropisies d'origine cardio-vasculaire, l'association au chlorure de calcium à la digitale et à la théobromine est très souvent utile; elle intensifie l'action de ces médicaments et peut même la déclancher lorsque ces drogues employées seules sont inopérantes.

L. Blum,

(Extr. de "La Médecine", mars 1922)

La "Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales" (mars 1922), rapporte l'observation d'un anasarque consécutif à une néphrite aiguë,

disparu sous l'influence du chlorure de potassium. Dans ce cas rapporté par M.M. Mauriac et Damade, les médications les plus variées avaient été employées précédemment et sans succès. En deux mois, ce sel eût raison de cet oedème considérable, si bien que le malade dégonflé avait l'aspect "fripé", et surtout "de la peau de reste".

Cette observation confirme les données de L. Blum.

Mais cette méthode, aux résultats si brillants, n'est pas sans inconvénients. A côté d'accidents digestifs (coliques, diarrhée) qui forcent à interrompre le traitement, l'on peut avoir des accidents cardio-vasculaires beaucoup plus graves : crises d'oppression, cyanose, hypotension artérielle, etc., phénomènes dûs sans doute à l'action nuisible, connue depuis longtemps, du potassium sur la fibre musculaire.

C'est dans la néphrite hydropigène que ce médicament trouve surtout son emploi. Dans les oedèmes cardiaques, M. Blum le déconseille nettement. — A. J.

TROUBLES DIGESTIFS DUS A LA SYPHILIS HEREDITAIRE CHEZ LE NOURRISSON.

(ANALYSE)

Dans le Journal de Médecine de Bordeaux (avril 1922), le Dr J. Vergely parle de la formidable extension prise pendant et depuis la guerre par la syphilis. Il n'y a rien d'étonnant à ce que les médecins constatent les tristes conséquences de cette maladie sur la descendance.

D'une façon générale quels sont les troubles que l'on rencontre habituellement chez ces sujets. Dans la grande majorité des cas il s'agit d'enfants qui présentent des vomissements et de la diarrhée.

En outre des symptômes digestifs, on observe quelques phénomènes généraux qui ne peuvent manquer d'attirer l'attention se manifestant en même temps : l'enfant est inquiet, il ne dort pas et surtout il *crie*. C'est le plus souvent un cri fort et prolongé qui se renouvelle longuement et surtout s'exagère quelquefois la nuit.

En outre l'enfant maigrit, sa peau se plisse et ses chairs deviennent molles.

Tous ces accidents laissent croire à une personne non avertie qu'on est en présence d'une gastro-entérite banale. Essayez le traitement ordinaire par la diète hydrique par exemple, vous constaterez une sédation des vomissements et de la diarrhée, l'enfant se calmera même, mais bientôt tout recommence avec la réalimentation.

Si on n'intervient pas utilement, i-e. par un traitement spécifique, la scène ne tarde pas à s'aggraver et l'enfant, au bout d'un mois environ, quelquefois plus, quelquefois moins, ne tarde pas à prendre l'aspect atrepsique classique du petit vieux hérédo-syphilitique.

Quand chez ces enfants il n'y a pas ni augmentation de volume du foie, ni augmentation de volume de la rate, qui sont des lésions presque incompatibles avec la survie de l'enfant,—le traitement mercuriel rend de réels services. Se recommandant de l'autorité du Dr Gaucher, le Dr Vergely emploie les médicaments suivants : Liqueur de Van Swieten ou la solution de lactate d'hydrargie à 1 pour 1000. Ce mode de traitement est à la portée de toutes les mères. Les frictions mercurielles demandent à être faites avec un soin particulier ; c'est pourquoi on ne peut s'en remettre aux mères pour une pareille méthode.

Donc le Dr V... emploie la Liqueur de Van Swieten, à la dose de 12 gouttes par jour pour un enfant de 2 mois, ou bien le lactate d'hydrargie à 1/1000, à la dose de 25 à 30 gouttes par jour.

Le professeur Fournier a dit : *"On ne pense pas assez à la syphilis"*. Rien de plus vrai, de notre temps surtout. Aussi en face d'un nourrisson qui souffre de troubles digestifs dont l'origine est obscure, la pensée d'une syphilis héréditaire causale doit venir à l'esprit.

* * *

UN PROCÉDE DE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR DES FRICTIONS MERCURIELLES.

On reproche généralement aux frictions mercurielles d'être un procédé malpropre et désagréable, peu discret et qui expose le patient à des accidents inflammatoires, tels que la folliculite. D'après les auteurs de la présente publication, ces inconvénients tiendraient surtout à la pratique habituelle qui consiste à laisser séjourner l'onguent mercuriel sur la région qui vient d'être frictionnée. Or, en réalité cette pratique n'a aucune raison d'être, car la seule partie de l'onguent qui soit absorbée est celle qui pénètre, lors de la friction, dans les follicules pileux et dans les orifices des glandes sébacées et sudoripares. On peut donc, aussitôt après la friction, procéder au nettoyage de la peau (à l'aide de la benzine).

H. N. Cole, A. J. Gerichu, et T. Sollmann, ont traité de la sorte 44 cas de syphilis et s'en sont toujours bien trouvés. Ils estiment que, pratiquées de cette manière, les frictions mercurielles sont exemptes de tout inconvénient et peuvent rendre d'excellents services.

L. Cheinisse,

("La Presse Médicale", 25 mars, 1922)

ALBUM MEDICAL.

Pour se maintenir en santé, une bonne hygiène alimentaire est de première nécessité. Et le mot de Sénèque est toujours vrai : "l'homme ne meurt pas, il se tue".

Les anciens médecins disaient : "*plures occidit gula quam gladius*".

"On a l'âge de ses artères", a dit Cazalis.

Les gens qui font bonne chère devraient avoir le motto suivant bien en vue dans leur salle à dîner : "*Modicus cibi, medicus sibi*".

Il faut aussi se garer contre l'abus de médicaments qui "pour guérir le cerveau au préjudice de l'estomac, offensent l'estomac et empirent le "cerveau".—(Montaigne)

Le malade, qui ne l'est pas, est le plus difficile à soigner.

"L'étude des cardiopathies donne souvent l'inutile satisfaction de mieux connaître l'impossibilité de les guérir."—Sénac (1749).

La réaction de Wasserman, malgré sa valeur, ne peut plus être considérée comme un signe de certitude absolue.—Drs Gaujoux et Foulquier.

Desfossés, dans un récent article (La Pr. Méd., oct. 1922), inspiré des discours présidentiels de Milner au congrès américain de médecine (avril 1922), et de Widal au congrès français de médecine (oct. 1922), signale fort justement que le laboratoire, s'il a déterminé des progrès cliniques indéniables, n'est certes pas exempt d'erreur et risque, quand on lui donne une confiance excessive, d'atrophier ou de détruire le sens clinique en sapant du même coup la confiance que le médecin a en lui-même et la confiance que le malade a dans la science de son médecin.

Le médecin doit aller vers la vérité avec toute son âme ; mettre en jeu son pouvoir d'observation et d'analyse, ses facultés d'induction et de déduction. Mais tout cela ne suffit pas pour un diagnostic complet. Il y faut aussi l'instinct, le tact, la sympathie. C'est à cette synthèse de l'intellect et du sensorium que Bergson donne le nom d'*intuition*.

Le vrai clinicien est celui qui a, en quelque sorte, le don de vivre les maux qu'il observe, de les vivre en pleine clarté, mais tout en gardant l'indépendance du jugement et l'abstraction critique nécessaires pour saisir au vif les indications. L'expérience fait du médecin ce que les Anglais appellent un "factworm", un dévoreur de faits..

Lorsque son diagnostic est fait, le praticien fait éclore son ordonnance. Il la rédige avec zèle et componction. Sa sympathie pour son client s'éveille sous cet effort et, peu à peu, sa verve sentimentale s'échauffe, au fur et à mesure que le sujet est tiré du danger pour renaître à la vie normale.

Le vrai médecin doit observer sans cesse. Comme le vieil Hokousaï, il doit être "fou de l'aspect des choses". Quant à la science médicale, elle poursuit la vérité à peu près comme le chien qui court après sa queue.

Sans les reliques sacrées du vieil art médical, toutes les magnificences du laboratoire moderne ne sont que lettre-morte et clinquant de parvenu. En cherchant à construire un édifice chimérique, tâchons de ne pas ruiner nos traditions bienfaisantes de thérapeutique, *standard of life* du médecin !

En médecine, comme dans bien des connaissances humaines, les découvertes appartiennent souvent à ceux qui dédaignent les voies classiques et pérégrinent à travers les sentiers.

La Clinique introduit un salitaire scepticisme, là où le laboratoire prétendait faire régner la sécurité scientifique.

Le praticien avisé ne doit jamais croire que la moitié de ce qu'il voit, le quart de ce qu'il entend et pas un seul mot de ce qu'il raconte à son client.

STATISTIQUES DE L'HOTEL-DIEU DE QUEBEC

ANNEE 1922

Présents le 1er janvier.....127.—Admis durant l'année.....3635

	Hommes	Femmes	Total
Médecine	378	351	729
Chirurgie	1162	1238	2400
Ophthalmologie	361	272	633
	1901	1861	3762

RESULTATS

	Présents le 1er janv.	Admis	Guéris	Soulagés	Non soulagés	Pas traités	Morts	Présents	Total le 31 déc.
Médecine	37	692	314	198	59	63	62	33	729
Chirurgie..	84	2316	1793	301	29	108	87	82	2400
Ophthalmologie	6	627	541	60	8	17	1	6	633
	127	3635	2648	559	96	188	150	121	3762

Nombre de jours à l'hôpital.....62,033

Moyenne de jours par malade..... 16

Morts en dedans de 48 heures..... 36

Morts sous traitement114

Total.....150

Taux de la mortalité.....4.0

Soustraction faite des morts en dedans de 48 heures.....3.0

Nombre d'opérations1978

Travaux de laboratoire.....4384

Etrangers: 78 — Non-catholiques: 20

Malades pensionnaires1146

Payé pension dans les salles..... 725

Malades traités gratuitement1891

Total.....3762

DISPENSAIRES

Dispensaire de Médecine :	
Malades traités	1221
Consultations	3734
Prescriptions	6473
Dispensaire de Chirurgie :	
Malades traités	1470
Consultations	1223
Traitements	8712
Petites opérations	803
Dispensaire d'Ophthalmologie :	
Malades traités	2450
Consultations	2533
Traitements	12,851
Opérations	1170
Prescriptions	2720
Département Electrothérapique :	
Malades traités	2356
Consultations	1644
Traitements	1883
Petites opérations	223
Radiographies et radioscopies	1642
Malades de la ville	1173
Pauvres de la ville	783
Payants de la ville	390
Nombre de jours des malades payants.....	15,797

Le nombre total des malades qui ont été traités à l'Hôtel-Dieu du Précieux-Sang pendant l'année 1922 atteint le chiffre assez élevé de 11,259, soit 3,762 comme internes à l'hôpital et 7,497 dans les différents dispensaires que l'hôpital met à la disposition des pauvres malades de la ville de Québec.

Si on compare ces chiffres avec ceux de l'année 1921 on voit qu'il y a eu à l'hôpital 49 malades de plus et 1056 malades externes en plus dans les différents dispensaires, puisqu'en 1921 il est passé par l'hôpital 3713 malades et 6,441 malades aux dispensaires.