

PAGES

MANQUANTES

Travaux Originaux

DU BROMYDRATE DE SCOPOLAMINE COMME ANESTHESIQUE GENERAL.

(ALBERT LAURENDEAU, M. D., St. Gabriel de Brandon)

(Suite)

Non seulement j'emploie la scopolamine comme anesthésique chirurgical chez tous mes opérés, mais je m'en sers aussi dans certains états pathologiques où je désire obtenir un sommeil profond, une action calmante, intense et prolongée sur les centres nerveux ; de même que pour enrayer les grandes douleurs. Dans ce dernier cas toutefois j'ai recours depuis peu à l'hyoscine-morphine, (1) dont l'action analgésique est très puissante, sans amener la narcose profonde produite par la scopolamine.

Lorsque j'aurai terminé la série d'expériences que j'ai entreprises avec l'hyoscine, je communiquerai aux lecteurs du Bulletin Médical un résumé de mes observations sur l'emploi de cet alcaloïde, que je crois être le médicament de choix, dans certaines affections, et contre certains syndromes.

Delire alcoolique Le 22 juin au soir je fus appelé par M. B. commis de bar, alcoolique, chronique sur-alcoolisé. Il était en proie à des hallucinations, de la vue surtout ; il me confia qu'il n'avait ni mangé ni dormi depuis quatre jours, et que,

(1) Je fais usage des comprimés d'hyoscine (Merck) en injection hypodermique à 0.0003

sous les mêmes circonstances l'année précédente, alors qu'il résidait à Joliette, son médecin avait eu beaucoup de peine à le calmer et à le faire dormir.

A neuf heures le soir, je lui injectai sous la peau 1/50 de gr. de scopolamine et 1/4 de gr. de morphine. Quinze minutes plus tard il dormait bien, et la narcose se prolongea jusqu'entre quatre et cinq heures le matin; n'eut été l'inquiétude de sa mère, qui trouvant son ronflement trop fort, le secouait de temps à autre pour l'éveiller, ce sommeil se serait sans doute prolongé de quelques heures.

A ma visite du matin, voici comment ce garçon intelligent, me rendit compte de ses impressions: "Après votre injection je ne me rappelle plus rien; je n'ai repris connaissance que ce matin. Et depuis que je suis éveillé j'ai souvent des hallucinations, mais je me rends parfaitement compte de la fausseté de ces impressions. Ainsi depuis une heure je suis obsédé par la vision d'un gros barbu qui à tout moment passe la tête à travers le carreau de la fenêtre en face et me fait la grimace; mais je sais parfaitement que cette tête n'existe pas, je comprends que ce sont mes yeux qui voient ces chimères. A part cela docteur, je suis bien; et ne ressens aucune douleur. Toutefois ce matin, durant un certain temps, j'eus quelque chose que je ne puis expliquer: c'était comme une sensation de mort prochaine; il me semblait ou que le cœur allait s'arrêter, ou que la respiration allait cesser de fonctionner. J'éprouve encore quelque peu cette anxiété, mais cette frayeur irraisonnée s'en va diminuant. Je dois vous dire aussi que j'ai transpiré énormément depuis que je suis éveillé. Enfin je n'éprouve aucun besoin, aucun désir de prendre de la boisson, contrairement à mon habitude dans les mêmes circonstances."

Bref, pour résumer cette observation, que je n'ai malheu-

reusement pu suivre plus longtemps, parce que ce garçon est parti le lendemain pour le *camp militaire* à Trois-Rivières, l'effet de la scopolamine dans ce cas de délire alcoolique fut tout à fait satisfaisant, et peut se résumer par ces deux propositions : production d'un bon sommeil réparateur, abolition du symptôme dominant de la dypsomanie : le désir irrésistible de boire.

Hydrocèle chez un enfant de huit ans.—Voici maintenant un enfant de huit ans atteint d'hydrocèle. Si je m'en rapporte à mon expérience dans ces cas, le traitement de choix consiste à ponctionner la vaginale, évacuer tout le liquide de la séreuse, puis faire une bonne injection de teinture d'iode au lieu et place du liquide extrait. Après avoir malaxé doucement le scrotum, afin de bien mettre en contact la teinture avec la surface entière de la vaginale, et cela, pendant une couple de minutes, je retire la solution modificatrice, puis je termine par un lavage de la vaginale, avec de l'eau bouillie et phéniquée au centième. Ce traitement m'a toujours réussi, mais il est passablement douloureux. Chez les gens énergiques, j'ai l'habitude de faire une injection préalable de cocaïne, chez les timorés ou chez les enfants, je fais usage de chloroforme ; mais dans les deux cas, une fois l'effet du chloroforme ou de la cocaïne passé, il reste souvent des douleurs assez vives durant plusieurs heures. Dans l'intention surtout de parer à ces douleurs post-opératoires ; je résolus d'employer la scopolamine chez cet enfant ; je lui en donnai une injection de 1/60 de gr. uni à 1/6 de morphine. Tout alla à souhait, jusqu'au moment où je poussai la teinture d'iode, alors que le petit ramena ses cuisses sur son ventre, dans une contracture de douleur. Quelques gouttes de chloroforme eurent facilement raison de ce mouvement de défense, et immobilisèrent tous les muscles en relâchement complet.

Lorsque cet enfant s'éveilla, environ trois heures plus tard,

il était d'humeur enjouée, affirma ne pas souffrir, et insista pour avoir à manger.

D'après cette première expérience de la scopolamine chez l'enfant, je serais porté à conclure qu'il en est de cet anesthésique comme du chloroforme; les enfants le prennent encore mieux que les adultes. Sans doute que leur système nerveux est plus impressionnable, mais d'autre part, l'action de l'hypnotique est plus constante et plus régulière.

Depuis ma dernière communication, j'ai aussi employé la scopolamine dans trois curettages utérin, un accouchement chez une primipare à col rigide et à dilatation longue, et dans un cas de fistule périnéale ancienne, nécessitant l'avivement de la paroi entière du canal fistulaire; et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Je remarque cependant que les propriétés de ma solution d'Avril dernier semblent s'atténuer. Dans mes dernières interventions surtout, les réactions au bruit, à la lumière, et à la douleur sont plus manifestes; toutefois l'abolition de la mémoire et de la connaissance est complète; le chloroforme s'administre alors dans des conditions de calme absolu, sans défense, sans période d'excitation; sans alerte, de même que sans vomissements ni réflexes quelconque post-opératoires.

(A suivre)



Revue des Journaux

LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL, ET, EN PARTICULIER, LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR.

Si on envisage dans son ensemble l'étiologie des cardiopathies organiques, on voit immédiatement qu'elle peut se rapporter à deux facteurs principaux : l'infection et l'intoxication, représentées par le rhumatisme, les fièvres éruptives, la blennorrhagie, l'érysipèle, etc., et, d'autre part, le plomb, l'alcool, la dyscrasie goutteuse. Le plus souvent le rétrécissement mitral est associé à l'insuffisance et consécutif à l'endocardite rhumatismale. Dans une seconde variété clinique moins fréquente, ce rétrécissement est associé à la néphrite interstitielle et à l'artério-sclérose (HUCHARD) ; cette affection comporte un pronostic sévère.

Enfin, il y a une troisième forme de cette lésion, décrite pour la première fois par DUROZIEZ, en 1877, c'est le *rétrécissement mitral pur*. Ici, l'on ne rencontre dans les antécédents aucune des causes habituelles ; cette maladie se développe sourdement et lentement, comme l'a dit GRISOLLE qui avait entrevu cette forme du rétrécissement mitral.

* *
* *

Les premières manifestations du *rétrécissement mitral pur* apparaissent à l'approche de la puberté ; c'est à partir de 14 ou 15 ans qu'on peut les observer. Des recherches récentes nous ont montré que ces premières manifestations peuvent exister dès l'enfance ; D'ASTROS (de Marseille) les a constatées à un an, COCHEZ à 3 ans WEILL (de Lyon) à 6 ans, 10 et 11 ans.

Ces premières manifestations peuvent donc précéder de beaucoup la puberté ; mais est-ce à dire que le moment où l'on constate l'apparition des signes physiques indique nettement le début de la lésion ? Le professeur PERRER a dit justement que le rétrécissement est le fait des années ; il ne s'installe pas rapidement comme fait l'insuffisance du même nom. Il nous est à tous arrivé de voir au cours du rhumatisme naître la lésion valvulaire, puis de la suivre dans son évolution fatale et progressive. Il est certain que la lésion anatomique est créée depuis longtemps et bien avant la constatation des signes physiques et des troubles fonctionnels. Il y a une période de latence assez longue et difficile à déterminer, variable avec les malades, et pouvant se prolonger plusieurs années.

Cette période de latence peut s'expliquer par une autre hypothèse ingénieuse émise par TEISSIER. L'absence des signes fonctionnels pendant l'enfance tiendrait au faible volume du cœur. Au moment de la croissance, cet organe participe à l'hypernutrition de l'économie et la disproportion se fait sentir entre la capacité du ventricule et l'étroitesse de l'orifice auriculo-ventriculaire, en donnant lieu à une symptomatologie déterminée. Le premier signe en date est, d'après DUROZIEZ et JOHNSON, un souffle systolique de la pointe ; une insuffisance précéderait toujours le rétrécissement et disparaîtrait plus tard.

* * *

Étant donnée l'impossibilité de dépister la cause première du rétrécissement mitral pur dans les premières années, on est conduit à admettre sa congénitalité, qui, quoique non démontrée, me semble vraisemblable en certains cas.

On a considéré cette lésion comme une conséquence de certains états pathologiques mal défini de la vie intra-utérine ; on a invoqué l'endocardite fœtale. Il existe, en effet, dans les auteurs, quelques faits de nouveau-nés ayant succombé peu de

temps après la naissance, et chez lesquels on a trouvé des lésions d'endocardite, mais généralement le rétrécissement mitral est associé à d'autres altérations cardiaques ou artérielles.

Le rétrécissement mitral pur est surtout observé chez la femme (350 fois sur 408 cas d'après la statistique de Mlle MARIE MARÉCHAL). On ignore la véritable raison de cette prédilection pour le sexe féminin. On peut supposer qu'elle tient à ce qu'à l'état normal l'orifice auriculo-ventriculaire gauche chez la femme est sensiblement plus étroit que chez l'homme ; de plus, LANDOUZY a proposé la théorie suivante : pendant sa période génitale, le sang de la femme présente une très notable diminution d'alcalinité, c'est-à-dire que chimiquement, il se rapproche du sang des rhumatisants, lequel présente des propriétés irritantes et pathogènes qui s'affirment par la production des cardiopathies ; par analogie, le sang de la femme jeune est particulièrement apte à produire des processus morbides, surtout dans les points normalement rétrécis, de l'économie.

On a invoqué aussi la chlorose qui coïncide souvent avec le rétrécissement mitral pur, comme cause de celui-ci. Pour le professeur HARDY, il résulterait d'une maladie d'évolution caractérisée par des phénomènes d'aplasie. VIRCHOW a longtemps considéré la chlorose, dont la pathogénie est encore assez obscure, comme se rattachant à des lésions anatomiques tangibles, consistant dans une étroitesse congénitale de l'aorte et du système artériel entier. On a pensé qu'il s'agit d'une hypoplasie viscérale localisée.

Ces théories, on le voit, ne peuvent résoudre la pathogénie de cette maladie.

Puisque nous avons reconnu sa congénitalité, nous sommes amenés à invoquer une malformation par arrêt du développement embryonnaire. D'après KOLLIKER et SWEDENBORG, la valvule mitrale se développe aux dépens d'un bourgeon primitif

dû à un épaissement partiel de l'endocarde, bourgeon qui plus tard va se segmenter en deux lobes. C'est à ce moment que, s'il survient un arrêt de développement, la sténose de l'orifice peut en résulter. Si on examine les antécédents de famille, on est frappé de l'existence, chez plusieurs sujets, de diverses malformations. Le rétrécissement mitral pur peut être hérédito-familial. Divers auteurs ont cité des cas dans lesquels plusieurs enfants de la même mère sont atteints de rétrécissement mitral. Dans un fait très curieux, une femme non cardiaque a, d'un premier mariage, quatre enfants sur lesquels l'un a un rétrécissement mitral. Elle devient veuve et plus tard, d'un second mariage, elle a trois enfants dont un présente également un rétrécissement mitral.

Dans une seconde catégorie de faits, il y a hérédité similaire et complète : une femme de 32 ans a un rétrécissement pur, depuis l'adolescence ; on trouve chez sa fille, à 6 ans, sans maladie antérieure pouvant être incriminée, un rétrécissement pur.

L'hérédité joue donc un rôle, incontestablement, dans la genèse de cette affection. Ce rôle est parfois très indirect, mais si l'on remonte dans les ascendants, presque toujours on retrouve la syphilis ou la tuberculose. La lésion apparaît alors comme une tare de dégénérescence localisée.

D'autre part, la sténose mitrale peut être associée à d'autres malformations, telles que syndactylie, amputations congénitales, pied-bot, main-bote, bec-de-lièvre (très fréquent). C'est encore à cette dystrophie héréditaire qu'on peut rapporter l'association de la chlorose avec le rétrécissement.

Le plus souvent, ces malades offrent un aspect chétif, maigre, infantile (LORAIN). Ils répondent à ce type de nanisme décrit par GILBERT et MARESCUI.

L'influence de la tuberculose est très bien établie par les

travaux de TRIPIER, de POTAIN et de TEISSIER. Cet aspect malingre des sujets revêt, en effet, fort souvent les caractères plus particuliers de la scrofulo-tuberculose ou tout au moins du lymphatisme, expression assez vague qui résume ce que nous supposons être la traduction d'une tare tuberculeuse plus ou moins effacée.

Du reste, en remontant les antécédents héréditaires, on peut mettre en lumière cette tare tuberculeuse en bien des cas. POTAIN cite une femme tuberculeuse qui a deux enfants, dont l'un est tuberculeux et dont l'autre présente des signes d'infantilisme et de scrofule, puis son état général s'améliore, et l'on trouve chez lui un rétrécissement mitral pur. Dans ces cas-là, il y aurait à invoquer l'action des toxines bacillaires introduites dans la circulation, sur la valvule : la lésion est marginale, c'est-à-dire que c'est le bord libre des valves mitrales qui s'érode, d'où il résulte finalement des adhérences cicatricielles qui diminuent le calibre de l'orifice.

Chose remarquable, ce rétrécissement survenant ainsi par le fait de l'hérédité tuberculeuse, a précisément pour effet d'enrayer le processus tuberculeux ; si les malades présentaient des lésions aux sommets, celles-ci à partir du moment où la sténose mitrale est constituée, vont suivre une marche extrêmement lente et torpide ; cela tient à ce qu'il résulte de la modification valvulaire une dilatation de l'oreillette gauche, une entrave à la déplétion des veines pulmonaires, par conséquent des phénomènes d'œdème dans le parenchyme pulmonaire, phénomènes qui ont la propriété d'enrayer l'évolution de la tuberculose, fait démontré par certaines observations où l'on a même constaté la transformation crétacée, c'est-à-dire la guérison des tubercules sous l'influence du rétrécissement mitral.

En ce qui concerne le rôle de la syphilis, il y a des faits peu nombreux, mais très probants, DIEULAFOY, FOURNIER fils,

(thèse 1898, LABADIE-LAGRAVE, ont démontré cette pathogénie du rétrécissement par l'hérédospécificité.

En somme, le rétrécissement mitral pur présente un caractère de congénitalité évident, dans laquelle interviennent incontestablement les tares héréditaires de syphilis ou de tuberculose, suivant les cas.

* * *

Il faut encore signaler une *autre variété de rétrécissement mitral*, assez rare, étudiée par WEBER, survenant au cours de certaines affections hémorrhagiques, telle que la cirrhose atrophique, l'atrophie rénale, et même pendant la grossesse. Il peut dans ces circonstances, se produire de petits foyers hémorrhagiques localisés sur le bord libre de la grande valve mitrale et donnant lieu à une rétraction cicatricielle amenant la sténose.

* * *

Enfin, il existe aussi un rétrécissement fonctionnel et transitoire, décrit sous le nom de *rétrécissement mitral spasmodique* par PETER, et qui a fait l'objet des travaux de PICOT et de BARIÉ. (Semaine Médicale, 1896).

On l'attribue à des troubles de l'innervation se traduisant par une contraction exagérée, plutôt qu'une contracture, des muscles papillaires.

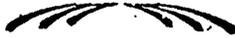
Ce rétrécissement fonctionnel est nié par TRIPIER (de Lyon) admis par MERKLEN. Je crois à son existence, tout en reconnaissant qu'il est très passager. Il offre les mêmes signes physiques que le rétrécissement ordinaire, c'est-à-dire un roulement diastolique ou un souffle présystolique et dédoublement du deuxième bruit, avec cette différence que les bruits sont moins rudes, et c'est précisément ce qui permet de distinguer cette variété de la lésion organique.

Enfin, au cours d'une insuffisance aortique, on peut trouver un souffle présystolique à la pointe, d'une manière passagère,

très net à certains moments, plus indécis à d'autres; ce souffle n'indique pas une seconde lésion, il tient aux phénomènes de circulation intra-cardiaque créés par l'insuffisance aortique, et s'explique par les vibrations de la valvule mitrale sous l'influence de l'ondée rétrograde.

BARIÉ.

(Journal de M. I.)



L'UCINARIASE

Dans l'histoire de presque tous les cas rapportés nous trouvons des notes comme celle-ci. Condition excellente; complètement guérie; etc., malgré qu'au commencement du traitement ces cas montraient une diminution considérable de l'hémoglobine (quelques cas n'ayant que 11%) et des globules rouges en nombre beaucoup au dessous de la normale. Des résultats semblables prouvent l'efficacité de la médication.

Fait digne de remarque c'est qu'aucun des malades auxquels on a administré le Pepto-Mangan n'ait souffert de troubles digestifs quoique le remède leur ait été administré pendant plusieurs semaines dans chaque cas. Il est important de se rappeler ce détail surtout quand on se rappelle que la plupart de ces malades étaient dans un état très précaire quand ils sont entrés, et que plusieurs d'entre eux souffraient déjà de symptômes gastro-intestinaux concomitants.

Les observations de la commission ont été faites sous le contrôle du gouvernement et par conséquent le rapport peut être regardé comme une expérience cruciale démontrant l'efficacité hors ligne du Pepto-Mangan dans les formes les plus graves de l'anémie.

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER UTÉRIN

Je veux vous parler aujourd'hui d'un sujet infiniment pratique, car il s'agit de cas journaliers et en même temps très graves, nécessitant une décision urgente, puisque très souvent l'opération est la seule chance de salut. Il s'agit du diagnostic précoce du cancer utérin.

Voici, par exemple une femme de 51 ans qui présente un état général assez mauvais, elle est un peu amaigrie, débilitée, et accuse deux symptômes bien distincts, quoique simultanés : de la toux et des pertes.

Voyons d'abord ce qui concerne le premier de ces symptômes.

Cette malade a commencé à tousser il y a quatre à cinq ans ; sa toux présentait le caractère coqueluchoïde, et il est probable qu'à cette époque existait une adénopathie trachéo-bronchique. Puis l'an dernier, elle eut des phénomènes de laryngite et des hémoptysies répétées. On a constaté des signes indiscutables de bacillose à la période intermédiaire entre le premier et le second degré.

D'autre part, au point de vue génital, cette femme a fait plusieurs fausses couches et des accouchements au forceps, elle a souffert pendant longtemps dans le bas-ventre. Ceci est important, dans, car la tendance a été souvent de voir dans l'inflammation une condition de la genèse des néoplasies cancéreuses (PORTAL) ; VERNEUIL a insisté sur les rapports du traumatisme et de l'inflammation avec le développement des néoplasmes. Bref, nous avons affaire à une femme ayant un passé génital assez chargé. Puis à 47 ans, elle a vu survenir une

suspension des règles pendant un an ; les règles sont revenues, comme cela se produit si fréquemment lors de l'établissement de la ménopause, et ont continué régulièrement pendant six mois, et plusieurs poussées, menstruelles se sont ainsi succédées avec des intervalles d'aménorrhée.

Enfin, depuis cinq mois, elle a constamment des pertes, accompagnées de quelques douleurs dans les reins et le ventre, assez modérées d'ailleurs, et ne présentant pas cette fétidité extraordinaire sur laquelle a insisté DUPUYTREN. Elles sont constituées par du sang et une matière ichoreuse.

L'utérus est petit, très mobile, le toucher ne fait rien sentir d'anormal ; au spéculum, on voit une petite ulcération pâle, nullement fongueuse, ni végétante.

Voilà donc une femme en ménopause, atteint auparavant de tuberculose, qui, depuis cinq mois, offre une perte indiscontinue, un suintement, sans grandes douleurs, sans fétidité, avec un utérus mobile. Il me suffit de l'existence de cette hémorrhagie continue, pour porter le diagnostic de cancer utérin, malgré l'absence des autres signes de cette affection, notamment la fixité de l'utérus et la fétidité ; en conséquence, je l'ai envoyée immédiatement au chirurgien, parce que c'est bien à ce moment-là que l'opération peut être efficace, à condition de tout enlever, car les opérations palliatives ne valent rien en pareil cas.

Il faut donc que j'insiste sur la valeur sémiologique très grande de cette hémorrhagie à cet âge.

Cette malade est tuberculeuse pulmonaire : par conséquent on n'a pas le droit d'éliminer à priori *la tuberculose utérine* ; celle-ci est même beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de le croire et commence aujourd'hui à être mieux connue : dans cette affection, il n'y a pas de douleur ; mais elle présente des caractères particuliers qu'on ne retrouve pas ici.

On en distingue trois formes :

La première forme est la tuberculose miliaire. Celle-ci est fort rare ; elle est le résultat d'une infection tuberculeuse généralisée par suite d'embolies survenant au cours d'une tuberculose pulmonaire ; elle intéresse à la fois la muqueuse utérine et la musculature. Notre malade n'a rien de pareil.

Il ne s'agirait pas non plus de la seconde forme, ou interstitielle, dans laquelle l'utérus est tantôt hypertrophié, tantôt normal, mais contient dans son parenchyme des noyaux tuberculeux disséminés.

A la rigueur, on pourrait avoir affaire à une forme mixte, interstitielle et ulcéreuse. Cette forme ulcéreuse de la tuberculose utérine, c'est l'endomérite tuberculeuse décrite pour la première fois par CORNIL.

Dans cette maladie, il se forme, à la surface de la muqueuse, des follicules tuberculeux disséminés et il peut y avoir des ulcérations, mais offrant ce caractère particulier de siéger presque toujours dans le corps de l'utérus ; il est exceptionnel de voir ces ulcérations tuberculeuses occuper le col comme chez notre malade ; elles ne dépassent généralement pas le niveau de l'isthme ; il en résulte une sorte d'abcès froid, et le magma tuberculeux se désagrège peu à peu et les matières semi-purulentes et caséuses sont éliminées et se retrouvent dans les pertes. En outre, cette métrite tuberculeuse s'accompagne d'une symptomatologie spéciale, comportant d'abord le dysménorrhée ; puis les métrorrhagies qui sont très longues ; enfin il y a cette leucorrhée avec magma purulent. Dans les cas douteux, on peut faire la dilatation et prendre avec la curette un fragment de muqueuse qu'on porte sous le microscope ou qu'on inocule au cobaye.

La tuberculose étant écartée, quels autres diagnostics y

aurait-il encore à discuter en face de cette hémorrhagie utérine si tenace ? On peut, à cet égard, classer les malades en deux catégories, suivant que les femmes sont encore à la ménopause ou l'ont dépassée depuis longtemps.

Si nous envisageons le *premier cas*, celui où la malade est encore réglée, il pourrait s'agir, tout d'abord, d'une métrorrhagie de la ménopause ; en effet, à cette période de leur vie génitale, certaines femmes perdent à flot et quelquefois pendant longtemps ; on disait autrefois : c'est une poussée fluxionnaire se portant sur l'utérus, de même qu'elle peut se porter sur le poulmon, les bronches, le foie ou les reins, c'est en d'autres termes, un accident de même ordre que les règles déviées ou supplémentaires. Il arrive très souvent qu'il y ait aussi des phénomènes d'ataxie ovarienne, caractérisés soit par l'hyper-, soit par l'hypo-fonctionnement, se traduisant respectivement dans les pertes et dans l'aménorrhée. Donc nous aurions pu avoir affaire à une *métrorrhagie fonctionnelle de la ménopause*. Ceci est important pour le traitement et le pronostic, qui, bien entendu, sont tout différents dans un cas semblable de ce qu'ils peuvent être dans les autres circonstances où se produisent des faits de même apparence. Ces métrorrhagies fluxionnaires sont, en effet, justifiables de l'ergotine et des médicaments vaso-constricteurs.

Il n'y avait pas à songer ici, en présence d'un col petit, atrophié, à l'existence d'une *sclérose utérine*, qui s'accompagne d'un gros col et de signes arthritiques.

Mais, un diagnostic plus difficile est celui de *fibrome* ; il pouvait y avoir un petit noyau, un polype muqueux ou fibreux de la grosseur d'un grain de raisin, caché dans la cavité de l'organe et suffisant pour entretenir ces pertes intarissables.

Nous pouvions aussi avoir affaire à une *métrite hémorrhagique simple*.

Enfin, citons pour mémoire, la possibilité d'un *polype de l'urèthre*. Cette lésion est capable de produire un syndrome assez analogue à celui que nous envisageons ; on peut observer une métrite légèrement fétide, avec matrice un peu grosse, saignant de temps à autre, et tout cela est dû à la présence, uniquement, d'une petite végétation polypeuse de la muqueuse uréthrale, qu'il suffit d'exciser pour mettre fin à tous les accidents. On reconnaît cette lésion par l'examen au spéculum.

Mais, toutes ces causes que nous venons d'énumérer ne donnent pas lieu à des métrorrhagies incessantes, durant depuis cinq mois, sauf peut-être la présence du polype intercavitaire. Pour éluder ce dernier diagnostic, on doit pratiquer une dilatation et explorer la cavité utérine avec le doigt.

Telles sont les questions que soulèvent les métrorrhagies survenant à l'époque de la ménopause.

Après la ménopause, le diagnostic devient quelquefois extrêmement difficile.

Lorsque vous verrez une hémorrhagie persistante, vous penserez d'abord à un fibrome intra-utérin, à un polype muqueux, à la sclérose utérine ; en réalité, la véritable sclérose utérine est assez rare après la ménopause, mais bien plus fréquente est la *perte dépendant de l'arterio-sclérose* de l'utérus ; à l'inverse de certaines métrorrhagies, dans lesquelles l'ergotine et les vaso-constricteurs font merveille, celles-ci, au contraire, comme l'a dit HUCHARD, " n'aiment pas l'ergotine," elles sont le fait d'artères béantes à paroi calcifiée ; ni l'ergot, ni la digitale n'aurait ici d'influence curative ; ce qu'il faut, au contraire, c'est donner l'opium et les sédatifs, et faire le tamponnement.

Donc, après la ménopause, ne vous hâtez pas de porter le diagnostic de carcinome utérin, soyez à cet égard extrêmement

réservé. Songez à l'artério-sclérose. On voit aussi des hémorrhagies considérables, des pertes qui frappent d'autant plus par leur étrangeté que la malade n'est plus réglée et que par conséquent, l'attention est immédiatement attirée sur ce fait. Il y a par exemples des brightiques qui, à 60 ou 65 ans, sont prises de pertes répétées, de même qu'elles auront, pour la même cause, des épistaxis récidivantes, quelquefois une hémorrhagie cérébrale. En un mot, à cet âge qui est celui de l'artério-sclérose et de la néphrite interstitielle, il faut compter le plus souvent avec des phénomènes d'hypertension artérielle.

Cette pathogénie prime l'influence de l'urémie, qui toutefois, est capable, elle aussi de produire les mêmes accidents ; je crois en effet, qu'il y a, au cours des néphrites mixtes et parenchymateuses, des pertes ne relevant ni de la dégénérescence athéromateuse des artères, ni de l'hypertension, mais ayant pour origine l'albuminurie et l'urémie.

Il existe encore des *pertes causées par les maladies du cœur*. Vous verrez des cardiaques âgées de 60 à 65 ans qui sont étonnées de voir comme un reto de jeunesse leurs règles reparaître ; on craint immédiatement le début d'un cancer. En examinant la malade, en l'auscultant, on constate une lésion orificielle, un gros foie ; il s'agit d'une manifestation d'hypostolie localisée à l'utérus, de même qu'elle peut l'être au foie.

ARAN a publié l'observation très remarquable d'une religieuse qui, à 66 ans, fut reprise, disait-elle, de ses règles ; ses pertes présentaient, en effet, une périodicité menstruelle ; elle mourut à un âge extrêmement avancé, presque centenaire : c'était une artério-scléreuse.

Chéz les hépatiques, vous verrez également survenir des pertes qui pourraient vous donner le change.

Ne vous hâtez donc pas de porter le diagnostic de cancer utérin au début ; examinez attentivement et le cœur et les poumons, les reins, le foie ; recherchez si l'utérus ne renferme pas un fibrome.

Je dois vous signaler encore une maladie propre aux femmes âgées, l'*endometrite sénile*, ou catarrhe utérin des vieilles femmes, qui se caractérise par sa fétidité absolue, avec leucorrhée intermittente, constituée par un liquide saïeux, épais, sanguinolent, ou du sang pur et fétide. A l'examen, on trouve le museau de tanche altéré ou sain, car c'est dans la muqueuse intra-cervicale et intra-corporelle que le processus est entièrement localisé : il s'agit d'un véritable sphacèle. En présence de cet écoulement, qui s'accompagne de dépérissement général, on ne peut s'empêcher de penser à un cancer, c'est le premier diagnostic qui se présente à l'esprit ; or, c'est ici que vous ferez bien de réfléchir, car sachez que ces métrites guérissent très bien par un simple curettage qui, il est vrai, est dans le cas particulier une opération assez délicate, à cause de la grande friabilité de la paroi utérine. On peut, dans certains cas, obtenir la guérison en pratiquant une dilatation et l'écouvillonnage, puis des lavages intra-utérins longtemps prolongés, comme je l'ai vu chez une malade qui avait été atteinte de cette forme de métrite par suite d'une auto-infection résultant du séjour d'un vieux pessaire oublié au fond du vagin.

Il peut se présenter des cas encore plus difficiles. C'est ainsi que j'ai observé le fait suivant. Une dame de 62 ans m'est adressée, très ennuyée, très gênée, qui me tient à peu près ce langage : "Je suis la femme la plus malheureuse du monde ; voilà sept à huit ans que j'ai des pertes, alors que mes règles ont cessé depuis une quinzaine d'années. Ces pertes sont allées en augmentant, et depuis deux ans sont devenues telle-

ment fétides que je crains de ne pouvoir les dissimuler à mon entourage. Divers médecins m'ont examinée et dit qu'il n'y avait rien de grave. Mais cela dure depuis si longtemps !”

Je trouvai l'utérus petit, mobile, sans végétations. Cette femme n'avait pas maigri, pas souffert.

Je restai très embarrassé jusqu'au moment où j'acquis la conviction qu'une petite plaque blanchâtre, nacrée, entourant le col sans atteindre le vagin, et qui aurait pu être prise pour le résultat de l'action d'un caustique, si je ne l'avais retrouvée identique quinze jours plus tard, m'étant contenté provisoirement de prescrire des injections désinfectantes de lusoforme, était bien constituée par une *leucoplasie primitive du col utérin*.

J'ai retrouvé deux observations semblables à celles-ci. La conduite à tenir dans ce cas est très délicate, car la leucoplasie est souvent le point de départ du cancer épithélial, et il faut avoir le courage de conseiller à la première menace l'amputation de la matrice.

Si dès que le diagnostic de cancer est ferme, notre devoir est de passer la main au chirurgien, quand la malade est opérable, il est d'autres cas que nous devons soigner, nous médecins. Aussi, je vais vous indiquer le *traitement de quelques symptômes*.

Les plus pénibles aux malades sont les pertes, car beaucoup ne souffrent pas. Si vous arrivez à tarir ces écoulements, vous leur rendrez courage et permettrez de supporter leur maladie. Ne donnez pas de médicaments internes : l'ergotine, l'hydrastis et la digitale sont parfaitement inutiles, sans aucune action sur les pertes venant du cancer lui-même. Il faut agir directement, au début par des injections au perchlorure de fer (une ou deux cuillerées à soupe dans un litre d'eau) puis plus tard par le tamponnement à la gaze ; je proscriis l'usage de la gélatine qui expose aux fermentations ; je me sers de la ferro-pyrine (mélange

d'antipyrine et de perchlorure de fer) soit en solution (au 1/5, 1/10 ou 1/20), soit de gaze à la ferropyrine toute préparée; cette dernière a l'avantage de pouvoir être introduite au moyen des doigts sans spéculum, lequel est d'une application quelquefois très douloureuse chez les malades. On peut aussi arrêter beaucoup de métrorrhagies avec le chlorure de calcium (GUINARD), et, dans certains cas, il sera bon de faire le curage de la région qui saigne.

DALCHÉ.



LA LACTO-GLOBULINE COMME ALIMENT

Dans toutes les maladies aiguës et les états de déchéance, le besoin le plus urgent de l'économie, est une nourriture facile à digérer, facile à préparer et qui fournit aux systèmes musculaire et nerveux un apport abondant de substance alimentaire. La Lacto-Globuline remplit ces indications d'une manière très satisfaisante.

Au cours des fièvres continues, un des plus grands dangers, est l'usure des muscles, et la perte du pouvoir contractile du cœur. Il a été démontré par l'expérimentation la plus précise, que les pertes subites par les tissus musculaires ne peuvent être empêchées que par l'usage approprié de protéides. La Lacto-Globuline est un aliment pratique, facile à préparer, facilement digéré et très nutritif.

Bureau de Médecine

Le 5 juillet dernier avait lieu l'assemblée semi-annuelle du Bureau de Médecine de Québec. Réunion des membres presque au complet ; séances suivies avec intérêt ; questions vite et bien discutées et résolues, ou renvoyées pour étude, voilà ce qu'on y a constaté avec satisfaction.

Nous ne pouvons trop féliciter le Bureau pour la position ferme et bien définie, qu'il a prise vis-à-vis des irréguliers et des médecins porteurs de diplômes étrangers dont le flot va toujours grossissant et qui menace de nous inonder bientôt si nous ne lui opposons pas la digue de nos lois appliquées avec justice, mais sans faiblesse.

Il est toutefois un fait bien pénible à noter, c'est que depuis que le Collège est parvenu à obtenir quasi le contrôle des bills privés devant la Législature, le nombre des étudiants régularisés par les bills publics est augmenté dans une proportion vraiment alarmante : à tel point qu'on est en droit de se demander si en réalité nous n'étions pas mieux avant l'obtention de ce privilège, dont nos législateurs semblent aujourd'hui se moquer en adoptant des lois d'exception pires qu'une avalanche de bills privés.

Plusieurs questions sont sous la considération de nos gouverneurs qui ne sauraient mettre trop de prudence dans leur discussion et leur adoption ou rejet.

Le projet d'un Bureau Central d'Examineurs paraît le desideratum général : mais nous avons bien peu foi dans le succès d'une entente prochaine avec nos Universités. Celles-ci ont des privilèges qu'elles n'entendent pas céder à la légère,

sans qu'on leur démontre un intérêt général bien majeur et bien certain.

Le projet de réciprocité attend la solution du précédent, dont il n'est que la conséquence naturelle, et devient rien moins que problématique sans une réponse favorable des Universités.

La question d'aide substantielle aux sociétés médicales n'est pas encore résolue, et il nous semble sage que nos représentants aillent lentement dans cette voie. Il nous est encore présent à la mémoire cette fondation d'une bibliothèque qui a coûté en pure perte quelques centaines de dollars au Collège, pour périr peu après tuée par les gouverneurs d'alors, dont la plupart sont encore nos élus, en donnant pour raison que le Bureau en édifiait cette bibliothèque, avait agi *ultra vires*.

Il faudrait donc commencer par faire modifier notre charte avant de courir le même risque, et c'est bien le temps de voir si cette idée, très belle et très louable en soi, atteindrait réellement son but.

Vient le projet de secours ou protection aux membres du Collège malades ou invalides, question mise à l'étude par M. le Président.

Cette idée à notre humble avis, n'a guère plus de chances de succès que les précédentes.

Le Collège, pour prendre action dans ce sens, devra ou garantir à même ses fonds le paiement de l'indemnité due aux membres invalides, ou n'être que l'initiateur d'un mouvement pour créer une société mutuelle parmi ses membres.

Dans le premier cas, le Bureau ne peut réussir qu'après modification de sa charte, c'est-à-dire autorisation par la Législature, ce qui ne se fera ni sans argent ni sans opposition, car notre Collège n'a pas été créé et mis au monde pour remplacer les Sociétés de Secours Mutuels, mais bien seulement pour voir à

la bonne formation et au contrôle de l'étude des aspirants à exercer notre profession.

Dans le deuxième cas, il faudra prouver aux membres que le Collège peut faire mieux que les Compagnies d'Assurances ou les Associations Mutuelles de Secours, et offrir des garanties plus fortes sans engager ses finances ; ce qui n'est pas facile.

Nous avons vu avec grande satisfaction que les motions de M. le Dr Quirk, devenues veuves de son second, feu le regretté Dr Campbell, ont dû être différées au jour où on lui trouverait un remplaçant : ce que nous souhaitons guère. Car ces projets d'une augmentation des honoraires de M. le Régistrare et d'un prolongement du terme d'office des gouverneurs, de *trois* à *cinq* ans, ne sont pas apparemment bien populaires et devraient mourir avant maturité.

D'ailleurs nous pouvons difficilement concilier cette position de M. le Dr Quirk avec celle toute d'économie qu'il avait prise en 1902 en proposant de réduire à \$1.00 la contribution annuelle des membres du Collège.

Mettons plutôt toute notre énergie et consacrons tout notre travail à relever le niveau de nos études, et à rendre nos futurs confrères tout-à-fait aptes à remplir les devoirs que leur impose l'exercice de la profession médicale solidement établie sur des connaissances aussi étendues que possible, tel que par le projet d'un cours d'études classiques complet, examens plus sévères devant le Bureau, durée du cours médical porté à 5 ans, etc.

Perfectionner les études des aspirants à notre licence est la seule et encore la meilleure garantie d'une corporation de médecins capables et dignes d'occuper une position éminente parmi les leurs.

QUORUM UNUS.

Thérapeutique

TRAITEMENT DU PANARIS

On nomme *panaris* toutes les inflammations aiguës des doigts, qu'elles siègent dans la peau, sous la peau, dans l'os ou dans les gaines. A chacune de ces localisations différentes correspond une variété clinique et nous aurons le panaris *superficielle*, ou *phlycténulaire* ou *sus-unguéal*, qui ne dépasse guère en profondeur les papilles du derme : les sérosités purulentes s'insinuent entre les couches muqueuses de Malpighi et les couches cornées qu'elles soulèvent et l'on aperçoit sur la pulpe du doigt une élevation, une large phlyctène blanche, qu'ouvre et qu'évacue sans douleur un coup de pointe à travers l'épiderme.

Mais quelquefois l'inflammation se propage de la superficie vers la profondeur, trépane pour ainsi dire le derme et va dans le tissu cellulo-graisseux de la pulpe où l'inflammation s'étale. Nous avons alors deux foyers, l'un sous-épidermique et l'autre sous-dermique communiquant l'un avec l'autre par la petite perte de substance ulcéreuse de la trame dermique—et c'est l'abcès en bouton de chemise de Velpeau. Lorsque le panaris superficiel évolue non plus au niveau de la pulpe, mais autour de l'ongle qu'il encastre d'une traînée purulente, il prend le nom de *tournoiote* et tend à s'éterniser lorsque le pus s'insinue entre l'ongle et sa matrice ; sa stagnation, son écoulement insuffisant s'opposent à la guérison rapide.

Le panaris *sous-cutané* peut succéder au panaris superficiel ; c'est alors la collection ou *bouton de chemise* dont nous avons

déjà parlé. Mais il naît souvent dans le tissu cellulaire par quelque inoculation profonde. Nous pouvons avoir aussi une trépanation de la peau, en sens inverse de la première et se faisant de la profondeur vers la superficie ; le pus monte, décolle les couches muqueuses des couches cornées sous lesquelles il s'infiltré et l'on a encore deux poches superposées. Ce panaris sous-cutané est extrêmement douloureux : les souffrances spontanées, sont exaspérées à chaque systole cardiaque par l'afflux du sang artériel qui vient battre dans le foyer inflammatoire. Le malade est privé de sommeil et la moindre pression sur la région provoque des douleurs syncopales. Le bout du doigt est tuméfié, d'un rouge livide ; de la pulpe, l'œdème inflammatoire gagne le dos de la phalange, et comme la trame du derme y est moins serrée, le gonflement y est plus considérable et l'on pourrait penser que le foyer purulent est de ce côté, si la douleur plus vive du côté de la pulpe ne révélait le siège précis de l'abcès. Ne comptez pas sur la fluctuation : vous savez que la pulpe du doigt sain est naturellement fluctuante ; mais lorsque l'œdème inflammatoire et le pus la distendent, elle devient dure et perd sa rénitence. Ici donc, et ce paradoxe est à retenir, c'est l'absence de fluctuation qui permet de supposer l'existence d'une collection purulente.

On rattache au panaris sous-cutané le panaris *anthracôïde*, qui se développe sur la face dorsale de la deuxième et surtout de la première phalange, dans les follicules pilo-sébacés abondants qu'on y rencontre ; ils ont donc la même origine que les furoncles des autres régions et leur évolution est, en toute, semblable à celle des furoncles.

Le panaris des *gaines*, tout aussi douloureux que le panaris sous-cutané, est une affection d'une gravité réelle et qui peut gravement compromettre l'organe ; il succède à une inoculation directe, à une plaie pénétrante où les germes pathogènes sont

portés dans la profondeur ; mais il provient aussi d'une inflammation superficielle qui par les lymphatiques a gagné les gaines. Arrivée dans cette voie facile, l'infection se propage dans les coulisses séreuses que les sécrétions distendent : le doigt se recourbe en crochet et cette flexion caractéristique se fait pour mettre la gaine dans le relâchement. Arrivée au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, la gaine de l'index, du médius et de l'annulaire se termine en cul-de-sac et là, d'ordinaire, se limite l'inflammation ; mais au pouce et au petit doigt la gaine continue jusqu'aux éminences thénar et hypothénar et même jusqu'à l'avant-bras. De là les complications si connues des panaris du pouce et de l'index qui donnent naissance aux phlegmons de la main.

Même sans cette redoutable complication le panaris de la gaine est grave ; l'inflammation et le pus envahissent tous les tissus, les os, les jointures des doigts ; des fistules se forment en divers points ; les articulations se laissent distendre et les extrémités osseuses dénudées de leur cartilage crépitent l'une sur l'autre ; le doigt est épaissi, on ne le fléchit plus à cause de l'œdème inflammatoire des téguments ; c'est " le gros doigt " des anciens auteurs. Les clapiers purulents peuvent se tarir, mais la plupart du temps, les tendons exfoliés s'éliminent avec les sécrétions ; les articulations enflammées s'ankylosent, l'organe est perdu pour la fonction et gêne les doigts voisins : et souvent les ouvriers vous prient de les en débarrasser par une amputation.

Ce panaris des gaines peut, on le voit, devenir panaris *ostéo-périostique*, mais quelquefois le panaris est ostéo-périostique d'emblée. A la suite des travaux de Lannelongue, on a admis que de même que l'ostéomyélite frappe les divers os des membres, fémur, humérus, tibia, péroné, radius et cubitus, de même il atteint les diverses phalanges. Cette ostéomyélite

d'emblée, par la voie sanguine est défendue par des auteurs trop éminents pour ne pas être admise, mais nous ne l'observons que bien rarement.

L'étiologie des quatre variétés de panaris est presque toujours la même. C'est l'inoculation des germes dans les divers tissus du doigt. Le plus souvent l'infection se fait par les petits érailllements, les petits soulèvements épidermiques autour des ongles, "les envies," puis les piqûres avec des instruments chargés de produits septiques, avec des éclats de métal ou de bois qui déchirent les téguments. Aussi les statistiques de Pôlaillon et celles de Velpeau prouvent que ceux qui par leur travail s'exposent à ces traumatismes, sont plus souvent atteints ; les hommes deux fois plus que les femmes, la main droite deux fois plus que la gauche, le pouce et l'index chacun deux fois plus que le médius, l'annulaire et le petit doigt réunis.

La prophylaxie se devine : soigner ses mains, surtout les doigts, couper avec de bons ciseaux et ne pas arracher avec les ongles les "envies," les petits lambeaux d'épiderme soulevés sur les replis onguéaux, éviter les contacts septiques lorsque des éraillures de couches cornées se sont faites. Si des pointes d'aiguilles malpropres, des échardes métalliques ou lignenses ont piqué le derme, laver à l'eau très chaude la piqûre douteuse et tremper le doigt blessé dans de l'eau à 50 degrés, on recourra à ce même traitement si au bout de quelques heures ou de quelques jours des douleurs surviennent au point de la blessure, qu'un pansement sec aurait dû protéger contre les inoculations secondaires possibles.

Mais déjà le gonflement du doigt, la rougeur, les battements artériels, la douleur bongitive ne laissent plus de doute sur le développement du panaris, et l'immersion plusieurs fois répétée n'a pas fait disparaître les symptômes ; il faut alors intervenir, et l'instrument tranchant est nécessaire. Or on ne veut

pas donner le chloroforme au patient pour une opération si légère et si rapide. Le médecin donc n'endort pas son malade ; il donne un coup de bistouri qui n'est jamais ni assez profond, ni assez long ; le foyer inflammatoire est mal ouvert et l'on n'ose recommencer, tant la douleur a été violente. Aussi le mal augmente, l'inflammation se propage, et ce qui n'était qu'un simple panaris sous-dermique, devient une dactylite et même un phlegmon diffus : le doigt et la main sont compromis.

Les chirurgiens ont donc cherché à atténuer la douleur pour opérer plus à l'aise ; ils ont essayé de mélanges réfrigérants, de la pulvérisation d'éther sur le foyer inflammatoire, du chlorure d'éthyle ; ils ont étreint la base du doigt avec un lien élastique. Mais outre que ces applications sont par elles-mêmes très douloureuses, elles n'enlèvent nullement la sensibilité des régions profondes, et l'incision appuyée réveille de telles souffrances, que l'intervention est arrêtée avant d'être complète. Aussi pour ma part, je n'hésiterai pas, à recourir à l'anesthésie générale si l'anesthésie locale par la stovaïne ne nous donnait des résultats merveilleux. Vous m'avez vu, mercredi dernier insensibiliser ainsi un doigt atteint d'ostéo-périostite ; la phalange était nécrosée ; il y avait déjà plusieurs trajets fistuleux sous la peau. Nous avons pu fendre le doigt en tous sens, extraire l'os nécrosé, réséquer le cartilage de la phalange, curetter tous les foyers fongueux et le patient impassible assistait avec intérêt à cette opération, qui fut mathématiquement indolore.

Vous connaissez la technique : c'est celle de l'anesthésie régionale ; elle est basée sur ce principe que lorsqu'on applique sur le trajet d'un nerf une solution de cocaïne ou de stovaïne, le nerf devient insensible de ce point à sa terminaison. Si donc je baigne dans la stovaïne, à la base d'un doigt, le doigt tout entier devient insensible. Pour obtenir ce résultat, je plante

d'un coup sec l'aiguille de Pravaz, de façon à traverser la peau de la base du doigt atteint de panaris ; la pointe de mon aiguille est sous le derme ; je pousse le piston et je vide les deux centimètres cubes de solution à un demi pour cent qu'elle contient ; je laisse l'aiguille en place, je charge de nouveau la seringue, que j'ajuste à l'aiguille, et je verse dans le tissu cellulaire les deux nouveaux centimètres cubes de solution ; ainsi une troisième et même une quatrième seringue. Mais déjà le liquide s'est diffusé tout autour du doigt et la peau soulevée commence à blanchir. A ce moment, il faut ajouter avec lenteur, car les veines affaissées par la compression ne laissent plus circuler le sang noir de retour, tandis que le sang rouge afflue encore par les artères, et cette distension des tissus enflammés serait très douloureuse si l'insensibilité des nerfs ne la précédait pas. A ces quatre injections premières j'ajoute trois ou quatre autres injections de renfort, une sur chacune des quatre faces du doigt, de façon que sa base soit bien entourée par une sorte de bague analgésique.

J'attends alors quelques instants : la douleur spontanée, qui la compression avait réveillée du côté du panaris, a disparu et aussi la douleur provoquée ; on peut toucher, on peut piquer le foyer inflammatoire sans y réveiller de souffrances c'est alors qu'on savonne, qu'on brosse même le doigt malade, qu'on le passe à l'éther et à l'alcool, puis on saisit le bistouri et l'on ouvre largement, d'un bout à l'autre, la région tuméfiée et douloureuse ; on incise à fond la collection purulente ; puis on saisit avec une pince de Rocher chacune des lèvres de la plaie et on les écarte de façon à bien explorer le foyer ; on le curette, on s'assure qu'il n'y a pas de foyers secondaires ; si on les constate, on les curette aussi ; on enlève l'os s'il est malade ; en un mot, on explore tous les tissus douteux et cette opération, plutôt complexe, s'exécute sans que le patient éprouve la moindre douleur. Le doigt insensible appartient sans défense à l'opérateur.

Il me reste plus qu'à plonger la main pendant une demi-heure dans l'eau oxygénée chaude ; la solution que fournit le commerce est à douze volumes ; on la dédouble en y ajoutant partie égale d'eau chaude. Après le bain on fait un pansement ; ici encore je conseille l'emploi de la pommade analgésique et antiseptique : on en oint un chiffon de gaze aseptique dont on entoure mollement le doigt et on maintient le tout par une bande de crêpe élastique. En général, malgré l'étendue de l'incision et les délabrements que l'on a pu faire, la guérison est très rapide. En 7 ou 8 jours elle est complète.

On insiste dans quelques-uns de vos manuels sur la nécessité de limiter l'incision au foyer du mal, pour ne pas, en ouvrant un panaris sous-cutané, faire pénétrer le bistouri dans la gaine qui pourrait s'infecter. Il est certain qu'il vaut mieux ne pas ouvrir cette gaine si l'inflammation n'est pas arrivée jusqu'à elle. Et de ce fait quelques précautions sont à prendre ; mais que la crainte de cette pénétration ne vous empêche pas de pratiquer une incision suffisante et de curetter comme il le faut tout le foyer inflammatoire. A ce prix est la guérison rapide.

(RECLUS)



LE SANMETTO DANS LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

J'ai fait un emploi très fréquent du SANMETTO dans beaucoup de maladies génito-urinaires. Je le considère comme un médicament supérieur surtout dans le traitement de l'hypertrophie prostatique et dans la prostatite.

St. Louis, Mo.

DR. WALDO BRIGGS,

Diplômé en 1875, etc.

LES BRULURES DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Les brûlures dues à l'absorption de substances alimentaires trop chaudes sont en général superficielles et bornées à la partie antérieure de la cavité buccale. Plus graves, plus profondes sont les brûlures liées à l'absorption de liquides corrosifs : acides minéraux, solutions concentrées d'ammoniaque, de potasse caustique. A noter que des brûlures peuvent devenir sérieuses par leur siège : si elles occupent la base de la langue, le voisinage des piliers du voile du palais, des complications graves, telles que l'œdème de la glotte, ont été signalées.

Dans les cas légers, aucun traitement n'est institué. La cuisson de la langue et des parties voisines disparaît d'elle-même au bout de quelques jours. La brûlure est-elle plus profonde ? Des gargarismes avec des décoctions de pavot, de graine de lin, de guimauve amèneront du soulagement :

Têtes de pavot concassées.....	N° 1.
Graine de lin.....	} à 5 grammes.
Racine de guimauve.....	

Faire bouillir dans :

Eau.....	250 grammes.
----------	--------------

Ou bien :

Chloral hydraté.....	2 gr. 50.
Sirop diacode.....	50 grammes.
Eau distillée.....	200 —

Pour bains de bouche de quelques minutes, toutes les deux heures.

Ou bien :

Stovaine.....	1 gramme.
Eau chloroformée.....	} à à 100 grammes
— de menthe.....	

Pour bains de bouche, toutes les deux heures.

Le point brûlé est-il circonscrit, on peut le toucher avec un collutoire :

Borate de soude.....	1 gramme.
Chloral hydraté.....	50 centigrammes.
Glycérine.....	30 grammes.

Ces petits morceaux de glace tenus en bouche dans l'intervalle des lavages ou des badigeonnages réduiront la cuisson.

Pour les brûlures des joues ou du voisinage de l'orifice buccal, appliquer l'un des liniments suivants toutes les heures, à l'aide d'un pinceau :

Menthol.....	1 gramme.
Comenol.....	10 grammes.
Huile d'olive.....	} à à 30 —
Eau de chaux.....	

Ou bien :

Huile d'olive.....	} à à 6 grammes.
Eau de chaux.....	
Salol.....	} 1 gramme.
Laudanum de Sydenham....	

(*Journ. des prat.*)

Variétés

Les conditions de la guerre moderne ont tellement changé avec le tir rapide et lointain, que tout est à modifier dans la médecine de guerre.

Au commencement de la campagne, on avait équipé à grands frais des ambulances volantes destinées à accompagner les détachements d'éclaireurs ou d'avant-garde. Ce fut une grosse erreur, car sous le feu de l'ennemi, qui porte maintenant si loin, il est littéralement impossible de faire le moindre pansement ou de ramasser même les blessés. La guerre moderne est devenue la boucherie la plus ignoble, malgré tout ce qu'on pouvait penser *a priori*. Sur le champ de bataille il est aussi impossible d'établir trop près la première ligne de pansement car l'artillerie la foudroie. C'est pourquoi les ambulances volantes devaient se mettre à l'abri du détachement actif, être une charge et une gêne constante, difficile à mobiliser et très coûteuse. Il fallait donc laisser les blessés là où ils étaient—car les ramasser sous les balles était impossible. Ceux qui reçoivent des balles dans les gros vaisseaux meurent d'hémorragie avant tout secours. Et à vrai dire n'ont été secourus que ceux qui ont pu se trainer sur les 5 ou 6 kilomètres qui séparaient le champ de bataille de la station de pansement.

Les blessés plus graves sont presque tous restés sur le champ de bataille, et *en hiver presque tous ont été gelés*. Comme, la plupart du temps, les Russes furent obligés de se retirer, les blessés les plus graves sont restés dans les mains des Japonais. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'ils ont pu être transportés du champ de bataille à la station de panse-

ment. Sur les 60 blessés que j'ai déjà vus dans mon hôpital, deux seulement ont été ramassés, tous les autres se sont traînés seuls jusqu'à la station. C'est dire qu'ils n'avaient pas de blessures trop graves.

Dans la première partie de la campagne, jusqu'à la bataille de Liao-Yang, il n'y a eu que de petits engagements avec peu de blessés relativement et encore moins de malades. C'est dans cette dernière ville que se sont échelonnés des lazarets de différentes origines : l'armée, la croix rouge, les zemstvo, les ambulances de la noblesse, etc. C'est là qu'il y a eu des hôpitaux très bien installés qu'il a fallu quitter à la hâte pendant la fameuse et "ordonnée" retraite de Kouropatkine.

Mais des hôpitaux furent installés à Moukden, dans des maisons chinoises et dans des constructions *ad hoc*, quelques-uns mi-souterrains. Ces derniers, de l'administration militaire, n'étaient pas toujours très heureusement organisées étant donnée la dépendance du médecin vis-à-vis du chef militaire. Et ainsi de suite pour tout ce qui concernait l'hygiène et la nourriture des soldats.

Pendant plus de six mois, les hôpitaux ont fonctionné à Moukden. Il faut avouer que pendant tout ce temps, tout l'hiver, entre la bataille de Cha-hé et la bataille de Moukden, l'état sanitaire de l'armée, malgré tous les bruits qui ont circulé ici, a été très satisfaisant. En été, il y a eu beaucoup de dysenteries, et encore pas trop graves. Le choléra, qui sévit tous les ans, par un miracle remarquable, n'a pas fait une seule victime cette année en Mandchourie. Cela étonne d'autant plus qu'*a priori* le choléra aurait dû sévir avec rage sur une foule dense et fatiguée.

De même en ce moment en Russie : on a tout préparé pour le choléra et le choléra ne daigne pas se montrer.

L'hiver est particulièrement sain en Mandchourie. Il y a

eu bien des cas de fièvre typhoïde, mais pas plus qu'à l'état de paix. Le scorbut a sévi aussi. Il y a bien eu quelques cas de tétanos, mais vraiment ce fut peu de chose. Je tiens tous ces renseignements de différentes publications, des affirmations de mes 60 blessés, de celle des nombreux médecins revenus de la guerre et enfin du Dr Follenfant, médecin principal de l'armée française, faisant partie de la mission militaire en Mandchourie. Ce dernier affirme qu'on n'a jamais constaté si peu de malades dans une campagne et que cela tenait à la bonne nourriture du soldat et à l'excellence du climat en Mandchourie.

L'expérience a encore prouvé que les grands hôpitaux sur la ligne d'évacuation Irkoutk, etc., sont tout à fait inutiles. On y a dépensé de grosses sommes, on y a immobilisé une grande partie du personnel médical presque en pure perte. Car après chaque combat il y avait de 50,000, à 100,000 blessés à panser à la fois. Comment les évacuer ? Les hôpitaux de Kharbine se sont montrés tout à fait insuffisants après la bataille de Moukden. Des blessés ont dû attendre jusqu'à dix jours pour être pansés. Il aurait fallu que tous les hôpitaux de Sibérie soient concentrés là. Quant aux blessés qui ne mouraient pas en route, ils arrivaient à Irkoutsk dans un état très satisfaisant, suffisant pour continuer plus loin.

Donc les ambulances d'avant-garde et les hôpitaux lointains d'évacuation se sont montrés inutiles.

Les médecins, en plus de leur étroite dépendance, se sont plaints encore du fait qu'on n'a nullement tenu compte de leur spécialité en Mandchourie. Il n'est pas rare d'y voir un chirurgien soigner les typhiques et un médecin qui n'a jamais opéré, être obligé de faire des amputations. Le transport des aliénés, si nombreux dans cette campagne, a été d'une difficulté extrême et il y a eu de nombreux suicides en route. Quant aux malades et aux blessés qui ont pu arriver à Petersbourg—à

mon hôpital j'en ai vu plus de soixante— ce sont des invalides ou des convalescents, ce ne sont plus des malades nécessitant un traitement hospitalier. D'ailleurs cela se comprend. Le filtrage de la mort a dû se faire, ainsi : combat, les blessés les plus graves jouchent le sol, impossibilité immédiate de les ramasser, à cause de la pluie des balles. S'il fait froid, ils meurent congelés, ou bien les Russes doivent quitter hâtivement le champ de bataille. D'ailleurs le nombre des blessés est tellement grand qu'une minime partie seulement peut être transportée. N'arrivent donc à la première étape que les blessés moins graves, qui ont pu se traîner quelques kilomètres. Là, séjour à l'hôpital et mort possible pour les plus malades, évacuation rapide des blessés moins graves. Si une aggravation se produit en route, mort ou arrêt dans un des hôpitaux sibériens. Si tout va bien, notre blessé arrive à Moscou ou à St-Pétersbourg. Ce n'est plus un blessé ni un malade—ce sera un mutilé ou un anémique.

Grâce à mes soixante malades, j'ai pu me faire un tableau très net de la vie de guerre.

Presque tous sont des paysans, arrachés à leur famille, à leur travail. Ils ont tous été blessés à la fameuse série de combats de Moukden et sont tous arrivés en Mandchourie assez tard, au commencement de l'automne dernier. Ils m'arrivent des différents corps de l'immense armée. J'ai été très étonné de n'en rencontrer qu'un seul, arrivé en Mandchourie en mars 1904. On pourrait conclure doublement que l'armée de Kouropatkine ne s'est formée que très tard, vers octobre 1904, ou plutôt que les soldats qui y étaient avant sont en grande partie déjà rentrés évacués, morts de maladie ou de blessures ou prisonniers. Autrement dit, entre le commencement de la campagne et la bataille de Moukden, deux armées se sont presque succédé. C'est dire combien cette guerre est meurtrière : un homme ne peut pas résister à toute la campagne.

Refaisons l'histoire de nos guerriers. Le plus grand nombre a été appelé sous les armes l'été passé, en pleins travaux champêtres. Ce sont tous des réservistes. La plus grande partie de l'armée active est restée en Russie garder l'empire, le trône et le capital. Après un mois d'exercices variés, les réservistes furent parqués par groupes et envoyés en Mandchourie dans des trains de marchandises transformés en rudimentaires wagons-lits. Quelle a été leur vie pendant les six semaines de leur voyage jusqu'à Kharbine? Les opinions discordent et cela se comprend. Le chef de chaque train militaire avait une assez grande latitude pour la nourriture de ses hommes. Ainsi pendant que quelques soldats me racontent qu'ils ont été assez bien nourris en route, d'autres me disent qu'ils l'ont été très mal et qu'il n'était pas rare de voir des scènes atroces dans le goût de celle-ci : Le train s'arrête ; un hurlement immense déchire l'air. Ce sont les soldats affamés qui, le deuxième jour, ne reçoivent plus de pain. Ce n'est qu'à grand'peine que les troupes qui défendent les gares retiennent ces malheureux ; — il y a d'ailleurs eu des actes de violence où les réservistes ont tout saccagé sur leur passage.

Le Dr Pospéloff, du 146^e régiment d'infanterie, n'est pas du tout du même avis. Dans son rapport officiel imprimé dans le journal médico-militaire, journal que tous les médecins militaires sont *obligés* de payer et d'acheter, il est dit que les soldats ont si bien passé leur temps en route et ont si bien mangé, que la plupart, au terme de leur voyage, ont gagné en poids et en force prise au dynamomètre. Voilà donc des avis diamétralement opposés. Il se pourrait que tout le monde ait raison.

Mais le voyage devait être assez fatigant puisque, arrivés à Kharbine, les soldats se reposaient plusieurs jours avant d'être envoyés sur les positions à Moukden. Nous arrivons ainsi devant l'ennemi, vers le mois de septembre. Je n'ai pas vu de

soldat, témoin oculaire, qui puisse me raconter l'histoire de la grande retraite depuis Turrentchen jusqu'à Moukden.

Je répète que ces soldats qui ont fait la première partie de la campagne se reposent tous : dans la fosse commune, dans leur famille ou au Japon. Je puis seulement dire, d'après le rapport officiel du Dr Strawinsky, médecin-major du 5e régiment d'infanterie, que la morbidité et la mortalité des troupes ont été beaucoup plus grandes pendant l'été 1904 que pendant l'hiver suivant. Le soldat russe avec son équipement si lourd est très mal défendu contre les chaleurs de Mandchourie (parfois 55°).

Il y a eu un très grand nombre d'insolations et de dysenteries.

Nous arrivons au mois de septembre : Combat de Scha-hé. Plus de 40,000 blessés en quelques jours et l'automne déjà très froid qui arrive. C'est là que l'insuffisance d'hôpitaux et de bras se fit déjà sentir.

L'évacuation se fit dans des conditions hygiéniques assez mauvaises, car les trains sanitaires n'ont pu évacuer qu'un vingtième et moins encore du chiffre total des blessés. Pour les autres on dut se contenter de wagons de marchandises transformés en salles d'hôpital, ce qu'on appelle des "téplouchka", parce que ces wagons de marchandises étaient munis d'un poêle et garnis de feutre, donc pouvaient être "chauds" (en russe : chaud, *téplo*). J'ai décrit dans une autre de mes notes les scènes déchirantes de ces hôpitaux roulant à travers les steppes sibériennes. Revenons à nos soldats de Moukden.

La bataille du Sha-hé a fini comme on sait. L'hiver mandchourien arrive cruel et rapide. Le russe lutte mieux contre le froid.

Il y a eu arrêt des grandes actions depuis octobre jusqu'à mi-janvier (bataille de Sau-dé-pou avec le général Grippenberg :

40,000 morts chez les Russes), puis nouveau repos jusqu'à la grande bataille de Moukden (commencement de mars 1905).

Pendant tout cet arrêt forcé, ce fut l'hiver terrible de Mandchourie avec des froids allant jusqu'à -45° , des vents atroces et presque pas de neige.

Les officiers ont passé l'hiver dans des maisons chinoises (fanza) très mal construites et les soldats dans des espèces de casemates rudimentaires. Ces casemates étaient des tanières couvertes de chaume ou plus exactement de gao-lyan. L'espace était assez grand pour qu'un homme y puisse tenir debout ; il y avait même un poêle à l'intérieur pour y brûler le même gao-lyan et réchauffer l'air. Les hommes couchaient par terre. La nourriture était apportée la nuit, car le jour on tirait sur la moindre apparition.

Les fourneaux mobiles, très répandus dans l'armée russe, ont rendu de véritables services ; les hommes recevaient de la viande en quantité suffisante mais le pain était assez mauvais et dur à casser en morceaux. L'impression générale est qu'ils étaient assez bien nourris pendant l'hiver de Moukden.

En revanche pas de linge et impossibilité d'aller laver son linge à la rivière gelée. Tous les hommes étaient littéralement dévorés par les insectes (*pediculus vestimenti*) et de temps en temps ils secouaient leur chemise sur un beau feu flambant pour en griller quelques-uns... c'était le seul moyen qu'ils savaient employer. Un certain nombre d'hommes restaient dans les tranchées debouts dans le fossé humide pendant des journées... C'est là que beaucoup de soldats contractèrent ce que les médecins de Mandchourie ont appelé la maladie des tranchées. C'est un syndrome complexe : œdème des membres inférieurs, douleurs rhumatismales et troubles cardiaques. Ensemble dû à la fatigue, à l'humidité et à la position verticale prolongée jusqu'à l'exténuation.

J'ai eu des hommes qui ont passé ainsi des semaines dans les tranchées.

Mais la masse de l'armée luttait assez bien contre les éléments et la morbidité de l'hiver ne fut pas considérable. Le scorbut ne s'étendit relativement que très peu (sauf à Port-Arthur).

Parmi les blessés que j'ai vus à l'hôpital Troïtzky il y en a quelques uns d'assez curieux.

I.—Un homme a reçu une balle au milieu de la crête nasale ; orifice de sortie : apophyse mastoïde droite ; guérison totale.

II.—Deux cas de traversée de l'épaule avec intégrité totale de tous les mouvements, mais *paralysie radiale*.

III.—Un homme voit sa poitrine traversée par une balle, il rentre à pied se faire panser malgré une hémoptysie assez considérable.

IV.—Un soldat reçoit une balle dans la nuque à côté de la troisième cervicale (c'était pendant la panique) ; orifice de sortie : l'os malaire gauche. La balle a traversé la base du crâne pour sortir dans le massif facial et, par son passage, elle n'a laissé qu'une hémiatrophie de la langue (lésion du grand hypoglosse).

V.—Un soldat reçoit une balle au milieu de la cuisse fortement fléchie ; à l'examen on constate six perforations. Et voici le trajet curieux de cette balle : premier orifice au milieu de la face antérieure de la cuisse ; deuxième orifice, face postérieure de la cuisse ; troisième orifice, au milieu du mollet ; quatrième orifice, face antérieure de la jambe ; cinquième orifice, face dorsale du pied ; enfin sixième orifice de sortie, la plante du pied. Voilà donc une balle qui a traversé : cuisse, jambe et pied avec guérison totale et sans le moindre éclat osseux.

VI.—Un homme reçoit une balle de shrapnell dans l'aîne il arrive à l'hôpital avec une fistule. On sent sa balle dans la

peau du périnée, incision et extraction de la balle ; là, pas trace de suppuration. La fistule n'était pas entretenue par la balle mais par l'ouate et les poils pubiens qui étaient tout au fond du trajet fistulaire et qui ne communiquaient pas avec la balle.

Mais à Pétersbourg on ne voit que les cas heureux. C'est seulement sur place qu'on peut juger.

Le Dr Wreden, chirurgien en chef de l'armée de Mandchourie, résume ainsi ses impressions sur la balle japonaise (*Rousski Vratch*, 18 juin 1905) :

"La balle serait humanitaire si la guerre se faisait en été, dans un endroit sec, sur un terrain mou, sans rocher, loin de bâtiments pouvant faire ricocher les balles, si l'ennemi ne visait pas la tête, si les coups n'étaient pas portés plus près de 250 pas, enfin si les soldats vidaient soigneusement leur intestin et leur vessie avant le combat. Voilà une formule satisfaisante en théorie mais qui en pratique est irréalisable".

Donc Wreden, à son retour à Petersbourg au bout d'un an d'expérience en grand, nie l'humanitarisme des balles japonaises. Voici d'ailleurs ses remarques : la balle japonaise agit en rapport avec la distance, avec le ricochet et le contenu en liquide de l'organe frappé. La balle qui a ricoché produit des effets explosifs comparables aux balles "dum-dum". J'ai déjà fait cette remarque à propos des blessés que j'ai vus à Petersbourg à la suite des troubles du 22 janvier. Toute balle qui, avant de frapper le soldat, est venue se réfléchir sur un objet dur dans le voisinage, se déforme mais garde encore assez de force vive pour produire des effets explosifs parfois atroces. Il en est de même si la distance est trop courte, de 100 à 300 pas. Ce qui est arrivé également à St-Petersbourg. Quand le coup est tiré de trop près, la balle possède une force vive terrible, c'est pourquoi elle devient alors brisante.

Il se trouve ainsi que le Dr Wreden, sur un champ d'expé-

rience infiniment plus vaste que le mien, a confirmé purement et simplement ce que j'avais vu à St-Pétersbourg le 22 janvier. Donc, la balle russe est aussi peu humanitaire que la balle japonaise.

Quand la balle frappe un vaisseau, alors—si la distance n'a pas dépassé 200 pas—le sang mis en vibration fait explosion sur une large étendue. A cette distance le cœur et les gros vaisseaux sont réduits en miettes. Si la distance augmente, l'effet explosif ne se remarque plus, il ne reste que l'effet perforant. Le vaisseau peut se fermer entièrement, mais les anévrysmes traumatiques sont très fréquents.

La forme des orifices d'entrée et de sortie ne dépend pas tant de la distance que de l'angle de touche. L'orifice d'entrée est plus petit que celui de sortie, surtout si un os a été frappé et brisé par la balle. La fracture des os spongieux est moins grave que celle des os longs. Les os n'éclatent pas si le coup est tiré à moins de 100 pas; ceci pour les épiphyses et les os spongieux. Mais pour la diaphyse, il faut au moins 800 pas pour ne pas rencontrer des éclats osseux.

Les plaies du crâne sont mortelles à moins de 200 pas, par suite de l'explosion du contenu cranien; à 100 pas, une grande partie du cerveau et de la boîte crânienne saute. Quant aux plaies pénétrantes du crâne, elles sont le plus souvent mortelles, même à 1,000 pas. Ce n'est qu'à partir de 1,200 pas qu'on a pu voir des plaies pénétrantes du crâne avec guérison.

A 100 pas les plaies de la face sont horribles. Le maxillaire inférieur éclate en petits morceaux.

Jusqu'à 400 pas les plaies du cou sont mortelles; à partir de ce point, les plaies pénétrantes du cou peuvent guérir, à condition qu'il n'y ait pas d'anévrysme des vaisseaux cervicaux.

Ce sont les plaies du poumon qui s'accroissent le mieux de la balle moderne. La distance n'a d'importance que pour

savoir si la balle a pénétré dans l'espace intercostal ou si, avant, elle a touché un os. Car alors les os, les éclats osseux font infiniment plus de mal que la balle. Même dans ce cas, si le pneumothorax n'est pas violent, les malades ont pu se traîner ou se tenir à cheval jusqu'au premier poste de pansement.

Les plaies abdominales sont mortelles jusqu'à 200 pas, par suite de l'action du contenu gastro-intestinal sous l'immense force vive de la balle. Mais à partir de 400, on ne remarque plus d'effets explosifs. La balle peut traverser des organes pleins ou creux sans résultat grave.

Les plaies de la colonne vertébrale sont dangereuses, à cause de la moelle épinière.

Les amputations sont beaucoup plus rares que jadis. Wreden n'a fait qu'une amputation sur 200 blessés. Mais il attribue ce fait plutôt aux progrès de la chirurgie qu'à la noblesse des balles japonaises.

Les plaies des os s'aggravent du fait que la résistance osseuse déforme la balle, ce qui arrive surtout pour le bassin et le fémur. Les balles déformées et les balles ricochées sont les plus dangereuses. En hiver, la balle fait ricochet sur la glace, sur le sol gelé. En été sur le sol mouillé, sur le sol rocheux et même à la surface de l'eau, très souvent sur les objets environnants; c'est pourquoi les artilleurs reçoivent souvent des balles déformées par la présence du canon voisin.

Bref, d'après Wreden, les traumatismes les moins graves s'observent sur les parties molles (sauf les vaisseaux et les nerfs), dans les poumons et dans les os spongieux.

Mais si d'un autre côté l'on ajoute qu'à *moins de 250 pas toutes les balles font effet explosif*, que *la balle moderne porte très loin*, que *le tir est plus juste* que jadis et *beaucoup plus rapide*, il ressort que *la balle moderne est en réalité beaucoup plus sanguinaire*. Pour quelques cas de guérison miraculeuse après

perforation du crâne ou de l'abdomen, guérison due plutôt au progrès de la chirurgie, combien de morts ! et combien d'estropiés ! beaucoup plus que dans les guerres d'autrefois.

Voilà pour l'humanitarisme des balles modernes.

D'après les dernières dépêches du général Linievitch, il ressort que l'effet des balles japonaises est de plus en plus brisant ; il accuse nettement les japonais d'employer des balles explosives. Il s'agit très probablement de balles à enveloppe cuprique. La gaine de cuivre éclate très facilement et l'effet brisant et déchirant s'ensuit fréquemment. Les Japonais, obligés de mettre en activité de vieux fusils et de vieilles balles, emploient maintenant des balles de cuivre. Voilà pourquoi la guerre devient encore plus atroce. C'est comme la flamme qui s'élève très haut avant de s'éteindre définitivement.

Dr. MARCOUX,

(Arc. Gén. de Méd.)



COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

L'élection d'un Gouverneur pour le District de Québec, N° 4, comprenant les comtés de Québec, Portneuf et Montmorency, a eu lieu le 16 courant, et le Dr Phydime Dolbec, de St-Casimir, a été élu comme remplaçant de feu le Dr M. Brophy.

A. A. MARSOIS, M. D.

Régistrare C. M. C., P. Q.

159, St-Denis, Montréal

Montréal, 17 août 1905.

UN PROGRÈS REMARQUABLE EN PHARMACEUTIQUE

Les deux troubles fonctionnels assez communs de nos jours pour être considérés comme des maux nationaux sont la mauvaise assimilation et la neurasthénie. La première de ces maladies est la cause fondamentale de toutes les consomptions et la seconde est la base de la plupart des mauvaises digestions, des névralgies, des anémies et des différentes formes d'hystérie avec ses variétés multiples.

Ces troubles variés et à première vue si différents sont unis par des liens plus étroits qu'on ne serait porté à le croire. Un symptôme commun à toutes ces affections c'est la pauvreté du sang—ce qui veut dire que et la qualité et la quantité du sang ne sont pas ce qu'il devront être. Ce fait est devenu patent aujourd'hui que dans la plupart des maladies le premier soin du médecin est de mettre sous le microscope un échantillon du sang du malade qu'il a à traiter.

Un individu porteur d'une quantité normale de sang de bonne qualité ne peut être en même temps porteur d'une maladie grave.

Le dyspeptique et le neurasthémique sont toujours des anémiques et le traitement rationnel de l'un et de l'autre consiste toujours dans la " *restitutio ad integrum* " de leur milieu sanguin. L'anémique se nourrit mal, ou s'il mange bien il ne digère pas ses aliments et par conséquent n'en tire pas profit.

Autrefois on n'avait guère que la teinture de fer pour combattre l'anémie. On s'en sert encore un peu et à part quelques dents perdues et quelques bouches dépeuplées, on lui donne encore crédit pour certaines cures. Seulement les médecins instruits ne s'en servent plus guère parce que les préparations qui la remplacent sont en abondance sur le marché. Les trois ou quatre générations précédentes s'en servaient, elle gâte les dents, dérange l'estomac, constipe les malades, noircit les selles, et son goût est très désagréable.

Aujourd'hui l'art pharmaceutique a fait des progrès. L'apothicaire arriéré a fait place au pharmacien entraîné, et on peut faire un bon traitement martial sans avoir la peine de faire avaler les médicaments à travers un tube en verre. Aussi le médecin serait-il sérieusement empêché sans le pharmacien manufacturier se trouve dans leurs préparations la réunion efficace de la facilité d'assimilation du remède avec le bon goût de la préparation.

Un des exemples les plus frappants de ce progrès se trouve dans la préparation partout connue et employée sous le nom de Pepto-Mangan de Gude. Ce médicament a tous les avantages d'une bonne préparation de fer sans ses inconvénients d'autrefois. Les succès en clinique sont si marqués et si sûrs que le médecin qui s'en est servi une seule fois à bon escient ne le met plus de côté pour revenir à l'ancienne teinture de Perchlorure de fer.

Les rapports satisfaisants du Pepto-Mangan de Gude arrivent tous les jours et de tous les côtés.

UN TRAITEMENT EFFICACE DES ULCÈRES DE LA JAMBE.

Pour traiter les ulcères de la jambe il est important d'en connaître la cause. Dans les ulcères tuberculeux, diabetiques, ou syphilitiques le traitement de l'affection causale a une grande importance. On doit faire disparaître tout ce qui pourrait gêner la circulation veineuse, tel que la constipation; on doit veiller à l'état général du malade. La jambe doit être rendu aseptique par l'emploi du savon Sirol suivi d'une irrigation avec la solution de Thiersch. Il est toujours bon quand c'est possible, de garder le malade au lit pendant le traitement, et de lui appliquer une bande roulée depuis les orteilles en montant jusqu'à deux pouces au dessus de l'ulcère. Dans les ulcères variqueux il est bon, quand cela est possible, d'exciser les veines. Les ulcères dont le fond est recouvert de fongosités, ou dont les parois spacèlent doivent être curettés, irrigués avec la solution de Thiersch et pansés toutes les 24 ou 48 heures avec des compresses chaudes imbibées de la même solution. Quand la surface de l'ulcère présente une bonne apparence on doit faire des applications de Bovinine trois fois dans les 24 heures. Chaque pansement doit être fait avec le plus grand soin. Il est impossible de guérir un ulcère dont le fond est couvert de granulations malsaines; une surface semblable ne peut profiter des propriétés nutritives considérables que possède la Bovinine. Ce traitement peut être appliqué à n'importe quel espèce d'ulcère.

Dr J. RYLE, Stamford, Conn.

REVUE DU RAPPORT DE LA COMMISSION SUR L'ANÉMIE DANS LE PORTO RICO SUR L'UCINARIASE.

La commission nommée, dans le mois de février, 1904, pour l'étude de l'anémie dans le Porto Rico et son traitement a fait rapport au Gouverneur de cet île. Ce rapport imprimé en espagnol et en anglais couvre au delà de 200 pages.

Cette commission était composée d'hommes, dont chacun était un expert dans sa spécialité. La peine que ces messieurs se sont donnée pour maîtriser les moindres détails de leur sujet, et l'analyse minutieuse qu'ils ont faite de tout ceux entrepris dans l'intérêt de la santé publique.

Dès 1899, le Dr Bailey K. Ashford, qui devint plus tard membre de cette commission, trouva l'Ankylostôme dans les fèces des malades anémiques qui encombraient les hôpitaux de Ponce. C'était la première fois que l'on démontrait la présence de ce parasite à Porto Rico, et la première indication que la maladie connue là sous le nom de l'anémie était réellement l'ankylostomiasis ou l'ucinariase. Cette maladie s'est étendue tellement que dans quelques années au moins 90% de la population était affecté.

La Commission établit des hôpitaux, des tentes, d'abord à BAYAMON, et plus tard à UTUADO, dans au des districts les plus anémiques de l'île.

Les indications du traitement étaient de chasser le parasite d'abord, et de guérir l'anémie ensuite. Pour tuer le parasite la Commission a employée le thymol, la fougère male, et le naphthol beta.

Le traitement se faisait comme suit—d'abord on administrait une dose purgative de Mag. Sulph. ; le lendemain le malade jeunoit jusqu'à une heure de l'après-midi quand il prenait le thymol à doses n'excedant pas 4 grammes ; puis il était purgé de nouveau pour chasser le parasite tué par l'antiseptique. La première purgation vide l'intestin, emporte le mucus, etc, et permet au thymol d'agir directement sur l'ankylostome ; ce traitement était répété toutes les semaines tant que les fèces présentaient des indications de la présence de l'ucinaria.

Tandis que les purgations diminuent la quantité des toxines accumulées dans l'économie et expulsent de l'intestin les parasites tués par le thymol, elles ne guérissent pas le malade. Ces remèdes ne font que mettre le malade en état de profiter de l'administration de remèdes reconstituants.

Dans les anémies les plus graves on a donné le fer. LA SEULE SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE EMPLOYÉE PAR LA COMMISSION ÉTAIT LE PEPTO-MANGAN (GUDE), tous les autres remèdes étaient des préparations de la pharmacopée. Au delà de 18 pages du rapport sont occupées par l'histoire des cas qui ont été traités par le PEPTO-MANGAN, ceci prouve que les membres de la commission avaient une grande confiance dans le PEPTO-MANGAN (GUDE) et démontre l'efficacité hors ligne de cette préparation dans une des formes les plus graves de l'anémie—l'ucinariase ou anémie des mineurs.

En lisant le rapport de la commission, le caractère non équivoque des observations est clairement démontré, et cependant les résultats obtenus indiquent tellement la supériorité du Pepto-Mangan (Gude), que même s'il n'y avait pas d'autres témoignages de son activité thérapeutique, ce rapport seul suffirait pour établir que le Pepto-Mangan est le premier des préparations hématogènes. Les 18 cas traités par la Commission avec le Pepto-Mangan (Gude) ont été choisis parce qu'ils étaient très graves ; par conséquent c'était l'épreuve la plus rude à laquelle put être soumise une préparation de fer. Les résultats obtenus par ce traitement ont été extrêmement satisfaisants.

LE FER COMME REMÈDE

Dè temps immémorial le fer a été considéré comme un des piliers de la thérapeutique, spécialement comme médicament hématopoiétique. Mais à moins de donner le fer sous une forme absorbable, on aurait autant de succès à prescrire du coton absorbant, des boulettes de grain, ou des petites pierres. Quand on veut augmenter le nombre des globules rouges, les rendre plus riches en hémoglobine, on doit être sûr que la préparation de fer ordonnée doit être à l'abri de tout reproche. Les faits depuis plusieurs années prouvent que le manganèse, un bon remède par lui-même, augmente la valeur du fer quand les deux sont associés.

Le Dr Gude, un chimiste allemand de renom, a fait œuvre réellement utile en présentant à la profession médicale le produit d'expérimentation sérieuse tant au laboratoire qu'à l'Hôpital, savoir le produit qu'il a appelé le Pepto-Mangan.

On peut ajouter aux centaines de recherches cliniques les quelques lignes du Docteur J. W. Frieser, de Vienne, Autriche ; il dit :

"Le Pepto-Mangan contient du fer et du manganèse combinés aux peptones dans des proportions telles que le mélange est facilement assimilable ; le médicament est rapidement et complètement absorbé dans le sang ou donne toute son action. Les peptones, produits digérés d'avance, ne requièrent aucun effort de la part de l'organisme pour achever leur absorption, point important chez les anémiques et les chlorotiques dont les facultés digestives sont souvent beaucoup diminuées. C'est un fait capital car ces cas, le processus de la digestion, et la sécrétion du suc gastrique sont retardés quelquefois abolis ; la nutrition générale est gâtée et le suc gastrique est hyperacidifié. J'ai absorbé avec beaucoup de satisfaction que pendant l'emploi du Pepto-Mangan, médicament, remarquablement adopté aux exigences de ces conditions morbides, il n'est survenu aucun inconvénient du côté de l'estomac ou de l'intestin. Au contraire, sous l'action de ce médicament, et l'appétit et la digestion s'améliorent de façon remarquable.

En règle générale un traitement au Pepto-Mangan améliore en même temps la teneur du sang en hémoglobine et en globules rouges, et l'état de santé générale et la force musculaire. L'apparence du malade, son appétit deviennent meilleures ; la digestion et la nutrition font des progrès visibles ; le patient se sent mieux, plus vivant, plus fort. Les troubles du système digestifs, pesanteur ou douleurs à l'épigastre, nausées, sensation d'engourdissement, diminution de l'appétit, constipation, etc., que l'on rencontre si fréquemment dans l'emploi des préparations du fer, surtout dans les préparations inorganiques, disparaissent presque complètement avec l'emploi de Pepto-Mangan de Gude. Au contraire, mon expérience me porte à croire que ce médicament est spécialement utile dans ces cas où il y a tendance à la constipation ou à l'atonie des organes digestifs."