

Pages Missing

Le
Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE

UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDECINE

CHIRURGIE

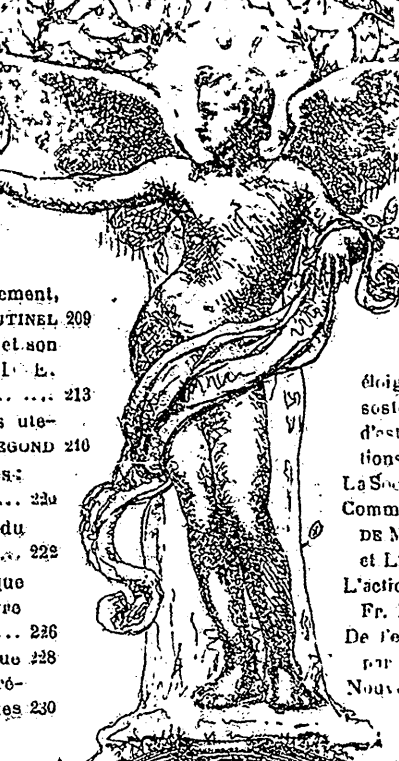
SANTE

THERAPEUTIQUE

Sommaire

Les purpuras et leur traitement,
 par M. le Professeur HUTINEL 209
 L'Hyperémie cardiaque et son
 traitement, par M. le D^r L. E.
 LE CAVELIER..... 213
 Le traitement des fibromes uté-
 rins, par M. le Professeur SEGOND 210
 Le Coryza des nouveau-nés:
 pronostic et traitement 220
 Le traitement des abcès du
 sein..... 222
 Une réaction caractéristique
 de l'upins dans la fièvre
 typhoïde..... 226
 La pancréatite hémorragique 228
 L'Auto-inoculation et la ré-
 action syphilitiques 230

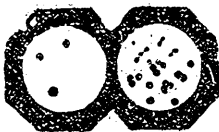
Le diagnostic de l'hy-
 stérie 235
 La composition de l'air
 marin 237
 Les suites médicales
 éloignées de la gastro-entéro-
 stomie au cours de l'ulcère
 d'estomac et de ses complica-
 tions 239
 La Société médicale de Montréal .. 243
 Communications de MM. François
 DE MARTIGNY, Doct^r LARAMÉE
 et LE SAGE..... 244
 L'action de l'Yohimbine par M.
 FR. MULLER 248
 De l'eau chaude en gynécologie,
 par M. le Professeur RECLUS .. 254
 Nouvelles scientifiques 257



LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LTEE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

SIROP: une cuillerée à soupe à chaque repas

DEPOTS

pour le Canada Rougier Frères, 12, Notre-Dame Est, Montréal
 pour les États-Unis Fougère & Cie, 30, Beckmann Street, N. Y.

LE MONTREAL-MEDICAL

Vol. 9

25 Juillet 1909

N° 5.

Les Purpuras

Par M. le Professeur HUTINEL



La classification actuelle des purpuras manque d'une base scientifique solide. La division en purpuras infectieux, rhumatoïde et maladie de Werlhof ne répond nullement à la vérité des faits. Tous ces cadres sont fragiles et ont besoin d'une remise au point. Le purpura n'est point une maladie, mais un syndrome commun aux affections les plus diverses. Il fait cortège aux phthisiques, aux cardiaques, se rencontre chez les varioleux, dans la scarlatine, la rougeole, la pneumonie, la blennorrhagie. Tous ces purpuras sont appelés secondaires ; mais ceux qu'on appelle primitifs sont absolument semblables aux précédents. Une série de causes toxi-infectieuses sont à la racine des uns et des autres. On ne saurait donc conserver cette division classique en purpuras primitifs et secondaires.

Il est plus simple d'admettre avec Grenet deux classes de purpuras, les uns légers, ne s'accompagnant que de taches exanthématiques ; les autres graves, se compliquant d'hémorrhagies viscérales. En attendant que nous soyons mieux fixés sur les conditions de ces hémorrhagies purpuriques, cette division, exclusivement clinique, servira de cadre d'attente.

En janvier, un enfant nouveau-né fut porté à l'hôpital, en pleines crises convulsives. Il succomba au bout de quelques heures ; à l'autopsie, le cerveau était pâle ; mais, en arrière

du lobe droit, on découvrit une hémorrhagie sous-arachnoïdienne, et le tube digestif laissa voir un intestin grêle rempli de sang. Un autre enfant, âgé de 18 mois, né de parents bien portants, souffrit quelque temps de troubles digestifs avec alternatives de diarrhée et de constipation. Le 24 janvier, subitement le pied droit, depuis le cou de pied jusqu'à la naissance des orteils, se couvrit d'une large tache sanglante; le lendemain, ce fut au tour de la main gauche de se prendre, une large ecchymose envahit toute la face dorsale de la main. On aurait pu croire à des taches ecchymotiques résultant d'une oblitération artérielle; mais jamais, en pareil cas, les plaques sanguines ne sont aussi étendues. L'enfant était blafard; des convulsions survinrent trois jours plus tard, avec une déviation conjuguée des yeux et de la face à droite. La ponction lombaire laissa couler un liquide jaune et riche en polynucléaires. La mort ne tarda pas. A l'autopsie, hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne et thrombose du sinus longitudinal supérieur. Le foie est marbré, jaunâtre et ses cellules en voie de dégénérescence. Les reins étaient peu altérés, mais des zones de nécrose côtoyant des lésions irritatives dans la moelle osseuse. Les globules rouges étaient diminués de volume (3 millions 450 mille), l'hémoglobine en quantité moindre (80 0/0); on comptait 15.400 leucocytes et quelques globules rouges à noyau.

Ce sont en général des lésions similaires qui se retrouvent à toutes les autopsies. Outre les foyers sanguins ou taches sanguines répandus dans les organes (cœur, poumons, intestins, reins) ou sur les téguments, on isole des lésions dégénératives du foie et de la moelle osseuse, ces dernières accompagnées de réactions irritatives. Peut-être est-ce à la lésion hépatique qu'est due la disparition dans le sang d'un ferment qui favorise la formation du caillot: d'où cette absence de coagulabilité du sang observée dans les purpuras. Mais ce n'est là encore qu'une vue de l'esprit. Le système nerveux est fréquemment atteint, on observe des paraplégies, des névrites, celles-ci antérieures aux hémorrhagies ou postérieures. L'altération nerveuse précède ou suit le purpura. Du côté du sang, les lésions sont remarquables. Ce sont d'abord l'ané-

mie marquée, la diminution des hémato blasts, le défaut de coagulation du caillot, tous signes déjà donnés par Hayem.

En outre, Lenoble (de Brest) décrit les globules rouges à noyaux, des éosinophiles en nombre augmenté, des myélocytes. Toutes ces altérations sur lesquelles Lenoble a voulu édifier une classification des purpuras, ne sont point la cause des hémorragies. Elles en apparaissent comme la conséquence ; en effet, toutes les infections graves avec affaiblissement du sujet révèlent des altérations sanguines semblables, comme l'ont démontré les recherches de M. Tissier poursuivies dans le service de M. Hufinel.

Quel est l'agent infectieux du purpura ? Les germes les plus divers ont été rencontrés : le pneumocoque, le streptocoque, le coli-bacille. Des anaérobies peuvent produire des désordres analogues et aussi diverses intoxications (phosphore), qui lèsent la cellule hépatique. En général, la cause habituelle est une toxémie intestinale ; suite de cette toxémie, il pénètre sans doute dans le sang des albumines étrangères et celles-ci produisent une série d'accidents que nous voyons journellement survenir depuis les injections de sérum antidiphthérique. Les hémorragies cutanées et les arthropathies, voilà des signes communs au purpura et aux effets des injections sériques.

La maladie ou plutôt le syndrome, affecte les marches les plus diverses. C'est un début aigu par fièvre, céphalée et troubles digestifs. Puis des taches ecchymotiques couvrent les jambes et les bras. Des épistaxis des hématuries viennent compliquer la situation et des hémorragies viscérales peuvent entraîner la mort. Celle-ci vient vite et le purpura est foudroyant. Ou bien tous les signes sont atténués et le malade se rétablit peu à peu. Dans ce qu'on appelle le purpura rhumatoïde, les taches purpuriques envahissent les genoux, le coude, la face ; des douleurs articulaires accompagnent des douleurs très vives du côté de l'aïodomen ; l'intestin est contracté, du sang colore les matières. Tous ces accidents se répètent par poussées successives pendant un certain nombre de semaines. La maladie de Werlhof serait un purpura guérissant dans une dizaine de jours ; mais l'inventeur de cette

dernière variété morbide ne lui consacre qu'une vingtaine de lignes, et vraiment cela ne suffit pas pour constituer une entité morbide distincte.

Le diagnostic de la maladie peut être malaisé. M. Hutinel montre un enfant de huit ans atteint d'hématurie et de taches pétéchiales sur le thorax. On aurait tendance à croire à du purpura ; mais toutes ces taches pétéchiales sont de même dimension ; aucune n'est plus large que l'autre. En réalité, il s'agit de piqûres de puce, et l'enfant est atteint non de purpura, mais de tuberculose rénale très probable. D'autres fois, on se trouve en présence d'une hémophilie. La distinction entre les deux affection est fort difficile en certains cas.

Quoi qu'il en soit, le pronostic sera toujours réservé. Les purpuras les plus bénins comptent des terminaisons tragiques. Le médecin ne se pressera pas de conclure. Auprès d'un enfant, atteint de purpura moyen, avec légère hémorragie intestinale, M. Hutinel porta un soir, à huit heures, un pronostic favorable. Six heures plus tard, des convulsions, indice d'une hémorragie méningée, emportaient le malade. Un autre enfant, auprès duquel M. Hutinel avait fait ses réserves fut vu ensuite par M. Rendu. Ce dernier rassura la famille. Deux heures après, l'enfant était mort.

Ce ne sont pas seulement les suites immédiates qui sont à craindre, mais encore les suites éloignées. Les néphrites chroniques se produisent parfois chez des enfants qui ont eu des hématuries, et M. Hutinel en a vu plusieurs exemples.

Le *traitement* consistera avant tout dans le *repos absolu* et l'*alimentation lacto-végétarienne* (lait, farineux, bouillies légères, pas de viandes ni d'œufs). Des applications chaudes calmeront les douleurs de ventre ; on emploiera la glace en cas d'hémorragie.

Quant aux injections de sérum, elles n'assurent aucun avantage ; M. Weil a recommandé dans l'hémophilie les injections de sérum de cheval, voire de sérum antidiphthérique. M. Hutinel ne leur accorde aucune action manifeste dans le purpura. Le sérum additionné de gélatine peut même donner lieu à des accidents très graves (tétanos) quand la stérilisation de la gélatine a été mal faite.

L'adrénaline a pu fournir quelques résultats ; mais surtout le chlorure de calcium sera prescrit plusieurs jours de suite (3 à 4 gr. par jour). Quant aux boissons acidulées (limonade au citron, limonade sulfurique), elles sont recommandées depuis des siècles et semblent jouir d'une efficacité atténuée, mais réelle.

L'Hypermyose cardiaque et son traitement

Suite

Paris, 3 juillet 1909

Nous avons vu que dans l'hypomyose cardiaque, le myocarde ne s'est pas développé en proportion de la somme de travail à accomplir, tandis que dans l'hypermyose idiopathique, le muscle a acquis un volume plus grand qu'à l'état normal, provoqué par une augmentation d'énergie fonctionnelle et par une suractivité nutritive de ses parois. Dans ces cas, il n'existe aucune lésion du myocarde, des valvules, du péricarde, des reins ou des poumons, etc., pouvant causer cette hypermyose ; il faut donc en rechercher l'étiologie dans la grande somme de travail imposée au cœur, soit à la suite de fatigues, d'efforts musculaires exagérés, d'émotions, etc., soit par un apport surabondant de boissons et d'aliments qui augmentent trop rapidement la masse du sang et son poids spécifique.

Il en résulte un surmenage du cœur soit par excitation des ganglions moteurs intra-cardiaques ou par action sur les centres nerveux, comme on l'observe dans l'hypermyose cardia-

que de la maladie de Basedow. Les troubles de développement du myocarde sont de nature réflexe chez ceux qui souffrent d'hypospadias, de phimosis ou de paraphimosis, etc... Pour tous ces malades, la thérapeutique doit d'abord s'arrêter à la chirurgie qui remédiera à un trouble local dont l'action réflexe peut donner lieu à une dégénérescence du muscle cardiaque hypertrophié.

Le régime alimentaire sera réduit au minimum de recette nécessaire pour l'entretien calorique de l'organisme, en rapport avec le travail du sujet, il faut soulager le cœur en cherchant à diminuer la masse du sang et des liquides de l'économie. Le thé, le café, les vins, la bière, etc., toutes les boissons stimulantes et les aliments liquides, soupe, potage, etc., seront évités, ainsi que les légumes trop riches en sels de potasse, comme la pomme de terre qui contient environ 3 grammes (45 grains) de phosphate de potassium par deux livres. Le régime sec, les viandes blanches, rôties ou grillées, sont préférables. Pour activer la circulation périphérique et celle du réseau veineux, le massage, les mouvements passifs, la gymnastique méthodique, les bains tièdes ou chauds, sont indiqués.

Les bains chlorurés sodiques seront chargés d'acide CO₂ et donnés à la température de 27 à 35° (82 à 85 F); les éléments gazeux et minéraux de l'eau produisent une excitation cutanée, une vaso-dilatation et une stimulation des nerfs sensitifs qui ont un effet des plus favorables sur le cœur. Si, en concomitance à l'hypermyose, il existe une dilatation, la matité précordiale diminue rapidement et après un bain chaud à 32° C (89 F.) l'on voit souvent le diamètre transversal du cœur diminuer de plus de 2 centimètres (1 pouce). L'idéal du traitement serait de pouvoir donner, à ce cœur capable de nourrir un organisme plus robuste, des organes plus grands et des muscles plus gros, proportionnés ainsi à son énergie; cependant les exercices corporels, des marches prolongées, des ascensions méthodiques, etc., sont contre-indiqués, car cette méthode d'Oertel est appliquée avec succès de préférence dans les cas d'hypomyose ou de simple affaiblissement musculaire du cœur.

Dans l'hypermyose idiopathique, la seule gymnastique donnant des résultats favorables est celle qui consiste dans la résistance qu'on oppose aux exercices faits par le malade et dans l'usage de la méthode de Zander.

S'il existe des intermittences, des troubles du rythme du cœur et quelquefois du dédoublement de l'un des bruits, c'est parce que le myocarde n'est pas toujours nourri par la même excitation et qu'il n'existe pas un *développement régulier et proportionnel* des fibres musculaires, propres et communes à chaque ventricule, particulièrement du faisceau de His.

Pour combattre les palpitations, l'épistaxis, les bourdonnements d'oreille, le vertige, etc., il faut diminuer l'hypertension portale et artérielle par le repos, les nitrites de soude, et les cholagogues, faire des frictions cutanées totales deux fois par jour, le massage des sinus veineux abdominaux et l'application d'une compresse humide froide sur la région cardiaque, matin et soir; il sera quelquefois utile d'ajouter un traitement de 8 à 15 jours au bromure de sodium, à dose de 30 à 60 centigr. (3 à 6 grains), trois fois par jour.

S'il existe une dilatation ou une ptose cardiaque, le port de notre ceinture cardio-auriculaire fait souvent cesser les palpitations. Les reins seront maintenus dans un état de fonctionnement régulier par des purgatifs cholagogues: calomel, podophyllin, aloès, etc. La médication hypotensive la plus efficace est l'administration du nitrate de soude à la dose de 15 à 25 centigr. (3 à 4 grains), trois fois par jour, durant une semaine seulement afin de ne produire aucune altération chimique du sang, car ce médicament transforme l'hémoglobine en méthémoglobine; puis, pendant quinze jours, on donne de l'iodure de sodium, de préférence à l'iodure de potassium qui est un excitant du cœur. L'iodure de sodium sera donné à la dose de 12 à 25 centigr. (2 à 4 grains) trois fois par jour, durant quinze jours par mois. C'est en variant les médicaments et en donnant de petites doses souvent répétées que l'on parvient à modifier le volume du cœur et la constitution de l'organisme.

D^r D. É. LE CAVELIER

Traitement des fibromes utérins

Par M. le Professeur SEGOND

Une femme de 34 ans et demi, réglée à 15 ans, mariée à 24, n'a eu ni grossesses, ni fausses-couches. Depuis plusieurs années, sa menstruation était irrégulière, puis sont survenues, en dehors des époques, des pertes de sang; bientôt les troubles consécutifs de son état général l'amènèrent à consulter.

Les malades atteints de tumeur fibreuse de la matrice ne doivent pas être examinées seulement au point de vue local; mais encore être l'objet d'une enquête médicale très soignée. La femme qui a un fibrome et qui perd du sang, a généralement des lésions viscérales, plus ou moins sérieuses. On a signalé notamment, dans ces cas-là, la dégénérescence graisseuse du foie et la dilatation du cœur droit avec altération de la fibre musculaire cardiaque. Ces lésions mettent l'organisme en état d'infériorité manifeste et entraînent un pronostic opératoire beaucoup plus grave. N'empêche que bien des femmes qui avaient le cœur touché retrouvent, après l'opération, un fonctionnement très satisfaisant de leur appareil circulatoire. C'est une raison de plus pour les soumettre à un examen médical complet et peser, à leur valeur exacte, tous les troubles et toutes les lésions coïncidant avec l'existence de la tumeur fibreuse et dont elles sont des aboutissants. L'application des données récentes sur la résistance du sang, comme la recherche de l'indice opsonique, serait sans doute à désirer dans les cas de ce genre, car on ne saurait s'entourer de trop de renseignements. On put espérer que cette question encore vaguement élucidée, se précisera de plus en plus et fournira au chirurgien des éléments solides de contre-indications opératoires, dans certains cas, et de pronostic plus sûr.

D'après ce qu'on lit partout, un fibrome de l'utérus, quel qu'il soit, est une tumeur qui peut devenir extrêmement mauvaise. Ce fibrome peut subir des transformations malignes, notamment la transformation sarcomateuse. Il peut même être le point de départ de lésions épithéliales. On n'admet pas la possibilité de la transformation du fibrome en épithéliome, mais on s'accorde à reconnaître que ce dernier peut fort bien se développer à côté du premier; ce qui, au point de vue clinique, constitue à peu près la même gravité pronostique.

Voilà donc un premier danger de conserver un fibrome : la malignité ultérieure possible de son évolution.

Ce n'est pas tout. La tumeur par elle-même, tout en restant bénigne de nature, détermine par son volume des phénomènes de compression, si bien que, de toute façon, le fibrome peut tuer; c'est ce qui a fait dire à quelques-uns qu'il fallait toujours opérer : proposition entachée d'une forte exagération, d'après M. Segond.

En dehors de toutes les considérations d'ordre local, l'âge des malades est un des éléments les plus importants à consulter.

Est-on en présence d'un fibrome simple chez une femme aux environs de la cinquantaine, on sait qu'à part quelques indications particulières, la ménopause amène spontanément, dans les tumeurs fibreuses un processus de régression; ces tumeurs ont alors une tendance à rester stationnaires ou à disparaître, quels que soient les traitements employés : électricité, eaux minérales de Salies-de-Béarn, de Kreuznach, tout récemment.

Au contraire, chez une femme jeune, un fibrome toujours doit être opéré, parce qu'on est sûr qu'abandonné à lui-même, il va grossir, et si on l'opère plus tard, il y aura des complications viscérales qui compromettront le résultat opératoire. M. Segond est donc d'avis d'intervenir systématiquement chez les femmes jeunes ayant un fibrome, même sans indication, sans pertes abondantes ou phénomènes douloureux inquiétants, à plus forte raison s'il y a des indications.

Celles-ci varient avec le volume et le siège de la tumeur. L'indication la plus habituelle est la métrorrhagie.

Les procédés dont dispose actuellement le chirurgien sont : l'*hystérectomie*, c'est-à-dire l'ablation totale de l'organe avec la tumeur qu'il contient, soit par en haut (voie abdominale), soit par en bas (voie vaginale); la *myectomie*, ablation du fibrome sans celle de la matrice, par le vagin ou l'abdomen, dont Pozzi et Tuffier ont tiré un parti remarquable.

Dans le cas actuel, on a pratiqué l'opération d'Amussat, énucléation du fibrome par morcellement, par la voie vaginale. Cette opération bénigne, infiniment moins grave que l'hystérectomie, a été successivement modifiée par Emmet, Péan, Segond et Dartigues.

On pince le col et on passe le doigt dans la cavité utérine en pratiquant une incision libératrice de chaque côté du museau de tanche. On sait que les fibromes peuvent se développer dans la matrice en trois points différents : ou immédiatement sous la muqueuse, fibromes sous-muqueux; ou dans l'épaisseur de la paroi musculaire, fibromes interstitiels; ou du côté du péritoine, fibromes sous-muqueux; ou dans l'épaisseur de la paroi musculaire, fibromes sous-péritonéaux. Le polype fibreux constitue une forme à part. Ayant rempli la cavité utérine, il se pédiculise, entr'ouvre le col et sort dans le vagin.

Il s'agissait ici d'un fibrome sous-muqueux. Le chirurgien, déchirant la muqueuse avec l'ongle, au besoin d'un coup de bistouri, décolle le tissu fibreux en cherchant le plan de clivage existant généralement autour du fibrome, tandis que la masse encore adhérente de la tumeur est solidement agrippée avec le tire-bouchon.

On a pu s'assurer qu'il n'existe point de perforation de la matrice, soit par l'introduction du doigt, soit au moment de l'inversion de l'utérus en totalité, phénomène qui se produit généralement dans l'ablation du fibrome. En terminant, on a soin d'introduire dans la cavité de la matrice une quantité de compresses, bien tassées, dont le volume correspond à celui de la tumeur qu'on vient d'enlever, et dont la compression évite les hémorragies consécutives. La malade étant surveil-

lée, dès qu'une hémorrhagie se reproduit, on refait le pansement et un lavage à l'eau oxygénée.

On obtient, par ce procédé, la guérison sans mutilation, la femme conservant l'intégrité de son utérus et de ses ovaires. Bientôt, l'utérus reprend un volume à peu près normal.

On a fait cette objection, que l'unicité des fibromes est exceptionnelle, que, lorsqu'on a extirpé une tumeur pareille il reste très probablement d'autres noyaux fibreux dans la paroi de l'utérus, cela est certain et pourrait être pris en considération s'il s'agissait d'une opération très grave. Il n'en est pas de même ici. La seule contre-indication, peut-être, est l'existence d'altérations annexielles, complication fréquente du fibrome utérin; or, toute intervention brutale portant sur la matrice peut provoquer un réveil inflammatoire du côté des annexes.

Cette simple énucléation par le procédé d'Amussat procure aux malades le bénéfice d'une opération sans gravité, leur laissant leur utérus et leurs annexes, et permet de pratiquer, si l'on constate une adhérence intime de la paroi de l'utérus avec la tumeur, l'hystérectomie vaginale.



Une véritable instruction ne peut être donnée avec succès que par ceux qui aiment l'étude, qui acquièrent chaque jour de nouvelles connaissances et qui comprennent très bien la psychologie de leurs auditeurs.

Le coryza citrin des nouveau-nés

Les nouveau-nés et nourrissons peuvent présenter de multiples variétés de coryza.

Le *coryza syphilitique*, congénital; on le découvre peu de temps après la naissance. Il se traduit par un écoulement louche, saînieux, persistant. Ce coryza accompagne d'autres manifestations syphilitiques : par ces seuls caractères, il présente une grande valeur séméiologique.

Le *coryza simple*, dû au refroidissement. C'est un coryza aigu, catarrhal, se traduisant par de l'enchifrènement, des éternuements et un écoulement modéré. Le pronostic de cette forme ne présente aucune gravité.

Le *coryza à gonocoques* se retrouve chez les enfants dont les mères étaient infectées par le gonocoque. Le danger de ce coryza vient de la possibilité des complications oculaires.

Moins connu est le *coryza purulent à écoulement citrin*, forme particulièrement grave et qui révèle de l'infection staphylococcique (*Archives de médecine des enfants*, n° 9). Ce coryza, étudié tout d'abord par M. Jeannin, a fait le sujet de la thèse récente de P. Hybord. Il s'agit d'une affection qui survient de préférence durant les mois de janvier, février, mars, avril et décembre. Le refroidissement joue un rôle important dans la prédisposition à cette infection, mais on peut aussi incriminer parfois les infections mammaires de la nourrice. Cette rhinite n'est pas d'origine gonococcique; d'ailleurs on ne signale aucun parallélisme entre le coryza à écoulement citrin et les ophtalmies suppurées, ni d'ailleurs avec les infections ombilicales, gastro-intestinales ou cutanées des nouveau-nés. Les recherches de M. Jeannin ont fait retrouver comme élément pathogène de cette rhinite le staphylococcus aureus.

L'enfant est atteint entre le troisième et le septième jour de la vie. Le début en est brusque. Un écoulement nasal clair, limpide, transparent, de belle couleur jaune citrin, se montre. Après dessiccation ce liquide laisse sur les joues, autour des narines, des traces jaunâtres. Les narines et les lèvres supérieures se tuméfient, et après 3 à 4 jours l'écoulement devient plus épais, crémeux, jaune verdâtre; les narines, obstruées par le pus, gênent la respiration, qui se fait difficile et saccadée par la bouche ouverte, à tel point que parfois se montrent des menaces d'asphyxie. Le poids tombe rapidement, la température est élevée et se maintient entre 39 et 40°, pour ne tomber au-dessous de 37° que peu avant la mort. Le facies est bientôt pâle, bistré puis plombé, et la mort survient en 48 heures, ou bien en une ou deux semaines, au cours d'un accès d'asphyxie.

En cas de guérison, la maladie dure 10, 15 jours; l'écoulement diminue, des tétées deviennent plus faciles et le poids augmente.

L'abondance du pus citrin, la rapidité d'évolution, l'intensité de la fièvre permettent un *diagnostic* facile.

Le *pronostic* en est sombre, puisque sur 20 cas on signale 15 morts. Ce sont les prématurés et les débiles qui résistent le moins, et de même les enfants nourris au biberon, tandis que les enfants nourris au sein fournissent une mortalité moins élevée.

Souvent la mort est causée par l'intervention d'une complication de première importance: la broncho-pneumonie; elle se retrouve 8 fois sur 15 cas mortels. Quand elle manque elle n'a pas eu le temps de se déclarer: l'enfant a été terrassé en quelques jours. Plus rare et moins grave, l'otite est signalée dans 7 cas sur 20 malades, et 6 fois sur 15 cas mortels.

La première indication du traitement est l'*isolement* des enfants atteints.

Pour désobstruer les narines on fera des lavages du nez sous faible pression: eau boriquée, solution de bi-carbonate de soude, de résorcine à 1 0/0. Budin a conseillé le subliné à 1 0/0.

On peut encore employer la vaseline gomenolée à 10 0/0, l'huile résorcinée à 1 p. 50, la vaseline iodoformée à 1 p. 10, l'eau oxygénée à 12 volumes étendue de quatre fois son poids d'eau.

On essuiera souvent les narines et l'enfant sera couché tête haute pour empêcher la chute du pus dans la trachée et les bronches. Contre les symptômes généraux, la perte de poids, on prescrita les injections de sérum.

Traitement des abcès du sein

Par le D^r Albert GRUGET (de Laval)
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Les lésions que l'on observe le plus souvent au niveau du sein sont :

L'abcès tubéreux du mamelon.

L'abcès sous-cutané;

L'abcès profond rétro-mammaire et surtout l'abcès de la glande mammaire : abcès du sein proprement dit que nous aurons surtout en vue.

On se rappellera que l'abcès du sein, mastite suppurée, n'existe guère en dehors de la puerpéralité, qu'il a une origine canaliculaire : c'est primitivement une galactophorite qui évoluera ou non vers la suppuration, suivant la façon dont elle aura été soignée au début.

On se souviendra que cette infection canaliculaire se fait au niveau du mamelon, le plus souvent par la bouche ou les yeux de l'enfant, quelquefois par les mains ou le linge de la nourrice.

— Que la mastite puerpérale, lorsqu'elle est arrivée au stade de suppuration, n'envahit pas la glande en entier, mais

1 ou 2 lobes à la fois; — que d'autres lobes plus ou moins éloignés du premier peuvent se prendre à leur tour et *successivement*.

— Enfin, on se souviendra de la *structure de la glande* formée par une *série* de canaux, de plus en plus volumineux en allant de la périphérie de la glande vers le mamelon et qui convergent tous à la *façon des rayons d'une roue* vers l'aréole. Que les *vaisseaux et les nerfs*, sans avoir une disposition aussi schématique, ont une *direction à peu près semblable*.

I. — *Le traitement des abcès péri-glandulaires* (abcès sous-cutanés — abcès profonds rétro-mammaires) est des plus simples. Les abcès rétro-mammaires sont très rares; aussi nous avons ici surtout en vue les abcès superficiels.

— Toutefois, il faut savoir *ne pas les confondre* à la période d début avec un abcès de la glande. Dans la mastite, sa peau *reste normale*, la coloration *reste normale*, il n'y a pas d'élévation de température locale, les ganglions axillaires ne sont pas engorgés.

Dans les abcès du tissu cellulaire péri-mammaire, au contraire, la peau est rouge, tendue; il y a de la chaleur locale, les ganglions axillaires sont engorgés.

Quand on constatera ces signes, il est clair qu'il ne faudra pas s'aviser de faire DE L'EXPRESSION DU SEIN, comme on doit le faire, au contraire, dans la galactophorite.

— Il faudra;

1° Si les lésions sont *tout à fait au début*, chercher à empêcher la collection de se former par des pansements humides faits avec des compresses aseptiques trempées dans l'eau bouillie chaude, mais sans addition d'aucun antiseptique.

2° Si on constate une collection, on l'incisera largement au bistouri et on ouvrira à la sonde cannelée, au doigt (ganté) les diverticules qui peuvent exister;

3° On cherchera à se rendre compte par la vue si cet abcès sous-cutané n'est pas lui-même *secondaire à un abcès de la glande* (abcès en bouton de chemise). Dans ce cas, il faudra agrandir l'orifice de communication, de façon que le foyer profond soit aussi complètement drainé que le superficiel.

4° On drainera avec un drain suffisamment volumineux et

on fera un pansement humide *légèrement compressif* et surtout *immobilisateur*.

— Lors de phlegmon profond *sous-mammaire* (sein repoussé en masse en avant, *circulation veineuse collatérale* — *œdème circonscrit*). il faudra *intervenir hâtivement* et ne pas attendre qu'on sente la fluctuation : ces phlegmons sont, en effet, toujours sérieux.

On les incisera en passant dans *le pli sous-mammaire* et on drainera soigneusement.

II. — Le traitement de *l'abcès du sein* proprement dit nous retiendra davantage.

— A. Survenant à peu près toujours pendant l'allaitement, il est *certaines mesures prophylactiques*, à prendre.

Et nous dirons avec Delbet, que « le mamelon d'une nourrice doit être presque traité comme une plaie sans cesse exposée à s'infecter ».

Pendant la grossesse, nettoyage fréquent des mamelons à l'eau bouillie chaude et au savon, suivi d'un léger lavage à l'alcool coupé d'eau.

Pendant l'allaitement, les seins seront traités avec plus de soins encore si possible — on évitera dans tous les cas de se servir de *substances antiseptiques et surtout de sublimé*, même faible, qui pourrait être fort dangereux pour le nourrisson — Seul le *pansement boriqué ou oxygéné* sera permis.

On le renouvellera après chaque tétée.

Les *maines*, les *linges* de la nourrice, les *yeux* de l'enfant seront l'objet de soins particuliers, sur lesquels nous n'avons pas à insister.

B. Le traitement *curatif* doit être étudié :

1° A la phase *initiale* (galactophorite simple);

2° A la phase de *suppuration*.

1° Au début il n'y a pas de collection purulente; il y a simplement inflammation des *conduits galactophores* (galactophoro-mastite de Budin).

On emploiera l'*expression du sein*, suivant la méthode de Budin : on cherchera à évacuer le lait et le pus des canaux galactophores en exprimant le sein avec la main, en allant

de la périphérie du sein vers le mamelon *en suivant le sens des canaux galactophores, et non pas par pression antéro-postérieure.*

Le mamelon sera lavé ensuite et le sein enveloppé dans un pansement; la femme, en effet, *devra cesser d'allaiter du côté malade.*

2° Si on échoue et si le pus se collecte, on a alors l'abcès *du sein* qu'il faut inciser et drainer.

Si on a échoué, on pourra alors avoir recours à la méthode préconisée par *Chirié et David* (communication à la *Société d'obstétrique de Paris*, déc. 1906) qui consiste à ponctionner l'abcès avec un trocart aspirateur et à y injecter de l'*argent colloïdal à petits grains* préparé suivant le procédé électrique de V Henri.

Instrumentation. — On ponctionne avec une aiguille de Potain assez *grosse*, ou mieux avec un *petit trocart spécial* que Chirié a fait faire chez Guyot. Ce trocart de 6 centim. de longueur est muni d'un robinet qui, fermé, permet de laisser le liquide dans le foyer purulent.

Solution. — On aura des ampoules d'argent colloïdal à petits grains de 5, 10 cc. que l'on trouve actuellement facilement dans le commerce:

Technique. — 1° Ponctionner et évacuer l'abcès par expression : le pus coule par la canule;

2° Par celle-ci, laissée en place, injecter suivant les dimensions de l'abcès — entre 3 et 10 cc. de la solution ; — malaxer légèrement la poche, après avoir fermé le robinet, et l'évacuer;

3° Réinjecter quelques centimètres de la solution qui devront rester dans l'abcès. — Pour ce faire, retirer la canule brusquement — ou bien, laisser la canule en place, le robinet étant fermé (ceci évitera de réponctionner à nouveau la fois suivante);

4° Répéter les jours suivants jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de pus.

Inutile de vanter les avantages du procédé, qui cependant peut rester insuffisant.

3° Il faudra alors inciser et drainer.

L'incision se fera avec l'*anesthésie locale*; si la malade est pusillanime, on l'*endormira* au *chlorure d'éthyle*.

On incisera dans le sens *radié*, c'est-à-dire du *mamelon à la circonférence du sein*. On coupera ainsi le minimum de conduits galactophores et de vaisseaux.

L'incision devra être *suffisante d'emblée* et on ne se contentera pas, pour des raisons d'esthétique, de faire une simple ponction au bistouri. C'est le meilleur moyen de déterminer de la rétention qui forcera à réouvrir secondairement.

— Explorez alors la cavité avec le doigt, et voyez s'il n'existe pas des foyers à distance, auquel cas, vous ferez une *contre-ouverture* au point fluctuant.

Drainez alors avec un *gros drain chaque foyer*, mais ne placez pas de drains en sétons qui sont la cause la plus fréquente des *fistules du sein consécutives*, d'après Wallher.

— Dans les jours qui suivent, il faudra surveiller la malade attentivement. Si la *température remonte*, mêlez-vous et explorez attentivement le sein : un *nouveau foyer se forme* qu'il faudra traiter de la même façon.

On pourra ainsi avoir à intervenir plusieurs fois, pour le même sein.

— Enfin, plus tard les noyaux de mammite seront traités d'abord par la *compression* avant d'entreprendre toute autre intervention.



Une réaction caractéristique de l'urine dans la fièvre tyhoïde

Lorsqu'à une urine quelconque on ajoute un acide (acide chlorhydrique) et un oxydant (hypochlorite de chaux ou liqueur de Labarraque), on provoque la décomposition de l'indoxyl-sulfate de calcium et la transformation de l'indocam en indoxyl. Or, en 1906, Volovsky (de Saint-Petersbourg) a soutenu que dans l'urine des dothiéntériques il suffit d'ajouter de l'acide chlorhydrique fort (sans hypochlorite de

chaux) pour obtenir de l'indigo. Cette réaction, selon cet auteur, ne se produirait pas chez les malades atteints d'affections paratyphoïdes, de typhus exanthématique ou de fièvre récurrente.

Récemment, Kemper a entrepris à ce sujet un travail de vérification et il a constaté que la réaction a été positive pendant la période fébrile chez tous ses malades atteints de fièvre typhoïde (45 cas); elle devient négative aussitôt que la fièvre a disparu. D'autre part, cette réaction a été négative chez tous les malades atteints de diphtérie ou de fièvre récurrente, aussi bien pendant l'hyperthermie que pendant l'apyrexie.

Pour obtenir cette réaction, il est nécessaire de procéder de la façon suivante :

Dans une éprouvette de verre à laquelle peut s'adapter un bouchon en caoutchouc, on verse 5 centimètres cubes d'urine et 5 centimètres cubes d'acide chlorhydrique fort (densité 1,19). Après avoir bouché l'éprouvette on la renverse lentement, dans un sens, puis dans l'autre, 5 à 6 fois, pour mélanger complètement les deux liquides, puis on laisse le mélange se refroidir. A ce moment on ajoute 1 centimètre cube de chloroforme et on renverse de nouveau l'éprouvette plusieurs fois et lentement.

Si la réaction est positive, le chloroforme est plus ou moins coloré en bleu.

L'urine non filtrée donne une coloration plus nette qu'après la filtration. De plus, la réaction ne se produit pas dans l'urine récemment émise; on ne l'obtient que 12 heures environ après la miction et il est préférable d'opérer avec l'urine que l'on a recueillie pendant les 24 heures.

Pancréatite hémorragique

La pancréatite hémorragique n'est pas une affection exceptionnelle, aussi convient-il d'être familiarisé avec la brusquerie de son étude clinique :

MM. X. Delore et H. Alamartine rapportent l'observation suivante.

Une malade de 35 ans, qui n'avait jusqu'alors présenté que quelques vagues troubles dyspeptiques accompagnés de vomissements, tomba brusquement malade.

Dans la nuit du 24 au 25 mars, vers 9 heures du soir, elle ressent subitement une douleur à siège épigastrique, extrêmement vive, qui lui arrache des cris. La crise dura jusqu'à une heure du matin ; à ce moment il se produit un grand vomissement alimentaire, puis une selle. A la suite, un soulagement très net se manifeste et la malade s'endort. Des crises analogues se reproduisent le 27 mars, à une heure et à cinq heures du soir. A partir du 28 mars au matin, l'état s'aggrave d'une façon très nette. Les vomissements se reproduisent d'une façon continuelle, d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés ; l'abdomen se météorise et devint douloureux d'une façon diffuse. Enfin, il s'établit une occlusion intestinale à peu près absolue, et la malade, à partir de ce moment, n'a plus ni gaz ni matières. Le diagnostic posé était celui de coliques hépatiques avec occlusion intestinale, et le traitement consista en grands lavements portés aussi haut que possible au moyen d'une sonde molle. Pendant tout ce temps la température n'avait pas dépassé 38°,2.

Cette malade entre à l'hôpital le 30 mars. Faciès pâle et terreux avec état d'anxiété. Météorisme à prédominance épigastrique et particulièrement au niveau de la vésicule biliaire. On note à ce niveau la présence d'une tuméfaction diffuse. Ce plastron est sonore, et la matité hépatique a presque entièrement disparu. La température est à 39°.

On songe à une cholécystite aiguë avec perforation et péritonite localisée. On opère quatre jours après ce début des accidents, le 31 mars.

Aussitôt le ventre ouvert par une incision sous-costale droite rectiligne, il y eut issue, à l'extérieur, d'une très grande quantité de liquide séro-hémattique. La tuméfaction que l'on sentait était constituée par une énorme masse épiploïque, toute parsemée de grains blanchâtres de stéato-nécrose. Cette masse était du reste très friable, en partie nécrosée; il fut facile de la dilacérer sans grande hémorragie. En arrière d'elle était une autre masse du volume d'une tête de fœtus, constituée par la tête du pancréas, toute parsemée, elle aussi, de taches de bougie. On pénétra avec le doigt à son intérieur et on retira un caillot sanguin du volume d'une mandarine. La cavité fut nettoyée puis tamponnée à la gaze.

Cette intervention eut des résultats immédiats excellents; le surlendemain de l'opération, la malade avait, le matin, une température de 37°,6, son pouls était à 102; elle déclarait ne plus souffrir. Il ne s'était produit à l'extérieur qu'un léger écoulement séro-sanguinolent. Enfin, plusieurs selles abondantes avaient eu lieu spontanément, et le ventre était redevenu souple.

A partir du dixième jour, le tamponnement fut remplacé par un gros drain debout pénétrant jusqu'au pancréas. La malade est entièrement remise le 1^{er} mai 1909.

Le diagnostic de ces pancréatites hémorragiques est souvent d'une extrême difficulté. L'acuité de la douleur, son début foudroyant (drame pancréatique du Professeur Dieulafoy), son siège épigastrique, l'amaigrissement rapide des malades (Guinard), leur état d'anémie profonde avec facies terreux, sont autant d'arguments qui, ajoutés aux signes de plastron profond abdominal, autorisent le diagnostic de pancréatite hémorragique. Seulement, ces symptômes ne sont pas toujours aussi schématiques; sur 37 observations réunies par Lenormant et Lecène, le diagnostic clinique a été seulement posé trois fois d'une façon ferme.

Dans tous les cas, l'intervention chirurgicale s'impose.

Auto-inoculation et réinfection syphilitiques

Par G. HUTCHINSON

L'auteur, fort de son expérience personnelle considérable et de celle de son père, le célèbre syphiligraphe anglais, bat en brèche la théorie qui veut qu'une atteinte syphilitique confère l'immunité.

En premier lieu, Hutchinson relate quatre observations personnelles d'auto-inoculation syphilitique. Le premier cas est celui d'une femme de 25 ans, ayant présenté un chancre de la lèvre inférieure : 3 semaines plus tard, un second chancre induré apparaissait à la lèvre supérieure. La seconde observation concerne un homme qui, 1 mois après avoir présenté un chancre induré de la verge, eut un chancre à la deuxième phalange du pouce droit. Chez le troisième sujet, un intervalle de deux mois s'écoula entre l'apparition du premier chancre, situé dans le sillon balano-préputial, et le second développé au niveau de la racine de la verge. Deux mois également s'écoulèrent chez le quatrième sujet entre les deux chancres : le premier, à la verge, le second, à l'index droit avec adénopathie axillaire et traînées lymphangitiques au bras.

La deuxième partie du travail d'Hutchinson traite de la réinfection syphilitique, dont la possibilité est prouvée par 7 observations personnelles rigoureusement contrôlées. L'intervalle entre les deux infections a été respectivement de 7 ans, 3 ans, 12 ans, 3 ans, 7 ans, 8 ans, 18 mois (l'intervalle le plus court qui ait jamais été observé). Dans tous ces cas les deux atteintes furent caractérisées par le chancre induré et par les accidents secondaires.

Hutchinson conclut à l'insuffisance et à l'inefficacité du traitement mercuriel, continu et de durée relativement courte (1 an à 18 mois), tel qu'on le pratique en Angleterre. Mieux vaut un traitement interrompu et continué pendant plusieurs années.

L'auteur a vu 3 cas de syphilis acquise, incontestable, chez des hérédo-syphilitiques.

Diagnostic de l'Hystérie

Par M. le Docteur BABINSKI

Une jeune fille, après avoir été traitée dans un service de chirurgie, pour une hydarthrose du genou, présente des phénomènes paralytiques du membre inférieur correspondant à l'articulation malade : impossibilité des mouvements, et anesthésie remontant jusqu'au genou. Tout d'abord, on élimine l'hypothèse d'une ankylose du genou, et on reste en face de deux principales autres interprétations : une névrite déterminée par la compression du membre dans un appareil plâtré, ou bien des troubles de nature psychique ou pitiatiques.

Le diagnostic de névrite est repoussé, parce que les réflexes tendineux sont conservés, ainsi que la contractilité faradique des muscles. Il s'agit donc de phénomènes pitiatiques ou hystériques. Ce diagnostic a été confirmé par la guérison rapide de la paralysie, par la méthode de la suggestion, armée de la persuasion, aidée de l'électrisation par un courant fort, durant 10 minutes, et de mouvements forcés pour vaincre cette contracture qui donnait l'illusion d'une véritable ankylose.

Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est la base qui a servi à étayer le diagnostic. On a dû tabler uniquement sur des signes négatifs. C'est en effet, le plus souvent, de cette façon, plutôt que par des signes positifs, qu'on peut arriver à reconnaître les phénomènes pitiatiques.

La question de l'hystérie est très discutée encore. Mais, depuis ces dernières années, il faut reconnaître que la conception de cette névrose s'est singulièrement modifiée ; à l'heure actuelle, il n'est plus de neurologiste soutenant les vieilles théories d'antan. Les discussions roulent uniquement sur des

points de détail. Par exemple, l'accord n'est pas encore unanime, en ce qui concerne les questions suivantes : L'hystérie peut-elle produire des troubles trophiques et vaso-moteurs ? Un certain nombre de neurologistes l'admettent. M. Babinsky dit que, jusqu'à présent, il n'existe aucun fait probant à cet égard.

Or, cette malade, précisément, offre certains troubles qu'on serait tenté de mettre sur le compte de l'hystérie : du retraitissement du pied et de l'œdème. Mais il ne faut pas oublier qu'elle a eu auparavant une affection organique, une arthrite qui a été traitée par l'immobilisation. Cette affection organique peut, à elle seule, indépendamment de tout phénomène hystérique, expliquer ces troubles circulatoires. La compression par l'appareil plâtré suffit pour les produire.

Il en est de même pour l'exagération des réflexes tendineux et la tendance à la trépidation spinale, que présente cette malade. Il n'est pas rare de constater ces phénomènes, à la suite des affections articulaires.

Autre question. Comment, à la suite de cette arthrite, cette paralysie et cette anesthésie hystériques se sont-elles développées ? Pour M. Babinsky, les phénomènes hystériques, au moins très souvent, sont le résultat de la suggestion médicale. Il n'est presque toujours ainsi, par exemple, pour l'hémianesthésie. Mais, parfois aussi, c'est l'auto-suggestion du malade lui-même qui en est la cause. Enfin, dans certains cas exceptionnels, il est encore possible que ce soit par un autre mécanisme. Soit ou toute, dans la plupart des cas la suggestion ou l'auto-suggestion peuvent expliquer la genèse de ces troubles.

Dans le cas actuel, il n'y a pas eu suggestion, mais auto-suggestion. D'abord, pour échapper à la douleur, la malade cherche, autant que possible à éviter les mouvements de la jambe. La compression amène également un certain degré de paralysie qui fait qu'au sortir de l'appareil, les mouvements sont maladroits. L'anesthésie résulte directement de l'auto-suggestion, la malade s'imaginant qu'étant paralysée du mouvement, elle ne doit pas sentir. Quoi qu'il en soit, si l'auto-suggestion n'est pas le point de départ de ces troubles, elle

joue néanmoins un rôle fondamental et peut contribuer à entraver la guérison. C'est ainsi qu'on voit des contractures durer des mois et des années.

Une jeune fille, à l'âge de 11 ans, à la suite d'une arthrite du genou, fut prise d'une contracture du membre inférieur qui dura onze ans. Elle guérit par la méthode de persuasion.

M. Babinski insiste encore sur la fréquence, depuis un certain nombre d'années, de ces associations hystéro-organiques, ce qui ne veut nullement dire que l'hystérie n'existe plus ; seulement elle tend de plus en plus à perdre sa forme antique, avec ses grandes attaques, divisées en quatre périodes. On assiste plutôt à des formes frustes.

Autres conséquences des phénomènes piliabiques et de la façon dont ils se greffent sur les symptômes d'origine organique : ils aggravent singulièrement la situation des malades, et peuvent faire porter un pronostic erroné. En dissociant les éléments organique et psychique, on rend un réel service aux malades.

Les composés de l'air marin

La cure marine se fait suivant les cas ; au moyen de l'air marin et des bains de mer.

L'on sait que l'air marin doit en grande partie ses effets thérapeutiques au chlorure de sodium, et que c'est la Méditerranée qui contient le plus de ce sel. J'ai pu mettre en évidence la présence du chlorure, en insufflant l'air marin dans une solution de nitrate d'argent ; j'ai obtenu un précipité blanc colloïdal de chlorure d'argent, insoluble dans l'acide azotique et soluble dans l'ammoniaque.

L'air marin contient aussi une certaine proportion de bromure de sodium ; ces sels lui donnent de légères propriétés antiseptiques ; de plus, il est pur ; cette pureté est une bonne

condition pour la guérison des maladies des voies respiratoires.

La Méditerranée exerce une influence modératrice sur les températures extrêmes et tendrait à en diminuer les écarts. L'air marin est, de plus, très riche en oxygène (159 m/m de pression) et en ozone ; il contient, en outre, 1 0/0 d'argon.

Les malades peuvent faire une *cure d'air diurne et nocturne*.

La cure marine de la tuberculose pulmonaire, pour prudence que doive être son application, est réelle, et constatée tous les jours ; elle se traduit par une suractivité des phénomènes de nutrition et l'élévation du coefficient urinaire.

Dans la bronchite chronique, ce sont les malades jeunes qui se trouveront surtout bien de la cure d'air marin.

Dans la scrofule, le séjour au bord de la mer doit être surtout prescrit, car l'on sait que ces malades présentent de l'hyperchlorurie.

Les rhumatisants et les gouteux même s'en trouveront bien, s'ils ont soin d'éviter de faire la cure les jours de vent.

BAINS DE MER. — J'ai pu constater que les *bains de mer augmentent l'acidité urinaire* ; ainsi, une urine émise avant le bain ayant 2 gr. 10 donnait 2 gr. 50 après le bain (exprimés en acide sulfurique).

Les enfants, les vieillards, les débiles, les anémies, les rhumatisants, les nerveux devront les prendre chauds, tout au moins tièdes. Il n'y aura pas à craindre ainsi la période de spasme, d'excitation du système nerveux. Les malades ne prendront pas froid.

Les bains de mer seront surtout recommandés aux enfants en cas de scrofule, lymphatisme, adénopathies, mal de Pott, rachitisme, paralysies infantiles et celles consécutives à des maladies infectieuses.

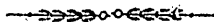
Chlorure de sodium

L'on sait que la Méditerranée contient.....	4 gr. 10
Océan	3 — 8
Manche	3 — 6
Mer du Nord	3, — 3
Baltique	2 — 2

Donc, l'eau de la Méditerranée sera la plus profitable. Elle est aussi la plus chaude des mers tempérées, d'une placidité remarquable. La température de l'air étant par exemple 15° centigrades, celle de la mer est 17° en moyenne.

Le moment favorable pour se baigner est de 10 heures à 5 heures; ne pas se baigner, le soir, après le coucher du soleil; ne pas rester dans l'eau plus de cinq minutes.

D^r Ernest LIOTARD (*de Nice*)



Les suites médicales éloignées de la gastro-entérostomie au cours de l'ulcère d'estomac et de ses complications

(*Syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie*)

Par M. le docteur D. DENÉCHAU



Un à un, il reprend les classiques symptômes de l'ulcère d'estomac, et montre que la reviviscence et l'association tardive des troubles gastriques constitue un « syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie ».

Prenez *la douleur*. La grande majorité des cliniciens considère qu'à la suite de l'opération, les phénomènes douloureux cessent. Cependant, il est des cas où, longtemps après l'intervention, on observe la résurrection des douleurs. Rarement elles reprennent l'intensité primitive. En ce cas, elles sont symptomatiques d'un ulcère qui a survécu à la première opération, ou elles dépendent de l'oblitération de la bouche gastro-intestinale. Plus communes sont les petites douleurs (51 fois sur 76), courtes, de violence et de siège variables, apparaissant tardivement après le repas.

Les *vomissements* alimentaires purs sont rares. Electifs, accidentels, ils ne se produisent qu'avec peine et sont consti-

tués d'aliments récents ; de même, les vomituritions aqueuses, peu abondantes, tardives et presque toujours mélangées de bile. Les *hémorragies* exceptionnelles sont conditionnées par une récurrence de l'ulcère. Si, dès la gastro-entérostomie, les selles se régularisent, c'est pour peu de temps.

Fréquente, en effet, est la *constipation* (54 fois sur 76) ; elle s'associe constamment à la douleur, la suit de près et disparaît avec elle. L'*amaigrissement*, suite d'ulcère, ne régresse pas aussi complètement qu'on veut bien le dire. Jamais le sujet ne récupère son poids d'avant la maladie ; la courbe des pesées se modèle sur les oscillations de la fonction gastrique. Le bon et le mauvais fonctionnement ultérieur de l'estomac conditionnent également l'*état du sang* et la *formule urinaire*. En ce qui concerne les *signes physiques*, la douleur provoquée à la pression et la tumeur ne se rencontrent plus. D'ordinaire, les dimensions de l'estomac s'atténuent et la ptose régresse.

Le *chimisme gastrique* montre que l'hypersécrétion diminue et que l'hyperpepsie cède. L'évacuation du ventricule stomacal est néanmoins retardée.

Tels sont les éléments constitutifs du syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie. Son évolution est tantôt de crises fractionnées et à longs intervalles, tantôt de crises séparées seulement par de courtes accalmies. Suivant le mot de Mikulicz, « avec l'opération, tout n'est pas fini ».

Pour expliquer tous ces phénomènes, Denéchau incrimine le défaut de régime (excès alimentaires, abus alcooliques). Il signale en outre des explications anatomiques et physiologiques plausibles : la fermeture spontanée de la bouche gastro-jéjunale (Truffier), ou tout au moins son fonctionnement défectueux.

Le pronostic est bénin, surtout avec un traitement bien suivi : repos général et repos de l'estomac sont de règle.

Le régime alimentaire sera : féculents (potages, bouillies, purées) avec limitation des viandes, du poisson et même des œufs, si le sujet est hyperpeptique. Y a-t-il hypofonctionnement gastrique, la viande, les œufs, le kéfir feront tous les frais du régime, d'où l'on bannira les boissons alcooliques.

Du rôle des graisses dans la glycogénie

Par M. F. MAIGNON

L'auteur observe tout d'abord que chez les animaux sains l'ingestion de graisse n'augmente pas le glycogène hépatique, lorsque ce dernier a été épuisé par l'inanition. Pour le glycogène musculaire, il paraît en être de même. L'albumine se comporte tout différemment, elle donne très rapidement naissance à du glycogène, et cela dans une forte proportion, 44 0/0 environ.

Ces résultats permettent-ils de dire que les graisses ne produisent pas d'hydrate de carbone dans l'organisme? La question ne peut être résolue sur des sujets sains, chez lesquels les hydrates de carbone sont en incessante destruction.

L'auteur examine alors ce qui se passe chez un chien atteint de diabète spontané. Or, sous l'influence de l'ingestion d'huile, le sucre diminue très rapidement, l'urée s'abaisse fortement, l'amaigrissement s'arrête et l'état général s'améliore d'une manière considérable.

Les graisses apparaissent dès lors comme les aliments de prédilection des diabétiques, puisque ce sont les seuls qui ne donnent pas naissance à du sucre et dont l'énergie potentielle soit utilisable en totalité par ces malades.

Au cours de ses recherches l'auteur a recherché l'action de l'opothérapie pancréatique. Or, à chaque administration de pancréas, la glycosurie a augmenté. Ceci n'a rien d'ailleurs qui puisse nous surprendre, car on introduit dans l'organisme de l'amylase pancréatique qui détruit le peu de glycogène qui reste et augmente de ce fait l'hyperglycémie.

De l'ensemble de ses recherches, M. Maignon a déduit un traitement physiologique diabète; de collaboration avec F. Arloing, il a expérimenté ce traitement sur l'homme. Les résultats sur l'homme furent identiques à ceux obtenus sur les chiens.

Maignon et Arloing *traitèrent des diabétiques par les corps gras saponifiés.*

Les grandes lignes de ce traitement sont les suivantes :

1° Suppression plus ou moins complète des hydrates de carbone.

2° Réduction de l'albumine alimentaire au minimum indispensable à la réparation de l'usure organique.

3° Administration de corps gras directement assimilables.

Le pain, les farineux, les féculents, les légumes secs seront défendus; au contraire on fera une large place à l'alimentation aux légumes verts qui apportent peu d'hydrates de carbone, beaucoup d'eau et de sels minéraux.

On permettra également toutes les viandes, les œufs, les fromages, de même que les corps gras en nature, beurre, huile, etc. Enfin on donnera en supplément des corps gras facilement assimilables.

Ce régime a pour effet d'augmenter l'acidité urinaire; on combat cet inconvénient par l'administration du bicarbonate de soude.

Les effets remarquables du traitement furent constants dans les diverses formes cliniques de diabète: diabète gras, maigre, nerveux, traumatique, arthritique, tuberculeux, etc.

L'administration de graisse peut se faire à l'insu du malade, dans un médicament, sous forme d'*huile saponifiés.*

Lorsqu'on a obtenu la disparition complète du sucre sur un malade, on peut diminuer progressivement la dose de corps gras, et revenir à un régime plus riche en hydrates de carbone, sans que le taux du sucre remonte dans l'urine.

Si l'on remet brusquement un malade dont le sucre a disparu à son régime antérieur, le sucre resté très inférieur à ce qu'il était avant le traitement.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- Société Médicale de Montréal**
Président : M. T. Parizeau. *Secrétaire* : M. B. G. Bourgeois, 232, Sherbrooke O.
 Séances régulières : le 1^{er} et le 3^e mardi de chaque mois, d'octobre à juin.
- Société Médicale de Québec**
Président : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.
- Montreal Medico-Chirurgical Society**
Président : M. Alex. Hutchison. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison
 Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir.
- Société Médicale de Shofford**
Président : M. J. A. E. Brun. *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de
 (de West Shofford). Séances régulières : deux fois par année. (Shofford P. C.)
- Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.**
Président : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Riverin, Chicoutimi.
- Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.**
Président : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-
 (Brandon).
- Société Médicale du District d'Ottawa.**
Président : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Papineauville.
- Société Médicale du Comté de Wolfe.**
Président : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.
 Séances régulières : le 1^{er} mardi des mois de mars, juin, septembre et décembre
- Société Médicale des Comtés de Seance et Dorchester.**
Président : M. Fortier. *Secrétaire* : M. L. M. Déchêne, Beauceville.
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.
- Société Médicale de Rimouski.**
Président : M. Fisel. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.
- Société Médicale de St-Hyacinthe**
Président : M. Turcot. *Secrétaire* : M. Beaudin, de St-Hyacinthe.
- Association Médicale du Comté de Portneuf.**
Président : M. Rousseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.
- Société Médicale de Trois-Rivières.**
Président : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.
- Société Médicale de Valleyfield.**
Président : M. Ostigny. *Secrétaire* :
- Association Médicale du District d'Arthabaska.**
Président : M. Belleau. *Secrétaire* : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co.
 Séances régulières : janvier, mars, septembre. (d'Arthabaska,
- Société Médicale du Comté de Terrebonne.**
Président : M. Grignon. *Secrétaire* : M. H. Prevost, St-Jérôme.
- Société Médicale de Montmagny.**
Président : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.
- Société Médicale du Comté de Champlain.**
Président : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellemare, St-Narcisse.
- Société Médicale du District de St-François (Sherbrooke).**
Président : *Secrétaire* :
- Société Médicale de St-Jean (Iberville).**
Président : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duval (St-Jean-d'Iberville).
- Société Médicale du Comté de Maskinongé.**
Président : M. L. A. Planté. *Secrétaire* : M. Duhamel.
- Association Médicale C. F. de Manitoaba.**
Président : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. Dubuc, St-Bon-Luce, Man
- Association Médicale de l'Ouest de Montréal.**
Président : M. E. G. Asselin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Honri.
- Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord**
Président : M. Arthur Simard, Québec. *Secrétaire* : M. Pâquet.
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908, à Québec.
- Canadian Medical Association.**
Président : Dr. Montzambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto
 Réunionnipeg, Winnipeg, ennn 20-699a 21

La Société Médicale de Montréal

Communication de M. le Dr François DE MARTIGNY

La profession médicale de cette province a, je crois, le droit d'être heureuse de l'adoption par notre législature et notre conseil législatif de la nouvelle loi médicale qui régit maintenant les médecins de la province de Québec.

Si nous avons complètement réussi cette fois à faire adopter notre projet de refonte générale des lois et statuts des médecins, nous le devons en grande partie à l'aide efficace, désintéressée, patriotique du premier ministre sir Lomer Gouin, dont les bons conseils, l'appui et le dévouement ne nous ont jamais fait défaut.

Aussi à nos parrains les Honorables Drs Lamclot et Girouard au conseil Législatif et à la Chambre au vaillant Dr Côté aidé de l'influence de tous nos confrères députés : le Dr Paletier, Président de la Chambre et président du prochain congrès, le Dr Lemieux, le Dr Daigneault, le Dr Gadoury, le Dr Finnie.

Voici, en quoi consiste les changements dans la loi.

Les Membres du Bureau provincial de médecine seront élus pour *quatre ans* au lieu de trois ans.

Toutes les lois d'exception sont abolies et pour toujours nous l'espérons, car il doit s'écouler maintenant cinq années entre la date du brevet et la date de la licence. La durée des études médicales sera de *cinq ans* au lieu de quatre.

Le besoin d'études plus longues se fait sentir depuis plusieurs années et grâce à nos cinq années d'études et à notre bureau médical d'examineurs nous espérons avoir avant longtemps l'échange de nos licences avec les autres provinces du Dominion, tout en conservant intacte notre autonomie provinciale.

Le Bureau médical d'examineurs *va mettre fin aux bills privés*; car pour avoir droit d'exercer dans la province, il

faudra avoir passé tous ses examens devant le Bureau médical d'examineur. Pour créer ce bureau médical d'examineur il fallait, tout en donnant un large contrôle des examens à la profession respecter les chartes impériales des universités, leurs droits et leur légitime susceptibilité. Il fallait que les universités abandonnent d'elles-mêmes un privilège qu'elles tiennent du gouvernement britannique, celui de donner des diplômes *at praequandum*. Il fallait aussi satisfaire aux réclamations des membres de la Profession médicale, qui ont le droit de contrôler les connaissances de ceux qui vont entrer dans leur corps. C'est en s'inspirant de ces deux intérêts que le bureau médical d'examineur a été formé.

Un point des plus délicat a été la *formation du conseil de discipline*. C'est le chapitre de la nouvelle loi qui a le plus longtemps retenu les avocats du Collège et les membres de la Commission de législation. Le conseil ne demandera pas beaucoup d'argent pour fonctionner, il n'y a que trois membres, trois juges et le quorum n'est que de deux. De plus le *bureau des gouverneurs a le droit, dans certains cas, de se charger de tous les frais*.

La loi protégeant le public et les médecins contre les charlatans et rebouteurs a été modifiée profondément. Il ne sera plus obligatoire de prouver que le charlatan a reçu un montant d'argent pour ses services, mais simplement qu'il a exercé la médecine. La loi est formelle : quiconque exerce illégalement la médecine est passible d'une amende. Le montant de l'amende est de pas plus de \$ 50.00 pour une première offense et pas moins de \$ 50.00 et pas plus de \$ 200.00 pour les offenses subséquentes. La définition de l'exercice de la médecine est clairement définie dans la nouvelle loi et nous espérons atteindre tous les charlatans, rebouteurs qui infestent la province.

Nous avons maintenant *l'échange de nos diplômes avec l'Angleterre et les colonies britanniques, avantage assez considérable surtout pour ceux de nos confrères qui aimeraient à entrer dans la marine Royale ou dans l'armée impériale*. Nous avons le ferme espoir et la presque certitude que d'ici

peu d'années une licence de la province de Québec permettra d'exercer la médecine dans toute l'étendue du Dominion.

Mais où la loi a été le plus modifiée, c'est dans le personnel du bureau des officiers. A la place du trésorier, et des deux secrétaires et du registraire il n'y a plus maintenant qu'un officier exécutif *Le Registraire*. Nous croyons que les affaires du Collège seront plus simplement administrées par un seul officier.

L'entente cordiale entre les universités et la profession qui est née l'automne dernier a produit ses premiers fruits, j'espère et j'ai des raisons d'espérer que la profession et les facultés de médecine des universités actuelles et futures ne pourront en retirer dans l'avenir que des avantages et des bénéfices réciproques, pourvu bien entendu, que l'entente cordiale continue.

Communication de M. le Dr LARAMÉE

« Il a paru, entre 1770 et 1780, dans le Canada, et principalement à la baie de Saint-Paul, une nouvelle maladie vénérienne. Les habitants appellent cette maladie le mal anglais parce qu'ils prétendent la tenir des Anglais; on le connaît à la baie de St-Paul sous le nom de maladie des éboulements; à Boucherville, sous celui de *lustra cruo*, et à Sorel, sous celui de *mal de chicot*; dans plusieurs districts, on l'appelle tout simplement *le mauvais mal*, *le vilain mal*, *le gros mal*.

« En 1785, on trouva dans le Canada cinq mille huit cents personnes atteintes; la maladie était alors inconnue à tous les individus du voisinage.

« Elle s'annonce, dès son invasion, par de petites pustules aux lèvres, à la langue, dans l'intérieur de la bouche, et plus rarement aux parties de la génération.

« Ces pustules ressemblent d'abord à de petites aphtes, remplies d'une humeur blanchâtre ou puriforme; cette humeur a une telle virulence qu'elle infecte ceux qui mangent avec la cuiller des malades ou qui boivent dans leur verre, ceux qui fument avec leur pipe.

« On a observé qu'elle se communique par le linge, les vêtements, etc., etc.

« Les pères la transmettent à leurs enfants, et lorsqu'elle est déclarée dans une famille, il est rare qu'elle épargne quelqu'un. Mais c'est surtout par l'acte vénérien qu'elle se communique et se transmet.

« Des douleurs ostéocopes nocturnes tourmentent les malades ; elles se calment ordinairement lorsqu'il survient des ulcères à la peau ou dans l'intérieur de la bouche ; il y a fréquemment engorgement des ganglions cervicaux et inguinaux ; à une époque plus avancée, le corps se couvre de dartres prurigineuses, dartres qui disparaissent quelquefois pour se montrer de nouveau.

« Les os du nez, du crâne, des bras, des mains, sont attaqués de carie ; il s'y forme des tophus. On observe aussi des troubles de la vue, de l'odorat, et de l'ouïe ; la chute des cheveux est un des derniers accidents qui annoncent la fin prochaine du malade.

« Un malade qui avait langué pendant douze ans, couvert d'ulcères et de tumeurs osseuses, perdit en outre un de ses mollets par ulcération.

« Les deux sexes et tous les âges sont également exposés à la maladie ; les enfants sont infectés en grand nombre.

« Il paraît que quelques enfants en ont été préservés par le traitement qu'avaient auparavant subi leurs mères, quoiqu'elles n'eussent point été radicalement guéries.

« Cette maladie est surtout contagieuse dans la seconde et la troisième période ; on a vu des cas où elle est restée latente dans le corps pendant des années entières, sans se manifester par le moindre symptôme. Le préjugé dominant est qu'elle n'attaque qu'une fois dans la vie ; mais l'expérience dément cette opinion.

« On a employé les racines de patience, de bardane, de salsepareille, la décoction des branches et de l'écorce de la sapinette du Canada. Mais aucun de ces remèdes ne guérit radicalement sans mercure.

« Swediaur (Traité des maladies vénériennes, t. II, p. 310), à qui nous empruntons ces détails, et qui lui-même décrit la

« maladie d'après un rapport du docteur Bowman, envoyé
 « sur les lieux par le gouverneur du Canada, Hamilton, fait
 « remarquer que dans cette description il n'est question, ni
 « de gonorrhée, ni d'ulcères aux parties génitales, et il com-
 «-pare cette épidémie syphilitique à celle du xv^e siècle.

« Tout bien considéré dit-il, cette maladie contagieuse du
 « Canada et le sibbens en Ecosse, me paraissent présenter
 l'image identique de la vérole du xv^e siècle ».

(J. Rollet. Traité des maladies vénériennes, MDCCLXV.

Communication de M. le D^r LE SAGE

Le conférencier passa en revue tous les troubles patholo-
 giques du foie et du pancréas et exprima l'opinion que le
 diagnostic de cette double lésion est relativement facile à
 condition que leur symptomatologie soit présente à la mé-
 moire du praticien.

Ces cas ne sont pas rares et il présenta huit observations
 personnelles très intéressantes qu'il pu suivre après l'inter-
 vention chirurgical qui vérifia le diagnostic clinique.

L'action de l'Yohimbine

Fr. MULLER

F. Muller considère comme doses actives très faibles, chez
 les chiens, 0 gr. 005 par kilogr. par voie intraveineuse, et
 0 gr. 004 par voie sous-cutanée. Chez l'homme 0 gr. 002 de
 cet alcaloïde se montrent actifs en injection hypodermique.

La Yohimbine se prescrit surtout sous forme de tablettes
 de 0 gr. 005 chacune à raison de 3 ou 4 par jour.

Ces petites doses provoquent une action complexe, aussi bien sur le système nerveux central que sur le système nerveux périphérique. Sous leur influence, l'individu devient plus vif, et par suite de l'excitation du centre respiratoire, les mouvements de la respiration deviennent plus fréquents et plus amples.

Le phénomène le plus intéressant est celui qui concerne l'excitabilité de la sphère génitale qui est augmentée, sans qu'il en résulte une forte excitabilité générale, sans modification des réflexes tendineux et tactiles. Cette action se manifeste même après la castration.

En même temps qu'elle agit sur le système nerveux central, la yohimbine produit une vaso-dilatation dans certaines régions vasculaires du corps (peau, organes génitaux externes, reins), et une contraction de la rate. La pression baisse. Cette action est purement périphérique.

Son point d'action est la paroi vasculaire, l'activité cardiaque n'est pas modifiée par des doses thérapeutiques.

Tandis que quelques auteurs, même avec les plus petites doses, observaient une augmentation exagérée de l'excitabilité générale, de la sialorrhée, des nausées et des vomissements, ainsi que de la diaphorèse, ces phénomènes ne furent jamais observés par d'autres auteurs. On peut dire toutefois, que chez le même individu, la dose nécessaire pour produire une érection est relativement très éloignée de la dose toxique, et qu'avec de petites doses, il n'y a aucun danger pour le cœur et pour les reins.

Après des doses toxiques (1 à 2 milligrammes par kilogramme en injection sous-cutanée chez le chien) qui ne sont jamais employées chez l'homme, on voit survenir après la période, d'excitabilité un état d'épuisement avec ataxie et paralysie des jambes. La pression sanguine est basse, puisque la vaso-dilatation persiste. L'intestin est fortement irrité, et il se produit des évacuations alvines.

En raison des recherches de F. Muller, les indications de la yohimbine en thérapeutique sont les suivantes :

Elle peut être employée avantageusement dans les cas de

Le traitement respiratoire employé en gynécologie

Le massage aspiratoire

Le Dr WEISSBRENNER a expérimenté cette méthode de traitement sur des cas d'inflammations chroniques de l'utérus et des organes pelviens. Il a constaté que dans les cas d'inflammations chroniques et d'adhérences des annexes, le traitement aspiratoire n'est pas applicable. En présence de suppuration dans les trompes et les ovaires, dans les abcès intrapéritonéaux et para-utérins, il ne faut pas songer à appliquer la succion sur l'utérus. Des résultats irréprochables et excellents dans les altérations chroniques de la matrice et du tissu pelvien ont été obtenus, spécialement en ce qui concerne le tissu cicatriciel provenant de déchirures pendant l'accouchement.

La paramétrite chronique atrophique circonscrite fournit un nouveau champ d'expérimentation. La cause des indurations circonscrites est souvent inconnue, et les affections de l'intestin et du col de la matrice n'y sont pas étrangères. Pour englober le plus possible de la base para-utérine dans la zone à hyperémier, on donna à l'aspirateur la forme d'entonnoir en fort verre qu'on introduisait comme un pessaire, et on le mettait en relation avec une pompe aspirante au moyen d'un fort tube de caoutchouc muni d'un robinet à trois voies.

La durée d'une séance était en moyenne de vingt minutes; la succion pendant cet intervalle, était interrompue trois fois pendant une minute pour amener de l'air au moyen du robinet à trois voies. Quand on emploie la succion de cette façon dans les altérations para-utérines, elle n'a aucun inconvénient quand la matrice est saine, et elle exerce une action bienfaisante, quand elle est malade.

Le phénomène le plus surprenant dans ce traitement est la cessation des douleurs, causées par les brides cicatricielles para-utérines. Les femmes presque immédiatement après ce traitement, ne ressentent plus de douleurs, et cela pendant une durée variable; en tous cas on peut renouveler l'opération de la succion quand les douleurs reviennent.

Le traitement électrique de l'incontinence essentielle d'urine

M. le docteur Bidou a traité 10 cas d'incontinence d'urine par l'électricité et a obtenu 10 guérisons.

Il distingue, en vue du traitement, deux variétés principales d'incontinence :

1° *Incontinence due à l'absence de contrôle cérébral des centres lombaires;*

2° *Incontinence due à la faiblesse et à l'atonie du sphincter vésical.*

Dans le premier cas, où l'incontinence est la conséquence d'une incoordination entre le centre lombaire et son contrôle cérébral, ce qui, en réalité, constitue un manque d'éducation du centre, il faut réagir assez fortement, dans le but de faire une véritable rééducation. Aussi, le procédé de choix sera-t-il l'étincelle statique, ou les effluves et étincelles de haute fréquence, ou encore la faradisation énergique de la région périnéale ou vulvaire. L'intervention sera très marquée, presque douloureuse.

Dans le second cas, c'est-à-dire quand une faiblesse ou paresse du sphincter est la cause de l'incontinence, on augmentera l'énergie sphinctérienne par les applications externes de courant faradique, suivies d'interruptions rythmées, suivant la technique que nous donnons un peu plus loin, et, en cas d'insuccès, par le même genre de courant, mais en applications intra-urétrales, suivant le procédé de Guyon. Le courant est alors porté directement sur le sphincter par l'intermédiaire d'une sonde.

Mais ce second procédé est un pis-aller, car il est toujours désagréable de sonder un enfant. D'autre part, il est rare que là où la technique externe ne réussit pas, la méthode intra-urétrale donne de meilleurs résultats. Cependant, il ne

faut pas être intransigeant, car l'auteur a eu, à plusieurs reprises, à se louer de cette méthode, après un insuccès complet par le procédé externe.

La technique externe est d'une grande simplicité; une électrode de 14 × 14 centimètres est placée à la région lombaire ou abdominale et l'autre, de la dimension nécessaire, est mise à la région périnéale (ou vulvaire). Ces plaques sont reliées à une source de courant faradique (bobine à fil gros) dont l'intensité est poussée jusqu'à ce que les contractions abdominales soient nettement visibles. Le courant passe pendant dix ou quinze minutes, puis le faradique est remplacé par du galvanique, le pôle positif étant à l'électrode périnéale (i : 20, 20-35 m.). Le courant sera interrompu d'une façon régulière (60 par minute).

Ce procédé très facile est toujours très facilement accepté et donne les meilleurs résultats.

Sur l'excrétion de l'iode et du lithium par la bile chez l'homme

Par M. le Docteur E. FRICKER

Chez un homme pourvu d'une fistule biliaire après intervention chirurgicale, l'auteur a recherché comme se faisait, par la bile, l'élimination de l'iodure de lithium. Il a vu que :

1° Le maximum de l'excrétion par la bile de l'iode ingéré sous forme d'iodure de lithium est maximum à la troisième heure qui suit l'injection.

2° Chez un homme qui a pris, *per os*, 1 gr. d'iodure de lithium, il s'élimine en 24 heures par la bile 0,86 0/0 de l'iode ingéré.

3° L'excrétion du lithium par la bile s'arrête sept heures après l'ingestion du médicament.

4° L'excrétion de l'iode et celle du lithium ne sont pas parallèles; ceci revient à dire que dans l'organisme l'iodure de lithium subit un clivage.

De l'eau chaude en gynécologie

Par M. le Professeur RECLUS

Disons tout d'abord, que la méthode ne vaut que par la stricte observance de sa technique; trop de chirurgiens emploient l'eau chaude « à la diable », comme dit mon collègue Richelot et n'obtiennent en conséquence que des résultats médiocres ou nuls. Voilà pourquoi je désire aujourd'hui vous entretenir surtout du mode d'application que je préconise, vous montrer en quoi il diffère de celui de M. Richelot et vous dire les raisons pour lesquelles je le trouve préférable.

Mais auparavant, il n'est pas inutile de préciser les indications de la méthode. Pour ma part, je les considère comme très nombreuses et toutes les fois que la matrice et ses annexes sont aux prises avec des phénomènes inflammatoires chroniques ou subaigus, toutes les fois que la phase violente de la phlegmasie s'est apaisée, que les phénomènes inquiétants de la pelvi-péritonite ont disparu, j'ai recours au traitement par l'eau chaude, et, en tout cas, je ne propose *jamais* une opération radicale pour une affection de l'utérus, des trompes ou des ovaires. sans avoir, au préalable, et longtemps et consciencieusement, essayé des irrigations.

Certes, je ne veux pas dire que l'exérèse des organes atteints par les inflammations et la suppuration ne soit pas quelquefois utile, mais combien elle l'est rarement! Nous comprenons encore qu'à l'hôpital ces mutilations soient nécessaires : il s'agit de femmes chez lesquelles le mal a pris souvent des proportions considérables; le repos horizontal prolongé est presque toujours impossible, car il y a le ménage à faire et les enfants à soigner; la malheureuse ne peut s'accorder une longue convalescence et les travaux pénibles et fatigants, repris trop tôt, réveillent, presque à la sortie de nos salles, le foyer inflammatoire. Nous avons alors la main forcée, il faut intervenir.

Mais dans la classe aisée, pour les femmes qui veulent et savent se soigner, lorsqu'un long repos horizontal est possible, lorsque après la guérison, les soins prophylactiques sont donnés, la mutilation est devenue rare, même pour des chirurgiens naguère terriblement agressifs. Les temps sont passés où l'on ne pouvait guère examiner une femme atteinte de troubles génitaux sans qu'elle vous citât, dans ses antécédents, une hystérectomie vaginale ou abdominale. La furie opératoire s'est calmée et il y a moins de collègues pour proposer l'intervention et moins de clientes pour la demander.

Car on ne fut pas long à reconnaître, d'abord que ces interventions restaient graves, quelles entraînaient une mortalité qui, malgré l'habileté et les soins de l'opérateur, dépassait deux pour cent. Et puis on s'aperçut qu'après le tribut payé à la mort, le résultat thérapeutique était parfois contestable. Et les névralgies, les troubles nerveux ou la neurasthénie qu'on espérait conjurer par l'ablation d'un ovaire scléro-kystique ou d'une trompe congestionnée, persistaient et même souvent s'aggravaient. On étudia ces organes au point de vue de la conservation de l'équilibre intellectuel et moral, et on se convainquit bien vite que les tablettes d'ovarine ne remplacent pas toujours les « sécrétions internes ».

Aussi n'ai-je pas besoin, pour m'abstenir d'opérer, que le malade me refuse l'intervention par peur d'une catastrophe possible ou par désir ardent de ne pas supprimer tout espoir de maternité. Je commence d'abord par prescrire toujours le traitement médical et ce n'est qu'après son échec, bien et dûment constaté, que je recours au bistouri. Or que de fois ce traitement agit et guérit contre toute espérance! J'ai publié ailleurs de ces cas, et je ne voudrais pas en encombrer cette leçon. Mais je dois cependant en rappeler quelques-uns.

Une jeune femme n'avait qu'un enfant; elle en désirait d'autres avec passion; mais elle était atteinte de péri métrite salpingite. Je priai notre regretté collègue Bouilly de m'éclairer de ses conseils, et si j'écris son nom, c'est parce que sa science, sa conscience et sa prudence nous inspiraient à tous une confiance indiscutée. Or, à chaque consultation, il hochait la tête et déclarait que, comme il faudrait, tôt au tard, en arriver à une intervention, il valait mieux plus tôt que plus tard, afin d'éviter les souffrances de la maladie et l'ennui des injections. Or, au bout de deux ans, la guérison totale

était obtenu et peu après survenait une grossesse, heureusement menée à terme.

Dans le même ordre d'idées je pourrai vous citer une jeune femme auprès de laquelle je fus appelé en province; elle était en pleine péri-pelvi-péritonite aiguë et les culs-de-sacs vaginaux accusaient de volumineuses collections. Je pensais, pour le coup, que lorsque l'orage inflammatoire serait dissipé, une intervention radicale serait indispensable. Je le pensais encore au bout d'un mois, quand je revis la malade et que le toucher bi-manuel et la courbe thermométrique me firent reconnaître l'existence d'une ovaro-salpingite suppurée. Mais comme il y avait une amélioration incontestable, je voulais, selon le vieux précepte, aller au bout de ce mieux qui, tout tranquillement, me mena à une guérison durable, suivie plus tard de deux grossesses.

Je me rappelle encore une jeune femme de vingt-sept ans : à la suite d'un accouchement difficile, elle avait été prise de pelvi-péritonite grave qui la retenait au lit pendant plusieurs mois. Lorsque je l'examinais, le petit bassin était encombré de masses agglomérées et douloureuses, qu'un repos de deux années n'avait pu résoudre. Son accoucheur, puis le professeur Tarnier, puis Bouilly et moi, tous nous fûmes d'accord pour penser qu'il faudrait sous peu intervenir. Mais en attendant le moment favorable et pour le préparer, le traitement médical fut institué. Son succès fut tel que l'opération fut retardée d'année en année et que, depuis longtemps, il n'en est plus question.

Permettez-moi d'ajouter une observation toute récente : une dame d'une quarantaine d'années est envoyée à Paris par un médecin de province : elle est atteinte d'un petit fibrome et d'une ovaro-salpingite douloureuse et volumineuse, surtout à gauche; elle souffre et perd du sang : double raison pour l'opérer et c'est ce que lui propose un de nos meilleurs collègues des hôpitaux. Elle hésite et accepte le traitement à l'eau chaude, dont elle suit les prescriptions avec une constance que devait récompenser la guérison : les ovaro-salpingites ont disparu et, avec elles, les douleurs; le petit fibrome a diminué de volume et les hémorragies ne sont plus inquiétantes. On ne songe plus maintenant à la possibilité d'une opération.

à suivre)

Informations Scientifiques

Le vaccin contre la typhoïde. — D'après le *Scientific American*, le département de la Guerre des Etats-Unis envisagerait la possibilité d'employer la vaccination pour immuniser les soldats contre la fièvre typhoïde, et serait sur le point d'en décider l'application systématique dans tous les corps d'armée de l'Union.

Les statistiques que vient de publier le Conseil du comté de Londres nous apprennent que 4.705.780 personnes vivaient, au 1^{er} novembre, dans les limites administratives de la grande ville, sans parler de trois autres millions vivant dans son voisinage immédiat. C'est la plus vaste agglomération humaine que le monde ait jamais connue. Elle est administrée par 161 assemblées municipales ou corps constitués autonomes, formant un ensemble de 3.783 membres. Il naît 14 Londoniens par heure et il en meurt 8. Choisissons dans ces statistiques quelques chiffres intéressants. Nous notons d'abord que Londres compte : 3.415 kilomètres de rue, 611.786 maisons, 28.265 fabriques ou ateliers, 9.026 acres de parcs et jardins publics. Londres est probablement la ville la plus riche du monde : ses immeubles sont assurés contre l'incendie pour une somme globale de 1.040.057.846 livres sterling, soit plus de 5 millions de dollars.

Statistique de Gurlt portant sur les années 1890-1897

Anesthésiques	Nombre de cas	Nombre de décès	Proportion
Chloroforme	240.806	116	1 : 2.075
Ether	56.203	11	1 : 5.112
Chloroforme + éther	15.226	2	1 : 7.613
Mélange de Billroth	6.741	2	1 : 3.370
Scopolamine	0	»	»
Narcoses combinées	0	»	»
Total	319.005	113	1 : 2.835

Statistique résultant de l'enquête de Neuber pour l'année 1908

Anesthésique	Nombre de cas	Nombre de décès	Proportion
Chloroforme	20.613	10	1 : 2.060
Ether	11.859	2	1 : 5.930
Chloroforme + éther	10.232	3	1 : 3.410
Mélange de Billroth	2.791	4	1 : 698
Scopolamine	23.800	5	1 : 4.762
Narcoses combinées	1.748	0	»
Total	71.052	24	1 : 2.959

40 cas de variole ont été reconnus à Fort Levern (Ontario); la quarantaine a été établie immédiatement et 292 personnes furent vaccinés.

M. le docteur Underwood de Louisville rapporte plusieurs cas de guérisons de sciatique obtenus au moyen de l'antihamnia et du salol administrés à toutes les 2 ou 3 heures.

PRIME A NOS LECTEURS : Tous les abonnés du Montréal-Médical recevront gratuitement un thermomètre clinique à graduation Fahrenheit et Centigrade en faisant connaître à l'administration la date de leur quittance pour l'année 1909.

Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les

SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. } 3° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
2° Au Bromure de Sodium. } 4° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Abondamment dosées, 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Établies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés — FLACON : 5 fr.

Maison HENRY MURE, A. GAZAGNE, 1^{er} de 1^{re} classe, rendre et quai, Pont Saint Esprit (Gard)