

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES ORIGINAUX

- La fièvre typhoïde et le bain d'éponge chez les enfants, Prof. Sévérin Lachapelle... 360
- Hématomes ou thrombus vulvo-vagineux, par le Dr E. A. de Cotret... 361
- Rapport présenté au Comité d'Hygiène, par les Drs Jules Laberge et McCarrey... 365
- Mouvement médical de l'Hôtel-Dieu... 367
- La Syphilis au Congrès de Berlin, par le Dr Adrien Loir... 367
- Lettre de Paris : les Congrès... 368

NOTES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

- Traitement de l'appendicite aiguë... 372
- Traitement du charbon... 373
- La Physostigmine dans l'obstruction intestinale... 374
- Traitement des varices... 374
- Traitement de l'hyperhydrose plantaire... 374
- Nutrition et traitement chez les diabétiques... 375
- Société Médicale de Montréal... 376

Aux Annonceurs

PROVINCE DE QUÉBEC,
Cité et District de
Montréal.

Nous, soussignée, éditeurs du "Journal de Médecine et de Chirurgie," déclarons solennellement que depuis février 1907 nous n'avons jamais fait un tirage inférieure à seize cents exemplaires (1600), et nous faisons la présente déclaration solennelle, la croyant consciencieusement vraie et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment en vertu de l'acte de la preuve en Canada de 1893.

L'IMPRIMERIE FRANÇAISE,
MAURICE DESROCHES.

Signé et déclaré devant nous,
à Montréal, ce 8 novembre 1907.

J. A. EMILE BOILEAU,
Notaire, et Commissaire Cour Supérieure pour le District de Montréal.

227 et 316 rue Rachel.
Tel. Bell Est 1823 et 3675

To the Advertisers

PROVINCE OF QUEBEC,
City and District of
Montreal.

We, the undersigned, editors of "Le Journal de Médecine et de Chirurgie de Montréal," do solemnly declare that since February, 1907, we have never printed less than sixteen hundred (1600), numbers, and we make that solemn declaration knowing it conscientiously true and that it has the same force and effect, as if made under oath, in virtue of the Canada Evidence Act of 1893.

L'IMPRIMERIE FRANÇAISE,
MAURICE DESROCHES.

Signed and declared before us
this 8th november 1907.

J. A. EMILE BOILEAU,
Notary and Super. Court
Commissioner.

227 and 316 Rachel Street.
Tel. Bell East 1823 and 3675

**HEMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE
Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4).
DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{ie}.

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.



❄ Aliment des enfants ❄

Paris : 6 Avenue Victoria et Pharmacies

Sens Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Decary-Rougier) 63 Notre Dame Est, Montréal.



“ BISQUIT ”

Veritable Cognac provenant de la distillation du jus de raisin

Mis sur le marché par Messieurs BISQUIT DUBOUCHÉ & CIE., depuis près de cent ans et recommandé par les membres les plus éminents de la profession médicale dans le monde entier, pour sa pureté et son efficacité.

N.-B.—Il est bon de rappeler à Messieurs les Médecins que tout ce qui est vendu pour du Cognac n'est pas du VRAI Cognac et qu'afin d'éviter toute substitution ils doivent ordonner la marque “BISQUIT” chaque fois qu'un produit provenant de la distillation du JUS DE RAISIN PUR est indiqué.

La Fièvre Typhoïde chez les Enfants et le Bain d'Eponge

Par le Prof. Sévérin Lachapelle

La fièvre typhoïde a certainement des attaches intimes d'âge et de saison ; ainsi l'adolescence lui paie son plus large tribut et cette période de l'année composée d'une tranche de l'été qui finit et de l'automne qui commence est bien l'époque la plus ordinaire de son apparition.

Cette affinité saisonnière a peut-être son explication dans la diminution du volume des eaux, et dans leur pollution plus facile.

Quelque soit la raison, la doctrine tendant à affirmer que la mauvaise eau est la cause de la fièvre typhoïde semble être vraie, malgré que l'analyse ne révèle pas toujours le bacille typhique dans le liquide incriminé.

Nous sommes donc, tous les ans, envahis par la désagréable visiteuse, et le chiffre de ses victimes jette toujours un grand deuil parmi nous.

La fièvre typhoïde est une infection bacillaire, avec lésions anatomiques intestinales. Comme toutes les fièvres infectieuses, c'est une maladie cyclique, dont on ne saurait enrayer la marche et dont le traitement est essentiellement symptomatique : combattre la fièvre, désinfecter l'intestin le plus possible, voilà donc les deux grandes indications ; sans négliger de soutenir les forces, par une diète bien adaptée au malade.

La méthode anti-thermique de Brand est de plus en plus en faveur.

Son emploi dans la pratique privée, n'étant pas toujours possible, nous avons recours depuis quelques années, au bain d'éponge, toutes les trois heures, quand la température monte à 39 degrés. Le nombre de cas ainsi traités n'étant pas assez considérable pour conclure "a posteriori", nous nous permettons de recommander cette pratique et de faire rapport.

Ce serait une grande satisfaction de pouvoir substituer cette méthode à la méthode de Brand, qui serait ainsi simplifiée et à la portée de tous.

Le bain d'éponge trouve son application plus facile chez l'enfant surtout.

Si la fièvre typhoïde a son affinité d'âge, elle se rencontre aussi assez souvent chez les enfants au-dessus de deux ans surtout : chez les nourrissons, elle semble être exceptionnelle.

Chez l'enfant, la lésion intestinale est en raison inverse de l'âge : plus l'enfant est jeune, moins la lésion intestinale est grave : ce serait une fièvre bacillaire éberthienne, sans entérite grave. Aussi, si la diarrhée est ordinaire, les complications de l'âge adulte, telles que l'hémorragie et la perforation intestinale ne le sont pas, et la conséquence est que la mortalité au-dessous de 10 ans est exceptionnelle.

Mais il ressort de ce fait clinique que si la fièvre typhoïde chez l'enfant est plus une infection générale que locale, l'élément essentiel est la fièvre et le traitement essentiel doit être antithermique et antidéperditur.

C'est pourquoi l'usage du bain d'éponge, toujours facile, doit être employé dans tous les cas, et c'est pourquoi nous insistons sur l'emploi de cette forme modifiée de la médication de Brand.

Il ne faudra pas oublier que cette médication a des règles établies qu'il faut respecter scrupuleusement :

1. Avoir recours au bain dans tous les cas où la température rectale sera supérieure à 39 degrés.
2. La durée sera de dix minutes.
3. La température de l'eau de 18 à 20 degrés.
4. Le bain sera administré toutes les trois heures, jour et nuit.

Tout le changement qu'il y a dans le bain d'éponge, c'est que nous suivons la modification suggérée par Bouchard. Nous commençons par une eau à deux degrés, de la normale du malade, et nous abaissons graduellement.

C'est dans les hôpitaux qu'une statistique moins contestée peut se recueillir facilement.

Pourquoi ne pas établir du coup, par une série d'observations contrôlées, la valeur de la méthode de Brand ainsi modifiée, de l'action antithermique des bains d'éponges ?

Messieurs les cliniciens, vous avez la parole.

Hématomes ou Thrombus Vulvovaginaux

Par E. A. RENE de COTRET,

Professeur adjoint d'obstétrique, accoucheur de la
Maternité.

De toutes les difficultés et complications de l'accouchement de Madame P., nous n'en noterons, pour le moment, qu'une seule, à cause de sa rareté remarquable. Madame P., que vous voyez, est arrivée à la Maternité dans un état très déplorable. Son accouchement, commencé en dehors de cette institution, a été excessivement laborieux, parce que d'abord la constitution de la malade, qui est une lymphatique doublée d'une brightique, ne lui permettait pas, comme aux femmes nerveuses, de développer, au bon moment des forces qui, chez elle, étaient complètement absentes; vous voyez ces chairs molles, ce teint pâle tirant sur le jaune. C'est une pauvre sous le rapport de la santé. Elle est épuisée non seulement par son accouchement, mais depuis déjà très longtemps; depuis le début de la grossesse ou avant, je ne sais exactement; aussi constatons-nous un délabrement complet.

En dehors de la maternité cette parturiente a subi, avec insuccès, l'épreuve plusieurs fois répétée d'une délivrance par le forceps. Qu'observons-nous entre autres choses, à notre premier examen, et c'est là le point qui attirera notre attention en ce moment? Un immense "thrombus" vaginal.

Nous décrirons donc aujourd'hui l'"hématome" ou le "thrombus" de la vulve et du vagin parce que c'est une des complications les plus rares de l'état puerpéral. Il peut avoir des suites immédiates assez graves, conséquence d'une hémorragie abondante, ou tardives, à cause de l'infection dont il peut être la porte d'entrée.

Le "thrombus" ou l'"hématome" est un épanchement de sang qui se forme dans l'épaisseur des tissus de la vulve, et du vagin. Certains auteurs préfèrent le mot hématome à celui de thrombus, parce que, disent-ils, le mot thrombus signifie une coagulation de sang dans un vaisseau, tandis que celui d'hématome signifie une hémorragie enkystée. L'hématome occupe d'ordinaire le tissu cellulaire interstitiel, exceptionnellement l'épaisseur

même de la muqueuse vaginale. Cet épanchement se fait soit à l'état d'infiltration, soit à l'état de collection, formant une véritable tumeur.

FREQUENCE — C'est un accident assez rare. Je n'en ai vu que 3 cas sur à peu près 8,000 accouchements. Dubois en a observé 3 cas sur 14,000 accouchements; Winckel, 1 sur 1,600; Charpentier, 3 sur 1,800; Hugenberg, 11 sur 14,000; Hecker, 2 sur 17,220. Les statistiques de la clinique Baudelocque donnent 1 sur 1,500. A Vienne on en a constaté 18 sur 33,241. Cadillac, qui a réuni plusieurs statistiques portant sur 150,000 femmes, a trouvé une proportion de 1 cas sur 2,200 accouchements.

Le thrombus peut se produire hors l'état de grossesse; c'est exceptionnel. Il est rare pendant la grossesse (4 p.c. des cas); il est beaucoup moins rare pendant le travail (31 p.c. des cas); il est plus fréquent après la délivrance (57 p.c.). Des trois cas que j'ai rencontrés, un s'était fait pendant le travail et les deux autres après la délivrance.

Mme Sasonoff trouve dans sa statistique relative au thrombus 36 p. 100 de primipares, et 64 p. 100 de multipares, mais le nombre total de toutes les accouchées ayant été de 37 p. 100 pour les primipares, et de 63 p. 100 pour les multipares, on voit que la fréquence du thrombus est très approximativement la même chez les unes et les autres.

VARIÉTÉS ANATOMIQUES ET CLINIQUES — Primitivement le thrombus est toujours constitué par une hémorragie interne, ce n'est qu'après formation qu'il se rompt quelquefois. A l'état le plus simple l'ecchymose vulvaire serait aussi un thrombus; mais on réserve ce mot aux épanchements sanguins réunis en foyers et assez prononcés pour donner lieu à une tumeur, à un caillot. Le thrombus muqueux ou superficiel est plus rare que le thrombus interstitiel: le premier est petit, pédiculé et apparaît pendant la grossesse.

Le thrombus interstitiel, le plus important de beaucoup au point de vue clinique, est habituellement globuleux. Il forme une tumeur largement sessile, plus ou moins étalée à sa base. La forme et le volume du thrombus varient suivant le siège de la tumeur et la quantité de sang épanché. Le plus souvent elle est cylindrique ou fusiforme, principalement quand il s'agit d'un thrombus vulvovaginal. Elle est plus globuleuse quand elle siège dans le ligament large. Enfin elle peut être étalée en nappe, quand elle s'infiltré entre les lames aponevrotiques résistantes et rapprochées. Son volu-

me est très variable : très petit, il peut passer inaperçu, mais on en a observé de gros comme une noix, un œuf de poule, le poing, une grosse orange, une tête d'enfant nouveau-né, un pain de deux livres. Les hématomes les plus volumineux sont ceux qui siègent dans le ligament large et sous le péritoine pelvien.

Le thrombus muqueux ou superficiel, implanté dans la cavité vaginale, peut faire saillie à travers la vulve. Sa consistance est un peu pâteuse et assez résistante ; à sa surface, il y a ou non des plis et des rides. Le pédicule s'insère sur la paroi postérieure ou antérieure du vagin, quelquefois sur un des côtés. Ce petit thrombus se résorbe ou tombe par mortification du pédicule.

Le thrombus interstitiel est vaginal, vulvaire ou abdominal, ou mieux encore vagino-vulvaire, ou vagino-abdominal. Il est rare que l'épanchement soit localisé à l'un des organes : vulve, vagin ou ligament large ; le plus souvent il y a combinaison d'une collection vulvo-vaginale ou d'une collection vagino-pelvienne.

Laborie admet trois ordres d'épanchements :

A. — EPANCHEMENT PERINEAL. — 1. Sous la peau ; se limitant au sac dartoïque des grandes lèvres, ou s'étendant aux cuisses, au ventre, à la région fessière.

2. Au-dessus de l'aponévrose superficielle. La tumeur limitée par l'aponévrose moyenne est peu profonde ; elle peut gagner la partie supérieure au niveau des pubis, former un épanchement péri-vaginal, mais sans dépasser le niveau des petites lèvres.

3. Au-dessus de l'aponévrose moyenne. Le sang retenu entre cette aponévrose et la profonde, ne forme plus en général qu'une petite tumeur qui ne peut faire saillie que du côté de la cavité vaginale.

B. — EPANCHEMENT SUS-PERINEAL. — 1. Entre l'aponévrose profonde et l'aponévrose pelvienne supérieure. L'épanchement peut ainsi gagner la ceinture pelvienne, passer jusque dans les fosses iliaques, s'étendre jusqu'à la région sacrée et lombaire, la fesse, l'échancre sciatique, mais toujours sans envahir le tissu sous-péritonéal.

2. Au-dessus de l'aponévrose pelvienne. Le sang envahit le tissu cellulaire sous-péritonéal et peut s'étendre dans le bassin, les ligaments larges et jusqu'au méésentère et au diaphragme.

C. — EPANCHEMENT DANS LA PAROI VAGINALE. — Le vagin se trouve comme disséqué. L'épanchement n'envahit jamais la partie antérieure ; l'union entre la vessie et la vagin est trop in-

time pour se laisser déchirer. Il se forme une tumeur saillante dans le vagin.

Hervieux, se plaçant au point de vue anatomopathologique, décrit quatre variétés principales de thrombus :

1. THROMBUS VULVAIRE. — Les plus fréquents, ils sont limités à l'une des grandes lèvres. Leur volume peut varier d'un œuf de pigeon à celui d'une tête de fœtus à terme. La tumeur présente une très grande minceur à sa partie interne et antérieure, et une coloration violacée, parce que le thrombus vulvaire n'est recouvert que par la muqueuse très fine en cet endroit. Quelquefois il se développe une ecchymose péri-anale très intense.

2. THROMBUS PERINEAUX. — L'épanchement sanguin se trouve limité naturellement par les aponévroses du périnée. On retrouverait ici les différentes variétés signalés par Laborie. Mais Hervieux n'en distingue que deux variétés : le "thrombus superficiel", qui peut se prolonger en arrière jusqu'auprès de l'anus, remonter en avant jusqu'au pubis et à la paroi abdominale, envahir latéralement la région fessière ; le "thrombus profond", qui peut fuser au loin, gagner latéralement les fosses iliaques, et en arrière le sacrum, et même la région lombaire.

3. THROMBUS VAGINAUX ou INTRA PELVIENS. — La tumeur occupe les parties latérales du vagin ; elle est généralement située d'un seul côté ; elle peut cependant contourner le vagin et l'entourer de tous côtés. Des parois du vagin, la tumeur peut s'étendre, soit en avant vers les grandes lèvres, soit dans le tissu cellulaire extra-vaginal, le tissu cellulaire sous-péritonéal, et envahir le bassin, les ligaments larges, les fosses iliaques, les lombes, remonter dans l'épaisseur du méésentère, et jusqu'au diaphragme.

4. TUMEUR SANGUINE PERI-ABDOMINALE. — Lorsque l'épanchement est considérable, il ne reste pas limité au pourtour du vagin, il peut se propager, sous forme d'infiltration, au tissu cellulaire du ligament large, à la fosse iliaque interne, fuser sous le péritoine, pénétrer dans le méésentère, remonter jusqu'aux piliers du diaphragme, envahir les lombes, atteindre les limites de l'hypocondre, et en avant, infiltrer le tissu cellulaire de la paroi abdominale antérieure, et le tissu cellulaire péri-vésiculaire.

En somme on peut dire que les thrombus qui s'étendent jusqu'à la cavité pelvienne sont les plus rares ; les épanchements autour du vagin sont eux-mêmes plus rares que ceux qui se font à la vulve.

Brindeau prétend que les divisions de Laborie et de Hervieux sont purement théoriques.

Le thrombus de la vulve occupe le tissu cellulaire de la grande lèvre. Il est généralement unilatéral et siège plus souvent à droite qu'à gauche, surtout dans les parois latérales et postérieures. Il se fait rarement dans la paroi antérieure. Il envoie généralement un prolongement dans la paroi vaginale.

L'hématome vaginal siège ordinairement dans l'espace cellulaire péri-vaginal latéral ; il empiète alors sur la face postérieure. Le sang ainsi collecté peut se propager dans les espaces cellulaires voisins. La collection peut envahir la fesse par la grande échancrure sciatique, le périnée, la cuisse, ou passer de l'autre côté en dissociant le rectum. Elle peut surtout se propager au tissu cellulaire du ligament large et devenir vagino-pelvienne.

Quand l'hématome a envahi le tissu cellulaire du ligament large, on assiste à des décollements énormes qui s'infiltrent sous le péritoine pour gagner la fosse iliaque et le tissu cellulaire périméal. Ces épanchements sont très graves.

CAUSES — Les causes sont prédisposantes et déterminantes.

CAUSES PREDISPOSANTES—Naturellement la puerpéralité est la grande cause prédisposante par suite du développement du globe utérin, de l'hypertrophie du système vasculaire pelvien, de la suractivité circulatoire génitale, de la gêne de la circulation en retour, de l'œdème des parties génitales, de la laxité du tissu cellulaire du bassin et de la cavité abdominale.

On a signalé comme causes prédisposantes l'étroitesse vulvo-vaginale, les viciations pelviennes, les tumeurs abdominales, la gémellité, l'hydramnios, etc.

Les varices de la région génitale prédisposent-elles au thrombus ? Il n'est pas probable puisque les varices sont très communes chez les femmes enceintes, pendant que l'hématome est une affection très rare.

On peut invoquer comme causes prédisposantes les troubles circulatoires, la composition du sang, l'état spécial du sang des femmes enceintes, l'albuminurie gravidique avec ses phénomènes toxiques assez marqués et qui prédisposent à toutes les hémorragies génitales, les cachexies, l'hémophilie, les cardiopathies, les infections.

Mais il faut en outre une cause déterminante qui varie suivant que l'accident s'observe pendant la grossesse ou pendant l'accouchement.

CAUSES DÉTERMINANTES — Pendant la grossesse, où le thrombus est rare, il faut le plus souvent une violence extérieure pour amener soit directement (coup de pied ou choc au niveau des organes génitaux externes, coït violent) soit indirectement (coup sur l'abdomen, chute sur le siège) la rupture d'un vaisseau. On a aussi accusé les efforts de défécation, de miction, la toux, les vomissements, les émotions. Dans quelques cas le traumatisme a été si léger qu'il est passé inaperçu (thrombus spontané).

Pendant le travail, qu'il soit lent ou rapide, les causes déterminantes sont les froissements exercés par le passage de la partie fœtale, les interventions avec le forceps ou la version, le volume exagéré de la tête, les touchers mal dirigés, les efforts d'expulsion exagérés de la femme, les efforts de toux ou de vomissements.

MECANISME — Pendant le travail, les vaisseaux sont tirillés puis arrachés, pendant la descente de la tête fœtale qui fait glisser et déplacer la paroi du vagin sur les parties profondes. Ce serait là la cause déterminante qui se ferait surtout sentir à la suite des causes prédisposantes qui seraient pour Blot : la gêne de la circulation en retour, la stase sanguine, la dilatation des veines, l'amincissement des parois des vaisseaux, la diminution de résistance de ces vaisseaux ; l'hémorragie serait veineuse. Pour Deneux, c'est l'amincissement des vaisseaux, leur distension et l'accumulation du sang. Pour Dubois, il y a distension des plexus vasculaires. Pour Perret, le thrombus est souvent dû au glissement et au décollement des tissus.

Cette dernière opinion est aujourd'hui généralement adoptée ; elle n'est pas applicable aux thrombus qui surviennent pendant la grossesse, mais à ceux qui se produisent pendant le travail. "C'est presque exclusivement chez les primiparas, a écrit Budin, que des faits de cette dernière catégorie ont été observés, et on le comprend facilement quand on se rappelle la disposition anatomique du vagin. Ce canal, au niveau de son ouverture supérieure, est large, évasé ; sa partie inférieure est au contraire rétrécie ; la contraction utérine pousse donc la tête contre l'orifice vaginal qui la coiffe et qui résiste. Si cette orifice cède, l'accouchement a lieu, mais il se peut que, sous l'action de la contraction utérine et des efforts, la paroi vaginale se décolle de haut en bas et se sépare des tissus qui l'entourent. Une tumeur sanguine intra-pel-

vienné, parfois très volumineuse, peut être la conséquence de ce décollement ''.

Le même décollement des tissus peut se produire pendant une application de forceps, pendant une extraction dans les présentations de l'extrémité pelvienne, pendant l'introduction de la main dans les parties génitales d'une primipare à vagin étroit.

Il est facile de comprendre pourquoi le thrombus apparaît généralement au moment de la délivrance ou immédiatement après : la compression de la tête fœtale amène la formation d'un caillot, ou les vaisseaux contusionnés ne se rompent pas d'emblée ; ils subissent une véritable mortification et ne se rompent que plus tard après la sortie de l'enfant ou du placenta, parce que la tension sanguine, annihilée jusqu'alors, reprend le dessus et verse le sang dans la poche préformée.

Le sang de cette tumeur est-il veineux ou artériel ? Blot opine pour la rupture des veines, tandis que pour Laborie la poche serait formée par du sang artériel et du sang veineux. Perret, dans ses expériences sur le cadavre, a montré que l'écoulement se faisait en nappe, et provenait principalement des capillaires.

Dans les grands épanchements, en particulier dans les hématomes pelvi-abdominaux, il est probable qu'il se produit une rupture d'un gros vaisseau et principalement des plexus veineux péri-utérins.

SYMPTOMES — Trois caractères principaux font faire le diagnostic du thrombus : la douleur qui n'est pas constante ; l'apparition d'une tumeur ; l'hémorragie dont dépendent les autres symptômes.

LA DOULEUR — Des cuissons, une sensation de piqûres d'épingles tourmentent les malades et annoncent la production du thrombus. Puis apparaît une douleur généralement vive, lancinante, continue, irradiée vers l'anus, la fesse ou la racine d'une cuisse. Quelquefois cette douleur est sourde et profonde. Il existe en même temps des crampes, des sensations de fourmillements dans les membres inférieurs, et surtout un ténésme rectal et vésical s'accompagnant du besoin de pousser. Le mouvement exaspère la douleur. Dans certains cas les phénomènes douloureux peuvent manquer.

La douleur se manifeste surtout pendant la période de formation et est produite par la distension des tissus, peau et muqueuse. Elle s'atténue ensuite et disparaît en grande partie.

La tumeur varie dans ses caractères suivant son siège et son volume. Tantôt elle est incolore ; le

plus souvent elle est noirâtre, violacée, livide. Après quelque temps il survient des taches ecchymotiques, au niveau de la tumeur ou aux environs. Lorsqu'elle se développe jusqu'au niveau de l'orifice vulvaire, elle offre la forme d'une masse généralement unilatérale. Si elle est limitée au vagin, c'est le toucher vaginal ou rectal qui donne immédiatement la clef du problème. Si elle est petite, il est facile de la circonscrire ; si, au contraire, elle est très étendue, il est impossible de la limiter.

A la palpation, la tumeur est tendue et fluctuante, sans battements, quand on l'examine peu de temps après sa formation. On la voit pour ainsi dire gonfler à vue d'œil. Quelques jours après la consistance de la tumeur devient plus ferme, quand le sang s'est coagulé, et l'on obtient une sensation pâteuse s'accompagnant parfois de crépitation sanguine. Quand la tumeur doit se résorber, elle devient de plus en plus dure, en même temps qu'elle diminue de volume.

Si la tumeur apparaît avant l'accouchement, elle peut gêner mécaniquement l'expulsion du fœtus déterminer des phénomènes de compression du côté de la vessie, du rectum ; avant la délivrance, elle peut s'opposer à la sortie du placenta ; après la délivrance elle peut amener la rétention des lochies.

L'hémorragie est constante. Elle est interne ou externe. Si la peau et la muqueuse restent intactes, l'hémorragie est interne. Si la muqueuse se déchire primitivement il y a hémorragie sans thrombus, mais si l'ouverture de la solution de continuité est fermée subséquentement par un caillot ou la partie fœtale, le sang s'amasse dans les tissus et forme un hématome. L'hémorragie externe, s'il s'en fait, peut être précoce ou tardive. Quand l'hémorragie est précoce le sang fluide sort avec plus ou moins de rapidité et d'abondance. Quand la rupture de l'hématome est tardive, on peut voir sortir le sang liquide et en caillots ; il peut aussi se faire une hémorragie interne et externe.

Les symptômes généraux varient d'intensité suivant l'abondance de l'hémorragie ; et l'abondance de l'hémorragie varie beaucoup selon le degré d'évolution du thrombus, selon que l'hémostase s'est faite dans peu ou beaucoup des vaisseaux qui ont été l'origine de l'hémorragie. Quoiqu'il en soit, la quantité du sang a pu être assez considérable pour produire une anémie aiguë ou la mort rapide de la femme.

Ordinairement l'état général de l'accouchée est bon. Mais quand l'épanchement est abondant, on constate tous les signes qui accompagnent les gran-

des hémorragies : pouls petit, pâleur de la face et des muqueuses, vertiges, tendance aux syncopes, etc. Dans le thrombus abdominal, heureusement très rare, le danger est d'autant plus grand que le diagnostic est plus difficile. Peu après l'expulsion du foetus, la femme accuse des douleurs violentes dans le bassin et le bas ventre. Elle pâlit, est menacée de syncope ; elle se trouve sous le coup d'une grave hémorragie interne. L'utérus est petit et dur ; il n'y a pas de déchirures du col ni du vagin, pas d'écoulement sanguin, au dehors. Au toucher, on sent ou non, une tumeur nouvellement formée ; on ne constate rien à la surface cutanée de la vulve, du périnée, ni de la fesse. La situation est menaçante, la femme semble près de mourir ; elle succombe même parfois rapidement avec des symptômes analogues à ceux de la rupture utérine incomplète. Il est difficile, sinon impossible quelquefois de faire l'hémostase dans ces cas et on est obligé d'avoir recours à la laparotomie.

MARCHE — DUREE — TERMINAISON.—La tumeur constituée par le thrombus est de brusque apparition. Son accroissement est habituellement rapide, progressif, régulier ; mais quelquefois il se fait par saccades intermittentes.

La terminaison du thrombus peut se faire par rupture précoce ou tardive, par résolution, par suppuration, par infection.

La rupture du thrombus est très fréquente. Elle peut se produire dès que le thrombus est formé, ou un peu plus tard sous l'influence de quelque pression. Elle est tardive si elle se produit pendant les suites de couches, par suite de l'amincissement progressif et ulcératif de la poche, ou de sa mortification.

Dans les cas les plus simples il se fait de la résolution. Le sang se coagule ; le sérum se résorbe, la tumeur durcit, se rétracte, diminue peu à peu de volume et après quelques semaines il ne reste plus qu'un noyau d'induration qui va lui aussi disparaître.

Parfois la sérosité seule se résorbe, le caillot reste et constitue une petite tumeur dure qui persiste indéfiniment ou finit par s'abcéder. Le thrombus peut s'entourer d'une membrane adventive ; le contenu se transforme et l'on a un kyste séreux, gélatineux ou autre.

(A suivre)

Rapport présenté au Comité d'Hygiène

Par MM. les Drs Jules Laberge et McCarrey

A Monsieur le Président et à Messieurs les Membres du Comité d'Hygiène et des Statistiques.

Nous avons l'honneur de vous présenter les quelques remarques qui suivent. Ces remarques nous sont inspirées par le récent voyage que nous avons fait dans les villes de New-York et de Boston, dans le but de nous renseigner sur différentes questions que vous nous avez demandé d'étudier. Nous tenons d'abord à vous remercier bien cordialement du montant d'argent que vous avez mis à notre disposition pour nous permettre de défrayer une partie des dépenses occasionnées par ce voyage.

Ière PARTIE

INSPECTION MEDICALE ET HYGIENE A L'ECOLE

Presque toutes les villes du monde civilisé aujourd'hui, font de l'inspection médicale des écoles un des devoirs les plus importants des bureaux d'hygiène ; mais, je ne crois pas qu'il y ait une ville au monde mieux organisée pour faire ce service que les villes de Boston et de New-York.

La préoccupation des éducateurs est d'orner le cerveau de l'enfant de la plus grande somme de connaissance possible afin d'en faire un citoyen instruit. Les physiologistes, les hygiénistes se sont appliqués à établir des règles afin de prévenir les résultats désastreux produits par le manque d'hygiène dans les écoles et le surmenage. "Mens sana in corpore sano". Le manque d'hygiène dans les écoles produit la déchéance de l'individu et de la race ; déchéance morale aussi bien que physique. Les bureaux d'hygiène, surtout depuis le commencement de ce siècle, ont entrepris une croisade qui produit des résultats dépassant les plus belles espérances. Depuis longtemps, il est admis dans le monde médical qu'un grand nombre des affections dont souffrent les enfants a sa source dans le manque d'hygiène à l'école. L'absence de connaissances médicales chez les éducateurs est la cause de ce déplorable état de chose, il est donc du devoir de

ceux qui ont charge de veiller à l'hygiène d'une grande ville comme Montréal dont la population augmente si rapidement de corriger cette lacune par une inspection médicale efficace.

Stanley Hall, qui a beaucoup étudié cette question, donne les statistiques suivantes : sur 3,141 enfants d'écoles, 18 p.c. étaient malades en entrant à l'école, 30 p.c. après deux années d'études, 20 p.c. à l'âge de la puberté.

Le Dr Pilger dit qu'en Allemagne la vigueur chez les enfants fréquentant les écoles diminue de 60 p.c.

Une commission suédoise chargée d'étudier ce sujet fait rapport que le pourcentage de maladie chez les enfants d'écoles est pour la première année, 5 p.c. ; deuxième année, 36 p.c. ; troisième année, 40 p.c., et à l'âge de 12 à 15 ans s'élève jusqu'à 65 p.c.

Toujours dans le but de suivre le progrès en matière d'hygiène, votre commission a institué, à Montréal, cette inspection médicale des écoles. Les quelques milliers de dollars qu'elle a appropriés à cette fin ont déjà produits d'excellents résultats. L'on remarque une amélioration considérable chez les élèves sous le rapport de la propreté, et au service des maladies contagieuses, l'on constate une diminution notable des maladies transmissibles.

Dans les rapports qui nous sont parvenus pour cette année les médecins inspecteurs notent surtout pour certaines écoles un changement radical pour le mieux. Les principaux des écoles sont d'une bienveillance qui démontre combien ils apprécient cette mesure. Mais le système que nous avons suivi jusqu'à ce jour me paraît bien rudimentaire quand je le compare à celui qui est en vigueur à Boston et à New-York. Voici la manière de procéder dans ces deux grandes villes pour faire cette inspection des écoles lequel service est intimement lié à celui des maladies contagieuses.

1.—INSPECTION MEDICALE DES ECOLES.

— Ces villes sont divisées en un certain nombre de districts qui sont sous le contrôle du service des maladies contagieuses. Chacun de ces districts est sous la garde d'un médecin inspecteur qui en est responsable.

Ce médecin ne fait pas seulement l'inspection médicale des écoles de son district mais il surveille aussi tous les cas de maladies contagieuses qui y sont déclarés, il voit si l'isolement du malade est bien fait, il s'assure que les enfants exposés à la contagion, ne fréquentent pas les écoles. Et si le malade ne peut être convenablement isolé chez lui,

il est de son devoir de persuader les personnes en charge de ce malade d'envoyer ce dernier à l'hôpital des maladies contagieuses. Lorsque la maladie est terminée, il demande la désinfection du logis infecté. Un des autres devoirs de ce médecin est de faire la vaccination des enfants et des adultes de son district, par ce procédé, les autorités d'hygiène parviennent beaucoup plus facilement à enrayer les maladies contagieuses tant à l'école qu'à la maison.

Ces médecins donnent presque tout leur temps à la surveillance de leur district et à la visite des écoles, ils reçoivent une indemnité de \$1,200 par année.

En outre le bureau d'hygiène distribue gratuitement aux médecins de la ville des cartes postales sur lesquelles ceux-ci font leurs déclarations des maladies contagieuses suivant la formule imprimée. Le bureau d'hygiène, tous les matins, fait préparer une liste de tous les cas rapportés la veille, cette liste est envoyée le matin même à chaque médecin inspecteur ce qui lui permet de visiter les cas qui sont dans son district et faire rapport le même jour au Bureau d'Hygiène, en plus le médecin doit faire deux ou trois visites par semaines à ces maisons ainsi mises en quarantaine.

Comme complément aux médecins de district qui visitent les écoles dans leur circonscription, un certain nombre d'infirmières sont attachées au service de l'inspection médicale des écoles. Ces dernières vont à la propreté des enfants, traitent dans les écoles si la chose est possible ou à domicile, la pédiculose, la gale, certaines formes de conjonctivites, etc., etc., elles vont voir les enfants à leur domicile, elles enseignent aux mères la manière de traiter ces derniers lorsqu'ils souffrent de quelque affection et en usant de persuasion, elles finissent presque toujours par convaincre les mères du grand intérêt qu'elles ont à observer telles ou telles prescriptions de l'hygiène pour conserver la santé de leurs enfants.

Le Dr Harrington de Boston, qui a sous son contrôle quarante ou cinquante infirmières, dit dans un rapport très élaboré, qu'un travail vraiment effectif ne peut être obtenu qu'avec l'assistance d'un service d'infirmières uni à l'inspection médicale. Comme preuve de cet avancé il rapporte qu'à New-York, en 1902, les médecins inspecteurs ont renvoyé des écoles 10,567 enfants. Ces enfants avaient bien reçu instruction de se faire traiter, mais beaucoup ont préféré faire l'école buissonnière au lieu de suivre le traitement recommandé.

En 1905, le département d'hygiène de cette même ville a ajouté des infirmières aux médecins et 1,001 enfants seulement furent renvoyés ; chaque cas a été suivi jusque chez lui par l'infirmière et ce jusqu'à complète guérison. Ces infirmières deviennent pour les familles des missionnaires de l'hygiène.

L'utilité de ces infirmières est indiscutable. Ce n'est pas tout de renvoyer de l'école les enfants les plus affligés, il est aussi bien important de faire revenir à l'école ces mêmes enfants lorsqu'ils sont guéris de l'affection dont ils souffraient. Au moyen de ce service supplémentaire beaucoup d'enfants souffrant de pédiculose, de dartres, de certaines formes de conjonctives légères, de la gale, de l'impétigo peuvent être traités à l'école même et guérir sans aucune perte de temps.

Depuis que ce système d'inspection des écoles par des médecins et des infirmières est établi, une diminution considérable des maladies transmissibles a été constatée à Boston et à New-York, et une amélioration de 75 p.c. dans la condition des élèves est survenue, et ce progrès va toujours en s'accroissant davantage au fur et à mesure que la méthode se perfectionne.

J'ai vu dans plusieurs écoles, un cahier sur lequel le médecin inspecteur inscrit toutes ses remarques, c'est un double du rapport qu'il envoie au Bureau d'hygiène. Ce cahier reste entre les mains des directeurs. Par ce moyen les autorités du département d'hygiène peuvent s'assurer si le médecin inspecteur a fait ses visites quotidiennes tel que prescrit et de plus les autorités scolaires peuvent consulter ce cahier pour leur propre édification.

(A suivre).

Mouvement Médical de l'Hotel-Dieu

	Oct.	Nov.
Malades hospitalisés... ..	381	435
Décès... ..	24	15
Département Electrothérapie :		
traitements... ..	842	1256
Dispensaire Ophtalmique : consultations... ..	1267	1201
Dispensaire général : consultations... ..	369	406
Ambulance : sorties... ..	42	36

La Prophylaxie de la Syphilis au Congrès de Berlin

Les progrès de l'hygiène imposent aux médecins le devoir d'apprendre aux gens bien portants les moyens de conserver leur santé. Parmi les maladies infectieuses les plus faciles à éviter sont certainement les maladies vénériennes. On sait, en effet, à quel moment on a été soumis à la contagion et après un contact suspect, l'homme a toujours une crainte salutaire dont l'hygiéniste doit profiter pour aider à mettre en pratique les mesures de prophylaxie.

Il ne s'agit pas seulement d'éviter aux individus une maladie terrible, il faut songer plus loin, il faut penser à l'avenir de la race qui peut être plus ou moins compromise, lorsqu'un certain nombre de membres de la collectivité sont atteints de syphilis.

Au dernier congrès d'hygiène de Berlin, de nombreuses communications sur la prévention de l'avarie ont été faites et ce sont ces travaux que nous pensons utile de résumer.

Le microbe de la syphilis pendant sa longue incubation lorsqu'il a été introduit dans le corps d'un individu, s'adapte difficilement à l'organisme de son nouvel hôte. Les spirilles de Shaudin mettent un temps très long avant de se reproduire en quantité appréciable.

C'est pour cette raison que la prophylaxie de la syphilis est relativement facile. Il faut faire connaître les moyens qui sont mis, par la science moderne, à la disposition de ceux qui viennent d'être récemment infectés.

Roux, Metchnikoff et Salmon ont essayé de préparer, soit un sérum antisypilitique efficace, soit un vaccin ne contenant pas de virus vivant ; ayant échoué, ils ont été amenés à étudier l'action prophylactique des pommades à base de mercure. Par des expériences sur les singes, ils ont fait voir que les pommades contenant 25 à 33 de calomel pour 100 grammes de lanoline, donnaient les meilleurs résultats. On a objecté que ces pommades qui contiennent une si grande quantité de lanoline manquent d'onctuosité ; cet inconvénient est évité, en partie, par une addition de vaseline et la formule de la pommade aujourd'hui préconisée est :

Calomel... .. 33 grammes
 Lanoline... .. 57
 Vaseline... .. 10

M. le Dr Maisonneuve s'est soumis à une expérience concluante, en se laissant inoculer une dose massive de virus syphilitique ; puis, une heure après, des frictions lui ont été faites pendant dix minutes avec la pommade au calomel : et il n'a pas eu de syphilis. On pouvait croire, après cela, que la prophylaxie de la syphilis pénétrerait facilement dans la pratique courante. En réalité, elle a rencontré de vives objections de la part de plusieurs syphiligraphes. C'est que ces médecins n'employaient, à l'origine, que des pommades ne renfermant que 10 pour 100 de calomel, ce qui était tout à fait insuffisant.

La prophylaxie de la syphilis par la pommade au calomel repose sur des faits expérimentaux rigoureusement établis, il n'y a aucune possibilité de la mettre sérieusement en doute.

Mais cette méthode n'ayant d'efficacité que si elle est employée dans les quelques heures" qui suivent le contact infectieux, elle peut rester impuissante dans certains cas. Aussi MM. Roux, Metchnikoff et Salmon ont-ils cherché quelque moyen préventif, capable d'empêcher l'éclosion de la syphilis à un moment où la pommade au calomel n'a plus d'action. Pour cela, ils se servent de l'atoxyl, qui est de l'anilide metaarstique. Les expériences faites sur les singes de l'Institut Pasteur démontrent qu'une seule injection, à la dose de 0.03 centigrammes par kilogramme d'animal, pratiquée jusqu'à 15 jours après l'inoculation du virus a pu empêcher l'infection de l'animal en expérience. Si les doses suffisantes pour les singes doivent servir de base pour calculer la quantité d'atoxyl que l'on doit injecter à un homme, il en faudrait environ 2 grammes pour une personne de 120 livres. Seulement, comme les quantités moins fortes suffisent déjà pour guérir les accidents syphilitiques déclarés, il faut croire que la prophylaxie pourrait être obtenue avec des doses encore plus faibles.

M. Hallopeau, qui a la grande expérience dans le traitement de la syphilis par l'atoxyl, recommande une injection de 0.75 centigrammes, suivie d'une seconde injection de 0.60 centigrammes et d'une troisième de 0.50, ce qui fait en tout 185 centigrammes. Ces injections sont faites à deux jours d'intervalle. Dans aucun cas d'un pareil traitement, il n'a été observé de phénomènes d'intolérance et d'intoxication.

Cette méthode a été essayée chez l'homme. D'abord sur une personne d'une haute culture intellectuelle, inquiète à la suite d'un contact suspect datant de cinq jours, ensuite sur un neurasthénique privé de tout sommeil dans la crainte d'avoir été infecté. Ils reçurent tous deux, deux injections de 50 centigrammes d'atoxyl pratiquées à deux jours d'intervalle à la suite desquelles ils sont restés indemnes et sans le moindre symptôme d'intoxication arsénicale. On ne peut tirer de conclusion positive de ces deux seules observations, mais elles ne contredisent pas les résultats obtenus chez les singes ; elles sont même dans le même sens.

En sommes, en ce moment, il faut, chaque fois que la chose est possible, faire la prévention de la syphilis par la pommade au calomel dès les premières heures après le contact infectieux, c'est cette méthode qui doit être placée au premier plan. La méthode qui se sert de l'atoxyl ne doit être employée que lorsque la première est impossible à appliquer, c'est-à-dire lorsqu'un temps trop long s'est écoulé depuis le contact suspect.

Dr ADRIEN LOIR.

Lettre de Paris

(De notre correspondant particulier)

Paris, novembre 1907.

Mon cher ami,

Vous me demandez une lettre que vous pourrez publier dans votre journal et qui mettra vos lecteurs au courant du mouvement médical de Paris. Vous ajoutez que ma lettre ne doit pas être trop technique pour intéresser tous les médecins. Vous voulez dire par là, je suppose, que je ne dois pas être exclusivement chirurgien dans la circonstance. Comme vous me promettez une réception cordiale lorsque je me déciderai à faire la traversée pour aller vous voir, j'accepte votre demande pour me créer des titres à votre reconnaissance.

Pour ne pas être trop chirurgien je vais vous parler d'abord d'un malade qui nous a été présenté l'autre jour à la Société de Chirurgie par Morestin mais je ne vous parlerai que du résultat obtenu, sans vous décrire l'opération.

Il s'agit d'une greffe de moustache faite en 1903. Morestin a utilisé la remarquable vitalité des poils conservés dans des lambeaux prélevés sur

Antiseptique

Desinfectant

Desodorisant

LE LUSOFORME

SANS ODEUR, NON TOXIQUE, NON CAUSTIQUE.

Le seul désinfectant qui enlève toutes les odeurs sans en laisser aucune après son emploi.

LE LUSOFORME

PREND AVANTAGEUSEMENT LA PLACE
DE TOUS LES DESINFECTANTS CONNUS
AUSSI BIEN EN MÉDECINE EN CHIRURGIE
QUE DANS L'ART VÉTÉRINAIRE

EMPLOYÉ A PARIS PAR: L'Assistance Publique, les Écuries de l'Institut Pasteur, le Muséum d'Histoire Naturelle, les principales Brasseries, Laiteries, Blanchisseries.

EMPLOYÉ A MONTRÉAL PAR: L'Hopital Victoria, Hopital Glengary, le Hunt Club, les Sulpiciens, l'Hotel Windsor, la Maison Revillon, Montreal General Hospital, Hotel-Dieu, Montréal, Hotel-Dieu Québec, etc.

M. LIBERGE, Agent pour le Canada.

Dépot Général pour le Canada, MAISON ROUGIER FRÈRES, 63 rue Notre-Dame Est, Montréal.

LITHIASE RÉNALE, GOUTTE AIGÜE ET CHRONIQUE & COLIQUES NEPHRÉTIQUES

PIPERAZINE EFFERVESCENTE MIDY

La PIPÉRAZINE est le plus puissant dissolvant connu de l'acide urique.

Elle est absolument inoffensive. C'est un dissolvant de l'acide urique 7 à 8 fois plus actif que la lithine, à doses égales; et pouvant être administré, sans inconvénient; à des doses 10 fois supérieures.

La PIPÉRAZINE, préparée par MIDY, est très recommandable et très bien tolérée: préparation inoffensive aux plus hautes doses; la Pipérazine Midy va atteindre l'acide urique suspendu dans le sang ou déposé dans l'intimité des tissus, pour l'éliminer, SOLUBLE, sous forme d'urate de Pipérazine. (Journal des Praticiens, Directeur M. le Dr HUGONNET.)

La PIPÉRAZINE MIDY est dosée à 0.20 par mesure jointe au flacon. — DOSE: 2 à 8 mesures par jour selon les cas, dissoute dans un peu d'eau. Pharmacie MIDY, 113, Faub. St-Honoré, PARIS ET PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Decary-Rougier) 63 Notre Dame Est, Montréal.

Sources Saint-Louis

Eau de Vichy

TREFLE ROUGE



Si vous ne pouvez l'avoir chez votre fournisseur, adressez-vous à

**L. CHAPUT,
FILS & CIE,
AGENTS.**

2, 4, 6 et 8 rue de Bresoles - - MONTREAL.

Cette eau est effervescente naturelle, et recommandée par l'Académie de Médecine de Paris, à cause de ses hautes qualités médicales.

Demandez l'avis de votre médecin, il vous prescrira l'eau Saint-Louis.

ÉPILEPSIE DRAGÉES GÉLINEAU

Depuis Trente Années sans Réclame bruyante, les

ont su conquérir et conserver l'appui du Corps médical français et étranger. Est-il besoin d'autres recommandations?

Les DRAGÉES GÉLINEAU sont devenues le remède par excellence de toutes les Maladies nerveuses et convulsives et spécialement de l'ÉPILEPSIE.

Leur action est rapide et durable, leur administration facile, leur dosage exact.

Une règle à ne pas oublier c'est qu'il faut toujours faire prendre les DRAGÉES GÉLINEAU au milieu du repas (Journal de Médecine de Paris).

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

les régions pileuses. Le sujet était atteint d'une forme grave de syphilis, il avait perdu une grande partie de la lèvre supérieure, la commissure droite, et une partie de la joue voisine. Au moyen d'un lambeau taillé dans la joue on a d'abord procédé à la réfection de la lèvre, le résultat fut très satisfaisant mais la nouvelle lèvre demeurerait couverte de cicatrices. La lèvre fut débarrassée de ses téguments lisses cicatriciels puis des lambeaux taillés dans la peau des joues couvertes de poils abondants y furent appliqués. L'opération a donné un bon résultat, le sujet est aujourd'hui porteur d'une moustache abondante, la vitalité des poils transplantés ne s'est pas démentie depuis quatre ans. Je viens de voir les photographies du malade prises avant son opération et le résultat est véritablement remarquable. Comme l'a fait remarquer M. Delorme il serait bien difficile à une personne non prévenue de douter que la barbe de l'opéré soit une barbe anormale.

-o-

Le XXe Congrès de l'Association Française de Chirurgie vient de tenir ses assises à Paris, du 7 au 12 octobre 1907, avec un vif succès. De nombreux médecins, savants ou praticiens, y ont pris part. De remarquables rapports y ont été lus qui ont provoqué d'intéressantes discussions.

La séance d'inauguration a eu lieu lundi 7 octobre, à deux heures, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté. Le professeur Berger, président, après avoir adressé des paroles de regret aux chirurgiens étrangers ou français morts pendant l'année, montre que l'Association Française de Chirurgie n'est que le prolongement et une manifestation permanente de la Société de Chirurgie de Paris.

Puis, sans crainte de mettre les choses au point et avec la plus grande loyauté, M. Berger a montré les charges de plus en plus lourdes qui pèsent sur les chirurgiens, et que "la responsabilité du chirurgien est toujours engagée, qu'il intervienne ou qu'il s'abstienne": Grâce aux procédés opératoires sans cesse nouveaux, il semblerait qu'on ne doive plus mourir du bistouri; et pourtant "on meurt encore par la chirurgie", et cela bien que le chirurgien ait pris toutes les précautions; et il en sera toujours ainsi.

C'est bien moins de la responsabilité judiciaire que de sa responsabilité morale, qu'entend parler le professeur Berger. Et la responsabilité du chirurgien devant sa conscience, prime l'autre. "Le chirurgien doit avoir la conscience délicate et l'âme fortement trempée, et pour lui donner les qualités

qui lui sont nécessaires, c'est peu d'avoir reçu l'instruction scientifique et de s'être formé à l'apprentissage professionnel, il faut au chirurgien une véritable éducation morale. Dans les circonstances difficiles, a dit Trelat, nous n'avons pour nous guider que la science et la conscience. Bien savoir, juger juste et sentir fortement, telle est la règle de la bonne conduite".

Après le Président, le Secrétaire général, M. Walther, a dit quelques mots, puis la parole fut donnée à MM. Béclère et Manoury, pour l'analyse de leurs rapports sur l'Influence des rayons Röntgen sur les tumeurs malignes.

M. Béclère rappelle brièvement les propriétés physiques des rayons X, dont la connaissance est strictement nécessaire à l'intelligence de la question, puis il étudie successivement l'influence des rayons de Röntgen sur les tumeurs malignes de la peau, des muqueuses visibles en continuité avec la peau, de la glande mammaire, des tissus sous-cutanés et des viscères.

Dans les formes graves des tumeurs de la peau, la radiothérapie demeure un utile complément de l'intervention chirurgicale. Dans les formes ulcéreuses jugées inopérables, si elle ne guérit pas toujours, elle est au moins le meilleur des palliatifs. Contre les néoplasmes limités au derme, la radiothérapie donne d'excellents résultats.

Contre les épithéliomas des muqueuses, M. Béclère regrette qu'il ne soit pas fait plus souvent appel à la radiothérapie.

Dans les tumeurs malignes des viscères, les quelques améliorations obtenues en ce qui concerne les cancers du larynx ou de l'estomac traités par les rayons X ne permettent pas de formuler une opinion ferme. Enfin, contre toutes les tumeurs malignes jugées inopérables la radiothérapie est la seule médication rationnelle et le palliatif dont il y a le plus à attendre.

M. Manoury, co-rapporteur, a, avant tout, précisé le rôle de la radiothérapie dans le traitement du cancer. Pour lui, il n'y a aucune opposition entre le traitement chirurgical et la radiothérapie, méthodes qui doivent se combiner. Dans les cancers inopérables les rayons X peuvent encore être utiles en calmant les douleurs, en cicatrisant les ulcérations, en tarissant l'écoulement sanieux et fétide, sans parler du relèvement du moral du malade, qui peut se faire illusion sur la marche de son affection.

Ces principes établis, M. Manoury étudie successivement: l'action des rayons X sur le cancer,

les accidents attribués à la radiothérapie, les règles générales de la technique, enfin les résultats des applications de la radiothérapie aux différentes variétés des cancers.

Jusqu'ici, on n'avait guère employé les rayons X qu'isolés de toute intervention chirurgicale et c'est à ce mode d'emploi que les auteurs attribuent une part des mécomptes qu'elle a donnés.

Une nouvelle, série d'expériences pourra seule dire si les rayons X, agissant sur une plaie chirurgicale laissée ouverte, se montreront plus efficaces qu'en passant à travers les tissus fermes.

A la discussion : rapport de MM. Bécère et Manoury, ont pris part MM. Pozzi, Doyen, de Keating-Hart, Reynes, qui ont cherché à préciser les indications respectives de la radiothérapie et de la fulguration (emploi des étincelles de haute fréquence) dans le traitement des tumeurs malignes.

La fulguration du cancer par les étincelles de haute fréquence et de haute tension a été préconisée au congrès dans une importante communication faite par le professeur Pozzi, en collaboration avec le docteur de Keating-Hart (de Marseille), auteur de la méthode.

Cette communication a été complétée par deux démonstrations faites par M. de Keating-Hart, dans le service de M. Pozzi à l'hôpital Broca.

De nombreux membres du congrès s'y sont rendus et se sont fait expliquer la technique de ce nouveau traitement.

La voici résumée brièvement : on projette sur la tumeur, à l'aide de dispositifs spéciaux, de puissantes étincelles électriques et après qu'elle a été suffisamment modifiée par elles, puis énucléée par le chirurgien, on fulgure à nouveau la plaie qui la remplace. Le premier jaillissement stupéfiant, amolli, détache la tumeur des parties profondes, facilitant ainsi la tâche du chirurgien. La seconde fulguration est dosée de telle façon qu'elle provoque une réaction très vive de la part des tissus sous-jacents et détermine une belle, rapide et durable cicatrisation, en des cas où la récidive eût été immédiate sans elle.

La puissance de l'étincelle doit être proportionnée à la profondeur de l'action cherchée et à la délicatesse des organes mis à nu.

Depuis peu, à la suite du bruit fait par ses travaux, M. de Keating-Hart a été imité. Certains, mal renseignés, ont cru apporter des améliorations à sa méthode alors qu'en la modifiant ils sont retournés, sans le savoir, aux premiers tâtonnements

de l'auteur, au début de ses recherches. Ils ont même pu croire, n'étant pas électriciens, qu'en se servant de l'étincelle très puissante dite bipolaire, ils avaient trouvé une nouvelle technique, alors que M. de Keating-Hart, au congrès de Reims, en août dernier, a consacré, avant tous, une étude du mode d'action des étincelles bipolaires qu'il emploie depuis longtemps.

A la fin de cette démonstration qui a beaucoup frappé les assistants, le professeur Pozzi a pris la parole pour rappeler que les premières publications concernant cette méthode avaient été faites avant tout autre par M. de Keating au congrès de Milan en septembre 1906 et à Alger en avril 1907. Or, c'est le 15 juillet dernier que sur un mémoire lu par l'auteur à l'Académie de médecine, M. Pozzi fut chargé de faire un rapport. Ce rapport, pleinement favorable, lu le 30 juillet suivant par son auteur, fut approuvé par l'Académie.

Jusqu'à là personne n'avait appliqué la fulguration au cancer, ainsi que l'ont reconnu tous les électrothérapeutes réunis au congrès de Reims. Mais depuis lors, on l'a imitée avec des modifications plus ou moins heureuses ou sous les formes qu'on croyait nouvelles par ignorance des travaux de M. de Keating-Hart. Mais M. Pozzi a réclamé la priorité de la méthode pour celui qui l'a seule créée.

Ainsi chirurgie, fulguration et radiothérapie, telles sont les armes dont on dispose aujourd'hui contre le cancer. Judicieusement combinés ou successivement employés, il semble qu'on puisse tirer de leur triple action les meilleurs résultats, et multiplier les cas de guérison, hélas ! rares auparavant, d'une des plus terribles maladies dont souffre l'humanité.

D'autres communications très intéressantes ont été faites entr'autres par M. J. Dollinger sur les résultats du traitement de la névralgie faciale grave par la résection des branches du trijumeau et par l'extirpation du ganglion.

DES TRANSPLANTATIONS NERVEUSES MUSCULAIRES ET TENDINEUSES DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES

Les deux rapports de MM. Gaudier et Kirmisson se complètent sans empiéter l'un sur l'autre. Le rapport de M. Gaudier est divisé en deux parties : 1. Transplantation musculo-tendineuse ; 2. Des transplantations nerveuses. M. Kirmisson s'est surtout occupé de la valeur des transplantations tendineuses dans les paralysies.

Les transplantations sont des opérations faciles essentiellement bénignes, mais sont-elles vraiment efficaces, c'est-à-dire le muscle transplanté se contracte-t-il, donne-t-il au membre des mouvements abolis auparavant ? Voilà la question. Malheureusement dans toutes les observations, il faudrait connaître les résultats éloignés, et ceux-ci manquent le plus souvent.

De nombreux orateurs ont pris part à la discussion. En la résumant, M. Kirmisson a constaté que l'accord semble fait sur les choses, sinon sur les mots, dans les questions de transplantations tendineuses. Les muscles anastomosés ne reprennent presque jamais leur fonction physiologique, sauf dans le cas de paralysies traumatiques. Il est certain que ces dernières sont, au point de vue des opérations, d'un pronostic beaucoup moins sombre que les paralysies infantiles.

-o-

Un nouveau congrès s'est ouvert à la Faculté de Médecine : le Congrès de Médecine, qui dura trois jours et où ont été étudiées par les savants et les médecins réunis, les questions les plus diverses, depuis l'hygiène alimentaire et l'obésité jusqu'aux origines de la tuberculose et le traitement des goîtres.

La séance inaugurale eut lieu à neuf heures du matin, sous la présidence du doyen de la Faculté, le professeur Debove. A ses côtés se trouvaient le docteur Teissier, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, vice-président ; le docteur Bezançon, secrétaire général ; le docteur Renault, trésorier ; les docteurs Widal, Labbé, etc.

La matinée fut consacrée à la lecture de rapports sur l'hémophilie et les états hémorragiques et leurs traitements par des injections de sérum sanguin frais.

Dans l'après-midi, on discuta de la tension artérielle, du diabète, de l'obésité et du cancer.

M. Binet préconisa, pour l'hypertension artérielle et de l'hypertrophie du foie chez les obèses, les alcalins.

M. Marcel Labbé s'attacha à l'étude des obésités simples et des obésités compliquées. Ce n'est point seulement un régime approprié qu'il recommande aux obèses, mais encore des exercices gymnastiques et des bains.

Les questions d'aliments et de régime font d'ailleurs l'objet d'autres communications. Ainsi MM. Jardel et Nivière commentent le rôle que doivent jouer les fruits crus dans le régime des diabétiques.

Enfin, M. Doyen a fait une communication sur l'étiologie du cancer chez l'homme et chez les animaux.

LES MALADIES DE L'ESTOMAC ET LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE — Séances excessivement chargées ; les orateurs durent tous écourter leurs communications ; l'an prochain, on gagnera à augmenter le nombre des séances. On s'occupa tout d'abord de l'ulcère simple de l'estomac.

La question est d'ordre chirurgical ; aussi, les rapporteurs, MM. Limossier, Castaigne et Dujarier n'eurent-ils pas à s'étonner de voir les chirurgiens intervenir dans la discussion. M. Doyen exposa que toute affection non cancéreuse de l'estomac, rebelle à la thérapeutique médicale, et entraînant un dépérissement grave, de l'économie, est désormais du ressort de la chirurgie. Il rappela qu'il a démontré, dès 1895, que la gastro-entérotomie bien faite amenait la disparition des symptômes du mal.

Le docteur Doyen préconise, aujourd'hui, une opération nouvelle : la gastro-duodénotomie avec section du pylore ; c'est cette opération, encore peu connue, qu'il indique comme opération de choix dans tous les cas d'ulcère gastrique éloigné du pylore.

L'opération sur laquelle M. Doyen donne des détails techniques, fournit des résultats excellents.

MM. Tuffier, Montprofit, Oliver, Hartmann prirent part à cette très intéressante discussion.

MM. Deschamps, Gilbert, Lereboullet, Lematte, Cade, Bourret, Cohendy, Gallois, Delacour parlèrent sur les diverses maladies du tube digestif.

Une discussion passionnée s'ouvrit ensuite sur la tuberculose : le bacille de Koch pénètre-t-il dans l'organisme par les bronches ou par l'estomac ?

Des travaux remarquables de MM. Vallée et Kuss, des communications de MM. Letulle, Mantoux, Jousset, Revillet, Lenoir, Samus, Tissier, Calmette, Guinard, Barth, Courmont et Debove, qui présidait la séance, il ressort que le bacille pénètre dans l'organisme soit par les bronches, soit par l'estomac, soit même, mais rarement, par les pores de la peau.

On doit donc préconiser une alimentation spéciale du malade, son isolement et son installation dans des locaux soigneusement aérés et assainis. On doit surtout interdire, à âme qui vive, l'absorption du lait cru ; les conclusions de M. Vallée étant, sur ce point, indiscutables.

Le Congrès a, du reste, sur la proposition du professeur Debove, adopté le vœu suivant : " En raison de la fréquence de la transmission de la tuberculose par le lait le Congrès émet le vœu que, dans les établissements publics, il ne soit distribué que du lait ayant subi une ébullition prolongée, de façon que soient détruits tous les bacilles qu'il contient ".

Une dernière question intéressa au plus haut point les congressistes.

MM. Guinard, Leredde, de Stella, Bauer, Gérard, Lemoine, Bergeron, Stéphani, Gouraud et d'autres médecins vinrent déclarer que la tuberculine, bien dosée, donnée par petites quantités et espacées, est un adjuvant certain, dans bien des cas de la cure de la tuberculose.

On revient donc à cette tuberculine, tant décriée lors des essais malheureux de la fameuse lymphé de Koch.

Déjà, à l'étranger, et notamment à Berne et à Genève, les professeurs Sahli, Pallard, Guder avaient obtenu de bons résultats avec la tuberculine ; voici qu'en France on expérimente avec succès ce remède, contre lequel on avait jadis lancé le discrédit.

On n'en est qu'à la période des tâtonnements et des essais timides ; mais il semble bien que le professeur Koch soit appelé à prendre, à bref délai, sa revanche.

Du professeur Behring et de son inoubliable tularose, il n'a pas même été question.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir reproduit toutes les communications présentées aux Congrès, mais nous pensons avoir donné la physionomie de ces deux congrès.

-o-

Une assemblée générale des délégués de presque toutes les nations d'Europe et d'Amérique vient d'avoir lieu à l'hôpital Necker, sous la présidence du professeur Albaran. Elle a décidé la constitution d'une association internationale d'urologie dont les bases sont à peu près les mêmes que celles de la société internationale de chirurgie. Elle doit se réunir en congrès tous les trois ans. Le premier congrès aura lieu à Paris en octobre 1908 sous la présidence du professeur Guyon.

-o-

On s'occupe beaucoup en ce moment de réhabiliter le vin que les médecins, depuis nombre d'années, avaient pris l'habitude de proscrire avec un acharnement irraisonné. Cette croisade en faveur du vin qui a été entreprise avec un certain courage

par Duclaux est maintenant très à la mode. Dans la lutte antialcoolique le vin rend déjà des services en remplaçant dans la consommation les boissons purement et fortement alcooliques, mais c'est là une question longue à exposer et les dimensions de cette lettre sont déjà exagérées, aussi je m'arrête pour aujourd'hui.

Notes Clinique et Thérapeutique

OUI ET NON

DANS L'APPENDICITE AIGUE

Dois-je conseiller l'opération ?

A.—Oui.

1. Si je suis certain de mon diagnostic.
2. Si le malade est dans les premières 24 heures ou 48 heures d'une première attaque et à plus forte raison d'une seconde ou troisième attaque.
3. Si je me rappelle combien souvent un début bénin a trompé mes prévisions.
4. Si je garde présentes à l'esprit les lésions anatomiques que peut accumuler une attente de 24 heures.
5. Si je garde mémoire des enseignements de l'expérience : que je n'ai jamais eu à regretter d'être intervenu tôt, très tôt même et que l'opération hâtive en assurant la vie du malade raccourcit la convalescence.
6. Si l'état local et partant général va en s'aggravant, malgré un traitement médical de plusieurs jours.

B. Non.

Si je vois le malade après les premières 48 heures et qu'alors je constate :

1. Une défense musculaire localisée et peu marquée.
2. Une douleur peu vive.
3. Un état général satisfaisant et d'accord avec l'état local.

Ici : expectative armée et traitement médical en attendant le moment propice pour l'opération à froid.

TRAITEMENT MEDICAL

Oui, je dois :

1. Ordonner le repos absolu au lit,

2. Prescrire une diète liquide, voire même la diète hydrique exclusive, comme le veulent plus d'une autorité.

3. Enjoindre les applications de glace "en permanence", au niveau de la région appendiculaire.

4. Donner la morphine en injection pour calmer la douleur et l'opium pour immobiliser l'intestin.

5. Observer la courbe thermique.

6. Suivre le pouls : un pouls rapide disant plus pour la gravité de la maladie qu'une haute température.

7. Palper l'abdomen pour vérifier si la rigidité musculaire s'accroît, si la zone douloureuse s'étend et si la matité augmente.

8. Examiner les conjonctives pour saisir leur aspect sub-ictérique, indice d'une insuffisance hépatique.

9. Analyser les urines pour y chercher l'albumine, indice d'une cellule rénale en souffrance, et l'urobiline, marque d'une cellule hépatique lésée par les toxines.

B.—Non, je défends :

1. De laisser lever le malade.

2. De mettre de la chaleur localement.

3. De donner des calmants jusqu'au point de stupéfier le malade et par là masquer l'aggravation de la douleur.

4. De purger le malade, satisfait que je dois être généralement d'une légère évacuation alvine sollicitée par un petit lavement glyceriné.

5. De donner de la nourriture solide.

T. BRUNEAU et E. ST-JACQUES.

Le Charbon

SON TRAITEMENT

Si dans beaucoup de cas, le charbon humain guérit, bien qu'on emploie des traitements très différents ; dans d'autres, heureusement plus rares, on n'évite pas, quoiqu'on fasse, la terminaison fatale. Ce n'est pas dire que nos ressources thérapeutiques soient complètement impuissantes à guérir le charbon. M. R. Picaud vient de les étudier dans sa thèse.

La statistique de Pagliani est assez éloquente pour qu'il ne soit pas permis de mettre en doute l'efficacité du sérum préparé, selon la méthode pasteurienne, par Marchoux et Sclavo ; mais comme d'autre part, elle n'assure pas toujours la guérison, il serait imprudent de compter exclusivement sur

la sérothérapie charbonneuse, et de négliger les autres excellents moyens thérapeutiques employés jusqu'ici.

Dès la plus haute antiquité, on eut l'idée de détruire la pustule maligne par cautérisation au fer rouge, idée très rationnelle puisque la pustule maligne est au début une lésion locale, et, qu'assez souvent, elle n'est suivie d'aucun trouble général.

La thermocautérisation est encore aujourd'hui le meilleur des moyens thérapeutiques dont nous disposons. Outre son avantage de détruire les bactéries atteintes par le thermocautère, elle a encore celui de produire un tissu de granulations, qui oppose une grande résistance au charbon.

Les applications antiseptiques locales sont de mise, mais ont peu d'effet avant l'ouverture au thermo. Au contraire, elles sont très efficaces lorsque la pustule a été ouverte. L'acide phénique et le bichlorure sont les plus anciens et les meilleurs.

On peut encore employer les injections hypodermiques locales avec bon succès. Ainsi l'iode a donné des résultats excellents. Le procédé consiste à injecter matin et soir autour de la pustule en 4 à 5 piqûres 1 c.c. de la solution suivante :

Iode... .. 0.10

Iodure de Pot... .. 0.20

Eau distillée... .. 10 cc

Mais l'acide phénique en solution au centième, tel que Trélat et Chauffard l'ont employée, réussirait encore mieux : 10 piqûres de 1 cc. chacune en couronne autour de la pustule.

Les injections phéniquées sont indolores ; c'est leur avantage sur les injections iodées.

Mais restons bien persuadés que le thermo-cautère, au début comme à la période d'extension, est de beaucoup le meilleur traitement. Si l'on circonscrit la pustule à son début avec une couronne de solution cocaïnée au centième injectée hypodermiquement, l'application du thermo sera indolore. Mais lorsque l'infection a gagné en étendue et profondur, il faut de toute nécessité l'anesthésie générale.

L'incision cruciale d'abord et profonde, suivie de ponctions profondes également un peu partout dans le "pâté", qui doit être entouré d'une série de ponctions faites en bordure de la zone malade.

Tel est le traitement qui en plus d'une occasion a donné les meilleurs résultats, sans que l'on ait eu à enregistrer de mortalité. Mais méfions-nous si le terrain est diabétique.

E. ST-JACQUES

Sur l'Action des Injections Sous-Cutanées de Physostigmine pour Exciter les Mouvements Peristaltiques de l'Intestin

K. Vogel, (de Dortmund) vient d'étudier les effets de la physostigmine comme excitant des contractions intestinales, et montrer l'utilité de ce médicament dans certains cas d'obstruction intestinale.

" Il peut être utile après les laparatomies, lorsque les malades ont un peu de météorisme et ne rendent ni gaz, ni matières. Souvent les lavements sont inactifs et le malade, qui a des nausées, ne peut avaler aucun purgatif sans le vomir. Dans ces cas, une injection de physostigmine donne, au bout de quelques heures, des gaz et une ou plusieurs selles."

" Vogel recommande surtout ce médicament dans les cas où l'intestin a été plus ou moins dénudé : en excitant précocement le peristaltisme intestinal, on éviterait le plus souvent les adhérences post-opératoires des anses dénudées. Vogel cite des observations où, après une intervention de ce genre, il eut, par la physostigmine, des gaz dans les premières 24 heures."

"On a également de bons résultats dans le météorisme qui suit les contusions de l'abdomen, et dans celui qu'on observe après les contusions des centres nerveux."

"Vogel conseille de donner la physostigmine à la dose de 1 milligramme ; on peut aller jusqu'à 2 milligrammes. Une heure ou deux après l'injection il faut donner un petit lavement glycéro-sucré qui favorise l'expulsion des gaz et des matières."

"Il n'a jamais observé de signes d'intoxication ; d'autres auteurs ont observé des nausées, une sensation de faiblesse."

"Graig, pour éviter ces inconvénients, a proposé d'adjoindre à la physostigmine de faibles doses d'atropine."

"D'après Vogel, lorsqu'on ne dépasse pas la dose de 1 milligramme, on n'a pas de phénomènes d'intoxication ; il est donc inutile d'ajouter de l'atropine."

B. G. BOURGEOIS.

Traitement Opératoire des Varices de Jambes

Bottombey (in Boston Medical and Surgical Journal, 1907) fait une étude assez complète de la question. Pour lui il y a comme facteur basal, un défaut congénital anatomique. Dans un certain nombre de cas, s'ajoute un processus inflammatoire.

Le traitement opératoire qui donnera un succès devra pour lui consister d'abord dans l'extirpation de la saphène interne. Il faudra à l'avance s'assurer que la circulation veineuse profonde n'est pas obstruée. L'opération, dit-il, est à peu près sans danger et dans les cas appropriés donnera une cure. Il appuie ses conclusions sur les résultats opératoires de 57 cas personnels.

Il tient ses malades au lit durant deux semaines environ après l'opération et leur fait porter un bandage des orteils au genou pendant les 3 ou 4 mois qui suivent la sortie de l'hôpital.

E. ST JACQUES.

Traitement de l'Hyperhydrose Plantaire

M. le Dr Chandèze indique dans le "Journal de médecine et de chirurgie pratiques" un traitement aussi simple que pratique de l'hyperhydrose plantaire.

Il consiste uniquement dans l'emploi de badigeonnages avec une solution alcoolique d'acide picrique au 20e, formulée ainsi :

Acide picrique... .. 5 grammes

Alcool à 90 degrés..... 100 grammes

Ce procédé est basé sur les propriétés kératogènes et anesthésiantes de l'acide picrique, propriétés bien connues et utilisées depuis longtemps dans le traitement classique des brûlures.

Voici, du reste, ce que le Dr Chandèze a constamment observé : l'acide picrique a une affinité marquée pour l'épiderme macéré par la sueur et pour les surfaces papillaires dénudées du derme. Lorsqu'on fait un badigeonnage avec la solution alcoolique au 20e, l'alcool s'évapore très rapide-

ment et laisse, sur toutes les surfaces touchées, une couche pulvérulente d'acide picrique. La peau saine n'est pas sensiblement modifiée, tandis que l'acide picrique semble se combiner avec le derme macéré, qui durcit presque immédiatement, se parchemine et prend une teinte acajou bien apparente le lendemain. L'effet obtenu est presque immédiat et se traduit par la disparition de la douleur, de l'odeur et de la sueur elle-même. Si bien que les hommes traités, dont beaucoup avaient peine à supporter le contact de leurs chaussures, peuvent, peu de temps après, reprendre leur place dans les rangs et faire les plus longues marches sans autre précaution.

Rien n'a semblé contre-indiquer l'emploi de l'acide picrique. Son action est d'autant plus prompte et plus efficace que l'altération de l'épiderme est plus prononcée. Son application ne provoque une légère sensation de brûlure que là où l'épiderme est usé au point de laisser les papilles à nu et cette douleur, due au contact de l'alcool, et non de l'acide picrique, cesse dès que l'alcool est évaporé et fait place à une véritable insensibilisation qui permet au malade de se chausser aussitôt. Le résultat est absolument parfait, si, après le badigeonnage, on saupoudre le pied ou la chaussette de quelques pincées de poudre de bismuth ou simplement de talc.

Le même effet aussi rapide se produit sur les excoriations superficielles récentes qui n'ont pas encore suppuré et sur les ampoules.

Après avoir fait nettoyer les pieds, en enlevant la sueur et la poussière à l'aide d'un linge mouillé, on passe, avec un pinceau formé d'une feuille de coton enroulée à l'extrémité d'une baguette, une ou deux couches de la solution sur la face plantaire et dans les espaces interdigitaux, en insistant davantage là où la peau est plus amincie, on laisse sécher sans essuyer et l'homme se chausse.

E. ST-JACQUES.

La Nutrition chez les Diabétiques — Classification des Diabètes Sucrés

MM. Marcel et Henri Labbé ont fait à la Société médicale des hôpitaux, la communication suivante :

“ L'étude du bilan de la nutrition, basée sur la connaissance de l'ingestion alimentaire et des excréctions urinaires et fécales, permet de distinguer trois catégories de diabètes :

“ 1. Des diabètes sans dénutrition, qui correspondent aux diabètes gras ou arthritiques ; l'équilibre azoté est conservé ; la glycosurie, souvent modérée, est d'origine alimentaire hydrocarbonée : le sujet a une tolérance pour une certaine quantité d'hydrates de carbone ; la glycosurie ne se produit que si l'ingestion alimentaire dépasse cette tolérance ; on peut faire varier à volonté la glycosurie par le régime.

“ 2. Des diabètes avec dénutrition, qui correspondent aux diabètes maigres ou pancréatiques des classiques. L'équilibre azoté est rompu ; le malade détruit les albumines de ses tissus et a de l'hyperazoturie ; la glycosurie, toujours abondante, est d'origine à la fois alimentaire et organique ; elle dérive de la transformation des hydrocarbures, des albumines et des graisses, ainsi que le prouve l'étude de la nutrition. Le malade n'a aucune tolérance pour les hydrates de carbone ; la glycosurie est permanente et ne cesse point par le régime.

“ 3. Des diabètes avec dénutrition modérée. Ce sont des cas intermédiaires, où la glycosurie ne cesse pas, malgré la suppression des hydrates de carbone du régime, mais reste modérée. L'équilibre azoté est rompu ; la glycosurie est d'origine alimentaire hydrocarbonée et d'origine organique albumineuse.

“ Cette classification répond à tous les cas de diabète ; elle est en rapport avec le pronostic, l'évolution et le traitement. Dans les diabètes sans dénutrition relativement bénins, le danger vient de l'hyperglycémie ; le traitement consiste à réduire l'ingestion hydrocarbonée au-dessous de la tolérance. Dans les diabètes avec dénutrition, toujours graves, le danger vient surtout de l'acidémie et l'hyperglycémie passe au second plan ; le régime doit comporter encore une certaine quantité d'hydrates de carbone.”

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU 19 DECEMBRE 1907

Sous la présidence de M. Marien.

Membres présents : MM. S. Boucher, Bourgouin, de Cotret, Dufresne, de Grandpré, Desloges, Décarie, Ethier, Foucher, Hingston, Laurent, Lavternans, Lesage, Loir, Marcil, Masson, Parizeau, Racicot, Rhéaume.

M. Ethier, en l'absence du secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté sans discussion.

L'ordre du jour comprend :

1. Tumeur ovarienne, par M. Parizeau. — Mme D... s'aperçoit depuis environ onze mois que son ventre prend du développement. Comme il y a en même temps irrégularité des menstrues, qui sont espacées et moins abondantes, elle se croit enceinte. L'abdomen continue à prendre des proportions assez considérable après que le terme de la grossesse supposée est déjà passé de deux mois. C'est alors qu'elle vint consulter le chirurgien. Au premier examen : l'abdomen présente une énorme tuméfaction allant jusqu'aux creux épigastrique — il y a matité dans les flancs — épanchement ascitique considérable ; les deux mains appliquées sur l'abdomen éprouvent un choc en retour très net, qui, à prime abord, aurait pu faire croire à la présence d'un fœtus dans l'utérus, mais l'examen étant poursuivi, la main immobilise, appuyant plus profondément, une masse ronde, pédiculée, très mobile, de la grosseur d'une tête d'enfant. L'examen vaginal ne révèle rien du côté des culs de sac, le col est dur avec ouverture complètement close, et il présente un peu de congestion.

L'histoire antérieure de la malade est nulle. Malgré cet énorme embonpoint, la malade se porte bien et semble devoir très bien supporter l'opération qui eut lieu le 1er octobre 1907.

L'ouverture de la cavité abdominale donne issue à 4 ou 5 litres d'un liquide rougeâtre, et laisse voir une tumeur blanc-rosée, lisse, de la consis-

tance d'un fibro-myôme, avec de nombreux vaisseaux très dilatés à l'intérieure et à la périphérie. A la périphérie de la tumeur et près du sommet, on trouve de petites cavités. L'ovaire est complètement disparu. La base d'implantation de la tumeur semble être entre les deux feuillets du ligament large.

L'examen histo-pathologique de la pièce enlevée révèle un fibro-myôme développé aux dépens de l'ovaire.

M. Décarie présente ses félicitations à M. Parizeau pour le travail qu'il vient de présenter, mais il croit que de l'examen de la pièce microscopique de la tumeur, on ne peut pas conclure à l'existence d'un fibro-myôme et il croit qu'on a plutôt affaire à un fibrôme pur.

M. Marien remercie à son tour M. Parizeau, et puisqu'il est appelé à porter un jugement sur la discussion qui s'est élevée, il partage l'opinion de M. Décarie.

-0-

2. Rupture de l'utérus, par M. de Cotret. — Mme — nom inconnu — entre à la Maternité le 4 novembre 1907. C'est une vieille multipare, avec paroi abdominale flasque. Il y a rétrécissement du bassin assez prononcé. Tous les accouchements antérieurs ont été laborieux et se sont terminés par une application de forceps. Seul le dixième accouchement s'est heureusement terminé.

Le 4 novembre après plusieurs heures d'un travail excessivement laborieux, le médecin tente plusieurs applications de forceps, tout à fait inutiles et, c'est alors que jugeant l'état de la malade très sérieux, la fait transporter à la Maternité. La malade a l'aspect d'une vraie moribonde. L'examen de cette femme révèle l'existence d'une rupture du segment supérieur de l'utérus avec sortie du fœtus dans la cavité abdominale. On a très bien la sensation de la crépitation gazeuse au palper. L'état de la malade s'aggravant, l'accoucheur extrait le fœtus par version.

Cette observation donne occasion à M. de Cotret, de faire aux membres de la Société un cours très complet et très documenté sur la rupture utérine. Les ruptures peuvent se produire : 1. pendant la grossesse ; 2. pendant le travail. Pendant la grossesse elles sont rares, surtout pendant les premiers mois. La rupture peut être spontanée ou consécutive à un traumatisme. Spontanée: elle est

due à un amincissement anormal ou pathologique de la paroi utérine, à une cicatrice ancienne provenant d'une opération césarienne. Traumatisme : coup de couteau, coup de corne, plaie par arme à feu.

Les signes de la rupture de l'utérus pendant la grossesse varient avec l'âge de la grossesse et suivant la cause de l'accident ; tantôt la femme éprouve une douleur vive ; d'autres fois, c'est l'hémorragie qui est le symptôme capital de cette complication. Pendant le travail, les ruptures utérines sont plus fréquentes. Les causes peuvent provenir : 1. de l'organisme maternel (bassin ou utérus) et c'est le cas pour notre malade ; 2. de l'organisme fœtal ; 3. d'une intervention intempestive, maladroite de l'accoucheur, ou d'une absence d'intervention. Parmi les causes maternelles nous trouvons la métrite chronique, la dégénérescence tuberculeuse, cancéreuse, la multiparité en amenant un amincissement prononcé, un ramollissement plus marqué de la paroi du corps utérin. La rupture de l'utérus s'observe fréquemment chez des femmes ayant un rétrécissement du bassin. Causes fœtales : présentation de l'épaule, de la face, hydrocéphalie, putréfaction fœtale. Causes provenant de l'accoucheur : L'emploi intempestif du seigle ergoté, intervention hâtive contre indiquée.

Les symptômes sont très variables. Lorsque cet accident survient spontanément au cours d'un travail prolongé, la femme éprouve une douleur vive aiguë. Parfois elle présente une agitation marquée. Dans d'autres cas, la femme qui éprouvait des douleurs assez vives, ressent une douleur continue dans l'abdomen. Si la déchirure est étendue, le fœtus passe en partie dans la cavité abdominale. Les symptômes généraux sont plus ou moins marqués ; tantôt, cette déchirure n'amène aucun changement dans l'état général de la femme ; tantôt au contraire, cet état devient très inquiétant : syncopes, nausées, vomissements, hémorragie abondante. L'abondance de l'hémorragie varie beaucoup avec le siège de la déchirure, suivant qu'elle intéresse ou non des gros vaisseaux. Le pronostic est essentiellement grave pour le fœtus ; il est également grave pour la mère.

M. de Cotret donne d'une manière succincte l'anatomie pathologique de la rupture utérine, et il termine en insistant surtout sur le traitement qui sera surtout chirurgical.

3. A propos des médicaments pris sous forme de comprimés, par le Dr Adrien Loir.

Il y a quelques jours un de nos confrères, qui désire rester anonyme, vint me prier d'examiner trois petites masses d'une couleur brun noirâtre enrobées dans de la matière fécale, qui en masquait un peu la forme. Ces petites masses dures avaient été trouvées par un de ses malades dans ses selles. Après avoir enlevé toute la matière fécale, j'en écrasais une, elle contenait jusqu'au centre une poudre brune, il ne me fut pas difficile de me rendre compte alors, que j'avais affaire à un médicament mis sous forme de comprimé. Je fis part de ma constatation au médecin et il me fit remettre une boîte contenant des comprimés de sulfate de quinine absolument identiques de forme à ceux trouvés par le malade dans ses selles. La couleur seulement en était blanche.

Le malade avait pris de ces comprimés, pour la dernière fois, huit jours auparavant. Ils avaient donc séjournés huit jours dans l'intestin, avaient été teintes par les sucres intestinaux et sortaient par l'anus sans avoir été dissous. Au point de vue pratique, il y a, je pense, un enseignement utile à tirer de cette observation. Ces comprimés qui ne se dissolvent pas, qui sont enrobés dans une matière qui les rend insolubles offrent de nombreux inconvénients. Le médicament ainsi donné n'agit pas. Si à un moment quelconque survient dans les sucres intestinaux une substance capable de produire la désagrégation de ces comprimés, il peut y avoir des phénomènes d'intoxication si l'on a affaire à un médicament actif.

Comme conclusion, il faut donc, si l'on veut obtenir des effets thérapeutiques rapides, prescrire les médicaments sous une forme rapidement absorbable. Si l'on se sert de comprimés, il faut les pulvériser ou tout au moins s'assurer qu'ils peuvent se dissoudre facilement. Il y a des marques de comprimés qui sont dans ce cas, tandis que d'autres comprimés ne peuvent pas se dissoudre au contact de l'eau : ceux que vous avez sous les yeux en ce moment sont dans ce cas. En voici d'autres, au contraire, qui se dissolvent de suite au contact de l'eau. J'ai pensé que ces remarques valaient la peine d'être faites, voilà pourquoi j'ai cru pouvoir vous faire cette présentation ce soir.

M. Décarie rapporte le cas d'une malade entrée à l'Hôtel-Dieu, et à qui on administra quelques comprimés de sulfate de quinine. A l'autopsie on retrouva ces mêmes comprimés, à l'orifice du cardia, sans que l'enrobage ait été attaqué.

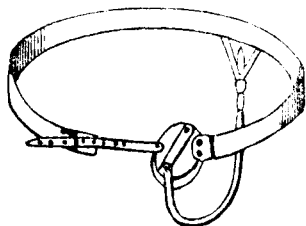
M. J. Lamoureux est admis membre titulaire à l'unanimité.

ALFRED MARCIL.

Maison de Confiance

BRAS ET JAMBES ARTIFICIELS

dessinés pour toutes les amputations et les difformités : Jambes construites avec une articulation du genou. Pied en caoutchouc, avec toutes les dernières améliorations, permettant à la personne de marcher sans boîter et de s'asseoir aussi facilement qu'une personne n'ayant pas de jambes artificielles.



Ceintures abdominales pour femmes enceintes.
Ceintures abdominales pour femmes souffrant d'éventration—faites sur mesure, tissu, soie, toile ou coton.—Bandages herniaires - - - - -

Maison **MARTIN & CIE.**

36, Rue Craig Est

J. H. CHAPMAN,

Instruments de Chirurgie

—ET—

Fournitures pour Hopitaux

Nous avons toujours en stock un assortiment complet de tous les instruments de chirurgie, appareils, sondes, bandages herniaires et autres.

Ainsi que toutes les fournitures de pansements et ligatures d'un usage courant.

Nous sommes organisés de façon à pouvoir suppléer toute commande qui nous est donnée, dans le minimum de temps et aux prix les plus bas possibles.

20 Avenue du College McGill

TELEPHONE UP 1396

Vis-a-vis l'Hotel Welland

“Le seul dépositaire du sérum antituberculeux et sérums antistreptococciques Marmoreck, pour le Canada, est M. Arthur Décary, Montreal, 63 rue Notre-Dame Est.”

DE JOUR OU DE NUIT

Téléphonez Up Town 2667

WILLIAM WRAY

PRIX : AMBULANCE \$2.00
LANDEAUX AMBULANCE \$5.00

2436 rue STE-CATHERINE
MONTREAL