

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



JANVIER 1909

SOMMAIRE

193—A nos lecteurs

Travaux originaux

194—Le rôle de l'électrothérapie dans la constipation, par les Drs A. Laquerrière et L. Delherm.

304—Des conjonctivites oculaires (*suite*) Jos. Vaillancourt M. D.

211—Nouveau traitement de la fièvre typhoïde par une diète spéciale et des injections, avec le rapport de cent trente-huit cas guéris sans interruption pendant les dix dernières années. F. J. W. McGuire, B. S., M. D.

215—Les injections mercurielles in loco dolenti dans les manifestations localisées de la syphilis, par Henri Hamel. Interne des Hôpitaux de Paris.

231—Société médicale de Québec.

235—Hygiène thérapeutique. Dr O. Leclerc.

237—Les bains de siège en gynécologie.

240—Bibliographie.



FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul oral produit de ce nom
dérivé de la LEVURE de BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jours.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anato-mo-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

A NOS LECTEURS

Le *Bulletin Médical* ne saurait laisser passer le commencement de l'année 1909 sans présenter à ses lecteurs ses vœux les plus sincères et les plus empressés. Le meilleur souhait que nous puissions exprimer c'est que notre Journal soit toujours le bienvenu auprès de tous ; qu'il apporte chaque mois son contingent de connaissances nouvelles et qu'il serve vraiment de moyen de diffusion scientifique. Qu'il remplisse enfin l'idéal que ses fondateurs s'étaient fait d'être un trait d'union entre tous les Médecins de notre district.

Mais en retour, le *Bulletin*, ne pouvant subsister tout simplement d'air pur, compte sur la bonne volonté de tous. Il escompte avec espoir l'indulgence de ceux qui recevront leur note d'abonnement dans le cours du mois de février. Des lecteurs assidus n'ont pas encore, depuis de nombreuses années, manifesté d'une manière palpable la part matérielle qu'ils sont appelés à prendre à la subsistance de notre Revue. Notre vœu à leur égard sera donc doublement ardent et notre attente doublement anxieuse. Et notre *Bulletin*, ainsi muni du nerf de la guerre, pourra continuer son œuvre et travailler à son perfectionnement pour le plus grand bien de tous. Les améliorations apportées au journal dans les derniers mois ne seront, si la fortune nous sourit, que le prélude de changements plus complets et plus profonds dans un avenir assez rapproché. Nous pouvons dès aujourd'hui, en commettant une toute petite indiscretion, annoncer pour l'année 1909 une série de travaux sur l'histoire

de la médecine au Canada, dus à la plume d'un de nos chercheurs les plus enracinés. Nous espérons que notre bonne volonté et nos efforts seront reconnus par nos lecteurs et leur satisfaction sera notre meilleure récompense.



TRAVAUX ORIGINAUX

LE RÔLE DE L'ELECTROTHERAPIE DANS LA CONSTIPATION

PAR LES DRS.

A. LAQUERRIÈRE,

Directeur de la clinique Apostoli,
Secrétaire généra' de la Société Fran-
çaise d'électrothérapie.

L. DELHERM,

Radiographe des Hôpitaux de Paris,
Secrétaire général adjoint de la Société
Française d'électrothérapie.

Si d'Alembert a écrit « le seul plaisir pur de la vie est de soulager pleinement chaque matin le plus grossier de nos besoins », il faut reconnaître que l'espèce humaine, au moins dans les pays civilisés, paraît, à la suite de fautes d'hygiène dans l'étude desquelles nous n'avons pas à entrer ici, avoir le privilège de connaître peu ce plaisir.

Pendant longtemps, c'est aux purgatifs et aux lavements qu'on a eu recours, et leur vogue, depuis Molière, n'avait pas paru sensiblement diminuer jusqu'à ces dernières années.

A l'heure actuelle, il se manifeste une réaction. On s'est

aperçu, et parmi les auteurs français soutenant cette opinion, nous pouvons citer MM. Mathieu, J. C. Roux, Gallois, Burlureaux, etc., que si les moyens d'exonération artificiels n'étaient pas sans inconvénient, (action irritative sur l'intestin, action dépressive sur l'état général), ils n'avaient le plus souvent que le rôle d'expédients momentanés et étaient sans effets durables. Aussi tend-on de plus en plus à accepter la vérité de la formule donnée par Boas sous une forme lapidaire « *qui bene purgat male curat* ».

De plus en plus on a tendance à recourir dans le traitement de la constipation au régime alimentaire, à l'hygiène générale et à l'application d'agents physiques.

Du régime alimentaire, nous ne dirons que peu de choses ; il est évidemment des substances qui n'ont d'aliments que le nom et dont tout individu qui a souffert de son tube digestif devra s'abstenir systématiquement s'il ne veut pas s'exposer à voir ses troubles reparaître. Mais nous ne sommes pas partisans des régimes trop sévères : indispensables en certains cas d'une façon passagère, ils nous paraissent le plus souvent inapplicables d'une manière durable. D'abord, à moins que le malade ne soit enfermé dans une maison de santé, il nous est bien difficile de savoir si nos prescriptions sont exactement suivies ; ensuite, pour toutes sortes de catégories d'individus, des raisons sociales diverses empêchent l'usage d'aliments s'éloignant par trop des préparations culinaires les plus généralement employées ; enfin, il faut le dire, la prolongation indéfinie d'un régime trop strict n'est pas sans inconvénient, à la longue, il se produit de la lassitude et du dégoût, le malade s'alimente insuffisamment, son état général s'en ressent, etc. La dyspepsie par le lait par exemple, est une entité morbide qui commence à être bien connue. A notre avis, s'il faut dans des cas aigus

recourir à des prescriptions très étroites en ce qui concerne la nourriture durant une période passagère, on ne peut dans l'immense majorité des cas que se contenter d'un régime assez large s'il doit être un peu prolongé. Or ce régime assez large ne donne le plus souvent que des résultats tout à fait insuffisants.

Quant à l'hygiène générale, elle est peut-être encore en pratique plus difficile à appliquer, nous devons faire tous nos efforts pour obtenir de nos malades qu'ils évitent la fatigue et les émotions, pour qu'ils consacrent un temps suffisant au sommeil, pour qu'ils prennent un exercice régulier et modéré, pour qu'ils aient des heures régulières de repas, etc. ; mais la mère de famille surchargée d'enfants, l'ouvrier peinant pour gagner sa vie, aussi bien que l'artiste en train d'engendrer une œuvre, que le banquier pris dans le tourbillon des affaires ou que la mondaine entraînée dans la série des fêtes et des réjouissances de la « saison » ne se résigneront qu'à la dernière extrémité, lorsqu'ils seront véritablement à bout de forces à suivre nos conseils. Nous verrons tout à l'heure comment certaines méthodes électriques peuvent intervenir comme modificateurs de l'état général, mais il faut reconnaître que les prescriptions hygiéniques sont souvent impossibles à suivre.

La véritable ressource thérapeutique reste donc pour les malades qui ne peuvent abandonner — et ceux-là forment la majorité — leur genre de vie habituelle, dans l'application des agents physiques.

Parmi eux, et sans vouloir entrer ici dans la discussion des mérites de chacun, nous réclamons pour l'électricité une place de premier ordre.

Mais il est nécessaire de faire dès le début quelques remarques :

D'abord dans le traitement de la constipation, il ne faut pas

considérer l'emploi de l'électricité comme un succédané de la purgation (1). Les procédés qui, comme le lavement électrique procurent des selles, peuvent être des expédients momentanés très utiles en certains cas, mais ils ne forment pas un traitement, ils ont tous les inconvénients de la purgation, et nous avons même démontré que leur emploi ne pouvait être prolongé sans inconvénients. (2)

Ensuite il faut insister sur ce point : en thérapeutique il y non pas *une* électricité, mais *des* méthodes électriques, de même qu'en clinique il n'y a pas *une* mais bien *des* constipations.

Ce sont ces considérations qui nous ont guidé dans les recherches que nous poursuivons depuis plusieurs années, recherches dont nous désirons vous exposer schématiquement les résultats.

Jusqu'en 1900 environ, les électrothérapeutes avaient préconisé les méthodes les plus variées dans le traitement de la constipation, mais chacun d'eux utilisait la même technique dans tous les cas : le plus souvent imbus de cette idée que la constipation était toujours le résultat de l'atonie, il cherchait par des chocs électriques à réveiller le péristaltisme de l'organe ; mais quelque fut le but qu'il se propose il employait un procédé uniforme. La moyenne des résultats était telle qu'en 1900 un auteur français pouvait écrire qu'il n'y avait pas de traitement électrique de la constipation.

Il n'en était pas moins vrai qu'il y avait de temps à autre des résultats si brillants qu'on ne pouvait nier le rôle en certains cas de l'électrothérapie. aussi entreprimes-nous de chercher si,

(1) *Laquerrière et Delherm*. Le rôle de l'électricité, dans le traitement de la constipation.—Société de thérapeutique, Paris, mai 1908.

(2) *Delherm et Laquerrière*.—Constipation habituelle et colite muco-membraneuse.—Presse thérapeutique, novembre, décembre 1904.

laissant de côté les procédés dont nous connaissons les inconvénients, destinés à vider momentanément l'intestin, il n'y avait pas lieu de rechercher un traitement spécial s'adaptant à chacune des formes de constipation.

Nos premières conclusions furent réunies dans un mémoire ayant pour titre « Conception nouvelle du rôle de l'électricité dans le traitement de la constipation et de la colite muco-membraneuse » (1). Ce travail qui avait d'ailleurs été précédé d'une série de recherches physiologiques concernant l'action des diverses modalités électriques sur l'intestin (2) comportait les divisions suivantes que nous ne croyons pas devoir modifier aujourd'hui après cinq nouvelles années de pratique.

Constipations primitives légères.—Nous entendons sous ce titre les constipations même anciennes et invétérées mais dans lesquelles l'intestin obéit facilement aux petits moyens d'exonération : laxatifs, suppositoires, lavements légers, etc. Le tube digestif dans ces cas semble peu atteint, il y a lieu surtout d'agir sur l'état général, le séjour à la campagne, une bonne hygiène si l'on pouvait y soumettre le malade, suffirait à procurer une selle quotidienne.

Dans ces cas, il y a lieu d'employer suivant le tempérament du malade les applications générales de *haute fréquence*, le bain statique, le bain hydroélectrique ; nous n'entrerons pas, pour ne pas allonger cet article, dans les indications respectives de chacun de ces procédés, leur efficacité est reconnue par nombre d'auteurs ; en particulier le bain statique est connu depuis longtemps et dès 1804, Sigaud La Tond écrivait au sujet de ses

(1) Mémoire couronné par l'Académie de Médecine, 1903.

(2) *Laquerrière et Delherm.*—Diverses notes à la Société de Biologie de Paris, à la Société française d'Electrothérapie.—Annales d'Electrobiologie, 1902.

résultats « A ne parler que de la plus grossière des évacuations, j'ai vu cette fonction devenir journalière. »

Mais ces applications électriques générales forment plutôt un procédé d'hygiène générale relevant les forces du patient, augmentant son appétit, son sommeil, calmant son système nerveux, etc., et dans les cas graves, elles ne forment plus qu'un adjuvant ; il faut alors recourir à un traitement local portant sur l'abdomen.

Constipations primitives graves.—Ce sont les constipations dans lesquelles les procédés divers ne réussissent plus à provoquer de garde-robes ; les purgatifs énergiques, les lavages intestinaux avec grande quantité d'eau se montrent impuissants. Dans ce cas, il y a à faire une distinction de toute première importance avec Fleiner, Nothnagel, Mathieu, etc., distinction que nous avons été les premiers, croyons-nous, à porter dans le domaine de l'électrothérapie.

a) *Constipation atonique.*—Cette forme, rare à l'état isolé, se manifeste par le tableau clinique suivant :

(FLEINER). Paroi abdominale flasque, inerte, se laissant déprimer avec grande facilité ; intestin facilement perceptible se présentant sous l'aspect de grosses masses, absence de douleurs, matières consistantes et volumineuses.

Dans ces cas, les classiques admettent l'emploi des purgatifs musculaires ; nerprun, séné, etc., etc, et nous pensons qu'il est tout-à-fait indiqué d'employer les procédés électriques qu'on utilisait autrefois indistinctement dans les constipations et qui avaient pour but de réveiller la motricité : étincelles de statique directes ou indirectes, un courant de Morton, choc d'induction, renversements ou interruptions de courant continu, etc. Lorsqu'on choisit judicieusement les cas, on obtient, grâce à ces méthodes des résultats excellents.

b) *Terme spasmodique.*—Le spasme, comme M. Mathieu l'a montré, peut dans nombre de cas s'associer à l'atonie et sa présence, même s'il y a un degré plus ou moins marqué de parésie musculaire, commande des indications thérapeutiques que nous allons exposer : la forme spasmodique pure se traduit par l'aspect suivant : ventre globuleux, difficile à déprimer, intestin contracturé sous forme de corde de petit calibre—selles rubannées, aplaties ou en « crotte de bique », de petit diamètre—ventre sensible à l'exploration—douleurs spontanées plus ou moins vives, assez fréquentes.

Chaque fois qu'on constate du spasme, il est admis qu'il faut éviter tout ce qui est capable d'augmenter l'irritation de l'intestin et l'on a recours à la belladone, à l'huile de ricin à petites doses, au lavement d'huile, etc., mais la plupart des auteurs étaient d'accord pour prescrire l'électricité qu'ils jugeaient capable d'exciter le système nerveux, de fatiguer le malade et d'augmenter le spasme intestinal.

Nous pensons au contraire, et on nous permettra d'être ici un peu moins brefs, que certaines modalités électriques sont très capables d'être des « procédés de douceur » à opposer aux méthodes anciennes qu'on peut appeler « procédés de force ». Nous utilisons : soit le courant continu seul mais sans secousse sans renversement à très haute intensité, 100 m. a. ou plus, avec de très larges électrodes de façon à éviter toute sensation douloureuse, car toute douleur, (et nos expériences sur des animaux dont l'intestin rempli de bismuth était examiné aux rayons X ne laissent pas de doutes sur ce point) peut provoquer du spasme, soit le courant galvano-faradique, mais avec les précautions nécessaires pour qu'il reste bien un procédé de douceur, précautions que n'avaient pas prises M. Erb, ni Broese qui avaient déjà utilisé ce courant.

Ayant employé ces méthodes chez de grands névropathes et chez des sujets si épuisés par leur affection qu'on les croyait atteints de cancer, (1) nous pouvons affirmer qu'ils ne provoquent ni pendant la séance ni à sa suite aucune réaction fâcheuse d'aucune sorte. Souvent même leur application est l'occasion d'une sensation de détente et de mieux être. L'un de nous a pu d'ailleurs mesurer combien leur action sédative sur les plexus abdominaux était puissante. (2)

En tous cas ils ne méritent aucun des reproches que l'on faisait à *priori* à l'électrothérapie, nous verrons plus loin quels ont été les résultats cliniques.

Entéro-colite muco-membraneuse.—L'association fréquente d'un degré plus ou moins marqué d'entérite aux constipations graves, le rôle manifeste du système nerveux et dans l'entéro-colite et dans la constipation spasmodique font « que quelque soient les différences symptomatiques qui font de ces deux affections des maladies particulières, il n'est pas téméraire de les englober, au moins en ce qui concerne les déductions thérapeutiques, dans une même étude » (3).

Avec de légères différences de technique suivant la forme (constipation, diarrhée, alternance,) nous utilisons les mêmes traitements dans l'entéro-colite et dans la constipation spasmodique grave.

Dans ces deux affections, on redoutait l'influence fâcheuse

(1) *Laquerrière et Loubier.*—Dyspepsies nerveuses graves simulant une affection organique.—Traitement électrique.—Société française d'électrothérapie, 1908.

(2) *Delherm.*—Comment on peut à l'aide de l'esthésiomètre de Roux mesurer l'action analgésiante du courant galvanique dans les algies des plexus sympathiques abdominaux.—Société française d'électrothérapie, 1901.

(3) *Laquerrière.*—Les courants électriques dans les affections intestinales.—Société de médecine de Paris, 1904.

de l'électricité, or, nous pouvons affirmer que quand on n'a pas méconnu une affection rendant vaine toute tentative thérapeutique (tabès, cancer intestinal) non seulement le traitement est parfaitement toléré, mais qu'il donne des résultats à peu près constants. En moyenne de 20 à 30 séances donnent une guérison complète, nous n'avons eu d'insuccès que chez des névropathes, phobiques de la pléthore intestinale qui, ou refusaient de s'alimenter suffisamment (1) ou recouraient au moindre malaise à des purgatifs qui irritaient à nouveau l'intestin et causaient des rechutes.

Mais si les résultats immédiats sont des plus satisfaisants, les résultats éloignés sont également très favorables. Notre élève Lamorlette a recherché ce qu'étaient devenus une série de nos anciens malades, (il s'agissait de sujets gravement atteints depuis des années d'entérite ou de constipation et qui nous avaient été envoyés après échecs des médications classiques les mieux conduites).

Il en a retrouvé 80; 5 avaient présenté des rechutes après un certain nombre de mois.

Les autres restaient guéris:

2 après 4 ans	5 après 16 mois
12 après plus de 3 ans	10 après plus d'un an
17 après plus de 2 ans	6 après un an
4 après 22 mois	2 après 10 mois
5 après 20 mois	7 après 5 mois
3 après 19 mois	2 après 4 mois (2)

Si d'ailleurs, on veut éviter les échecs, il est de toute

(1) *Delherm et Laquerrière*.—Indications, contre-indications, causes d'échecs du traitement de l'entéro-colite et de la constipation spasmodique.—Société française d'Electrothérapie, 1905.

(2) *Lamorlette*.—Thèse de la Faculté de Paris, 1905.

première importance de rechercher soigneusement si la constipation est primitive et n'est pas en réalité due à une cause qu'il faut faire disparaître avant d'espérer pouvoir améliorer le trouble intestinal. Nous ne pouvons entrer dans le détail et nous nous contentons de renvoyer à l'étude complète que nous avons publiée dans les Annales d'Electrobiologie (1). Nous appellerons cependant l'attention sur le rôle tout-à-fait remarquable des applications intra-rectales des courants de hautes fréquences, dans les fissures et fissures anales, dans les hémorroïdes et dans les constipations liées à ces affections, ainsi que sur l'utilité des traitements électriques des maladies utérines, dans la guérison des constipations associées à ces maladies (2).

Conclusions.—A côté du régime alimentaire et de l'hygiène générale souvent difficile à réaliser d'une façon satisfaisante, l'électricité est appelée à jouer un rôle important dans le traitement de la constipation.

Le traitement électrique ne doit pas jouer le rôle d'un évacuant momentané, mais a pour but de guérir l'affection.

Ce traitement ne saurait être uniforme : il y a lieu de distinguer diverses méthodes électriques dont les indications sont très différentes.

En employant judicieusement chacune d'elles dans la forme de constipation à laquelle il convient on peut obtenir des résultats non seulement immédiats, mais durables, des plus brillants.

—0—

(1) *Laquerrière et Delherm.*— Etudes cliniques sur les traitements électriques de la constipation et de la colite muco-membraneuse, —Annales d'Electrobiologie et de radiologie, 1903. Nos. 2, 3, 4, 5.

(2) *Laquerrière et Delherm.*— Congrès International d'Electrobiologie. Berne, 1902.

DES CONJONCTIVITES OCULAIRES

(Suite.)

3° *Conjonctivite pseudo-membraneuse.*

Le type caractéristique de cette affection est la conjonctivite diphtérique déterminée par le bacille de Klebs-Loeffer.

Elle se rencontre de préférence chez l'enfant, de un à 5 ans et exceptionnellement chez le nouveau-né ou l'adulte. Très rarement primitive elle vient généralement compliquer une conjonctivite à streptocoques ou à pneumocoques et accompagne souvent une diphtérie nasale.

Symptômes : Nous devons d'abord considérer la forme légère ou superficielle et secondement la forme grave ou profonde.

I. *Forme légère* : Au cours d'une fièvre éruptive apparaissent des symptômes de conjonctivite légère ; mais dès le lendemain apparaît un symptôme capital, c'est l'œdème des paupières et surtout de la paupière supérieure ; œdème faisant disparaître le sillon orbito-palpébral supérieur ; cependant la sécrétion lacrymale est relativement peu considérable. En retournant les paupières ou simplement en les entr'ouvrant on voit une fausse membrane d'un blanc grisâtre qui, se laissant enlever facilement avec un petit tampon de ouate, laisse voir une muqueuse rouge et saignante. Ces fausses membranes se reproduisent très vite, en vingt-quatre heures. Malgré cet état local les symptômes généraux sont peu accentués dans cette forme légère qui, bien traitée, guérit facilement dans peu de temps à moins qu'elle se transforme en forme grave. Il y a peu ou pas d'engorgement du ganglion pré-auriculaire.

II. *Forme grave* : Ici les symptômes atteignent en vingt-quatre heures leur maximum. Œdème très accentué des paupières ; les sécrétions lacrymales sont considérables ; en ouvrant les paupières avec difficulté on trouve un chémosis très accusé ; des fausses membranes en grande quantité qui adhèrent très fortement à la muqueuse. Les ganglions pré-uriculaires et sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

L'état général est mauvais, l'enfant est abattu ; la température est élevée et l'adynamie profonde. Après quelques jours les paupières deviennent plus souples et il s'établit une suppuration abondante. La maladie peut alors guérir sans laisser de traces ou bien elle passe à la période de cicatrisation pendant laquelle surviennent des complications.

Complications : Les plus importantes sont celles qui surviennent du côté de la cornée qui s'exfoliant peu à peu devient opaque sur une étendue plus ou moins grande et amène ainsi une perte complète de la vision.

On peut aussi voir des brides cicatricielles amenant des adhérences entre les conjonctives bulbaires et palpébrales (symblépharon) ; ou encore le dessèchement de la muqueuse (xérosis).

La maladie peut aussi s'étendre au nez ou à la gorge.

Diagnostic : Le diagnostic est assez difficile. On se basera sur l'ensemble des symptômes, leur marche rapide, l'œdème des paupières, l'âge du sujet, l'état général, la fièvre très accentuée la présence de fausses membranes dans le nez et enfin, la diphtérie existant dans le voisinage. Pour faire un diagnostic sûr il faut absolument avoir recours à l'examen bactériologique des fausses membranes. Si l'on ne peut pas y recourir, il sera prudent, en cas de doute, de faire l'injection de sérum.

Prophylaxie : Isolement du malade et injection de 10 c. c.

de sérum à toute personne faisant partie d'une famille où il existe de la diphtérie.

Traitement : D'emblée injecter 20 c. c. de sérum anti-diphtérique. Le lendemain si le diagnostic est certain et qu'il n'y a pas amélioration on fera une seconde injection. Ces injections se font dans le tissu-cellulaire sous-cutané au niveau de l'abdomen.

Comme traitement local on protégera la cornée au moyen d'un corps gras (vaseline neutre additionnée d'iodoforme). D'heure en heure appliquer des compresses d'eau bouillie tiède. Baudeau hermétique sur l'autre œil s'il n'est pas malade.

DEUXIEME GROUPE : CONJONCTIVITES CHRONIQUES

Ce groupe comprend : 1° l'hyperhémie de la conjonctive 2° la conjonctivite phlyctéculaire 3° la conjonctivite folliculaire et 4° la conjonctivite granuleuse ou trachome.

1° *Hyperhémie de la conjonctive.*

C'est une vascularisation anormale et souvent très prononcée de la conjonctive sans sécrétion.

Symptômes physiques : Injection vasculaire d'intensité variée mais surtout marquée au niveau de la portion palpébrale. La muqueuse présente un aspect villeux. Quelquefois il y a de la blépharite, (inflammation du bord libre des paupières.)

Symptômes fonctionnels : Démangeaison, sensation de corps étranger et sécheresse de l'œil, larmoiement, difficulté à supporter la lumière surtout la lumière artificielle. Le matin, les paupières semblent moins mobiles et le malade a de la peine à ouvrir les yeux. C'est là un symptôme presque constant.

L'affection est chronique et de durée très variable.

Causes : Toute irritation locale, poussière, séjour dans un air vicié, corps étrangers de la conjonctive, les affections des

paupières, de l'appareil lacrymal et des membranes profondes de l'œil. Elle peut être encore déterminée par des efforts d'accommodation dus à un mauvais éclairage ou à des vices de réfraction.

Traitement : Avant tout supprimer la cause :—corps étrangers, correction des vices de réfraction, hygiène générale, régime sévère pour combattre les troubles gastriques qui en sont souvent la cause. Comme traitement local, port de verres fumés, application matin et soir de compresses d'eau bouillie tiède. Instillation 3 f. p. j. d'un collyre au sulfate de zinc à 1%.

2° *Conjonctivite phlycténulaire.*

Inflammation localisée et circonscrite essentiellement caractérisée par l'apparition d'une ou plusieurs phlyctènes (petite élévation solide de la grosseur d'une tête d'épingle). Ces phlyctènes siégeant de préférence au niveau du limbe peuvent aussi se trouver sur la conjonctive bulbaire ou sur la cornée ou même sur les deux à la fois ; d'où le terme plus approprié de kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Symptômes objectifs : Une petite élévation grise apparaît sur la conjonctive légèrement hyperhémisée à cet endroit. L'injection vasculaire *essentiellement circonscrite* revêt une forme triangulaire à sommet dirigé vers le centre de la cornée. Si la phlyctène siège sur la cornée, il persiste souvent une petite taie après guérison.

Symptômes fonctionnels : Deux caractéristiques : la *photophobie* (difficulté ou impossibilité de voir la lumière) et la *larmoiement*. L'attitude seule du petit malade est suffisante pour permettre le diagnostic. L'enfant se présente à la clinique la tête baissée et cachée bien profondément dessous le bras de sa maman, de manière à ne pas voir du tout la lumière. Les pau-

pières sont fortement contractées ; et si on cherche à les écarter on n'y arrive que très difficilement parce que l'enfant se débat et alors un flot de larmes s'échappe et coule sur sa joue.

Durée : L'évolution de la phlyctène dure deux à trois semaines ; mais les récurrences sont la règle et l'affection peut alors durer des mois des années.

Etiologie : Cette affection sans contredit la plus fréquente de toutes les affections oculaires et n'atteignant que les jeunes enfants s'observe surtout dans la classe pauvre et chez les sujets *scrofuleux*. Les sujets atteints présentent presque toujours en même temps des adénites sous-maxillaires et cervicales, de l'eczéma de la pituitaire, de l'impétigo de la face et du cuir chevelu. Le terrain scrofuleux paraît être une condition presque indispensable à son développement. Cette conjonctivite n'est pas contagieuse.

Diagnostic : Il ne présente aucune difficulté. On se rappellera que l'affection se rencontre surtout chez les sujets scrofuleux et d'ailleurs la seule attitude de l'enfant fera le diagnostic.

Traitement : *Local* : Instillation d'un collyre faible à l'atropine :

Sulfate neutre d'atropine	0.03 ctgrammes
Eau distillée	10-grammes.

En instillation tous les deux jours.

L'atropine n'est pas employée ici pour prévenir les complications iriennes, mais pour mettre l'œil au repos en empêchant l'accommodation et calmer ainsi les douleurs.

On introduira en outre une fois par jour entre les paupières un peu de la pommade suivante :

Vaseline pure	10 grammes
Oxyde jaune d'hydrargyre fraîchement précipité	0.30 ctgrammes.

On introduit cette pommade entre les paupières et on fait un léger massage.

Traitement général : Importance capitale : L'enfant doit être fortifiée, prendre de l'huile de foie de morue ou du sirop iodo-tannique, etc., etc.

A l'Hôtel-Dieu comme traitement de l'impétigo de la face, on saute la tête de l'enfant deux ou trois fois (face en bas) tous les matins dans un grand bassin d'eau froide. Ce traitement agit merveilleusement dans tous les cas.

3° *Conjonctivite folliculaire.*

Caractérisée par l'apparition de granulation d'un gris rougeâtre sur la conjonctive au niveau du *cul-de-sac inférieur*. Ces granulations sont petites mais souvent nombreuses et disposées en rangées linéaires.

Etiologie : Affection de l'enfance et de l'adolescence, reconnaissant pour cause toutes les affections qui reçoivent sur le système lymphatique. Comme causes locales, toutes irritations chroniques de la conjonctive et vices de réfraction, surtout l'astigmatisme. En pareil cas il faut donc corriger soigneusement la réfraction.

Traitement : Supprimer la cause, applications fréquentes de compresses chaudes et atouchements au crayon d'alun. Traitement fortifiant général chez les lymphatiques.

4° *Conjonctivite granuleuse : Trachome.*

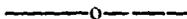
Cautérisée par des granulations siégeant dans le *cul-de-sac supérieur*.

Affection heureusement très rare dans notre pays. En effet en 6 ans dans le service de l'Hôtel-Dieu de Québec nous n'en avons rencontré que 20 cas au plus. Certe affection très

contagieuse et très difficile à guérir n'envahira jamais notre pays grâce aux lois de l'immigration qui font que tout émigré porteur de cette maladie se voit invariablement refuser l'entrée du Canada.

Voilà pourquoi je ne vois pas l'utilité de parler de cette affection qui est un fléau chez les populations égyptiennes surtout.

JOS. VAILLANCOURT M. D.



LES TROUBLES NERVEUX FONCTIONNELS

Les différentes fonctions vitales sont tellement associées et en rapport si intime les unes avec les autres qu'il devient impossible de tenir comme cause unique d'une maladie nerveuse chronique quelconque à *un seul* des grands systèmes du corps humain i. e. circulatoire, respiratoire, digestif, lymphatique ou nerveux. Les différents états neurasthéniques si fréquents dans la pratique ne peuvent pas plus se traiter par une médication nerveuse isolée que des affections cutanées, l'acnée, l'eczéma ou l'urticaire, ne peuvent être guéries par le seul emploi de lotions, d'onguents ou d'applications externes. La Neurasthénie, la prostration nerveuse et l'épuisement nerveux ne sont en général que l'expression par le système nerveux, de troubles du métabolisme, qu'il faut d'abord trouver et guérir avant d'attendre des résultats. Et parmi ces troubles l'anémie occupe généralement un rang important qu'elle soit primitive ou secondaire et la thérapeutique doit y viser. Le métabolisme dépend beaucoup de la quantité et de l'intégrité du sang comme vecteur d'oxygène. Le PI.PTO-MANGAN GUDE stimule l'oxygénisation et la nutrition en apportant au sang un aliment immédiatement assimilable et contenant les éléments les plus importants de FER et de MANGANÈSE. Et cette stimulation vitale suffira souvent à assurer une guérison.

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
PAR UNE DIÈTE SPÉCIALE ET DES INJECTIONS,
AVEC LE RAPPORT DE CENT TRENTE-HUIT
CAS GUÉRIS SANS INTERRUPTION PEN-
DANT LES DIX DERNIÈRES ANNÉES

F. J. W. MCGUIRE, B. S., M. D., DETROIT.

J'apporte ce nouveau traitement de la fièvre typhoïde dans l'espoir d'établir que la mortalité de cette maladie peut être abaissée de beaucoup. Mon attention a été attirée sur ce point dès mon entrée dans la profession médicale. Lors de ma nomination au poste de chirurgien dans la U. S. Marine Hospital Service, j'ai eu l'occasion de voir et d'étudier des malades de cette catégorie, car il y avait toujours dix ou quinze cas de fièvre typhoïde dans nos lits. Et c'est aussi dans l'hôpital que j'ai pu me rendre compte des désavantages de l'alimentation par le lait. A l'occasion de nombreuses autopsies que j'ai faites j'ai trouvé dans l'intestin, des caillots de lait durs formant des amas considérables, dans un cas même un long caillot résistant avait perforé l'intestin et l'on pouvait trouver de petits morceaux semblables dans la cavité abdominale. Au début je n'attachais guère d'importance à ceci car je croyais avoir affaire à une simple coïncidence, mais dans la suite j'ai pu me rendre compte que les mêmes conditions se rencontraient souvent. J'ai dû me rendre à l'évidence que souvent ces caillots en passant sur les surfaces dépolies de l'intestin pouvaient augmenter l'inflammation et par l'augmentation de la pression des gaz dus à la fermentation, distendre les parois malades et ainsi amener la perforation et les hémorrhagies qui la suivent ou la précèdent. Après mon départ du service de la Marine j'ai continué à m'oc-

cuper de fièvre typhoïde ; pendant ma première année de pratique deux malades sur cinq meurent de cette affection. D'où je conclus alors que la continuation de la méthode des classiques amènerait des désastres. Ceci devait m'amener à expérimenter suivant de nouvelles voies en tenant compte que l'alimentation est aussi importante que la médication.

J'avais remarqué que chez les enfants l'administration de lait ou de bouillon est souvent suivie d'une élévation de la température tandis que l'on peut toujours donner de l'eau de riz ou d'orge sans ces inconvénients. En se basant sur ces remarques et sur mes remarques d'autopsie, j'ai mis de côté le lait comme aliment des typhiques. L'étude comparée des deux méthodes a donné les résultats suivants : Dans dix-huit cas j'ai trouvé que la prise de lait s'accompagnait de l'élévation de la température pendant que la prise d'hydro-carbonés n'amenait pas le même résultat. Depuis je n'ai jamais donné de lait ; quand je vois un cas de fièvre je donne en abondance de l'eau stérilisée pendant les dix premiers jours et quand il a réellement besoin de nourriture il prend des peptonoïdes diluées dans l'eau, des places et des gelatines. Le lait de vache est un trop bon milieu de culture pour être utilisé. La nature est sans doute un excellent maître mais encore faut-il en comprendre les leçons, pendant tout le cours de la maladie, le malade n'a pas d'appétit, pourquoi vouloir le nourrir et forcer l'organisme à se défendre de cette surcharge par les vomissements ou la diarrhée. En fait de statistiques il convient de comparer celles de la guerre Hispano-Américaine où l'on s'est servi de lait, avec celles de la guerre Russo-Japonaise où l'on s'est servi d'eau de riz pour le traitement des typhiques et des dysentériques. L'enlèvement du caillot de lait des plaques de Peyer est un grand pas vers la guérison, il ne restait qu'à s'occuper de la médication. J'avais

cru tout d'abord avoir trouvé un moyen de faire avorter la maladie en donnant en lavement un drachme d'acide phénique dans une chopine d'eau, mais ceci était trop actif. La température tombait de 104 au-dessous de la normale et le malade avait des symptômes d'empoisonnement par l'acide phénique, dans l'espace de quelques heures le thermomètre oscillait autour de 100 pour reprendre bientôt sa position.

Le fonctionnement rénal était surveillé dans tous ces cas.

Dans une nouvelle série d'expériences je donnai une goutte d'acide dans une chopine d'eau en lavement, si la température n'était pas affectée, nouveau lavement avec deux gouttes, et ainsi de suite en augmentant jusqu'à dix gouttes suivant la résistance du malade. Dans une dernière série j'ai adopté la formule suivante: dans une chopine d'eau stérilisée je mêle de trois à cinq gouttes d'acide carbolique et je laisse pénétrer le lavement dans l'intestin aussi lentement que possible ce qui s'obtient en plaçant le réservoir à un pied au-dessus du niveau du lit. L'eau doit pénétrer dans une heure à peu près. Les courants muqueux en sens inverse amèneront cette solution au contact de tout l'intestin et l'étendue de la surface assurera la quantité de l'absorption.

Le Dr Chas. Bond, de Londres, a démontré que des piutes d'eau peuvent être entraînées dans tout l'intestin par ces courants muqueux renversés. Il prétend que l'on peut littéralement noyer le malade par ces lavements. Par ces courants la solution d'acide phénique mise en contact avec l'intestin est absorbée et peut exercer son action antiseptique sur le sang. Et cette injection ne se limite pas à la fièvre typhoïde, je l'ai employé souvent dans des cas de pneumonie, de gastro-entérite et de crises d'appendicite aiguë ou par son action antiseptique et antithermique elle m'a fourni de grands succès.

Les 138 cas que je rapporte aujourd'hui comprennent des malades dont l'âge s'étend de trois à soixante-dix huit ans, je n'ai jamais donné de bains froids mais j'ai toujours appliqué de la glace sur l'abdomen et un bain de propreté par jour. A l'occasion un peu de strychnine, de quinine ou de salol suivant les indications. De tous les cas traités pendant dix ans, 138, je n'ai pas eu une seule mort. Tous ont bien réagi au traitement bien que plusieurs n'aient été traités qu'après quelques jours de maladie. Dans quatre des cas, des hémorrhagies très profuses furent arrêtées par la suspension de la diète lactée. Ces résultats encourageants me portent à croire avec confiance à mon traitement.

La fièvre typhoïde a toujours été une des grandes plaies de la guerre, l'armée anglaise, en effet, a perdu pendant la campagne Anglo-Bœr 7991 hommes de la fièvre typhoïde contre 7582 à la suite des engagements, et l'armée Américaine 1500 par la maladie contre 100 par les balles. Ceci est de nature à faire réfléchir ceux qui ont mission de soigner les malades en vue de trouver un moyen d'arrêter les ravages de cette terrible maladie.

778 Avenue Jefferson.



SANMETTO DANS LES CAS DE VESSIE IRRITABLE

Le Sanmetto a agi d'une façon absolument remarquable pour me guérir de trouble d'irritation vesicale qui m'ennuyaient beaucoup la nuit. J'avais essayé le palmetto, le salix nigra, le buchu, le juniper, l'acétate de potasse, l'acide bezoïque etc. etc., sans aucun soulagement. Après avoir pris deux onces de Sanmetto, j'ai éprouvé le premier bon effet qui n'a fait que s'accroître à mesure que la bouteille se vidait. Aujourd'hui je me sers régulièrement de cet excellent remède et je ne puis trop le recommander à mes clients.

LES INJECTIONS MERCURIELLES IN LOCO DOLENTI
DANS LES MANIFESTATIONS LOCALISEES
DE LA SYPHILIS

Par HENRI HAMEL, Interne des Hôpitaux de Paris.

Il peut sembler superflu d'apporter un nouveau mode de traitement des syphilides au moment où grâce à de récents progrès, la médication habituelle, mercurielle ou iodurée donne de si brillants résultats.

Malheureusement on s'aperçoit bien vite au cours de la pratique syphiligraphique que les traitements hydrargiriques et iodurés, si bien institués, si intensifs qu'ils soient ne donnent pas toujours les résultats espérés. Il est des cas rebelles à toute thérapeutique générale où les médications les plus énergiques (injections solubles de sels mercuriels intra-veineuses ou intra-fessières, injections insolubles de calomel) échouent complètement ou donnent tout au moins des résultats tardifs compromis de rechutes continuelles.

Les causes de ces échecs sont multiples, liées parfois au terrain morbide. Le plus souvent sans doute à des troubles vasculaires locaux ne permettant pas la pénétration de l'agent thérapeutique jusqu'au point malade.

D'autres fois encore la médication générale est contraindiquée par des motifs divers alors que l'évolution des lésions nécessiterait une intervention énergique.

C'est en ces cas qu'une médication simple et sûrement efficace est précieuse. Notre maître, M. J. Darier, s'est depuis longtemps préoccupé de répondre à ce desideratum. Il a depuis

longtemps et à diverses reprises expérimenté la méthode des injections mercurielles locales.

Diverses considérations l'ont guidé dans cette voie.

Il paraît, à un point de vue théorique, rationnel dans les cas où il est certain ou probable que les lésions locales d'une maladie infectieuse résultant d'une localisation de son agent pathogène, de porter l'agent thérapeutique au point même où il est utile, au lieu de le diluer dans la masse totale des humeurs de l'organisme. On peut prévoir que le médicament se montrera actif dans ces conditions à doses beaucoup moins élevées. Le professeur Bouchard avait d'ailleurs préconisé cette méthode au congrès du Caire en la recommandant pour le traitement salicylé des arthrites. On peut aussi espérer un bon résultat des injections locales de sels mercuriels en voyant l'efficacité du traitement local des dermatoses infectieuses ; tous les médecins obtiennent des résultats appréciables dans la cure des manifestations locales de la tuberculose et de la lèpre, par exemple.

Enfin la syphilis elle-même a de tout temps été plus ou moins traitée localement. Le célèbre emplâtre mercuriel de *Vigo*, tant de fois modifié au cours des trois derniers siècles est resté jusqu'à nos jours l'un des meilleurs mode de traitement local de la syphilis. Le professeur Fournier le recommande couramment. M. Hallopeau s'est fait le défenseur du traitement local des syphilides, notamment par les pommades mercurielles et les bains locaux de sublimé : malheureusement les inconvénients en dépassent trop souvent les avantages. Enfin notre collègue et ami Boisseau, (de Luchon) reprenant sur le conseil de M. Brocy les expériences anciennes de M. Bernier a résumé dans sa thèse inaugurale les intéressants résultats fournis par les injections locales d'iode de potassium dans le traitement des gom-

mes syphilitiques : la douleur très vive qu'elles provoquent les contrindique dans la pratique courante.

A l'instigation et sous le contrôle de notre maître M. J. Darier nous avons repris les expériences sur les injections mercurielles locales. Ce nous fut chose aisée dans ce beau service de l'hôpital Broca, si riche en malades où M. J. Darier nous a fait l'honneur ne nous prendre comme interne durant une année.

Indications de la médication locale.

Ce n'est pas dans la généralité ni même dans la majorité des cas que la médication locale est appelée à rendre des services. Cela n'est en effet indiquée que dans les circonstances suivantes :

1° Syphilides secondaires ou tertiaires circonscrites, de caractère ulcéreux, destructif ou suintant, ou simplement affligées et affichantes par leur localisation, si bien qu'il y a un intérêt majeur à les faire disparaître le plus rapidement possible.

2° Traitement général rendu actuellement dangereux ou impossible aux doses considérables qui seraient nécessaires, en raison soit des caries dentaires multiples avec gingivite, (contrindiction formelle à cause des stomatites toujours possibles dans ces cas) soit de troubles intestinaux graves (diarrhée séreuse, muqueuse, muco-membraneuse ou hémorragique) soit de lésions rénales non imputables à la syphilis.

3° Traitement général s'étant montré inefficace ou trop lentement efficace, mais qu'il serait imprudent de prolonger en raison des doses élevées de mercure absorbées.

4° Enfin dans les cas où la biopsie ayant écarté sûrement le diagnostic d'épithélioma le traitement d'épreuve reste légitime et permet de trancher le diagnostic sans lui impossible entre la

syphilis et la tuberculose, on pourra avoir recours au traitement d'épreuve par injection locale.

Il importe du plus haut point de mettre en relief dès l'abord que nous ne prétendons pas substituer la médication hydrargirique locale à la médication générale, ce qui serait profondément irrationnel et exposerait à de redoutables mécomptes; pour nous cette méthode est un adjuvant précieux, mais rien de plus.

Technique des injections locales.

1° La solution injectée : Nous avons d'abord employé le biiodure en solution très faiblement concentrée 1/2000 à 2/1000. Nous avons dû abandonner ce sel car il restait douloureux quelque faibles que fussent les solutions. Or nous ne pouvions faire de solution indolore de biiodure par adjonction de cocaïne ou de stovaine, le biiodure donnait un précipité avec les alcaloïdes. L'eau gaïacolée saturée ajoutée aux solutions ne nous a donné aucun résultat analgésique appréciable.

Nous avons alors essayé du cyanure de mercure en solution à 1/2000 rendu indolore par adjonction de cocaïne à 1/200. Mais au bout de quelques minutes après l'injection apparaissaient des douleurs d'intensité variable.

Enfin nous avons employé la solution de cyanure à 1/2000 rendue indolore par la stovaine à 1/200, mais en solution portée à l'isotonie par adjonction de chlorure de Sodium. Nous avons expérimenté cette solution sur de nombreux malades : nous l'avons toujours trouvée absolument indolore. C'est elle que nous conseillerons car seule elle nous a donné des injections totalement et constamment indolores.

2° *L'Injection.*—Il faut prendre une aiguille très fine, de celles qui sont employées pour les injections intra-veineuses. On pénètre très obliquement de façon à atteindre les couches cellu-

lares profondes des papules ou des tubercules, puis on pousse lentement l'injection. La quantité du liquide sera d'environ un à 2 cent. cubes : il faut que le liquide injecté détermine une infiltration notable de la lésion traitée.

Quant aux ulcérations nous conseillons d'entoncer l'aiguille en pleine ulcération et non à son voisinage : on évite ainsi même la douleur de la piqure d'aiguille, profitant de la sensibilité très atténuée de l'ulcère syphilitique. Il y a intérêt à faire dans la même ulcération des injections en des points multiples tout au moins aux deux pôles de l'ulcère, s'il est étendu au moins.

Ensuite on recouvre d'un pansement sec. En général, il suffit de répéter tous les deux jours les injections locales.

En procédant avec les précautions d'asepsie habituelles et en employant la solution isotonique de cyanure stovainé on peut employer la méthode des injections locales sans avoir à craindre aucun accident, aucune douleur même, et cela dans les régions les plus sensibles, comme la face ou la vulve.

Nous rapportons ci-dessous quelques observations qui montrent l'efficacité et le mode d'action du traitement local :

OBSERVATION I.— *Ulcération de la face.*— M. D. M., 27 ans. Syphilis méconnue, dont l'accident actuel est au dire du malade, la première manifestation. Le malade a été traité à Saint-Louis, à la consultation du dimanche, au moyen de pom-mades blanches dont il ignore la composition. Pas d'autre médication, le début de l'ulcération remonte à six mois.

Le 2 décembre 1907, il vient consulter à Broca pour une vaste ulcération à bords réguliers formant des segments de cercles, à fond irrégulier, jaunâtre recouvert d'une croûte épaisse. Base nettement infiltrée. Sa forme générale est celle d'un fer à cheval largement ouvert touchant les deux commissures et

limité en haut par la muqueuse de la lèvre qui est respectée, mais très oedématiée et infiltrée, éversée.

Le traitement local seul est institué : le 2 décembre on injecte, en deux points, un centimètre cube de biiodure à 2/1000 l'injection est peu douloureuse.

Le 8 décembre, disparition de l'œdème labial, l'ulcère s'est détergé et se comble. Large marge périphérique de cicatrisation : la commissure droite est guérie et toute la plaie bourgeonne. Même traitement.

Le 15 décembre l'ulcère entier est comblé et épidermisé.

OBSERVATION II. — *Syphilides tuberculo-circinées de la face.*
— Mme O. M., 44 ans, salle Cullerier, n° 9. Syphilis en 1905, traitée très énergiquement, depuis 1906 par des frictions et des injections solubles. La lésion actuelle persiste depuis le 6 octobre 1907, malgré 50 injections de biiodure, 1 injection de calomel, 5 injections d'huile grise et des applications permanentes d'emplâtre de Vigo. La malade est très alcoolique, a facilement de la stomatite, ce qui rend difficile tout traitement intensif prolongé.

Le 10 décembre 1907 la malade présente une large nappe érythématosquameuse très infiltrée, à bordure surélevée, à contours polycycliques. La lésion occupe la moitié droite de la lèvre supérieure, le sillon nasogénien et envahit la région mentonnière jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de la commissure. On observe trois tubercules du volume d'un gros pois, ulcérés, l'un à la périphérie de l'infiltrat, les autres à la commissure buccale. Sans aucun traitement général ni pansement local, 8 séries d'injections locales de 2 centimètres cubes chacune de biiodure à 1/2000, pratiquées aux deux points extrêmes de la lésion, ont suffi en 20 jours à supprimer l'infiltration, cicatriser les tubercules, pâlir l'érythème. La lésion laisse comme reliquat

une ligne cicatricielle, visible à jour frisant, formée des cicatrices de tubercules confluent.

OBSERVATION III.—*Syphilome ulcéré de la jambe.* Mme P. A., 25 ans. Salie Vidal n° 6. Syphilis datant probablement de 1902. Traitée deux mois par des pilules à Ténion en 1905, un mois par des injections de calomel pour des gommes à Broca en 1906.

En avril 1907, elle présente à la partie postéro-externe de la jambe quatre ulcérations, la plus petite de la dimension d'une pièce de un franc. Bords taillés à pic mais décollés en certains points, base très infiltrée. La carie dentaire avec gengivite contre-indique le traitement général. Injection biiodure à 1 pour 2000, un centimètre cube tous les deux jours, localement. Après la première injection les bords décollés s'accolent au fond qui se déterge. L'infiltration disparaît à la deuxième injection. Guérison complète au bout de 20 jours, soit 10 injections.

OBSERVATION IV.—*Syphilome chancriforme récidivant.*— M. R. C., 23 ans, Syphilis moyenne traitée régulièrement par des injections de benzoate ou d'huile grise. Au bout de 3 ans, il y a 18 mois, apparition d'une érosion chancriforme, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes située sur le pubis, dans le prolongement d'une cicatrice linéaire inguinale droite pratiquée pour l'extirpation d'un testicule tuberculeux. Traitement par injections intrafessières quotidiennes de benzoate, guérison lente. Trois semaines après, puis à des intervalles de trois semaines à deux mois au plus, récidives toujours au même point et sous la même forme, chaque fois plus rebelles. On en vient à soupçonner la tuberculose. Ce malade, suivi et traité par M. Emery, est présenté le 4 octobre 1907 à M. J. Darier, qui constate l'existence d'une syphilide tuberculo-érosive, superficielle, à base cartonnée, peu infiltrée de la dimension d'une pièce de

cing francs. Le traitement général reste le même mais on y ajoute les injections locales quotidiennes de 1 centimètre cube de biiodure à 1/1000. Cicatrisation en quinze jours. Depuis 6 mois la guérison persiste sans récurrence.

OBSERVATION V. — *Syphilide tuberculo-croûteuse*. — Mme D. M., 37 ans. Salle Vidal n°24. Syphilis méconnue. Pas de traitement antérieur. Les lésions actuelles durent depuis six ou sept mois. Elles sont groupées en trois sièges et bien circonscrites sur le sein gauche, dans l'aisselle gauche, dans la région dorsale enfin au niveau des six dernières côtes du côté gauche. On observe en ces points une large nappe erythémato-pigmentaire légèrement infiltrée, à contours polycycliques. A la périphérie de cette nappe infiltrée on trouve de nombreux tubercules, les uns typiques, les autres squameux ou croûteux.

Le traitement local seul est institué, et pour la lésion dorsale seule, la plus étendue.

On injecte le 1er décembre 2 centimètres cubes de la solution de biiodure à 2/1000. Le 12 décembre 3 séries de deux centimètres cubes ayant été pratiquées la nappe erythémateuse a perdu son infiltration et est devenue d'un brun très pâle : les tubercules ont laissé en disparaissant une cicatrice pigmentée.

Les lésions non soumises au traitement n'ont pas évolué de façon appréciable.

OBSERVATION VI. — *Syphilome ulcéré de la jambe*. — Mme Q. M., 22 ans. Salle Vidal n°1. Syphilis en 1901, non traitée. Le 21 décembre 1907 elle consulte pour trois ulcères. Deux sont numulaires, de la dimension d'une pièce de 50 centimes siégeant l'une sous la plante du pied, l'autre sur la narine gauche. La troisième ovalaire siége sur la face externe de la jambe droite à sa partie supérieure. Elle est très profonde, a des bords à pic, un fond grisâtre irrégulier. Elle mesure 4cm,

5 sur 2cm,5 On traite seulement cette lésion par le biiodure à 2/1000, un centimètre cube tous les deux jours. Après 5 injections l'ulcère comblé complètement s'épidermise par ilots. On institue le traitement général et la malade sort : les ulcères témoins avaient continué à évoluer.

OBSERVATION VII. — *Infiltration gommeuse ulcérée de la jambe.* — Mme A. A. 21 ans. Syphilis en 1904. Gomme de la jambe gauche et néphrite syphilitique en avril 1907. Traitée par 50 injections de un centigramme de biiodure et six injections d'huile grise de 7 centigrammes de mercure. Le 29 novembre la malade vient de terminer sa série d'injections d'huile grise mais malgré ce traitement est apparue sur la face interne de la jambe au niveau du tiers supérieur du tibia une infiltration gommeuse mesurant six centimètres sur sept : on y voit une ulcération parfaitement ronde mesurant 3cm,5 de diamètre. Sur l'aile du nez, à gauche, ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes, peu profonde, à base cartonnée.

Le 29 novembre on injecte dans l'infiltrat gommeux de la jambe un centimètre cube de biiodure à 2 pour 1000 avec eau gaiacolée. Après 2 injections, le 2 décembre l'infiltration diminue, l'ulcère se comble. Le 10 décembre, après 5 injections, quoique le malade ait vaqué à ses occupations l'infiltration est disparue, l'ulcération comblée et presque totalement épidermée. La lésion ulcéreuse de l'aile du nez n'a pas régressé, ce qui permet d'attribuer au traitement local la guérison de l'ulcère de la jambe, et non à une action tardive de l'huile grise précédemment employée comme traitement général.

OBSERVATION VIII. — *Infiltration gommeuse de la jambe.* — Mme B. M., 24 ans. Salle Natalis-Guillot n°6, Syphilis en 1901, traitée irrégulièrement et ayant donné de nombreuses manifestations.

Le 27 novembre 1908, la malade présente à la région postéro-supérieure de la jambe gauche une vaste nappe violacée d'infiltration gommeuse de 3cm,5 sur 9 centimètres, ovulaire. On y observe deux ulcérations profondes, l'une extérieure, allongée mesurant 7 millimètres sur 5. l'autre ronde de 3 millimètres de diamètre. On injecte 2 centimètres cubes de biiodure à 1/2000. Le 6 décembre, après 3 séries d'injections les deux ulcérations sont comblées et cicatrisées. L'infiltration diminue d'épaisseur et ne mesure plus que 9 centimètres sur 2.5.

Le 8 décembre après 4 séries d'injections l'infiltration a disparu laissant une très pâle pigmentation et un très léger épaissement de la peau.

OBSERVATION IX. — *Syphilome ulcéré de la jambe.* — Mlle S. J., 22 ans, salle Vidal, n° 11. Ulcération siégeant à la face antéro-externe de la jambe gauche à la partie moyenne, en forme de cœur de carte à jouer, mesurant 6 centimètres de largeur et 3 de hauteur. Bords taillés à pic, parfois irrégulièrement déchiquetés, à fond irrégulier, rouge légèrement saignant. La base est profondément infiltrée. Le début date de trois semaines, à la suite d'un traumatisme. Le début de la syphilis est inconnu. Le début de lésion remonte à l'âge de 11 ans. Depuis à quatre reprises différentes ulcères de jambe guéris en un temps variant de deux à six mois et laissant des cicatrices pigmentées.

La malade est traitée par injection locale de 1/2 centimètre cube de la solution de cyanure à 1/2000 rendu indolore par la cocaïne à 1/200 et isotonique. 5 séries de 2 injections, tous les deux jours ont amené la cicatrisation complète de l'ulcère, sauf en un point large comme une pièce de 20 centimes, où l'ulcère complet n'est pas épidermisé. Le 22 février la malade sort sur sa demande avant guérison complète.

OBSERVATION X. — *Syphilitides tuberculo-croûteuses et squa.*

meuses.—Mme C. M., 52 ans. Salle Vidal n° 11. Syphilis datant de 10 ans, traitée seulement durant six mois en 1906, à l'huile grise pour des tubercules de la face.

En novembre 1907, entre pour placards pigmentés, polycycliques, infiltrés, portant à leur périphérie des éléments tuberculeux, tuberculo-croûteux, tuberculo-squameux. Ces placards sont situés à la fosse sous épineuse droite, sur l'avant-bras droit et à la région médio-thoracique.

On institue le traitement général au biiodure (un centigramme chaque jour). Le plus le grand placard de la région sous-épineuse est traité localement par deux injections de un demi-centimètre cube de biiodure à 1/2000, pratiqué tous les deux jours.

Après 3 séries de ces injections locales les tubercules sont remplacés par des cicatrices pigmentées et la nappe erythémateuse a perdu son infiltration et pris une couleur brun très pâle.

Les autres lésions, non soumises au traitement local, n'ont été pas transformées notablement.

OBSERVATION XI.—*Syphilides papuleuses du menton.*—Mlle H. L., 21 ans, salle Natalis-Guillot n° 27. Syphilis en janvier 1907 traitée irrégulièrement à l'huile grise de façon insuffisante; état général très mauvais, érythème. A cause d'une série d'injections d'huile grise, la malade voit apparaître trois énormes papules, ayant l'une le diamètre d'une pièce de 1 franc, située sur l'aile gauche du nez, les deux autres, confluentes, du diamètre d'une pièce de 2 francs, et siégeant sur le menton. On continue le traitement général à l'huile grise et le 10 décembre 1907 on injecte un quart de centimètre cube de biiodure à 1 pour 100 sous les papules du menton. La réaction de voisinage est très marquée, la malade souffre, mais le 18 décembre, après avoir subi une transformation cornée, les papules

disparaissent complètement. La papule du nez, non traitée localement, ne disparut qu'un mois après et a récidivé le 20 mars, alors que les papules du menton sont disparues complètement.

OBSERVATION XII.—*Syphilides papuleuses de la face.*— Mlle F. M., 17 ans, salle Natalis-Guillot n° 37. Roséole en juillet 1907. Aucun traitement. En janvier 1908 entre pour des papules de la face, groupées autour de la bouche, les unes isolées, les autres groupées. Un groupe de plusieurs papules confluentes forme une lésion de la dimension d'une pièce de cinquante centimes au niveau du menton. Traitement général, cyanure en injection intraveineuse, deux centigrammes tous les deux jours.

Le groupe de papules agminées du menton est traité localement par injection de 1 centimètre cube de cyanure stovainé isotonique à 1/2000, tous les deux jours. Après quatre injections le groupe de papules qui formait un relief très marqué, est réduit à l'état de macule pigmentée sans infiltration; les autres éléments, non traités localement, n'ont pas encore perdu leur infiltration et ont à peine pâli.

Le 20 mars, après 10 injections intraveineuses de cyanure, les papules, non soumises au traitement local, n'ont pas encore perdu leur infiltration; la macule pigmentée du groupe traitée est presque invisible.

OBSERVATION XIII.—*Ulcération syphilitique du front.*— M. P., 29 ans. Syphilis en 1899 traitée régulièrement pendant 5 ans par des pilules. En novembre 1907, gomme de la langue qui disparaît après 12 injections de calomel.

Le 5 janvier, apparition à 5 travers de doigt au-dessus de l'arcade sourcilière d'une ulcération profonde, à contour polycyclique, à bords réguliers, à pic, profonde, à fond séro-purulent,

très infiltrée à la base ; le malade prend 6 grammes d'iode jusq'au 25 janvier ; on institue alors le traitement local par injection de 1 centimètre cube de biiodure à 1 pour 3000 en même temps que le traitement général par injection intraveineuse de 2 centigrammes de cyanure. Le 1er février, après 3 injections intraveineuses et 3 injections locales, l'ulcère est complètement comblé et cicatrisé. Pas de récurrence, le 30 mars le traitement général par l'huile grise a été institué.

OBSERVATION XIV.—*Syphilitides papuleuses de la face.*—Mme H. B., 23 ans, salle Cullerier, n° 27.

Roséole en décembre 1907, aucun traitement. En mars 1908, entre avec des papules profuses de la face datant de trois semaines et des plaques muqueuses buccales.

Traitement général par le cyanure intraveineux, 2 centigrammes tous les deux jours. On traite localement un groupe de papules du menton particulièrement saillantes. Trois injections de 1 centimètre cube de la solution de cyanure stovainé isotonique à 1,2000 réduisent en six jours ce groupe à l'état de macule pigmentée, sans infiltrat, qui se développe rapidement. Les autres papules avaient durant ce temps seulement perdu un peu de leur infiltration.

OBSERVATION XV.—*Ulcération leucoplasique de la langue.*—Mme S. J., 67 ans, salle Vidal, n° 1.

Syphilis en 1867, soignée par trois mois d'ingestion de pilules. Quelques cures iodurées depuis. La lésion actuelle a débuté en septembre 1907, par une petite ulcération sur une plaque de leucoplasie datant de 3 ans. On pense à une ulcération dentaire, mais l'extraction de la dent incriminée n'amène aucune amélioration.

Le 22 février 1908. La malade présente sur la face dorsale de la langue, près du bord gauche, en regard de la pre-

mière molaire arrachée, une petite ulcération. Le contour est régulier, triangulaire à angles nets, chaque côté ayant environ 8 millimètres. Bords nets formés d'un sillon rouge vif, taillé à pic pour deux des côtés, en pente douce pour le troisième. Le fond de l'ulcère est au même niveau que le reste de la muqueuse linguale, recouvert d'une membrane diphtéroïde. Celle-ci enlevée on découvre une surface mate, régulière. Autour de l'ulcération, plaque leucoplasique lui faisant une base indurée. On trouve d'autres plaques leucoplasiques aux commissures. Pas d'adénopathies.

La malade a eu sans résultat, 7 injections de 1 centigramme de biiodure et 7 injections d'huile grise à 7 centigrammes par injection.

Le 28 février, injection dans la langue, sous l'ulcère de 1 centimètre cube de cyanure à 1/2000, isotonique et stovainé: aucune douleur. Le 1er mars nouvelle injection; quelques heures après réaction inflammatoire. On craint un abcès.

Le 3 mars, le nodule inflammatoire est très affaissé, indolore, sans sensation de tension. L'ulcération est très modifiée. Elle est transformée en une érosion superficielle, nettement limitée, sans sillon périphérique. C'est une pastille brillante, blanc jaunâtre disposée sur une muqueuse plane et mate. Le 9 mars la cicatrisation est complète.

OBSERVATION XVI.—*Syphilome tuberculeux du nez.*—Mme B. 52 ans, salle Vidal, n° 2. Syphilis méconnue, 14 grossesses.

La malade entre à l'hôpital pour une lésion qui a débuté il y a treize mois par un petit tubercule sur base érythémateuse et infiltrée, au niveau de l'aile gauche du nez. La tache érythémateuse s'est étendue progressivement sur toute la racine de nez.

Le 22 octobre 1906, on constate une tache érythémateuse étendue sur les deux versants de la racine du nez. Cette tache

est à bords nets, polycyclique, nettement infiltrée. On y note plusieurs tubercules croûteux.

On fait 3 injections intraveineuses de cyanure qui amènent une amélioration notable, mais une diarrhée sanglante oblige à interrompre ce traitement auquel on joignait l'iodure. L'iodure est cessé, à cause d'accidents iodiques, 5 injections locales de 1/2 centimètre cube de biiodure à 1/3000 amènent une guérison presque complète.

On institue le traitement de fond par l'huile grise et la malade sort guérie.

RÉSUMÉ

Les résultats que nous avons obtenus dans les cas rapportés ici nous paraissent démontrer nettement l'action du traitement local des syphilides par les injections mercurielles à un titre peu élevé.

En effet tantôt nous avons employé uniquement le traitement local, dont l'action s'est trouvée nettement démontrée de ce fait, tantôt nous l'avons associé au traitement général. Mais dans ces derniers cas nous avons presque toujours des lésions témoins qui nous ont permis de voir quelle était, dans la guérison des éléments traités, la part du traitement local.

Nous pensons donc que cette méthode donne des résultats satisfaisants, du moins avec la technique que nous avons employée. Ce sont surtout les ulcérations qui seront traitées avec avantage. Rapidement elles se comblent, leur épidermisation est plus lente à se faire.

Les papules et tubercules sont également rapidement modifiés. Ils se flétrissent, se dessèchent se couvent d'une croûte cornée qui est ensuite éliminée par éviction : on les dirait chassés de la profondeur vers la superficie tant ils perdent vite leur infiltration.

Nous croyons donc que cette méthode de traitement — dans les conditions bien déterminées que nous avons énoncées plus haut — est appelée à rendre de réels services, qu'elle n'a aucun inconvénient, et qu'il y a lieu d'y recourir à l'occasion. Elle permettra dans des cas où vraiment on désespère d'atteindre le guérison, des améliorations rapides et définitives de la lésion locale.

Dans tous les cas elle aidera puissamment le traitement hydragyrique général sans augmenter de façon appréciable la dose de mercure contenue dans la masse totale des humeurs de l'organisme.



LES COMPLICATIONS DE LA GRIPPE

Le signe peut-être le plus caractéristique de la vraie Grippe, c'est la prostration profonde qui persiste après que les symptômes aigus sont disparus. Cet affaiblissement considérable est souvent hors de toute proportion avec l'intensité de la maladie initiale, et les patients même robustes sont souvent très affectés de cet état de choses. En plus de ces troubles vitaux, la Grippe est souvent suivie de complications telles que les otites, les névrites, les sinusites, les dérangements gastro-intestinaux, les Bronchites tenaces et la dernière mais non la moindre, la Pneumonie gripale. Et c'est en combattant cette maladie que la force de résistance du malade aussi bien que l'habileté du médecin sont mises à une dure épreuve.

L'anémie, suite de la maladie et de ses complications, menace de s'éterniser et ne cède qu'à une médication très-sérieuse. C'est alors qu'un médicament de digestion facile et d'absorption rapide trouve son indication et le PEPTO-MANGAN GUDE est tout trouvé, il permet, en effet, d'introduire dans l'organisme les éléments de FER et de MAGANÈSE qui remédieront à la déminéralisation du sang sans surcharger ni troubler les fonctions digestives. De tous les états anémiques, l'anémie post-grippale est celle qui se trouvera le mieux de l'administration de cet hématique éprouvé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Séance du 25 nov. 1908.

La séance s'ouvre à 9 heures P. M., sous la présidence du Docteur A. Simard. Étaient présents : MM. les Drs Catellier, Turcot, Brochu, Marois, Paquin, Mathieu, Jobin, E. Bédard, Az. Bédard, A. Lavoie, de Sillery, Paradis, de Montmagny, Morisset, de St-Hénédine, Pagé, Dorion, Lessard, Gosselin, Clark, Fortier Rousseau, Paquet, Montreuil, Drouin, Dagneau, Mayrand, Devareennes, Nadeau, Derome, Vallée, Vaillancourt, Edge et environ 30 élèves de la Faculté de médecine.

Le procès-verbal de la séance du 21 oct. est adopté.

Rapport du trésorier pour 1907-08, par le Dr Jobin. Adopté.

M. le Dr Paquin lit un travail sur la tuberculose et les moyens de combattre le mal, travail publié dans le *Bulletin Médical*.

Les Drs Catellier et Turcot félicitent le Dr Paquin, et le Dr Rousseau ajoute que l'action d'une ligue anti-tuberculeuse devrait s'étendre à tout le district.

Le Dr Mathieu remercie et félicite le conférencier, puis parle des succès qu'a obtenus l'exposition anti-tuberculeuse à Montréal et des bons résultats que peuvent procurer des efforts bien dirigés pour enrayer le fléau.

Les Drs Paradis, de Montmagny, et Morisset de St-Hénédine parlent des ravages de la peste blanche dans nos populations rurales où l'hygiène est vraiment déplorable. Le Docteur Morisset nous promet son plus ferme appui à la Chambre des députés.

Le Dr Pagé parle ensuite des beautés de l'exposition anti-tuberculeuse de Montréal et des fruits que les populations peuvent retirer d'une telle exposition.

Le Dr Dorion, directeur de l'*Action Sociale*, promet toute son énergie à aider la ligue en formation.

Puis M. le président résume la question : Une croisade s'im-

pose dans une ville comme Québec où 500 tuberculeux sèment le contagement et où la population est décimée par cette terrible maladie.

Les Drs Paquin et Pagé proposent, secondés par les Drs Dagueau et Vallée, que la Société Médicale de Québec se saisisse du projet de former une ligne anti-tuberculeuse à Québec, et le Dr Dagueau propose, appuyé du Dr Vallée, 1° Qu'une commission d'étude soit formée,

2° Les Drs Paquin, Pagé, Ahern, Brochu, Rousseau, Lessard, Gosselin, Dorion, Mathieu, Jobin, le président et le secrétaire de la Société Médicale, le proposeur et le secondeur formeront cette commission avec pouvoir de s'adjoindre et devront tracer les cadres de la ligue en formation.

Ces deux motions sont adoptées.

Le Dr Odilon Leclerc rapporte l'observation d'un constipé spasmodique à forme hémorragique avec pérismoidite et muco-membranes guéri par le régime cellulo-graisseux, observation publiée dans le *Bulletin Médical* de décembre.

Ajournement à 11 heures P. M.

DR ODILON LECLERC,

Secrétaire.

DR ARTHUR SIMARD,

Président.

Séance du 23 décembre 1908.

La séance s'ouvre à 8½ heures P. M., sous la présidence du Dr Art. Simard.

Étaient présents : MM. les Drs Catellier, Ahern, Grondin, Paquin, Jobin, Dorion, Rousseau, Lessard, Richard, de Montmagny, Devarenes, Dagueau, Clark, Pagé, Ceuillard, Vallée, Vaillancourt et 15 étudiants de la Faculté.

Le procès-verbal de la séance du 25 novembre est adopté.

Le Dr Ahern fait une conférence intitulée : Quelques charlatans du régime français au Canada ; conférence que le Dr Ahern rédigera pour le *Bulletin Médical*.

Lecture d'une lettre signée du Dr Edwin Turcot, lettre qui sur motion des Drs Grondin et Ahern, secondé des Drs Dagneau et Pagé est laissée sur la table. Le secrétaire devra demander au Dr Turcot de reconsidérer sa demande.

La commission anti-tuberculeuse fait son rapport, et les résolutions suivantes sont adoptées :

1° La ligue aura pour direction un comité central qui verra à l'organisation générale.

2° Le président sera choisi en dehors de la profession médicale.

3° Les concitoyens de langue anglaise seront priés de se joindre à nous. .

4° Un comité exécutif formé de 10 membres du comité central étudiera toutes les questions concernant la ligue. Il fera rapport au comité central pour approbation.

5° Les officiers seront : Président, 2 vice-présidents, secrétaire général, 2 secrétaires correspondants, trésorier.

6° La ligue devra d'abord concentrer tous ses efforts à instruire par des conférences, des pamphlets, des affiches dans les lieux publics, les hôpitaux, les écoles, etc.

7° On obligera les instituteurs et institutrices à bien connaître l'hygiène générale et surtout du tuberculeux pour l'enseigner aux élèves.

8° On devra interdire l'enseignement par les tuberculeux.

9° On verra à l'observance des lois municipales en ce qui concerne l'hygiène, la désinfection des tuberculeux, de leur habitation, des lieux publics, fabriques, théâtres, voitures, wagons, églises, bateaux, etc. Bien veiller à ce que l'hygiène la plus rigoureuse y soit observée; enfin, obliger les municipalités à faire observer une police sanitaire parfaite.

10° Les tuberculeux seront isolés dans les hôpitaux et les hospices ; la ligue tâchera de fournir les moyens de cet isolement.

11° Pour faciliter aux tuberculeux les moyens de se procurer ce dont ils ont besoin, la ligue ouvrira un arsenal central, où l'on

vendra chaises, crachoirs, remèdes et autres objets nécessaires aux tuberculeux.

12° La ligue se composera de membres actifs avec contribution annuelle de \$1.00, membres honoraires, \$5.00, membres à vie fondateurs, \$25.00, membres bienfaiteurs.

13° Comme autre source de revenu, l'on demandera un octroi annuel au gouvernement, aux municipalités, aux sociétés de secours mutuels, des quêtes dans les églises.

14° Comme revenu pour un but extraordinaire déterminé l'on demandera des souscriptions aux banques, aux compagnies de chemins de fer, l'on organisera des démonstrations publiques, etc.

15° Le comité central verra à la création d'un sous-comité de dames.

Le Dr Ahern propose, secondé par le Dr Dagneau, qu'une assemblée générale de tous les médecins pratiquant en la cité de Québec soit convoquée pour prendre en considération le rapport de la commission.

Le Tr Pagé propose en amendement, appuyé du Dr Paquin, que l'on fasse clavigraphier le rapport de la commission, qu'on le présente à chacun des médecins de langue anglaise et qu'on invite chacun d'eux à se joindre à nous.

La motion principale est adoptée et la séance plénière est convoquée pour le mercredi, 30 décembre 1908. (1)

Le secrétaire est chargé de convoquer cette assemblée des médecins par la voie des journaux des deux langues.

(1) Cette séance a eu lieu le 30 décembre 1908, sous la présidence du Dr Simard. La profession médicale tant anglaise que française y était largement représentée. L'idée d'une ligue anti-tuberculeuse y a été acceptée avec enthousiasme par tous les médecins présents. Une commission a été nommée pour voir à l'organisation de la ligue. Les Drs Ahern, Brochu, Sewell, Paquin, Mathieu, Ross, Grondin, Az. Bédard, Rousseau, Delaney, Gosselin, Lessard, Guérard, Faucher, Simard, Dorion, Dussault, Dagneau, Vallée et Leclerc, se réuniront dans quelques jours pour parfaire le travail d'organisation.

Puis le Dr Grondin rapporte deux observations obstétricales que nous retrouverons dans le *Bulletin Médical*.

Le Dr Dagneau propose, secondé par le Dr Vallée, que les Drs Savard et Nadeau soient inscrits sur la liste des membres de la Société. Adopté.

La séance est levée à 11.15 heures P. M.

DR ODILON LERLERC,
Secrétaire.

DR ARTHUR SIMARD,
Président.

HYGIENE THERAPEUTIQUE

(suite)

BOUILLON

Pour Gautier, un bouillon de 2 litres et demi préparé avec 1 kilogramme de viande modérément gras, sans os, contient :

Extrait sec.....	19 pour 1000
Albumines.....	7.5 " "
Substances extractives (créative, xanthine).....	1.3 " "
Matières colorantes et odorantes.....	4.5 " "
Inosite et glycogène.....	1.4 " "

L'addition de légumes ou de sels et la concentration peuvent sensiblement élever le taux de l'extrait sec.

Il s'ensuit que la valeur nutritive du bouillon est faible, puisque son taux en albumine ne dépasse guère la valeur de 2½ onces de viande crue. On a même dit que le bouillon n'était rien autre chose qu'une solution de produits toxiques, mais la physiologie a

bien démontré que le bouillon pouvait si parfois il est dangereux, rendre par contre de grands services. Pawlow a démontré son excito-secrétoire sur la sécrétion gastrique : « Le bouillon de viande le jus et les solutions d'extrait de viande se sont montrés des excitants constants et puissants du processus sécrétoire de l'estomac, ils peuvent jouer le rôle d'allumette d'amorce qui met le feu au foyer et commande la mise en marche du processus digestif. » Nous avons nous-mêmes démontré ce pouvoir excito-secrétoire avec les extraits de Liebig dans des expériences sur nous-même. (1) Nous ne pouvons qu'admirer la sagesse des temps qui a fait précéder les repas d'un apéritif aussi utile que les soupes, les consommés etc.

Le bouillon néanmoins a ses contrindications formelles : il contient des substances extractives qui se rapprochent de la caféine, de la théobronine etc., qui dérivent du groupe des purines et des sels de potasse. Il faudra donc l'exclure de l'alimentation des artérioscléreux, des athéromateux et surtout des brightiques à cause de sa teneur élevée de substances minérales. Il faudra le conseiller avec prudence chez les arthritiques, les gouteux et les rhumatisants.

LES SAUCES

Les sauces sont innombrables et varient avec les pays et les mœurs, mais ce sont toutes des mélanges lipo-hydrocarbonnés qui complètent les viandes. Mais disons tout de suite que les sauces fortement épicées devraient être bannies à jamais de l'alimentation.

Les sauces devront être défendues aux dyspeptiques à cause de leur graisse et aux diabétiques pour leurs hydrates de carbone. Nous ne parlerons pas des saucisses, bouéins, saucissons, fromages de tête etc., qui chez vous, du moins, sont des saletés qu'il suffit d'avoir vu une seule fois fabriquer pour n'y plus jamais goûter.

VIANDES FUMÉES

Voici d'après Koenig la différence entre le jambon frais et le jambon fumé :

(1) O. LECLERC : Etude sur le transit stomacal. Arch. de l'app. digestif, juin 1907.

	Eau	Albuminoïdes	Graisses	Sels
Jambon frais	70	21	8	1
Jambon fumé et salé	28	25	36	11

A poids égal, le jambon fumé est donc plus nourrissant et sa digestion paraît au moins aussi facile. Il est utile chez les dyspeptiques mais formellement contreindiqué chez les scléreux et les brightiques.

ODILON LECLERC.

(A suivre)

LES BAINS DE SIÈGE EN GYNÉCOLOGIE

M. Dalché vient de donner quelques renseignements intéressants sur l'emploi des bains de siège dans les maladies des femmes (1). Voici quelle est son appréciation sur les bains de siège et sur la manière de les donner.

A. — *Bain de siège chaud.* — Le bain de siège chaud jouit de propriétés excitantes; il les doit à l'activité qu'il imprime à la circulation des organes pelviens et à l'appel du sang qu'il provoque dans la région.

Aussi est-il ordonné dans divers cas pour lesquels il y a lieu de rappeler les règles, en particulier à la suite de certaines aménorrhées accidentelles.

De plus, il favorise la résorption de poussées fluxionnaires et inflammatoires, atténue les douleurs, et ses indications se trouvent les mêmes que celle des irrigations d'eau chaude.

B. — *Bain de siège tiède.* — Le bain de siège tiède est considéré à juste raison comme un des meilleurs procédés que nous puissions

(1) *La Gynécologie, et Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 octobre 1908.

employer pour obtenir des effets calmants ; il diminue les congestions, calme les phlegmasies, et apaise les douleurs. La durée doit en être suffisamment longue.

M. Dalché recommande souvent à la malade de prendre une longue irrigation vaginale tiède, à pression faible, pendant qu'elle se trouve dans l'eau du bain de siège. Cette action combinée des deux moyens thérapeutiques produit d'excellents résultats.

La quantité relativement peu considérable de l'eau employée permet d'incorporer, sans trop d'embarras, au bain de siège tiède les décoctions d'espèces émolientes ou narcotiques. Volontiers on aura recours à la formule suivante :

Feuilles de morelle	} àâ 30 gr.
Feuilles de jusquiame	
Feuilles de belladone	
Têtes de pavot	n° 2
Pour un bain de siège.	

D'autres fois on prescrira :

Sous-carbonate de soude	20 gr.
Gélatine	20 gr.

(préalablement dissoute dans de l'eau chaude).

Cependant on a reproché au bain de siège de maintenir les malades, pendant un temps assez long, dans une position fatigante et pénible, accroupies, les jambes relevées sur l'addomen ; quelques-unes éprouvent parfois, en effet, des sensations douloureuses qui leur font renoncer au bain de siège pour s'en tenir au grand bain tiède. Il est facile de pallier à ces inconvénients.

C. — *Bain de siège froid.* — Raciborski conseille de faire assoir tous les matins, pendant vingt à trente secondes, dans un bain de siège froid, les jeunes filles dont la puberté trop tardive fait soupçonner un retard dans le développement ou l'éveil des organes génitaux. C'est un procédé commode auquel M. Dalché s'adresse volontiers, lorsque les circonstances ne permettent pas d'en employer de plus compliqués au point de vue hydrothérapique.

D. — *Bain de siège à eau courante.* — Le bain de siège à courant continu froid mérite quelques détails. Pour obtenir des effets hémostatiques sédatifs, Gallard recommandait de remplir d'abord le bain d'eau froide, puis de placer la malade dans le bain ainsi rempli, et de n'ouvrir que seulement alors le courant, de telle façon que le choc d'arrivée ne puisse être ressenti.

A cette condition le bain prolongé pendant dix à vingt minutes ne provoque pas de réaction et défluxion de la matrice. Afin d'arriver à des résultats plus marqués, selon les cas, les auteurs conseillent en outre de le combiner aux injections froides, aux lavements froids, etc. . . ., contre la congestion utérine, la fluxion prémenstruelle (Labadie-Lagrave), la métrite hémorragique, en un mot lorsqu'il est indiqué d'intervenir contre la congestion ou l'hémorragie.

« Si l'on ouvre les pertuis latéraux avant de remplir le bain, la malade subit une flagellation dont l'action n'est plus sédative et antiphlogistique, mais stimulante et excitante ». Cette action excitante, tonique, s'obtient surtout avec le bain de siège à courant continu de courte durée, lorsque l'eau à température fraîche est projetée avec force. Elle est mise en usage dans les cas d'asthénie, si l'on juge nécessaire de provoquer les règles supprimées, lorsque l'utérus est atone, blasé, ou bien quand on désire stimuler la circulation dans les engorgements utérins chroniques, les congestions torpides qui n'en finissent pas. On l'a conseillée encore dans les arrêts de développements, les leucorrhées atoniques, les déplacements utérins, l'anesthésie vulvaire et clitoridienne.

Mais parfois aussi, le péril est de réveiller les phénomènes inflammatoires ; aussi pour peu que l'on craigne des accidents, on substituera l'eau chaude à l'eau froide. D'une façon systématique même, dans quelques stations thermales, on emploie le bain de siège à eau courante chaude (37° et plus) avec douche vaginale et latérale ; il est recommandé surtout contre la congestion pelvienne.

Enfin le bain de siège à eau courante tiède possède l'action sédative habituelle à l'eau tiède ; on le conseille pour combattre le

prurit vulvaire, la coccygodinie, les névralgies pelviennes, etc.

Ajoutons que M. Dalché utilise aussi volontiers les manuluves. Depuis longtemps il prescrit l'immersion des mains dans l'eau très chaude pour arrêter les ménorrhagies et même certaines métrorrhagies ; c'est un procédé très efficace à condition de bien s'en servir. Il faut que l'eau soit tellement chaude que sous peine de se brûler, la malade ne puisse que tremper ses mains et les retirer aussitôt. Elle pratique ainsi une série d'immersion des mains pendant deux à trois minutes, matin et soir.

—0—

LIVRE NOUVEAU

F. CALOT. — L'orthopédie indispensable. Tuberculoses externes, déviations. I vol. in 8°, de 741 pages, avec 325 figures dans le texte, cartonné toile. Prix : 16 francs (Masson et Cie. éditeurs, 120 Boulevard St-Germain, Paris).

Presque chaque jour les praticiens sont consultés pour une coxalgie, un mal de Pott, une tumeur blanche, une manifestation rachitique, en un mot pour une déviation congénitale ou acquise.

L'orthopédie, science relativement nouvelle a été l'objet en ces dernières années de recherches nombreuses et de travaux dont ont bénéficié un grand nombre d'infirmes.

Il y a 15 ou 20 ans, les coxalgies, les maux de Pott supprimés se terminaient presque tous par la mort ; la luxation congénitale de la hanche faisait l'opprobre de la chirurgie ; or, aujourd'hui, ces affections guérissent d'une façon intégrale, et cela par des procédés simples, bénins, faciles à appliquer, accessibles à tous les médecins.

Le travaux de M. Calot, ses diverses communications, ses traités ont fait beaucoup pour préciser et vulgariser les méthodes orthopédiques. L'emploi des injections modificatrices dans les tuberculoses osseuses, ses méthodes de redressement en particulier pour la colonne vertébrale atteinte d'une déviation de Pott qui ont trouvé des adeptes dans toutes les parties du monde.

L'orthopédie indispensable, qui paraît aujourd'hui expose en les condensant tous les travaux antérieurs de Calot, et en forme un manuel pratique que tout médecin doit avoir en sa possession.

ACHILLE PAQUET M. D.