

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. ROULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. LeSAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef,
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVII

1er AVRIL 1908

No 4

MEMOIRES

CANCERS DE LA FACE ET RADIOTHERAPIE (1)

OBSERVATIONS ET PRESENTATION DE MALADES

Par M. le Docteur HENRI LASNIER,
Chirurgien-radiologiste, Membre de l' "American-Electro-Thérapeutique-Association",
de New-York.

En général, tout cancer qui peut être opéré, doit l'être. Une exception cependant existe à cette règle. C'est pour les cancers à la face, où la radiothérapie seule, ou associée à une *opération bénigne* est la méthode de choix.

Il nous serait facile si nous voulions faire le procès de la méthode de citer de nombreuses et importantes statistiques à l'appui de cancers, non seulement superficiels, mais profonds, guéris par ce moyen. Notre but est seulement de vous citer des faits, de vous communiquer trois observations personnelles.

1ère Observation. — Cancer de l'oreille et de l'angle interne de l'œil.

Le 7 mai 1907, nous était adressé par M. le professeur Foucher,

(1) Communication à la Société Médicale, séance du 17 mars.

M. P., de St-Henri, avec le diagnostic de cancer de l'oreille et de l'œil.

Le malade, 70 ans, il y a six ou sept mois, avait vu paraître à l'oreille gauche, d'abord, et ensuite à la racine du nez près de l'angle interne de l'œil, une petite ulcération sur laquelle une gale se formait continuellement, malgré tous les traitements employés.

A maintes reprises des cautérisations furent faites avec des acides.

Depuis 1906, ces ulcérations s'étendant, devenant envahissantes d'une façon alarmante avaient amené le patient à consulter un spécialiste.

1° *A l'œil. Lésions.*



Cancer de l'angle interne de l'œil et de l'oreille.

Au commencement du traitement ayant détruit la caruncule lacrymale, l'épithélioma s'enfonçait comme un coin à l'angle interne à une profondeur d'un demi pouce. Il avait envahi les paupières supérieures et inférieures, ainsi que les culs-de-sac conjonctivaux dans leur moitié interne.

Deux bourrelets hypertrophiques continuant le bord des paupières, fortement pressés l'un sur l'autre, masquaient la cavité presque complètement. Ce n'est qu'en écartant fortement les paupières qu'on pouvait les séparer et voir le fond de la cavité.

Tout le pourtour était infiltré et présentait ici et là, des nodules de la grosseur d'un pois ou d'une fève. Les mouvements de l'œil étaient très limités.

Il y avait en outre une très forte conjonctivite et de l'épiphora.

2° A l'oreille

Une ulcération hypertrophique occupait toute la conque et le canal auriculaire. Le pavillon, tout autour, était infiltré, épaissi. Le pourtour de l'ulcération était taillé à pic, saignait au moindre contact. Seuls le lobule, l'hélix et le tragus étaient intacts.

La lésion avait perforé le cartilage de l'oreille au centre, envahi la peau derrière l'oreille, formant une espèce de tumeur qui éloignait l'oreille de la tête de deux travers de doigts.

Pas d'histoire de syphilis. Notre ami, monsieur le Dr Roy, oculiste, a aussi examiné le malade sur notre invitation et admis le diagnostic de cancer.

L'examen histologique n'a pas été fait. C'est une lacune, mais nous croyons qu'au point de vue clinique la nature cancéreuse de la lésion ne fait pas de doute.

M. P. . . , le malade a bien voulu se mettre à notre disposition. Nous prions les membres de cette Société de vouloir bien examiner ce malade, et en même temps les photographies prises avant le traitement.

Vous voudrez bien aussi examiner cet autre malade, M. N. . . , atteint de cancer de l'aile droite du nez, guéri aussi par les rayons X.

TRAITEMENT.

Le patient a été traité par les doses massives, mesurées par les pastilles Holshnets, et appliquées avec localisation limitant les rayons à la région malade.

Nous nous sommes fort préoccupé tout d'abord de protéger l'œil au moyen d'une cupule en plomb bien adaptée au globe de l'œil (après cocaïnisation), mais un peu plus tard nous avons renoncé à cette précaution, ayant su de M. le professeur Gaucher, de Paris, lors de sa visite à Montréal avec monsieur le professeur Hallopeau — que l'œil n'était pas après tout si sensible qu'on l'avait d'abord cru aux rayons X, et qu'aujourd'hui on se préoccupait peu de le protéger.

De suite les lésions se montrèrent sensibles à l'action des rayons. Le phénomène habituel de nettoyage de la plaie fut très net après la deuxième séance.

Les bourrelets qui masquaient le fond de ce petit cratère du coin de l'œil fondirent à la troisième séance, rendant alors le fond plus visible.

Cette fonte du néoplasme confondue par le malade avec un agrandissement de la plaie créa chez lui l'impression que les choses s'aggravaient. Nous eûmes besoin de toute notre conviction pour lui faire comprendre qu'il ne fallait pas confondre ce qui était l'effet des rayons X avec ce qui était l'effet de la marche en avant de la maladie, pour l'encourager et le défendre contre un entourage sceptique. Toute infiltration de surface était disparue après la huitième séance.

Nous avons eu le tort de discontinuer de traiter l'œil pour ne nous occuper que de l'oreille où les lésions étaient de beaucoup plus considérables. Cette faute a été cause que deux mois après la cessation du traitement, nous avons eu la désagréable surprise de constater l'apparition d'une ulcération au cul-de-sac conjonctival supérieur et inférieur et de petites masses qui pointaient dans la cavité orbitaire au-dessus de l'angle interne.

N'expérimentant pas *in anima vili*, notre devoir n'était tant à prouver l'efficacité des rayons X pour le moment, que de guérir notre malade, et au plus tôt. M. le Dr Foucher et moi décidâmes d'appeler la chirurgie au secours de la radiothérapie, non pas par aveu d'impuissance de la méthode que nous employions jusque là, mais parce qu'il s'agissait d'aller vite; la lésion marchant rapidement, ne voulant rien compromettre des intérêts du malade. D'ailleurs, l'opération ne gênera ici rien à notre observation. Vous allez voir quelle opération bénigne a été pratiquée, puis restera l'oreille, vierge elle de toute autre intervention que de celle des rayons X.

OPÉRATION.

1° Incision d'un lambeau triangulaire sur la paupière supérieure à base du côté de la racine du nez. Relèvement de ce lambeau, pour mettre à nu les proliférations qui pointaient dans la cavité orbitaire.

Fuyant sous le doigt au milieu des parties molles, elles n'ont été enlevées qu'en partie. Pour être certain de tout enlever, il aurait fallu faire un évidement presque complet de cette partie

de l'orbite. M. le Dr Foucher s'est contenté d'en enlever une, en entier, et la pointe seulement de deux autres sont restées. Une cautérisation des surfaces d'implantations, puis l'enlèvement de la glande lacrymale à cet endroit.

Restait à curetter l'ulcération des culs-de-sac conjonctivaux, et à remédier à l'épiphora inévitable, vu que les conduits lacrymaux étaient oblitérés. C'était en même temps remédier à la conjonctivite.

Une incision à l'angle interne de la paupière inférieure mettait à nu l'ulcération du cul-de-sac conjonctival. Là l'épithélioma, à notre surprise, s'étendant beaucoup plus loin que nous ne pensions. Il fut cureté énergiquement et cautérisé ensuite, et l'intervention se terminait par une autoplastie afin de donner plus d'ouverture à la fente palpébrale rétrécie par la cicatrice.

La plaie a été tamponnée à la gaze aseptique, laissée ainsi béante pour transformer les lésions profondes en des lésions superficielles pour les rayons X, vu que rien désormais ne s'interposait

Les premières séances ont été données à travers le pansement, ayant eu soin d'employer la gaze aseptique au lieu de la gaze iodoformée qui intercepte les rayons.

Le lambeau s'est rétracté en un petit mamelon rouge que nous avons fait cauter d'un coup de ciseaux, tel qu'indiqué par la flèche.

En somme, opération bien économe, bien conservatrice, bien incomplète, et qui, à coup sûr, par elle-même ne pouvait avoir la prétention d'être curative.

La méthode chirurgicale ayant pour principe d'enlever tout le mal sans s'occuper de la façon dont cela se réparera, de considérer l'économie comme nuisible dans l'espèce, d'enlever le plus largement possible tout ce qui paraît malade ou simplement suspect, eut été forcée de faire un traumatisme beaucoup plus considérable. Les deux paupières, les sacs lacrymaux et l'orbite étaient envahis.

C'est un traumatisme, une défiguration énorme qu'il eut fallu produire.

Vous voyez, par comparaison, combien plus humaine a été l'opération de M. le Dr. Foucher, et combien supérieure au point de vue esthétique de la réparation.

Les rayons X qui ont précédé et suivi cette petite intervention lui ont permis par leur concours de ne s'attaquer qu'au néoplasme, tandis que la méthode chirurgicale lui eut fait ici un devoir d'en-

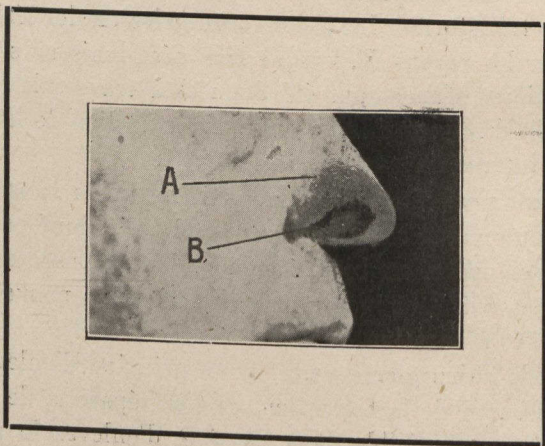
lever non seulement l'épithélioma, mais aussi *locum ubi epithelioma erat*, dans sa crainte justifiée de la récurrence, ne laissant pour ainsi dire rien qui peut aider à la réparation.

Voudrait-on mettre en doute la part exercée par les rayons X et attribuer le résultat à l'opération bénigne que nous avons faite. Nous dirions: voyez l'oreille, sur le même sujet, pour une lésion certainement de même nature. Là, les rayons X seuls ont été employés.

Les mêmes considérations s'appliquent aux autres cas — nous serons rapide.

Deuxième Observation. — Malade de M. Hervieux.

Récurrence après opération qui avait enlevé ce qui manque de l'aile droite du nez.



A et B indiquent les surfaces avant et après traitement.

Il a présenté ceci de particulier que le traitement a d'abord semblé tout à fait inefficace pour les huit premières séances.

Nous en sommes venus à la conclusion, que peut-être nous n'avions pas encore donné la dose suffisante pour venir à bout de cette résistance, et nous donnâmes d'un seul coup 110 h. de Holchnecht.

Il s'en suivit une dermite intense, qui encore ici découragea le malade comme toujours, mais nous remplit d'espérances justifiées dans la suite.

Car huit jours après, de l'ulcération il ne paraissait presque plus rien. Le malade nous revenant souriant, la cicatrisation était presque complète. Il n'a reçu ensuite qu'une seule séance de 5 h. ; en tout 55.

CONCLUSION.

Les rayons X sont une arme nouvelle et puissante contre les cancers, capables par eux-mêmes d'opérer la guérison dans bien des cas, en s'associant à une opération bénigne dans d'autres.

Ils sont l'aide, le complément indispensable qui doit précéder ou suivre toute opération de cancer, qui veut être curative, car leur action élective sur les cellules cancéreuses laissées dans les chairs complètent l'action du bistouri.

Leur concours est encore précieux même dans les cas désespérés, car ils sont encore le meilleur des palliatifs contre la douleur.

TUMEUR " PAS ORDINAIRE " DES FOSSES NASALES. — CONJONCTIVOME OU TUMEUR CONJONCTIVE A TISSUS MULTIPLES (1)

Par M. AMÉDÉE MARIEN

Chargé de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Je vous présente une malade et des préparations histologiques avec une étude clinique et une analyse anatomo-pathologique, dont le titre *Tumeur pas ordinaire des fosses nasales*, vous paraît aussi original que peu précis et mal défini.

Je n'ai pas voulu classifier, avec plus de précision, cette néoplasie des fosses nasales, pour plusieurs raisons, que je vais vous exposer, et je vous demande de bien vouloir m'éclairer de vos connaissances, et de me faire part de vos opinions, sur le diagnostic et le pronostic qui doivent être faits de cette affection.

Il s'agit d'une tumeur qui envahit toute la fosse nasale gauche depuis la narine jusqu'à l'arrière cavité des fosses nasales, dans laquelle elle fait saillie; elle pénètre dans la fosse nasale droite par l'orifice rétro-nasal et par la cloison effondrée. Mais c'est dans le sinus maxillaire gauche qu'elle paraît s'être développée le plus activement. En effet, la face antérieure ou jugale, la face

(1) Communication à la Société Médicale, séance du 3 Mars 1908

supérieure ou orbitaire, de même que l'apophyse montante du maxillaire supérieur sont bombées et causent une déformation sérieuse de la face. L'œil gauche présente de l'exophtalmie, parce que la voûte sous-orbitaire est perforée et la tumeur repousse l'œil en dehors de l'orbite. Au premier abord cette déformation de la face donne l'apparence d'un sarcome du maxillaire supérieur.

Voici le résultat de l'examen rhinoscopique fait par mon confrère le Dr Roy.

“A la rhinoscopie antérieure du côté gauche nous constatons une destruction partielle des cornets, résultat des deux premières opérations, et de l'envahissement néoplasique.

La cloison qui est également prise a été repoussée à droite, et il existe une perforation vers sa partie médiane. Le côté droit est entièrement bouché.

La rhinoscopie postérieure, aidée du releveur du palais de Moritz-Schmidt, permet de constater une tumeur qui descend dans le pharynx jusqu'au niveau de la base de la luette.

Ce néoplasme n'origine certainement pas de la paroi postérieure pharyngée puisqu'il nous est possible avec une sonde recourbée “ad hoc” de nous assurer qu'il n'a aucune adhérence avec la muqueuse de l'apophyse basilaire. Il remplit entièrement l'oropharynx et le repousse en avant le palais mou.

Aucun symptôme bien important du côté des oreilles.

A l'examen de l'œil, outre l'ectropion cicatricielle et l'exophtalmie, nous constatons une légère opacité du cristallin droit. Il n'y a pas d'atrophie du nerf optique ni de papillite. La vision est relativement bonne; cependant, la malade accuse une légère diplopie dans le regard en haut et en dedans — œil gauche.

Cette tumeur qui a dû originer probablement aux dépends de l'ethmoïde et qui a envahi ensuite les tissus environnants ne s'est pas encore propagée au sinus maxillaire droit, car la diaphanoscopie nous laisse voir de ce côté la joue transparente et la pupille lumineuse.

“Le sinus frontal gauche semble participer à l'inflammation, puisqu'il commence à être sensible.”

— Ce néoplasme a la consistance ferme et élastique des tumeurs fibreuses. Dans le sinus maxillaire et dans les fosses nasales il se présente sous une masse uniforme de tissus; ses prolongements

naso-pharyngiens sont légèrement mamelonnés, ses surfaces extérieures sont lisses et ont une coloration d'un blanc jaunâtre.

Les parois osseuses avec lesquelles elle est en contact sont usées, amincies et perforées sur certains points.

Les cornets et la paroi externe de la fosse nasale gauche sont disparus, le plancher de l'orbite est perforé, et ce qui reste du squelette de la face recouvrant la tumeur, a la consistance d'une feuille de papier.

Il y a dix ans, cette tumeur que j'ai enlevée, pour la première fois, présentait les mêmes caractères, avait presque le même volume et avait envahi les mêmes territoires.

Cinq ans plus tard, je l'enlevai pour la deuxième fois, dans les mêmes conditions.

Et enfin, cinq autres années après, c'est-à-dire le 10 janvier dernier, je faisais une ablation partielle de la même tumeur récidivée pour la troisième fois. Cette dernière fois, j'ai été forcé de suspendre l'intervention chirurgicale à cause de l'hémorragie qui était grave, et à cause des dangers que je pouvais faire courir à l'œil gauche qui était en contact avec la tumeur.

Avant de compléter l'ablation totale des prolongements nasaux et naso-pharyngiens, qui restent de cette tumeur, j'ai pensé qu'il serait intéressant pour vous d'examiner la malade, et d'étudier les préparations histologiques, que je soumetts à votre appréciation, et sur la nature desquelles je désire connaître votre opinion.

Les préparations histologiques des tumeurs que j'ai enlevées, il y a dix ans et il y a cinq ans, démontrent qu'elles avaient la même structure et qu'elles présentaient les mêmes caractères anatomopathologiques que celle d'aujourd'hui.

Examen histologique. — Les préparations histologiques que je vous soumetts ont été faites par mon ami le Docteur Bernier.

L'étude au microscope démontre clairement, que ce néoplasme est constitué uniquement par une prolifération anormale de tissus conjonctifs. C'est une tumeur conjonctive à tissus multiples.

En effet, quatre variétés de tissus conjonctifs, le tissu conjonctif fibreux, le tissu conjonctif adénoïde, le tissu conjonctif muqueux, le tissu conjonctivo-vasculaire concourent, par une évolution parallèle, à son *édification* et à sa *reconstruction*.

Le tissu conjonctif fibreux très abondant, forme une coque fibreuse épaisse qui semble entourer la tumeur. De cette enve-

loppe fibreuse périphérique partent des prolongements irréguliers qui se dirigent sans ordre en tous sens, et circonscrivent des espaces alvéolaires de dimensions et de formes variées, remplis de petites cellules globuleuses.

Ces alvéoles bourrées de petites cellules rondes, entassées les unes à côté des autres ont la même structure que les corpuscules ou les follicules des tissus adénoïdes de la rate et des ganglions. Ils forment des îlots aussi abondants et aussi étendus que les amas et les travées de tissus conjonctifs fibreux, qui les entourent. Ces îlots de tissus adénoïdes reproduisent des dessins assez curieux, ils représentent sur certains points une arborisation en forme de rosace; sur d'autres points, ils sont coupés transversalement quant à leur axe et ont l'aspect d'un manchon ou d'un cylindre creux assez irrégulier de forme. Dans ces cas, les petites cellules régulièrement entassées en cercle, sont enfermées dans un anneau fibreux. Au centre du cylindre, il existe un espace vide ressemblant à la lumière d'un vaisseau coupé transversalement, dans lequel l'on remarque une substance amorphe, finement granuleuse qui ressemble à de la mucine, de la gélatine ou de la fibrine. L'on peut affirmer qu'il ne s'agit pas de vaisseaux, puisque ces mêmes espaces vides existent au centre d'autres alvéoles et qu'ils en prennent les formes triangulaires ou polymorphes.

Dans la prolifération de ces deux tissus conjonctifs fibreux et adénoïdes, il ne semble pas y avoir prédominance de développements; au contraire, un certain état d'équilibre paraît empêcher la prolifération de l'un au dépens de l'autre.

Quant au tissu conjonctivo-vasculaire, il est moins abondant que les deux premiers, mais l'on trouve cependant un grand nombre de vaisseaux sanguins néoformés, au milieu des travées conjonctives.

Les uns, coupés transversalement ou longitudinalement, sont très gros et ont des parois complètement organisées; l'on peut facilement différencier les artères avec les veines. D'autres, plus petits et très nombreux, n'ont pour parois qu'un endothélium renforcé d'une mince adventice; il existe enfin quelques petits vaisseaux sans paroi, au milieu des îlots de petites cellules.

Pour ce qui est du tissu conjonctif muqueux, c'est le moins répandu. Il est cependant facile de le reconnaître, sur certains

points de la préparation, sous forme de travées qui entourent quelques-uns des îlots de petites cellules.

Il est même curieux de constater que sur certains points, les petites cellules rondes semblent envahir les travées myxomateuses, et il faut se demander si ce n'est pas là un processus particulier du développement de cette tumeur.

L'agencement histologique de ces quatre tissus constitue une indication importante mais insuffisante pour pouvoir établir lequel de ces tissus prédomine et empiète sur les autres.

Tout ce qu'il est permis d'affirmer, après l'étude de la structure et de la morphologie de cette tumeur exclusivement et positivement conjonctive, c'est que, nous ne sommes pas en présence d'un fibrome, ni d'un myxôme, ni d'un angiôme, ni d'un lymphadénome, ni d'un sarcome. C'est une de ces variétés rares de tumeurs mixtes à tissus multiples.

Les notions de bénignité ou de malignité nous seront plutôt fournies par l'évolution et la marche cliniques de cette affection néoplasique que je vais maintenant vous communiquer.

Obs. — La nommée Elmire Dorion, âgée de 59 ans, nationalité canadienne; profession, mariée.

Entrée le 3 janvier 1908.

La malade se présente pour une tumeur des fosses nasales, ayant envahi le sinus maxillaire gauche et la cavité orbitaire; l'œil gauche présente de l'exophtalme.

C'est une tumeur qui récidive pour la troisième fois. Elle a dans son ensemble le volume d'un œuf de poule. Elle occupe la fosse nasale gauche depuis la narine jusqu'à l'orifice rétro-nasal dans lequel elle fait saillie dans la région naso-pharyngienne pour pénétrer dans la narine droite. Par le toucher et par la rhinoscopie postérieure, il est facile de constater deux lobes assez volumineux de cette tumeur, qui a une consistance ferme et une coloration jaunâtre.

Elle déforme la partie supérieure de la face, en soulevant le squelette du nez et de la joue. Le sinus maxillaire envahi est déformé ainsi que le plancher de l'orbite.

Histoire de la maladie. — Le début de cette affection semble remonter à une douzaine d'années.

Avec une attaque de grippe la malade éprouva un violent mal

de gorge et de tête, accompagné d'un fort coryza et d'un écoulement abondant du nez. La narine gauche s'obstrua définitivement, sans être jamais douloureuse. Il s'est toujours fait par cette narine un écoulement de liquide séreux, qui devenait sanguinolent, surtout lorsque la malade essayait de déboucher sa fosse nasale, avec un sorps dur, tels qu'un morceau de bois, un bout d'allumette.

Petit à petit l'état de la malade s'aggrava, des bourdonnements d'oreilles apparurent, avec une céphalalgie sourde et gravative que la malade localise surtout dans le sinus frontal. Des poussées de pharyngite deviennent de plus en plus fréquentes et gênent la déglutition. Les troubles fonctionnels vont en augmentant du côté du goût et de l'odorat et de la pléonaton.

L'écoulement séro-purulent devient plus abondant et la malade expectore des crachats sanguinolents; elle sprouve la sensation d'un corps étranger dans la gorge. Enfin, elle se décide à venir consulter un spécialiste deux ans après le début de sa maladie.

Elle vint à l'Hôtel-Dieu le 15 novembre 1898 consulter le Dr Boulet, qui pratiqua l'extirpation partielle de cette tumeur des fosses nasales, et me pria d'examiner avec lui cette malade. Nous arrivâmes à la conclusion qu'il s'agissait d'une tumeur maligne des fosses nasales envahissant le sinus maxillaire, dont la paroi antérieure était déjà déformée.

La tumeur fut enlevée par voie faciale, au moyen d'une résection partielle du maxillaire supérieur, dont on voit la cicatrice. Les suites opératoires sont excellentes et la malade part guérie.

Incision facile qui suit le rebord orbitaire inférieur et descend sur le côté de l'aile du nez.

La malade va bien pendant deux ans, et la récïdive se fait lentement et nécessite une deuxième opération cinq ans après la première.

Cette fois, la tumeur, qui offre les mêmes caractères, a envahi de nouveau les mêmes territoires et est plus volumineuse.

Même opération et mêmes suites opératoires.

Un an après cette dernière intervention, c'est-à-dire il y a 4 ans, la narine gauche puis la narine droite deviennent de nouveau obstruées, et toutes les deux laissent échapper continuellement un liquide séro-sanguinolent. De plus, une certaine sensibilité et une douleur à la pression origine de la région envahie et va en

s'irradiant vers l'arcale zygomatique, jusque là indolore, aujourd'hui ces douleurs vont en augmentant et s'étendent jusqu'à la nuque.

Depuis deux ans, la malade observe une exophtalmie progressive de l'œil gauche, et des hémorragies spontanées et assez abondantes, qui semblent soulager la malade, assombrissent cependant le tableau symptomatique déjà chargé de la malade.

Il y a un an, sans cause apparente, il se forma un abcès qui vint s'ouvrir à la racine du nez à quelques lignes de l'angle interne de l'œil gauche. L'abcès se ferma spontanément, mais l'ensemble des symptômes s'aggravent, douleurs, troubles fonctionnels, etc., forcent la malade à venir à l'hôpital pour la troisième fois.

Histoire de la malade. — L'aspect général de la malade, âgée de 59 ans, est assez bon. Elle a toujours été plutôt maigre, cependant depuis six mois, elle dit avoir perdu environ 10 livres. Depuis dix ans, elle a maigri périodiquement de quelques livres qu'elle reprenait rapidement après chacune des opérations qui faisaient disparaître tous les troubles fonctionnels.

Mariée à l'âge de 28 ans, elle a eu un enfant qui est mort à l'âge de 2 ans, d'une maladie du cœur? Elle a fait plus tard une fausse-couche de 3 mois.

La malade n'a jamais eu de maladie grave, excepté la rougeole vers l'âge de 5 ans.

Au point de vue génital, elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 12 ans, jusqu'à l'âge de 45 ans, avec une ménopause normale.

Père mort subitement à l'âge de 60 ans, par maladie de cœur. La mère est morte d'un cancer du sein à l'âge de 40 ans.

A part de deux tantes mortes subitement comme le père, il n'y a rien à noter parmi les autres collatéraux.

Nous n'avons rien de remarquable à signaler en faisant l'étude des autres systèmes.

— Messieurs. Au point de vue clinique d'après la marche des symptômes et son évolution, il est légitime de croire que cette néoplasie a originé dans les fosses nasales, vers le centre, au niveau du cornet moyen dans le méat, au voisinage des orifices du sinus maxillaire.

Elle n'appartient pas à la classe des tumeurs ordinaires des fosses nasales, qui sont les polypes muqueux, myxômes, fibro-

myxômes, ostéômes, chondrômes, adénômes, angiômes, sarcômes.

Elle ne peut pas être classifiée non plus, parmi les fibrômes naso-pharyngiens qui se développent dans l'arrière cavité des fosses nasales, et dont l'origine est bacilo-pharyngienne.

Au point de vue histologique, cette tumeur m'a paru intéressante à étudier, à cause de sa structure atypique, qui permet de dire cependant qu'elle n'appartient pas à la classe des cancers.

Au point de vue clinique, l'on ne peut pas dire qu'elle est bénigne, parce qu'elle récidive et qu'elle envahit les tissus environnants.

Elle ne peut pas être classifiée non plus parmi les tumeurs malignes, parce qu'il lui manque le caractère pathognomonique des *cancers*, qui se généralisent, cachectisent les malades, causent la déchéance de l'organisme et rapidement la mort.

Enfin, à cause de toutes ces complexités je me crois justifiable de conclure que je n'ai pas à lutter contre une *tumeur ordinaire* des fosses nasales et qu'elle mérite d'être étudiée tout particulièrement.

REVUE GENERALE

LA DUREE DU SEJOUR AU LIT APRES L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE

Par le Dr A. BRISSET,

Assistant accoucheur à la Maternité.

Le second jour d'un accouchement, en tout point physiologique, que j'ai eu dernièrement l'occasion de faire chez une multipare, pauvre mère de famille, je trouvai ma malade debout et lavant son linge....!

Malgré mes observations, elle persista à vaquer à ses devoirs domestiques et les suites de ses couches furent aussi normales que si elle était restée les 21 jours règlementaires dans son lit! pas la moindre douleur, pas le plus léger inconvénient.

Cette observation m'amena à faire quelques recherches sur le lever précoce après l'accouchement physiologique, et je crois intéressant de vous communiquer une analyse succincte d'un travail très documenté du Dr Bouhecourt sur ce sujet. (*Presse médicale* 1907.

Cette question du lever précoce des accouchées a été agitée bien des fois et résolue en sens divers par les médecins et les accoucheurs.

Les mœurs, les races, les milieux sociaux et les préjugés, voilà autant de causes qui empêchent d'établir une formule générale pour la durée du séjour au lit des accouchées.

I. — L'ALITEMENT CONSTITUE-T-IL POUR LES ACCOUCHÉES UNE NÉCESSITÉ ABSOLUE ?

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif dans l'histoire des accouchements, nous voyons, que chez les peuples primitifs, l'accouchement était une épisode sans importance et sans conséquence pour la santé des femmes qui, aussitôt débarrassées font elles-mêmes leur toilette et reprennent leurs occupations.

D'après Witkowski, les Sénégalaises reprennent leur vie ordinaire quelques heures après leur délivrance.

En Guinée, comme d'ailleurs dans la plupart des peuplades sauvages, les femmes aussitôt après leur délivrance, vont laver leur enfant dans la rivière.

Après Montaigne, cette coutume s'observait autrefois en Suisse, car il dit en parlant des femmes de ce pays : " Vous leur voyez aujourd'hui porter au col l'enfant qu'elles avaient hier au ventre."

Sans aller aussi loin, ne voyons-nous pas aujourd'hui dans nos campagnes, nos vigoureuses femmes de cultivateurs se lever vers le 2^{ème} ou 3^{ème} jour et d'ailleurs ne pas s'en porter plus mal ?

D'un autre côté, comment se fait-il, que dans notre civilisation actuelle, nous observions tous les jours, aussi bien dans nos maternités que chez les femmes du monde, les conséquences les plus désastreuses d'un lever trop précoce ? C'est que, comme le dit justement Bouchacourt, il est de notion vulgaire, que plus on s'éloigne de la vie selon la nature, plus l'état physiologique de l'accouchement tend à s'écarter de la terminaison naturelle, non pas seulement en lui-même mais encore et peut-être même davantage dans ses suites. Il y a évidemment là une question de nécessité physique

Chez la femme très civilisée, il n'y a pas seulement diminution de la force musculaire, mais encore affaiblissement de la volonté

et de l'énergie: le travail est plus long, l'accouchement devient un véritable traumatisme après lequel la convalescence est longue et son retentissement sur tous les organes plus marqué.

On peut donc en conclure, qu'à l'heure actuelle, le séjour au lit dans les suites de couches est de nécessité absolue chez les femmes qui présentent un certain degré de civilisation.

Cette nécessité étant aujourd'hui reconnue, il nous reste à en déterminer la durée: examinons rapidement les opinions diverses qui ont été émises sur cette question.

La plupart des auteurs classiques, exigent pour la nouvelle accouchée un repos minimum de 8 à 10 jours, dans l'état physiologique; mais, s'il y a eu intervention, forceps, version, hémorragie, etc., le séjour au lit devra durer plus longtemps, 20 jours environ, cela bien entendu en dehors de toute complication.

A notre maternité de Montréal, dont la statistique peut figurer avec honneur en tête des premières maternités d'Europe, il est d'usage de permettre le lever au 10ème jour. On se guide sur la feuille de température, témoin irrécusable des suites de couches normales.

Faut-il conclure que 10 jours sont suffisants pour toutes les femmes accouchées?

Encore une fois, non. Tout en ayant affaire ici à une classe plus civilisée que les classes primitives dont nous parlions tout à l'heure, nous ne rencontrons pas encore chez nos pensionnaires de la maternité les exigences physiologiques de la classe "dirigeante" qui, moins habituée au travail corporel et aux misères de l'existence, demande pour leurs organes délicats plus de soins et partant plus de repos.

Naegelé et Grenser (*Traité pratique d'accouchements* 1880, page 202), disent textuellement:

"Pendant les 8 premiers jours, il faut que la femme reste couchée au lit dans une position presque horizontale. . . . ce terme "écoulé" l'accouchée peut se lever pour peu de temps si elle se porte "bien."

Küstner de Breslau, en 1898, insiste sur les avantages du lever précoce, et Desplats de "Lille" confirme cette opinion en ajoutant qu'un long repos auquel on condamnait souvent les accouchées était irrationnel et souvent nuisible.

Fochier, de "Lyon," permettait à ses malades de la maternité de se lever au bout de 4 à 5 jours, et il autorisait dans sa pratique privée ses patientes à se lever au bout d'une semaine.

Hégar et Pichevin permettaient au bout de 10 à 12 jours.

Bonnaire, partisan du lever précoce trouve déplorable ce long séjour au lit, de 18 à 25 jours, que recommandent les classiques actuels,

Tarnier, Charpentier, Porak, Budin et Demelin, sont tous d'accord pour ne permettre à l'accouchée le lever qu' quand l'utérus est redevenu organe pelvien, c'est-à-dire après 18 à 25 jours!

De ce qui précède, on peut voir, que nos maîtres en obstétrique sont loin d'être d'accord sur ce sujet. Partisans et adversaires du lever précoce, chacun apporte dans la discussion de cette question des preuves sur les inconvénients et les avantages.

J'emprunte encore au Dr Bouchacourt sa discussion sur l'étude de cette question que je vais essayer de résumer le plus brièvement possible.

II: — INCONVÉNIENTS ATTRIBUÉS AU LEVER PRÉCOCE.

Les inconvénients du lever précoce peuvent être ramenés à cinq principaux:

1° Crainte d'infection.

D'après Pinard, une femme qui se lève et quitte l'hôpital au bout de 5 à 6 jours n'est pas une femme valide, et sans être malade elle est exposée plus que toute autre à toutes sortes d'infections. Rien n'est plus vrai, mais la femme ne s'infectera-t-elle pas davantage, maintenue dans son lit, exposée à tous les germes infectieux apportés par ses mains, par des pansements malpropres, par la stagnation des sécrétions qui s'accumulent dans le vagin, etc. Si elle s'assied, au contraire, ou mieux si elle se lève, l'utérus se contractant avec plus de force se videra dans le vagin, et celui-ci au dehors par la simple action de la pesanteur.

Cette question de l'écoulement facile des lochies, avait autrefois, à la période pré-antiséptique une telle importance qu'elle était pour ainsi dire le point capital dans les suites des couches. Sacombe (Éléments de la Science des Acc.), donnait les conseils suivants:

"Lorsque l'accoucheur est bien convaincu par l'état de la m-

“ trice qu'il n'y a pas d'hémorragie, il doit permettre à l'accouchée de passer du lit de travail dans le lit de couche, et comme le trajet n'est pas long, il doit engager la femme à se tenir debout afin de faciliter l'écoulement du sang et des eaux restés dans la matrice après l'accouchement.”

Plus loin encore, il recommande à l'accouchée de garder le lit le moins longtemps possible, c'est-à-dire, de se lever dès le second jour de la couche et de faire par degrés l'essai de ses forces.

2° *Crainte d'un arrêt dans l'involution utérine.*

Tout dernièrement encore, on admettait généralement que la régression utérine n'était complète qu'au bout de 3 semaines: mais la thèse toute récente de Camacho, élève de M. Maygrier, a démontré que l'involution utérine s'effectuait beaucoup plus rapidement.

D'après 120 observations prises à la maternité de la Charité, M. Camacho trouva dans la grande majorité des cas que le fond de l'utérus disparaissait derrière la symphise pubienne du 9ème au 12ème jour. Au bout de ce temps, d'après cette statistique on n'aurait donc plus à craindre un arrêt dans l'involution utérine bien entendu, dans des suites de couches normales.

M. Regnault dans sa correspondance médicale (20 sept. 1898), partisan du lever précoce, pense que les contractions modérées des muscles abdominaux sont évidemment favorables à la circulation des organes, tandis que le repos prolongé amène la laxité des tissus et favorise les ptoses.

Charpentier et Kütsner sont du même avis. Desplats de Lille va encore plus loin et déclare que les mouvements précoces et les changements de position, facilitent l'involution utérine. Enfin M. Pichevin dit à ce sujet, “ qu'une femme qui reste de longues semaines allongée dans son lit sans le moindre mouvement conserve plus longtemps sa matrice grosse que celle qui se lève au bout de 12 à 15 jours.

3° *Crainte des déplacements utérins*

Combien de fois, n'a-t-on pas incriminé dans l'étiologie des déviations utérines et surtout des prolapsus utérins le lever trop précoce de l'accouchée. Combien de fois, aussi ne cite-t-on pas ces accidents plus fréquents chez les femmes de la campagne et

les femmes du peuple que chez les femmes du monde, toujours pour la même raison.

Est-ce bien là cependant la véritable cause, et ne devrait-on pas chercher plutôt comme facteurs de ces accidents, les grossesses trop souvent répétées et les durs travaux qui sont l'apanage des pauvres gens ?

Voyons encore à ce sujet, quelques autorités :

Küstner, sur 600 femmes au lever précoce, ne constate qu'un seul cas de rétroversion dans ses examens ultérieurs de contrôle.

M. Pichevin déclare bien plus, que le séjour prolongé au lit, est une cause fréquente de déplacements utérins : " Le décubitus dorsal prolongé, écrit-il, expose l'utérus énorme et flasque, aux ligaments relâchés, à se porter en arrière et à subir une rétrodéviatiion plus ou moins accusée.

La matrice hypertrophiée, mal soutenue par en bas et mal suspendue par les ligaments ronds, au lieu de rester en antécourbure se porte vers l'angle sacro-vertébral, aidée dans cette rétroimpulsion par la pression abdominale et la réplétion de la vessie. Aussi, la femme dans la station verticale ou même assise dans son lit est-elle dans une meilleure position pour permettre à son utérus de se porter en avant.

4° *Crainte d'embolie.*

Bien que cet accident soit extrêmement rare, il est cependant possible que des mouvements brusques causés par la malade puissent détacher un caillot oblitérant un vaisseau utérin et provoquer ainsi, soit une hémorragie ou une embolie. Mais, dans les rares observations rapportées, n'est-on pas plutôt en présence de phlébite utérine ou périutérine !

5° *Trouble du côté de l'équilibre abdominal et ptoses viscérales.*

De tous les inconvénients qui résultent d'un lever trop précoce, les plus réels sont sans contredit, les ptoses abdominales, l'événtration.

En principe, cette crainte est justifiée ; mais comme nous le disions il n'y a qu'un instant, au sujet des déviations utérines, le lever précoce n'en est pas le seul facteur.

Dans les ptoses viscérales, et ces relâchements de la sang'lemuseulo aponévrotique abdominale, il convient aussi d'incriminer

les grossesses trop fréquentes, l'infection utérine, les efforts, la reprise trop précoce du corset, la cessation brusque de l'allaitement quelques jours après l'accouchement, une prédisposition native particulière à certaines femmes, consistant en une faiblesse marquée des muscles abdominaux, etc., etc.

En tout cas, le lever précoce, implique la nécessité de la constriction abdominale au moyen d'une large bande pour soutenir les organes pelviens et remplacer artificiellement cette sangle musculaire trop faible pour remplir son devoir.

AVANTAGES ATTRIBUÉS AU COURT SÉJOUR AU LIT.

Maintenant que nous avons passé en revue les différentes plaies des adversaires du lever précoce, et que nous en avons critiqué le bien fondé, voyons quels sont les avantages que nous offrent ses partisans.

1° *Influence favorable sur les fonctions digestives.*

Nous avons déjà dit, que le lever précoce influençait favorablement la circulation intra-abdominale; rien d'étonnant alors, que les fonctions de l'intestin, de l'estomac, du foie, n'en soient grandement améliorées; de ce fait, l'appétit revient, la constipation disparaît et avec elle le colibacille agent d'infection.

2° *Influence favorable sur les fonctions circulatoire, urinaire, etc*

Le repos prolongé amène un état congestif des viscères; il y a un ralentissement des combustions et des excrétiions, une augmentation de l'acidité de l'organisme par suite d'une transformation incomplète des matériaux azotés. On comprendra alors, que le lever précoce favorisera au contraire la fonction circulatoire, celle des reins et de la vessie, et la nutrition se trouvera ramenée plus rapidement à son état normal.

Hegar dit à ce sujet:

“Un séjour au lit, plus prolongé que 10 ou 12 jours, agit défavorablement sur l'état moral, sur la circulation du sang, sur les organes digestifs.”

3° *Influence favorable sur la sécrétion mammaire.*

Il est incontestable que la sécrétion mammaire comme toutes les sécrétions organiques, exige pour être abondante un exercice

modéré. Aussi, la femme qui est maintenue au lit pendant près d'un mois, voit son lait diminuer progressivement dans ce repos forcé, non pas seulement en qualité mais en quantité d'autant plus que l'appétit est rarement conservé.

Bien des femmes ne fournissent une quantité abondante de lait que du jour où elles se lèvent et où elles sortent.

N'est-ce pas chez les femmes de la campagne qui se lèvent de bonne heure après leur accouchement, qu'on trouve les meilleures nourrices ?

CONCLUSION.

En résumé et d'après tout ce qui vient d'être dit, il semblerait que le lever précoce n'aurait que des avantages. Faudra-t-il donc, épouser aveuglément cette théorie et en faire sa règle de conduite ? Non, certes, pas plus qu'on ne peut adopter systématiquement tel remède, pour telle maladie. Là encore, c'est au médecin à se servir de son jugement pour permettre ou défendre un lever trop précoce.

10 à 15 jours de repos au lit après un accouchement physiologique seraient, je crois, les deux limites entre lesquelles le médecin pourrait fixer l'époque du lever chez son accouchée en se guidant toujours sur sa condition sociale, l'involution de son utérus et la tonacité de ses parois musculaires.

N'oublions pas en terminant, que sans manquer à son devoir professionnel, le médecin doit savoir se plier aux exigences de sa malade et du milieu où il est appelé à donner ses soins, et qu'il ne sera jamais blâmé d'avoir été prudent.

LE CANCER CAUSÉ PAR LES RAYONS X ?

Par le Dr. LÉO PARIZEAU

Radiologiste à l'Hôpital Notre-Dame, Professeur à l'École Polytechnique.

Il règne dans l'assemblée des thérapeutiques modernes une effervescence toute révolutionnaire. Les remèdes empiriques sont guillotins sans merci, les prisons regorgent de *suspects*. La radiothérapie, qui connut la gloire, même s'entendit nommer "la plus puissante alliée de la chirurgie," "la terreur des cancers ré-

cidivants," " l'espoir suprême des inopérables " — la radiothérapie elle-même est en danger !

Mais il est plus difficile de se débarrasser d'un Danton que d'un vulgaire ci-devant. A ceux qui l'accusent d'être une empirique, la radiothérapie, documents cliniques et expérimentaux à l'appui, explique son mode d'action. Se plaint-on de son impuissance à guérir certains cancers profonds, elle riposte : " Et toi, Sérum ! peux-tu les guérir ?... et toi, Scalpel, peux-tu empêcher les récives ? Aux soupçons d'inactivité, de modérantisme, elle oppose ses redoutables radiodermites, hécatombes cellulaires dignes d'un septembriseur !

Mais voilà qu'on crie à la trahison ! La radiothérapie s'est liguée avec ceux qu'elle devait supprimer, elle a causé des épithéliomas, on se fait fort de le prouver. Mais l'inculpée, vaillamment défendue n'a pas encore pris le chemin... du sérum de Doyen !

Le lecteur me permettra d'exposer les origines du débat, les témoignages accusateurs, les plaidoyers de la défense ; je voudrais pour ma part transquestionner les témoins. Après quoi, il jugera.

Quand Roentgen eut annoncé, en 1895, sa grande découverte, nous assistâmes à une véritable orgie expérimentale. Croyant à l'innocuité absolue des nouveaux rayons, les fervents exposaient sans cesse leurs mains à l'ampoule de Crookes. Ils en eurent de terribles brûlures, les baptisèrent dermatites de Roentgen, les pansèrent, les guérèrent non sans peine et... se remirent à l'œuvre. Après quelques rechutes, les mains des entêtés radiomanes avaient un aspect crevassé, pigmenté, atrophié, absolument caractéristique. Ils ajoutèrent au chapitre des stigmates professionnels : la main de Roëntgen. Le réveil fut brutal. Un par un les éclopés vinrent s'inscrire au martyrologe ! Kératosés, pigmentés, sphacelés, curettés, amputés, azoospermisés, tous affirmaient l'existence d'un mal qui répand la terreur.

" Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés " ! Parmi les victimes, notons Edwards, Blacker, l'assistant d'Edison et Radiguet. Les uns cessèrent absolument tout travail, d'autres s'entourèrent de précautions extrêmes. Ce fut l'ère des lunettes en verre plombeux, des gants, des tabliers et des bonnets opaques.

Par malheur, en 1896, à la suite d'expériences mal conduites,

on réaffirma l'innocuité des rayons X, et l'on porta les accidents à la charge de phénomènes parasites.

En Amérique, W. Stine incrimine les rayons ultra-violets, Tesla accuse l'ozone, Rollins les décharges silencieuses, Trowbridge le champ électrostatique. Tous conseillent le même remède, interposition entre l'ampoule et la région irradiée d'un écran métallique très mince, en communication avec la terre. Malgré les protestations d'Elihu Thomson, en 1898, on ne voulut pas croire au rôle nocif des rayons X et les plus avariés n'hésitèrent pas à mettre leurs piteuses *mains de Roëntgen* à l'ombre illusoire d'une mince feuille d'aluminium! C'est à la suite de ce malentendu que plusieurs radiodermites se mirent à évoluer vers le cancer....

En 1907, on comptait plusieurs morts. C. Porter et C. J. White réunirent douze observations et les publièrent dans les "Annals of Surgery," du mois de novembre. Les voici, très abrégées, mais non dénaturées. Les phrases sont textuelles. Les cas Nos I, II, V, VII, sont cités en lots, tels qu'on les trouve dans l'article de monsieur Jayle.

OBSERVATION I. — (*Publiée par Sick, en 1903*).

"Opérateur en rayons X. A des lésions graves de la peau des deux bras et de la nuque succéda un ulcère du dos de la main qui dégénéra en carcinôme typique et nécessita l'amputation du bras à l'épaule. L'examen microscopique a été fait par Unna."

OBSERVATION II. — (*Publiée par Sick en 1903*).

"Radiologiste. Lésions similaires de la peau, qui ont évolué pendant six ans et ont abouti à la formation d'un ulcère chronique. Excisé et examiné, cet ulcère révéla la structure typique du cancéroïde de la peau. Examen microscopique par Unna."

OBSERVATION III. — (*Medical Record, 22 octobre 1904*).

"M. Blacker a longtemps souffert d'une brûlure par rayons X, qu'il a négligée. Un cancer s'y développa, envahit le bras et les ganglions axillaires, rendant toute opération inutile."

OBSERVATION IV. — (*S. Lloyd, de New Work et W. B. Graves*).

Brûlures vieilles de plusieurs années contractées en manipulant les rayons X. "Traité dans plusieurs hôpitaux, on avait essayé de lui faire des greffes cutanées sans succès." Epithélioma aux deux mains. Opéré à droite en août 1902. Refuse l'interven-

tion à gauche. Forcé d'y consentir en mars 1904 par suite des progrès du mal. Mort en octobre 1904.

OBSERVATION V. — (*M. Lloyd*).

Epithélioma du doigt chez un fabricant de machines pour rayons X.

OBSERVATION VI. — (*Cas de W. B. Coley*).

“Radiologiste depuis 5 ans. Ulcérations persistantes au dos des deux mains. Reconnues épithéliomateuses. Amputation à droite, incision à gauche. Mort de métastase.”

OBSERVATION VII. — (*Cas de Bertha Fleshman*).

“Mort.” Rapporté par le *New York Sun* du 24 avril 1907.

OBSERVATION VIII. — (*Lancet* du 6 mai 1905).

“Chirurgien, entreprend en 1897, des travaux méthodiques sur les rayons X. En mai 1903, grave dermatose à l'index, et au médius. Ulcérations guérissent après quatre mois. Rechute, perte des ongles, ulcères intarissables. En août 1904, aspect malin. Amputation. Diagnostic clinique vérifié au microscope.”

OBSERVATION IX. — (*McArthur, de Chicago, 1906*).

“Il s'agit du premier photographe qui s'était adonné, aux Etats-Unis, au développement des plaques radiographiques. Au début, il eut des gerçures et des fissures de la peau communes à tous ceux qui se livrent à ce genre de travaux.” Amputations successives. Cure radicale de l'aisselle, excision des pectoraux. Mort.

OBSERVATION X. — (*McArthur, de Chicago*).

Médecin radiologiste. “Avait les mains constamment souillées par des solutions photographiques. Dermatoses dégénérant en cancer. Plusieurs interventions chirurgicales. Guérison.”

OBSERVATION XI. — (*Inédite*).

Elle est très longue. L'étiologie est claire. Contentons-nous de mettre en relief l'extrême imprudence de la victime. Un confrère, jeune encore, commença en mars 1896, des travaux sur les rayons X. Il se servait d'une puissante machine statique et, durant plusieurs heures chaque jour, était exposé, à une très faible distance, à un tube de Crookes. “En novembre, mains rouges, sèches, très douloureuses. Les ongles se ramollissent et tombent.” Il continua cependant ses travaux jusqu'en 1897. Nouvelle pousse très grave.

Martyre de dix ans. Greffes innombrables. 25 opérations sous anesthésie. Guérison précaire.

OBSERVATION XII. — (*Inédite*).

Patient de Monsieur Porter. Il le traite comme le No XI, par des greffes multipliées, avec des résultats très satisfaisants. "Il est vrai que la nature sarcomateuse de la tuméfaction n'était pas certaine," avoue M. Porter.

La radiothérapie des tumeurs étant la question du jour, Monsieur F. Jayle, dans la *Presse Médicale*, 11 janvier 1908, résuma les observations de ses deux confrères et les commenta brièvement.

L'article original avait pour titre: "Multiple Carcinomata following chronic X-Ray dermatitis." M. Jayle a préféré écrire: "Le cancer causé par les Rayons X." Puis, après avoir versé une larme d'encre sur la tombe des martyrs il demande au lecteur de quelle façon les rayons X ont causé le cancer. C'est affirmer la culpabilité de la radiothérapie que de demander comment elle a fait le coup!

Le premier à la rescousse fut Malby, professeur à l'École de Médecine de Clermont-Ferrant. Citons les points les plus saillants de son plaidoyer, qu'on trouvera dans la *Presse Médicale*, No du 8 février 1908.

..... "Il est à remarquer d'abord:

Que les cas rapportés par MM. Porter et White sont tous relatifs à des opérateurs ou à des constructeurs d'instruments; ce sont, en quelque sorte, des accidents professionnels;

.... "Enfin la lésion résulte d'une multitude d'expositions quotidiennes, individuellement insignifiantes, mais dont la sommation finit par acquérir dans le temps une signification tout à fait imprévue. Le plus souvent les lésions des mains apparaissent après plusieurs années de manipulation.

.... "Les mains, et surtout les doigts, organes du tact, ont une pathologie spéciale, et, pour voir dans les rayons X un facteur spécial de cancer, il faudrait oublier et la névrite ascendante et tous les troubles trophiques qui jouent depuis toute éternité le même rôle d'agent provocateur vis-à-vis du cancer."

..... "On peut affirmer, je crois, que ces cas accidentels ne se reproduiront plus dans l'avenir: depuis longtemps, les opérateurs, suffisamment avertis, n'exposent plus leurs mains pour juger du

degré de pénétration de l'ampoule; ils savent se tenir à distance convenable d'un tube en activité et prennent l'habitude de ne s'en approcher que du côté inactif du miroir anodique. Tout ceci est élémentaire.

..... " Mais l'opinion publique, toujours simpliste, s'égare facilement, et pense avec anxiété, comme M. Jayle, " que ceux qui " manient les rayons X peuvent enraiser et même guérir certains " épithéliomas développés sur autrui, et non seulement ne peuvent " sur eux-mêmes arrêter l'évolution du même mal, mais semblent " en déterminer l'apparition et mourir de ce cancer qu'ils combat- " tent et n'auraient sans doute jamais eu, s'ils ne s'étaient pas " occupés de radiothérapie."

..... " En ce qui concerne les malades, l'expérience prouve que les radiodermites voulues ou accidentelles, provoquées ailleurs que sur les mains, présentent déjà un caractère infiniment moins tragique. Sur un élément de surface de peau saine, c'est évidemment une complication fâcheuse qu'il faut à tout prix éviter, mais il est exceptionnel que cette radiodermite causé au malade un préjudice irréparable."

Le reste de l'article est consacré à des discussions sur le dosage, le manuel opératoire, les contre-indications, les brûlures. Il en ressort que :

- 1° Le dosage des rayons X est encore un problème à résoudre.
- 2° Les procédés actuels de mesure ne mettent pas à l'abri des surprises. On rencontre des idiosyncrasies.
- 3° A défaut de test-objet, l'expérience et la méthode des irradiations fractionnées enlèvent toute crainte d'accident sérieux.
- 4° On a le droit de provoquer une radiodermite modérée si cela peut aider au diagnostic ou à la guérison.
- 5° La radiodermite est un accident sans gravité si la brûlure ne s'étend pas trop en surface.
- 6° Le traitement intensif n'a jamais provoqué une aggravation qu'on puisse imputer à la radiodermite qui l'accompagne.

Dans le même journal, numéro du 15 février 1908, G. Haret, assistant de radiologie à l'hôpital Saint-Antoine proteste contre les raisonnements " post hoc, ergo propter hoc." Citons :

..... " Ici le fait existe, et loin de nous l'idée de mettre un ins-

tant en doute la véracité des cas relatés; mais où il est permis de discuter, c'est sur l'interprétation de ces faits.

.... " Quelques observations notamment ont été publiées dans le but de montrer les dangers du traitement radiothérapique du lupus. On l'a accusé de transformer les ulcérations lupiques en ulcérations épithéliomateuses. Or, nous reçûmes, au début de 1907, dans le service de M. Bécclère, à Saint-Antoine, un malade atteint de lupus des deux mains et soumis au traitement radiothérapique depuis plusieurs mois à l'hôpital Saint-Louis. *La main droite seule avait été irradiée*, et ce malade venait nous consulter pour un épithélioma qui était apparu *au pouce gauche, lequel n'avait jamais reçu de rayons X*. Ce fait n'est pas rare; dans la littérature médicale nous trouvons un grand nombre d'observations mentionnant l'apparition d'épithéliomas sur des lupus et cela bien avant qu'on ne fit de la radiothérapie; de même que nous trouvons rapportés des faits très nombreux de cancers apparus sur des cicatrices consécutives à des brûlures, à des plaies faites par des caustiques quelconques. Pourquoi alors " le cancer causé par les rayons X " et pourquoi pas " le cancer causé par le lupus " ou bien encore " le cancer causé par un *tel* caustique? . . . En réalité, nous savons que toutes les irritations chroniques du tégument aboutissant à des troubles graves de sa nutrition favorisent l'apparition de l'épithélioma.

. . . " Nous rappellerons enfin que les épithéliomas greffés sur une radiodermite sont justiciables aussi de la radiothérapie."

Mais faut-il, comme M. Haret, admettre le fait sans discussion. En d'autres mots, les 12 cas relatés par Porter et White sont-ils tous concluants? Il est permis d'en douter.

Obs. I. — Le malade a eu au début des lésions à la nuque. Cette dermite à la nuque, accident du début n'était pas métastatique. Comment l'attribuer à l'action directe des rayons X, à moins de croire que l'opérateur était un contortionniste émérite?

Obs. II, III, IV, VI, VII, IX, admises.

Obs. V. — Trop laconique. Nous ne savons pas si le fabricant goûtait à ses sauces. La fabrication des machines pour rayons X n'expose pas *per se* au cancer!

Obs. VII. — Je ne l'admettrais pas, fut-elle plus explicative à cause de sa provenance extra médicale.

OBS. XII. — Il s'agit d'une lésion bénigne, non diagnostiquée, qui n'a pas franchi le rubicon d'une bague en or. L'épithélioma n'a pas de ces timidités.

OBS. IX, X. — Il est question de manipulations photographiques. L'un avait des fissures et des gerçures communes à ceux qui se livrent à ce genre de travaux," "l'autre avait les mains constamment souillées de produits photographiques."

Et quels sont ces produits? C'est d'abord le bain révélateur, le plus souvent à base de métol ou d'acide pyrogallique.

Le métol est très irritant, plusieurs photographes ont été forcés d'en suspendre l'emploi parce qu'il leur donnait des érythèmes généralisés! L'acide pyrogallique, préconisé dans le psoriasis, "irrite la peau," "c'est un médicament dangereux à manier, sauf sur de petites surfaces" (Manquat, *Mat. Méd.* . Ajoutons que le bain de développement contient toujours dans la proportion d'au moins 10 %, un alcali caustique, potasse, soude ammoniacale, carbonates de potasse et de soude. Et ne soyons pas surpris de trouver dans l'Agenda Lumière, la formule d'un onguent contre l'irritation produite par certains révélateurs, "qui causent des inflammations aux doigts parfois assez douloureuses."

Vaseline.....	30 grammes
Lanoline.....	40 —
Ichtyol.....	10 —
Acide borique.....	40 —

L'irritation chimique guette le radiologiste partout: le renforcement d'un cliché radiographique est la règle, cela suppose l'emploi d'une solution à 5 % de sublimé corrosif, suivi d'un bain d'eau fortement ammoniacale!

Pourquoi insister sur les méfaits du bichromate de potasse, des sels de plomb, d'uranium, d'or et de platine; des cyanures et des sulfocyanures, des sulfites, etc., etc. Le radiologiste devrait craindre l'érythème chimique auquel ses travaux l'exposent tout autant que la dermatite de Roentgen; l'un et l'autre amènent des dystrophies dont l'aboutissant peut être le cancer. Le danger est réel.

De tous ces faits il ressort que des accidents sont nés de l'emploi des rayons X. Mais si on fait la part des diathèses, des négligences, des imprudences commises, des erreurs d'interprétation

nous arrivons à conclure qu'on accuse injustement les rayons X de méfaits dont ils n'ont cure et qui seraient probablement arrivés dans la plupart des cas cités à leur charge.

ACTUALITES

L'HOPITAL STE-JUSTINE POUR LES " ENFANTS MALADES."

Au mois de février 1907, lors d'une communication faite à la Société médicale de Montréal, sur le régime diététique des nourrissons, nous établissons dans nos conclusions, la nécessité absolue, qui se faisait sentir, de la fondation d'un hôpital d'enfant à Montréal.

Après avoir exposé avec admiration les œuvres multiples qui surgissent de tous côtés pour le soulagement de l'humanité souffrante; après avoir établi que les malheureux de toutes catégories étaient pourvus, que nous avions des asiles pour les fous, des hospices pour les incurables, les aveugles, les muets, les sourds, les vieillards, des hôpitaux pour les malades, des refuges pour les mendiants, les orphelins, les abandonnés, que même nous avions des fonds pour les animaux; nous constatons avec regret, que nous n'avions, et ne faisons rien pour les enfants malades, nous Canadiens-français.

Faute d'espace, de fonds, ou d'organisation, nos hôpitaux ne veulent pas recevoir ces pauvres petits malades, si intéressants, si misérables, qui, faute de soins éclairés, succombent dans des proportions terrifiantes, comme vient encore de le démontrer M. le Dr J. E. Laberge dans sa conférence sur la mortalité infantile à Montréal.

Nous sommes heureux de constater aujourd'hui, que quelque peu autorisée, quelque faible que soit notre voix, cet appel a trouvé un écho.

Sur l'instigation d'un confrère, Mademoiselle Lévassur, un groupe de dames généreuses et dévouées, prit en main ce mouvement et résolut la fondation de cet hôpital d'enfants dont nous sentions l'indispensable utilité.

Comme dans toutes les entreprises les débuts furent difficiles, mais nous devons dire à la louange des dames patronnesses du nouvel hôpital, que rien n'arrêta leur zèle, les difficultés au contraire semblaient stimuler leur énergie, et leur dévouement.

Après avoir frappé à la porte de plusieurs institutions de charité qui, croyions, pourraient nous donner asile, nous fûmes forcés d'agir seuls, réduits à nos propres forces.

Il faut croire que l'œuvre s'impose d'elle-même, et que son utilité est incontestable, que c'est une chose nécessaire, voulue et désirée de tous, car l'accueil le plus bienveillant lui fut fait partout, et par tous.

Aujourd'hui, connu sous le nom patronibique de Ste-Justine, enfant martyr, cet hôpital d'enfants est fondé, et a déjà rendu des services signalés, quoique à peine organisé.

L'administration de l'hôpital est sous le contrôle de dames patronnesses qui assument les responsabilités de l'administration intérieure et extérieure. Des comités nombreux rivalisent de zèle, et se divisent les multiples travaux que comportent une entreprise aussi complexe que la fondation et l'organisation d'un hôpital.

La partie médicale et chirurgicale de l'hôpital Ste-Justine est sous le contrôle absolu d'un bureau médical composé de six médecins consultants et des médecins chefs des services de médecine, de chirurgie et de spécialités.

Les médecins consultants sont MM. Dubé (président), S. La-chapelle, Hervieux, T. Parizeau, Cléroux, Boucher.

MM. Bourgeois et Rhéaume sont chargés du service de chirurgie.

Les médecins de service sont Mlle Levasseur, MM. Bourgoin et Raoul Masson (secrétaire).

Oto-rhino-laryngologiste: M. E. Laurent.

L'administration interne de l'hôpital est confiée à Mlle Larue, garde-malade diplômée, ayant sous ses ordres actuellement, quatre infirmières attachées exclusivement au service des malades, et un personnel de trois domestiques.

Depuis le 1er mars, nous avons hospitalisé 22 malades, et reçu 60 enfants aux dispensaires.

Notre local malheureusement est trop restreint, les quatorze lits que nous avons sont toujours occupés, et tous les jours nous refusons des malades.

Aussi devons-nous en mai prochain nous transporter dans un local plus grand, mieux situé, plus hygiénique, qui nous permettra de recevoir près de 25 patients à la fois, et même de réserver 4 ou 5 lits pour des cas privés.

Comme il est facile de le constater par ce court exposé, l'hôpital des enfants commence à s'imposer, et le grand nombre de malades qui s'adressent à nous prouve suffisamment son utilité.

L'hospitalisation des enfants malades n'est pas le seul but que se propose le nouvel hôpital. Le bureau médical a l'intention d'ouvrir dans les différents quartiers de la ville, des dispensaires gratuits pour les enfants.

Il est entendu que les indigents seuls seront acceptés aux différents dispensaires de même qu'à l'hôpital.

Le bureau médical de l'hôpital Ste-Justine attend avec impatience le rapport de la commission nommée par la Société Médicale de Montréal pour étudier cette question si importante de l'admission des malades dans les hôpitaux. En attendant nous exigerons des malades qui se présenteront chez nous, un certificat d'indigence signé par un *médecin* de leur quartier.

La fondation d'une crèche hospitalière est aussi dans le programme que nous étudions.

Il est à peu près impossible aujourd'hui, de placer convenablement et sûrement un enfant orphelin de père ou de mère, ou ayant des parents miséreux ou indignes, ou tout enfant que les parents, pour des raisons honorables et valables, ne peuvent garder avec eux. Ces enfants sont confiés à droite et à gauche moyennant des prix élevés; ils sont souvent négligés, parfois maltraités, rarement élevés avec méthode et soins hygiéniques.

Pour combler cette lacune, l'hôpital Ste-Justine ouvrira une crèche hospitalière où seront admis moyennant une légère rétribution, les enfants légitimes dont les parents ne pourront se charger.

De plus, le Bureau médical est à étudier tout un programme d'éducation populaire.

L'ignorance des mères est le principal facteur de la mortalité infantile, cette ignorance nous la combattons par des conférences pratiques, répétées et gratuites, faites à jour fixé, dans les quartiers populeux de la ville de Montréal.

M. le professeur Séverin Lachapelle qui s'intéresse si passionnément à l'œuvre de la protection de l'enfance, disait dernière-

ment: " Pour instruire le peuple il faut s'adresser au grand nombre, mais comme il ne vient pas à nous, c'est à nous d'aller vers lui."

Pour cette œuvre d'évangélisation il se peut que nous nous adressions à quelques-uns d'entre vous qui nous faites l'honneur de lire ces lignes; ne vous récusez pas d'avance, nous connaissons trop le zèle et le dévouement de la profession médicale canadienne-française de Montréal, pour mettre en doute un seul instant, l'intérêt qu'elle va porter à cette jeune institution dont le but est si noble et si patriotique.

Cette question du sauvetage de l'enfance a passionné les hygiénistes de tous les pays — en face de l'état terrifiant de nos statistiques de mortalité infantile, resterons-nous les bras croisés constatant de sang froid que 65 % de nos enfants meurent en-dessous de 1 an!

C'est une question si humanitaire, si généreuse, que ce serait faire injure à la faculté que de douter seulement de l'appui actif et effectif qu'elle ne va pas manquer de donner à cette œuvre naissante.

Le grand public parfois si difficile à émouvoir, répond avec enthousiasme à l'appel qu'on lui fait; les autorités municipales ont donné leur généreux concours, les gouvernements nous prêteront leur appui, mais nous avons besoin de toutes les générosités, de tous les dévouements, surtout du concours puissant des médecins qui, nous en sommes convaincus, ne nous fera pas défaut.

RAOUL MASSON,

• A PROPOS DE LA DECLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES PAR LE MEDECIN

On sait que depuis trois ans environ, un règlement municipal oblige, sous peine d'amende, le médecin de famille de déclarer qu'il a sous ses soins tel cas de maladie contagieuse à tel endroit, etc... Aussitôt, l'inspecteur se rend au domicile indiqué et donne des ordres qui contrecarrent quelquefois ceux que le médecin a donnés.

D'où frictions pénibles dont le médecin est le premier ou le seul à souffrir. On en a déjà parlé à la Société Médicale et les médecins se sont déclarés en faveur d'une reconsidération de la loi actuelle à l'effet d'obliger le père ou la mère de déclarer eux-mêmes ces cas sous peine d'amende.

Le médecin n'est pas un mouchard, et la loi doit tenir le chef de famille responsable dans ces cas, dès que le diagnostic du médecin lui est signifié.

Nous sommes heureux de constater que nos vues sont partagées en d'autres lieux. On lira, sans doute, avec intérêt l'article du Dr Perrin, publié dans le numéro du 4 mars de la *Presse médicale*.

A part quelques détails, il s'applique ici comme là-bas.

“ Sans doute, la déclaration obligatoire, ayant pour corollaire la désinfection non moins obligatoire, est une sauvegarde pour la santé publique, une mesure dont les parents et voisins des malades seront les premiers à bénéficier au point de vue de la conservation de leur santé; mais, en pratique, le public *ne voit pas* le danger qu'il a ainsi côtoyé; *il ne peut savoir* s'il a évité la diphtérie ou la scarlatine *parce que* la chambre et la literie d'un malade ont été désinfectées, et il croit volontiers que le bon tempérament et l'alimentation substantielle des parents et voisins ont plus fait pour eux que la mise en batterie d'une machine à pulvériser.

Ce qu'il voit et ce qu'il sait, le public, c'est ceci :

La “ mouchardise ” du docteur vaut à l'entourage du malade la visite d'employés “ de l'hygiène ”; puis certaine voiture bien connue stationne devant la maison, apprenant à toutes les commères du quartier qu'on désinfecte là; la malveillance des voisins peut s'en mêler, le vide se fait autour de la maison contaminée et le commerce périclite. Si un matelas revient fripé de l'étuve, la famille de condition modeste est mécontente du préjudice causé. Voilà bien des choses dont le public se plaint et dont certaines sont inévitables, même dans les villes comme Nancy, où le service de désinfection est sagement dirigé et s'efforce d'être discret.

Remarquons d'ailleurs que *toutes ces mesures vexatoires et-préjudiciables sont ou doivent être-prises aussi bien pour une rougeole banale (dont la contagiosité tardive est problématique), que pour une scarlatine maligne ou une variole noire.* Et vous voudriez

que ces gens-là soient contents du médecin qui a élanché contre eux tout cet appareil administratif!

* * *

L'expérience est faite: la loi de 1902 a eu cette conséquence inattendue d'être une source perpétuelle d'ennuis pour les praticiens qui veulent s'y conformer consciencieusement; ils se font des ennemis de leurs clients.

Les Pouvoirs publics exigent trop des médecins: sans nous arrêter davantage aux désagrèments que la déclaration nous attire, nous devons nous demander s'il est logique de rendre le médecin responsable de l'existence légale des maladies contagieuses de ses clients, s'il est bien légitime de l'obliger, sous peine d'amende, à se porter dénonciateur."

Qu'en peut-il résulter pour la santé publique? Les malades fortunés acceptent les ennuis de la désinfection dont ils peuvent comprendre l'utilité ou dont la dépense ne les effraye pas, mais ils la font souvent faire par des entreprises particulières, plus discrètes que les administrations. Les pauvres ne protestent pas parce qu'ils ne peuvent pas protester, mais, sauf les cas de force majeure, ils ne s'y laissent pas reprendre deux fois. Entre ces deux catégories, nous trouvons la foule immense des gens de condition modeste: parmi eux, b'en des pères de famille, ayant besoin de conserver une clientèle ou de recevoir leur travail à domicile, se méfient du médecin et s'en sauvent comme de la peste dès qu'ils soupçonnent chez leur enfant une maladie qui peut être déclarable; sauf complications qui les effraient, ils recourent à des illégaux, qui ne manquent pas, ou emploient des remèdes de bonnes femmes. Entre temps, *les mesures de prophylaxie les plus élémentaires*, celles qu'il faut prendre journellement autour du malade, *sont négligées faute de la venue d'un homme de l'art compétent pour les prescrire*

Certaines personnes croient voir une solution de ces difficultés dans une rémunération accordée par l'État aux médecins pour chaque déclaration, en compensation des ennuis qu'elle peut lui occasionner. La chose se fait, dit-on, en Belgique. Mais ce n'est là qu'un expédient, et non une solution, ne remédiant pas au dernier inconvénient que je viens de signaler.

La seule solution qui soit digne de ce nom, c'est la suppression de la déclaration par le médecin et le transfert au chef de famille ou de maison de l'obligation qui nous est actuellement imposée.

* * *

On objecte à cette solution qu'elle nous exposerait à trahir le secret professionnel en révélant au maître la maladie de son domestique, au logeur celle de son pensionnaire. En fait, les circonstances obligent toujours à faire connaître à l'entourage immédiat qu'il s'agit de fièvre typhoïde, typhus, variole, scarlatine, etc. (voir la liste); si le médecin s'abstenait de le dire, l'employé du bureau d'hygiène ne garderait sûrement pas le même silence; de plus, est-il possible de faire de la prophylaxie sans prévenir l'entourage? L'objection n'est donc pas recevable. On peut objecter aussi que les parents ou patrons ne feront pas ces déclarations; si l'obligation et les pénalités leur incombent, pourquoi ne la feraient-ils pas aussi bien que nous? A ce compte-là, l'Etat pourrait rendre le médecin responsable des coups portés par un de ses clients, agité ou délirant, à un voisin ou à un passant; si un syphilitique contamine sciemment une personne, celle-ci aura peut-être le droit de demander des dommages-intérêts, non à cet individu malhonnête, mais au médecin dont les sages conseils auront glissé sur la conscience endurcie du malade! Ce serait tout aussi logique.

Les parents, tuteurs, voisins, patrons déclarent bien à la mairie les naissances, les décès, les accidents: pourquoi (surtout s'il y a une sanction) ne déclareraient-ils pas aussi les maladies contagieuses? (Perrin).

— Nous publions ces remarques parce qu'elles sont justes. La déclaration des maladies contagieuses est nécessaire; nous sommes d'accord; mais qui doit la faire?... Nous prétendons que c'est le chef de famille et non le médecin. Qu'en pensez-vous?...

N. D. L. R.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 3 MARS 1908

Présidence de M. LKS. 12

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans discussion.

CORRESPONDANCE.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Montizambert, invitant les membres de la Société Médicale de Montréal, à assister et à prêter leur concours à la réunion de l'Association Médicale Canadienne, qui doit se tenir à Ottawa, en juin prochain. Le but de cette société est de grouper tous les éléments de notre profession et de travailler à l'avancement de la science médicale en ce pays.

Suit une lettre de M. J.-B. Prince, demandant son titre de membre titulaire de la Société.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BOULET présente un malade portant, à cheval sur le limbe scléro-cornéen une petite tumeur — un *mélano-sarcôme* — de la grosseur d'un gros pois. Cette tumeur est située vers la moitié de l'axe horizontal de l'œil et elle est accompagnée de quatre îlots de même nature, mais beaucoup plus petits. Cet homme est âgé de 42 ans, n'a jamais été malade. Point à noter, sa mère est morte de cancer utérin.

La maladie actuelle remonte à 6 mois. Une première opération a déjà été faite, il y a trois ans.

M. Boulet porte le diagnostic clinique de *mélano-sarcôme* récidivant de la conjonctive et se rallie à l'idée de faire encore une opération partielle, vu que l'œil droit est myope et présente des plaques de choroïdites atrophiques qui rendent la vision nulle.

DISCUSSION.

I. — M. FOUCHER demande si l'examen du fond de l'œil a révélé l'envahissement des parties profondes de l'œil par le néoplasme et si on n'a pas observé quelque symptôme du côté du foie.

MM. St-Jacques, Lasnier et Marien prennent aussi part à la discussion.

II. — M. LASNIER présente deux malades atteints d'*épithélioma*. L'un, de l'aile du nez, l'autre, au coin de l'œil et de l'oreille. Ces malades sont actuellement guéris, grâce à la radiothérapie. (Voir les observations, plus haut.)

III. — M. ST-JACQUES présente, 1° un jeune malade, âgé de 10 ans et porteur d'une énorme tumeur au cou, s'étendant du maxillaire à la clavicule, dépassant l'oreille en arrière et repoussant fortement le larynx à gauche. La tumeur qui s'est développée depuis un an, très rapidement, depuis quelques mois, présente un élément de malignité évidente. C'est probablement un lymphosarcome des ganglions du cou. Il demande l'opinion de ses confrères.

2° Les photographies d'un cas rare d'*ichtyose psoriasique* noir qui est venu sous son observation récemment.

3° Les pièces anatomiques d'une grossesse extra-utérine, enlevées récemment, chez une malade de M. Bruneau. La trompe enlevée est congestionnée, son pavillon est dilaté. Dans la poche on trouve un petit fœtus de quelques semaines. Le péritoine était rempli de caillots.

DISCUSSION.

MM. Marien, Roy et Harwood prennent part à la discussion. Ce dernier insiste sur la présence de ces cas de grossesse extra-utérine dont il a déjà vu cinquante cas. Le cas rapporté appartient à la variété la plus fréquente, celle des grossesses tubaires, et c'est par le pavillon que s'est faite l'hémorragie.

AVIS DE MOTION.

M. BOUCHER donne avis qu'à la prochaine séance, il proposera la formation d'un comité pour étudier le fonctionnement actuel de l'inspection médicale des écoles et des modifications que l'on fait subir à ce service de l'hygiène municipale, et spécialement sur la présence et les fonctions des gardes-malades dans ce service.

MÉMOIRES.

M. VALIN fait une très intéressante communication sur *les régimes généraux*.

La diététique, dit-il, est la science qui règle l'usage raisonné des aliments en vue de prévenir ou de guérir les maladies. Il faut se souvenir que l'économie dépense, en moyenne, 2430 calories au repos, et comme il n'est pas indifférent que les calories soient

fournies par tel ou tel groupe d'aliments, il faut savoir varier selon le besoin les régimes, de manière à ne pas fatiguer les organes.

Le conférencier passe à l'étude des différents régimes.

Le régime lacté est le premier des régimes classiques. Il est antitoxique, sédatif des états d'érythisme nerveux de l'estomac et de tous les organes. Il est insuffisant pour l'adulte, car il ne contient pas assez d'hydrate de carbone. L'addition de pain, de riz, etc., permet de réduire la quantité de l'air et rétablit la proportion nécessaire des albuminoïdes, des graisses et des hydrates de carbone qui doivent être absorbés dans les 24 heures.

Régime déchloruré. — MM. Vidal et Richard ont démontré que la surcharge de chlorure de sodium dans nos humeurs devient nocive pour l'épithélium rénal normal, et surtout malade.

La formation des œdèmes s'explique par le fait que 5 à 6 grammes de sel fixent un litre d'eau dans les tissus. De ce fait, se déduisent les indications du régime déchloruré. Le conférencier énumère les aliments, pauvres en sel, qui peuvent entrer dans ce régime.

Régime lacto-végétal. — Régime de transition entre le régime lacté et carné, après une maladie. Il laisse peu de déchets, et donne ainsi des repos aux organes éliminateurs et au système nerveux.

Régime hypoazoté — Adjuvant au régime déchloruré, à cause de l'étroite relation qui existe entre la rétention des chlorures et celle de l'urée.

Régime hyperazoté. (carné) — C'est la suralimentation par la viande, les œufs, le lait et le fromage. Il expose aux intoxications; s'applique surtout aux tuberculeux et aux convalescents.

Régime reminéralisateur. — Indiqué surtout dans la pré-tuberculose, le rachitisme, le neurasthénie, le rhumatisme chronique. Il comprend: les céréales, les légumes, les fruits, le lait, le bouillon, le vin de Bordeaux, les œufs, les cervelles, les crustacés, le poisson.

M. LESAGE félicite le conférencier de son magnifique travail. Il comprend que lorsque M. Valin donne la préférence au lait bouilli sur le lait cru il limite la question à l'adulte, car on sait que le lait bouilli ou stérilisé est plus difficile à digérer, par l'enfant, que le lait cru qui renferme des ferments nécessaires à sa digestion.

M. VALIN: En effet, je veux parler du régime lacté chez l'adulte.

ÉLECTIONS.

MM. Horace Gervais, René Hébert et F. A. Fleury sont élus à l'unanimité, membres titulaires de la Société médicale.

A 11.15 hrs la séance est levée.

Séance du 17 Mars 1908

Présidence de M. LESAGE

Le secrétaire, empêché par la maladie, est remplacé par M. Bourgoïn qui agit *pro temp.*

Le procès-verbal est lu et adopté.

Avant de procéder à l'ordre du jour, le président informe les membres présents que depuis la dernière séance, le deuil a frappé deux membres distingués de l'Association: l'un, le Dr Oscar Mercier a perdu sa vénérable mère, souffrante depuis longtemps; l'autre, le Dr Harwood, son épouse aimée, après une courte maladie.

" Nous devons, dit-il, adresser à nos deux collègues estimés, l'expression de notre vive sympathie dans les épreuves douloureuses qu'ils traversent. Je demande donc à l'un de vous de bien vouloir proposer une résolution dans ce but "

M. BOUCHER, propose, secondé par M. de Martigny, une résolution de condoléances qui est votée à l'unanimité.

M. DE MARTIGNY demande que le président soit délégué officiellement pour représenter la Société Médicale aux funérailles.

II. — PRÉSENTATION DE MALADES ET DE PIÈCES ANATOMIQUES.

I. M. O. F. MERCIER présente un malade chez qui il y a pratiqué, il y a onze jours, une *pylorectomie pour cancer du pylore*.

Ce malade, âgé de trente-trois ans, est entré à l'hôpital Notre-Dame, service du Dr Benoît, pour des douleurs gastriques et des vomissements rendant l'alimentation à peu près nulle. Les vomissements se produisaient environ une heure après chaque repas. Les douleurs étaient tantôt spontanées, tantôt réveillées par la pression. Le malade, en trois mois, avait perdu 37 livres. L'examen de l'abdomen révélait un estomac dilaté, descendu à l'ombilic, un pylore abaissé, palpable, dur et mobile, et douloureux. Le diagnostic porté fut cancer du pylore.

Le malade, trop faible pour être opéré immédiatement, fut soumis pendant trois semaines à une diète appropriée, en grande par-

tie lacto-végétarienne. Pour faciliter la digestion, on administra l'acide chlorhydrique dilué et la pepsine. On désinfecta les intestins. On releva le système nerveux avec la strychnine. Les vomissements cessèrent, les forces revinrent. L'opération put être pratiquée le 7 mars.

Le ventre ouvert, le Dr Mercier trouva un rétrécissement du pylore très net, très limité, sans adhérence ni ganglions. Il lui fut facile d'amener la tumeur dans la plaie, et de pratiquer une résection totale, suivie de la suture du duodénum à l'estomac. Les suites opératoires furent très heureuses. L'examen histologique de la pièce démontre qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Le Dr O. F. Mercier insiste sur l'importance, après les opérations de ce genre, d'alimenter le malade le plus tôt possible, afin de rétablir les fonctions gastriques. Les sutures séro-scéreuse prennent très rapidement, et il n'y a rien à craindre de ce côté. Son malade a pris du lait le lendemain de l'opération, de la soupe le surlendemain, un œuf le troisième jour. Aujourd'hui il mange et digère bien; il gagne des forces et du poids.

C'est le premier cas de cancer de l'estomac où le Dr O. F. Mercier ait pratiqué la pyloréctomie. Habituellement, le chirurgien trouve, chez les malades qu'on lui amène, une généralisation plus ou moins marquée de la lésion, des adhérences qui rendent la résection impossible et ne permettent qu'une gastro-entérostomie. La pyloréctomie ne peut se pratiquer que lorsque le diagnostic est fait à bonne heure, et que la lésion est nettement limitée. Naturellement, les chances d'amélioration sont bien plus grandes.

DISCUSSION.

M. DE MARTIGNY, félicite M. Mercier de son succès. Il constate qu'un grand nombre de malades bénéficieraient d'une intervention radicale, s'ils n'étaient envoyés trop tard aux chirurgiens.

M. BOURCOIN fait remarquer que dans la plupart des cas, l'analyse du suc gastrique peut éclairer le diagnostic. Dans le cancer, l'acidité totale est considérablement augmentée, bien que l'acide chlorhydrique manque presque totalement. Au contraire, dans les sténoses dues à l'ulcère ou à un simple trouble fonctionnel on trouve plutôt une augmentation de Hcl. Ces dernières lésions bénéficiant plutôt d'une gastro-entérite que d'une pyloréctomie.

M. L. PARIZEAU: Il est vrai qu'on peut rencontrer l'hypo ou l'hyperacidité dans l'estomac d'un cancéreux; mais il ne faut pas oublier que dans ces cas l'hyperacidité est presque aussi impor-

tante, car elle indique une *fermentation lactique* dont la présence confirme bien souvent, le diagnostic clinique. Nous savons, en effet, que l'acide lactique se rencontre très fréquemment dans l'estomac cancéreux.

M. LE SAGE: L'observation de M. Mercier est très instructive et je le félicite de son succès opératoire. Nul doute que le malade devra bénéficier largement de cette intervention malgré son arrivée tardive à l'hôpital. En examinant la pièce anatomo-pathologique, je constate que la résection est moindre qu'elle eût pu être cependant. Je demande à M. Mercier pourquoi il n'a pas poussé plus haut et plus bas ses lignes de résection, car il faut toujours craindre d'enlever trop peu dans ces cas?

M. MERCIER: La pièce a été conservée dans l'alcool et elle a considérablement diminué de volume. Je puis vous assurer que nous avons été très généreux et que le malade ne court pas de risque de ce côté.

Quant à la survie, en général, elle dépend de l'état du malade et du diagnostic précoce. Si nous avons des griefs contre la chirurgie des voies digestives, et si nous avons des mécomptes, la faute revient aux médecins, qui sont appelés, souvent, trop tard auprès de ces malades qui souffrent depuis longtemps et qui n'appellent le chirurgien à la rescousse que dans les dernières étapes de la maladie, alors que la cachexie enlève les seules chances que nous avons.

Aujourd'hui, la chirurgie de l'estomac est bien connue, et elle enregistre des succès fréquents lorsque nous pouvons opérer de bonne heure.

J'en ai plusieurs cas à mon crédit actuellement, et ces malades se portent à merveille.

II. -- M. ROY. *Un lympho-sarcôme* — Permettez-moi de vous présenter au nom du Dr St-Jacques et en mon nom, la pièce anatomique du petit malade que vous avez vu à la dernière séance, lequel a été opéré par nous le 4 mars.

Je vous ferai grâce des détails de cette opération, M. St-Jacques devant vous rapporter plus tard son observation en entier. Cependant, laissez-moi vous dire que l'intervention fut très laborieuse, car la tumeur adhérait sur toute sa longueur à la gaine des vaisseaux carotidiens nécessita une dissection minutieuse de la carotide et du pneumogastrique. Elle se prolongeait aussi derrière la clavicule jusqu'au tronc brachio-céphalique, intéressait le lobe droit thyroïdien, ainsi que la pointe de la glande parotide et sous-maxillaire.

Les veines jugulaires internes et externes durent être ressé-

quées ; et comme le pancier et le sterno-cléido-mastoïdien faisait corps avec la tumeur, ils dûrent être également enlevés, ainsi qu'une certaine étendue de peau qui lui était trop fortement adhérente.

Dès le soir de l'opération, le malade avait une tachycardie tellement considérable qu'il était impossible de compter son pouls. Cette tachycardie était due soit à l'absorption de la sécrétion thyroïdienne, ou à l'irritation du pneumogastrique.

Je vous ai dit, Messieurs, qu'avant l'opération j'avais constaté une paralysie de la corde vocale du côté opposé à la tumeur : aujourd'hui cette paralysie est disparue, mais la corde vocale du côté opéré est à son tour paralysé.

Cette dernière paralysie s'explique par la lésion du récurrent que nous avons cependant ménagé au cours de l'opération, lésion due à la difficulté de libération du lobe thyroïdien droit fortement adhérent à la tumeur.

L'examen microscopique de ce néoplasme permet de constater que nous sommes en présence d'un lympho-sarcôme, présentant une disposition cellulaire très lâche qui rappelle par endroit le myxo-sarcôme.

M. Roy dépose les pièces microscopiques qu'il soumet à l'examen de ses collègues.

M. LASNIER... Je suis d'avis qu'on eut dû soumettre ce malade immédiatement aux rayons X.

M. DE MARTIGNY... En effet, nous y avons songé, et après consultation nous sommes arrivés à cette conclusion. Le malade est actuellement sous traitement.

MOTIONS.

M. BOUCHER : propose qu'une commission soit formée pour étudier le fonctionnement actuel de l'inspection médicale des écoles et des modifications que l'on fait actuellement subir à ce service d'hygiène municipale, et spécialement sur la présence et les fonctions des garde-malades dans ce service.

— A ce propos, M. Boucher, fait remarquer qu'il n'est pas opposé à l'état de choses actuel, mais il croit qu'il serait important de faire certaines suggestions utiles.

Ainsi, on voit dans certains rapports que les médecins s'occupent non seulement de la santé des élèves, mais aussi de l'état des bâtisses. Le médecin n'est pas-nommé-pour faire l'inspection des bâtisses ; c'est la besogne d'un architecte qui doit s'enquérir si la protection contre le feu est suffisante ; si les portes ouvrent et ferment à volonté, etc.

— En second lieu, nous devons nous enquérir des nouvelles fonctions des garde-malades. Le médecin ne pourra pas tolérer qu'une nurse se substitue à lui dans l'exercice de la médecine. Il faut délimiter les pouvoirs et circonscrire l'action de chacune d'elles, car nous assisterons bientôt à des abus qu'il est plus facile de prévenir que de supprimer.

Je suggérerais que le Dr Edouard Laberge fasse partie de cette Commission.

LE PRÉSIDENT: La motion du Dr Boucher est très importante, et je le remercie d'avoir posé la question devant la Société Médicale. Le Bureau est ouvert à toutes les suggestions et nous serons bien aise qu'on nous suggère les noms des membres qui devront faire partie de cette nouvelle Commission.

IV. MÉMOIRES.

M. LASNIER. — *Épithélioma et radiothérapie.* (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. Roy demande à M. Lasnier:

1° S'il croit que les rayons X peuvent aggraver une tumeur épithéliomatense?

2° S'il croit que les rayons X peuvent transformer une tumeur non épithéliomatense en épithélioma?

3° S'il croit que les rayons X peuvent être la cause du développement d'un épithélioma sur un tissu sain?

En réponse, le Dr Lasnier dit qu'un épithélioma peut être aggravé si les rayons électriques sont employés à une dose trop forte.

Il ne croit pas que les rayons X peuvent transformer un lupus par exemple, en épithélioma et ne peut s'expliquer comment la chose serait possible.

Il affirme que les rayons X n'ont jamais transformé un tissu sain en tissu épithéliomateux, et trouve que la chose serait un non-sens. (Voir plus loin.)

M. Roy se dit très heureux de conseiller l'emploi des rayons X en temps opportun, par exemple, pour les épithéliomas superficiels de la peau, ce en quoi il est d'accord avec les propositions de MM. Béclère, Mamoury, Marc, Tédénat, Levy et Rives. Pour ce qui est des épithéliomas avec envahissement des tissus profonds, la guérison est fort problématique.

En réponse au Dr Lasnier qui affirme:

1° Que les rayons X ne peuvent pas transformer une tumeur quelconque en épithélioma;

2° Que ces mêmes rayons ne peuvent pas être la cause d'un épithélioma sur un tissu sain, M. Roy fait part d'un travail récent de MM. Levy et Rives de Montpellier — et dans lequel M. le Professeur Tédénat affirme l'exacte précision des faits rapportés — relatant quelques-uns des nombreux méfaits de la radiothérapie. Par exemple :

“ Sur 71 lupus simples soumis aux rayons X, Mendes da Costa signale 7 fois la transformation épithéliomateuse, Macleod rapporte un cas, Wyss un cas, Riehl un cas. Bien plus, les rayons X font du cancer sur la peau saine après un stade plus ou moins long de dermite rebelle. Sick dut faire, une fois, la désarticulation de l'épaule pour cancer de la main chez un ouvrier d'une usine d'ampoules de Roentgen ; et une autre fois, il put se borner à extirper un cancer du dos de la main. Gaucher eut également deux cas. Porter, Fouleton, Cornie relatent aussi des faits dans le même sens.”

En terminant M. Roy, sans insister davantage s'en tient à ces quelques remarques.

M. FOUCHER. — Il existe dans la première observation de M. le Dr Lasnier un point clair et un autre qui est obscur. Cette observation se rapporte à un patient que j'ai dirigé moi-même à mon confrère dans le but de le soumettre aux rayons X pour établir par un cas remarquable ce que vaut la méthode. Le point clair, pour nous surtout, qui avons vu le patient avant l'application de la radiothérapie, pour vous tous qui avez vu le patient ici même à la Société, c'est le résultat obtenu qui offre toutes les apparences d'un succès complet. Les vastes ulcères de la paupière inférieure et de la conque de l'oreille menaçaient de se réunir à brève échéance en sillonnant la face du patient de pertes de substances qui en auraient fait un objet de dégoût et de pitié. Aujourd'hui, tout est cicatrisé, les régions atteintes laissent à peine deviner les ravages qu'y avaient exercé la maladie.

Le point noir est celui qui se rapporte au diagnostic de l'affection pour laquelle le traitement a été institué. Il n'y a pas eu d'examen histologique pour établir la nature de la tumeur, la pièce a été égarée, paraît-il, et je le regrette vivement. Le diagnostic clinique, tel que je l'ai posé a été celui d'épithélioma.

Ce diagnostic a été confirmé par M. le Dr Lasnier, et je me suis basé pour en arriver à cette conclusion sur le fait que le lupus, avec lequel on aurait pu confondre l'affection, est rarement primitif à la paupière inférieure, que le sujet est âgé, que les bords de l'ulcération étaient festonnés, papillomateux mais non pustuleux, que l'ulcération était profonde sans offrir nulle part de ban-

des cicatricielles. Il eut été plus intéressant de savoir si les rayons λ ont agi favorablement sur un simple épithélioma; il ne peut s'agir ici de kératose puisqu'il y avait ulcération, ou si ces rayons ont eu une action plus profonde en agissant, par exemple, sur les acinis glandulaires comme il arrive lorsque l'affection gagnant en profondeur devient carcinomateuse. Tout de même, les rayons λ ont eu ici un effet manifeste, et j'en suis d'autant plus heureux que je reposais une grande confiance dans ce mode de traitement. Je n'ai pas besoin de vous dire que je suis un fervent adepte des rayons λ ; j'ai entrevu depuis la découverte des courants de haute fréquence et des rayons X le champ immense qui était ouvert à ces découvertes en applications thérapeutiques. C'est pourquoi j'ai réorganisé l'enseignement de l'électricité médicale à la Faculté il y a une dizaine d'années, jugeant qu'il constitue un complément indispensable aux connaissances médicales. Pour le moment, il n'est question que de l'application des rayons X au traitement des tumeurs cancéreuses, on doit s'arrêter là ce soir et il y a de quoi occuper toute notre attention, car la question est vaste, elle est controversée et intéressante, elle est de grande importance par les résultats qu'elle nous promet encore plus que par ceux qu'elle a donnés.

C'est la question à l'ordre du jour, les journaux de médecine nous apportent chaque jour des communications à ce sujet. Les observations se multiplient, le manuel opératoire se précise de plus en plus, le dosage de ces rayons mystérieux est encore à son enfance, cependant la qualité de pénétration des rayons X est déjà à peu près fixée par l'échelle de Benoist. Il faut une grande expérience technique pour obtenir les résultats voulus; la distance de l'avoile à la surface cutanée, la durée de l'application des rayons et la direction à leur donner, tout cela doit entrer en ligne de compte dans les résultats à obtenir. Il n'est pas surprenant que des échecs aient pu se produire qui n'étaient peut-être que le résultat d'une technique défectueuse.

On doit retenir ce fait dans les modifications apportées aux tissus par les rayons X. C'est que dans tous les tissus qu'ils rencontrent ils augmentent la quantité de tissu fibreux. Ils agissent, par ce fait, sur les cellules néoplasiques qu'ils détruisent et emprisonnent en les entourant d'une carapace fibreuse et, en obstruant les vaisseaux lymphatiques ils en empêchent les récidives au loin.

Enfin, ils s'attaquent plutôt aux tissus malades qu'aux tissus sains, et savoir doser les rayons X équivaut à donner la dose de

médicament qui produit l'effet désiré, ou encore le coup de couteau qui enlève la partie malade et respecte la partie saine.

Je ne crois pas que la radiothérapie devienne jamais l'antagoniste de la chirurgie, je crois que toutes deux peuvent vivre en famille en se portant un mutuel concours pour lutter avec plus d'avantage contre cette terrible maladie qu'on appelle le cancer.

— M. LÉO PARIZEAU: Peut-on douter de l'opportunité et du succès du traitement radiothérapique chez les deux patients dont M. Lasnier vient de nous lire les observations? Le Dr Foucher, par l'éloge non équivoque qu'il adresse à la radiothérapie, attribue la guérison aux rayons X. Il connaît les malades, il a même opéré l'un d'eux; plus que tout autre il est en mesure de dire ce qu'a fait le scalpel et ce qu'a fait le tube de Crookes. Inutile d'insister.

Je relève dans la seconde observation du docteur Lasnier un point de technique. Mon confrère n'a pas jugé nécessaire de protéger l'œil avec une coquille opaque. Les quelques scrupules qu'il avait ont été endormis par son maître Gaucher, de passage à Montréal. Il justifie cette omission en rappelant l'immunité remarquable de l'œil vis-à-vis des brûlures Roentgen. Il explique cette immunité par la forte consistance du globe oculaire.

Pour ma part, j'ai toujours considéré la protection des yeux du patient comme une concession à ses craintes mal fondées — La rareté des accidents dans le traitement aux rayons X s'explique non par la consistance mais par l'extrême opacité des milieux de l'œil pour les radiations actiniques. La rétine est derrière un mur qu'on a peine à traverser, même en radiographie. Mais à quoi tient la résistance de la cornée et de la sclérotique? J'ose dire: aux larmes.

Trois cas de radiodermite où les topiques ordinaires avaient échoué ont guéri sans tarder quand j'ai fait des applications tièdes et souvent renouvelées de sérum artificiel. La solution salée physiologique stimula les tissus agonisants et diminua beaucoup les douleurs en hydratant les extrémités nerveuses.

Or, les larmes ne sont pas autre chose qu'une solution saline, isotorique aux éléments de la cornée et de la sclérotique; il est à présumer que l'œil leur doit son indifférence aux rayons X. Mais, ceci admis, on doit conclure que dans tous les cas où l'irrigation lacrymale est défectueuse, l'œil mal défendu réclame la cuirasse de plomb. Le malade du Dr Lasnier souffrait d'un épiphora, il eut été prudent de ne pas traiter sans coquille protectrice. L'émail plombé tout aussi opaque que le plomb offre l'avantage d'être isolant. La chute inattendue d'un fil, une étincelle due à la maladresse de l'opérateur n'auraient aucun résultat fâcheux avec l'émail.

M. Foucher s'est montré un fervent admirateur de la radiothérapie. Il se plaît à expliquer leur action empêchante sur l'évolution des tumeurs par la formation d'une enveloppe scléreuse qui emprisonnerait la colonie néoplasique. C'est séduisant, mais cela ne concorde pas avec les données expérimentales et cliniques. L'expérimentation "in anima vili" a toujours montré leur action destructive pour la cellule, destruction plus rapide quand elle est embryonnaire. Cliniquement on a noté des accidents mortels à la suite d'un traitement intensif, sur une grande surface d'épithélioma; on a parfois des poussées fébriles après la séance de radiothérapie. Les cellules tuées en grand nombre, et mises à la charge des voies d'élimination ont amené une intoxication de tout l'organisme. Si le traitement avait pour effet d'emprisonner la tumeur dans une coque fibreuse, l'intoxication par les débris cellulaires ne serait jamais à craindre.

— M. E. ASSELIN: La radiothérapie ne guérit définitivement que les épithéliomas cutanés qui n'ont point dépassé le derme.

J'ai vu dernièrement deux cas d'épithéliomas de la face où les rayons X n'avaient pu arrêter l'évolution de la tumeur.

MM. Levy et Rives, internes de M. le Professeur Thédénat, de Montpellier, rapportent quatre cas de cancers de la face aggravés par la radiothérapie.

Je crois que dans tout cancer de la peau la tumeur devrait être enlevée d'abord par curetage et ensuite on devra se servir des rayons X pour compléter la guérison.

— M. VALIN: le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme que j'ai vu il y a quelques mois et chez qui j'ai fait le diagnostic de *lupus de l'aile du nez*.

Je suis convaincu que nous avons affaire ici à un cas de lupus — non de cancer.

Reste à savoir si l'action des rayons X est aussi manifeste dans un cas comme dans l'autre. Cette observation semblerait le démontrer; mais je suis encore persuadé qu'il s'agit ici de lupus.

— M. LASNIER: En réponse aux trois questions de M. Roy, je dirai qu'il est de fait, que des épithéliomas ont été aggravés par les rayons X. Mais ces aggravations sont imputables dans tous les cas à un mauvais manuel opératoire. M. le Dr Foucher, dans ses remarques, nous a dit combien était délicate l'application des rayons X, la précision qu'il faut y mettre et les qualités des observations requises pour le radiologiste. En effet, certaines ulcérations épithéliomateuses qui évoluaient très lentement, se sont transformées en "ulcère de Roentgen" pour avoir reçu une dose trop forte de rayons X.

Il faut savoir reconnaître, dans une même ulcération les parties

qui en ont reçu assez d'avec celles qui peuvent en supporter encore. Je suppose que l'on ait un cancer de la face greffé sur un lupus. Les bords sont indurés et le milieu présente une surface granuleuse plane, amincie au centre. Il vient un moment où le milieu en a assez, si on donne à toute la surface une dose uniforme, l'ulcération épithéliomateuse se transforme en "ulcère de Roentgen," très lent à guérir, et nous force à suspendre le traitement, pour attendre que la dermite soit disparue. Pendant ce temps qui peut durer plusieurs mois quelquefois, les parties où il reste encore du cancer ont pris une allure rapide. C'est ce qui a fait dire avec certaine apparence de vérité que les rayons X avaient aggravé quelques fois des épithéliomas. Ce qui aurait pu être évité si dans ces cas le radiologiste avait eu soin de préserver le centre de l'ulcération avec une feuille de plomb découpé *ad hoc*, et de ne donner des rayons X que sur le pourtour.

Deuxième question. Les rayons X peuvent-ils transformer des tumeurs non épithéliomateuses en épithélioma? C'est demander si les rayons X peuvent être cause de cancer. On sait qu'une foule de lésions peuvent se transformer en épithéliomas, à un moment donné, sans qu'on puisse dire pourquoi. Par exemple, un lupus, une kéloïde, toutes les vieilles cicatrices, l'acné, etc., et cela sans le concours des rayons X, comme l'insinue cette question. Des radiologistes, des fabricants de tube à rayons X atteints de dermite chronique, ont vu se développer sur leurs mains des carcinômes très malins, ayant nécessité de graves interventions.

Mais ceci ne prouve rien.

Les radiologistes atteints de lésions chroniques, de cicatrices (que ces lésions aient été causées par n'importe quoi, même par les rayons X), ne sont pas exempts plus que les autres de ces graves complications. Est-ce à dire que les rayons X sont cause de cancer? Pas du tout. Et la preuve, c'est que ces cancers guérissent par les rayons X.

Il y a au musée de radiologie de M. Bécclère, à l'Hôpital St-Antoine, deux pièces qui en font foi. Deux moulages de Baretta nous montrent un épithélioma greffé sur la main d'un radiologiste atteint de dermite chronique, et la même après traitement intense aux rayons X. L'épithélioma a presque complètement disparu.

C'est la main de M. Radiguet, le fabricant d'instruments de rayons X.

M. Radiguet est mort de généralisation de son cancer, il est vrai, mais il avait retardé beaucoup à se soumettre au traitement par les rayons X.

Les "Annals of Surgery," numéro de novembre 1907, publient quelques observations de carcinômes sur des radiodermes. C'est

sur ces faits que l'on s'est appuyé pour me poser les questions spé cieuses que vous avez entendues.

Je regrette que le programme, ne nous permette pas de discuter plus à fond cette quistion importante, qui ne présente pas seulement matière à épiloguer, mais se double d'un intérêt pratique de première importance.

Il s'agit de savoir si le médecin ou le chirurgien, sur pareils témoignages, sur de vagues insinuations de gens qui ne sont pas compétents dans la matière, peut dire à des malades appelés certainement à bénéficier du traitement par les rayons X, soit comme traitement curatif ou simplement palliatif, que non seulement les rayons X ne leur feront pas de bien, mais qu'ils sont eux-mêmes quelquefois cause de cancer.

Une dernière réponse, Messieurs, à ces questions. Je l'emprunte au document même qu'a cité mon savant confrère; s'il l'avait lu jusqu'à la fin, il eut trouvé lui-même la réponse qu'il me force à lui donner. Il se trouve encore que c'est précisément aux documents étalés avec tant de complaisance par notre collègue que répond M. Bécèle.

De ce qui a été dit à cette tribune, dit M. Bécèle, il ressort "clairement que nombre d'orateurs n'ont pas lu mon rapport; s'ils "veulent prendre cette peine, ils trouveront la réponse à ce qu'ils "ont avancé.

"Une erreur qui a la vie dure, c'est celle qui prétend que les "rayons X n'ont qu'une action superficielle. Et cependant, on "connaît les résultats qu'ils donnent dans la leucémie myéloïde; "ils ont contre les rates gênantes une action que ne partage au- "cune autre médication.

"La deuxième erreur que je ne puis laisser passer, c'est celle "qui consiste à dire que les rayons X donnent naissance au cancer. "Ce qui est vrai, c'est que toutes les vieilles cicatrices, y compris "celles des dermites dues aux rayons X, peuvent devenir cancé- "reuses. Mais en pareil cas, la radiothérapie améliore les cancers. "Tous les jours il vient à mon service des malades atteints de "cancers inopérables, abandonnés par la chirurgie. Je ne puis "que les soutenir et les reconforter, mais si le traitement avait été "institué plus tôt, je ne serais pas désarmé. Aussi, est-il désira- "ble que les chirurgiens, après les opérations, n'attendent pas une "récidive pour penser à l'utilité de la radiothérapie."

A M. Asselin qui me demande, si, en présence d'un épithélioma, mon premier mouvement n'est pas de prendre une curette sinon un bistouri, et de curetter fortement avant de faire usage des rayons X, je répondrai oui et non. On ne peut me taxer d'exclusivisme, ni d'emballement, sur ce sujet, messieurs. Je suis

chirurgien aussi, et vous aurez sans doute remarqué que ma première déclaration dans ma communication a été la suivante: "Tout cancer qui peut être opéré doit l'être. C'est la règle. Toute règle a ses exceptions. L'exception ici est pour les cancers de la face. S'il s'agit donc de cancers de la face, qui ne soit pas trop étendu en superficie et en profondeur, qui évolue lentement, je dirai à M. Asselin, non, dans ce cas, pas de curette. Les rayons X seulement. Car ici il n'est pas indifférent de faire un curettage de l'ulcération. La curette sous son tranchant n'enlève pas que des éléments pathologiques, elle enlève des éléments sains qui auraient servi trop tard à une réparation plus complète. C'est là, l'explication de la supériorité de la méthode radiothérapique sur l'intervention chirurgicale, au point de vue plastique. Quant à la qualité des rayons que nous employons, ce n'est pas notre intention de parler technique, ça nous mènerait trop loin. Je dirai seulement que la qualité des rayons X doit être déterminée par le siège plus ou moins profond des lésions à irradier. La peau absorbant une bonne partie des rayons mous — ceci nous oblige à prendre des rayons plus pénétrants, quand on s'attaque à des parties profondes, comme par exemple lorsqu'on traite *palliativement* un cancer de l'estomac, ou un sarcome du bassin.

ELECTIONS.

M. Prince est élu membre actif.

ANALYSES

MEDECINE

Nouveau médicament antituberculeux, par Lemoine et Gérard.
Académie des Sciences.

Au mois de novembre dernier, MM. Lemoine et Gérard de Lille, communiquaient à l'Académie de Médecine et à la Société de thérapeutique de Paris, le résultat de leurs recherches sur la bile, dans le traitement de la tuberculose.

Le succès, pour n'être pas encore définitif et complet, ne nous laisse pas moins entrevoir la solution prochaine du grand problème de la *Peste blanche*.

Dans un intéressant article, paru dans la *Tribune Médicale*, ces auteurs nous font connaître le point de départ de dix années d'un travail persévérant, leur méthode expérimentale et leurs succès cliniques.

Ils sont vraiment encourageants ces succès! Si encourageants, que ces chercheurs ont quelque peu hésité, par crainte du scepticisme, à livrer à la publicité, les conclusions de leurs recherches.

Le début de ces recherches remonte à 1897.

Après les expériences de Physalix, démontrant l'action neutralisante de la bile et surtout de la cholestérine, sur le venin des vipères, MM. Lemoine et Gérard se sont demandé, si la cholestérine ne possédait pas aussi, une action antitoxique sur les toxines microbiennes, dans les maladies infectieuses. Leurs travaux portèrent sur la tuberculose, maladie éminemment propre à l'expérience, à cause de sa lente évolution et du rôle important joué par les toxines. Mais la cholestérine leur ayant donné des résultats assez inconstants, bien que déjà démonstratifs, ils cherchèrent à retirer de la bile des produits plus complexes et probablement plus actifs.

En traitant la bile par l'éther de pétrole, ils sont arrivés à produire des corps exempts de pigments biliaires et contenant 51 à 63 % de cholestérine. C'est la paratoxine

Les expériences, plusieurs fois répétées, ont toujours porté sur dix-huit cobayes à la fois, divisés en trois séries de six. Aux trois séries: injection intra-abdominale d'émulsion de bacilles tuberculeux.

La série A sert de témoin; la série B reçoit tous les 2 jours une injection de cholestérine, sous la peau; la série C reçoit de la paratoxine à la dose de 2 cc.

Résultats:

Série A: La température vers le 2^e jour, monte à 39°, pour atteindre 40° vers le 6^e jour; durant une semaine, oscillation autour de 39°; puis pendant une dizaine de jours, la température revient à 38° pour monter brusquement à 39°,2, 39°,0, ou descendre rapidement à 37°.4, 37°.08, dans les derniers jours de la maladie.

La mort survient entre le 25^e et le 32^e jour.

Le poids augmente légèrement, au début, se maintient durant une semaine, puis diminue rapidement jusqu'à la mort.

Série B. — La température de cette série se calque à peu près sur celle de la série A, tout en restant au-dessous de quelques dixièmes de degré.

Quant à la courbe de poids, l'ascension du début est moins brusque, l'embonpoint se maintient davantage, si bien qu'à la mort, le poids est encore légèrement supérieur au poids initial.

Série C. — Dans les huit premiers jours, la température oscille entre 37° et 38°, pour se maintenir autour de 37° après le 11^e

jour. Le poids suit une marche ascendante et aucun cobaye traité n'a maigri.

Les auteurs ne disent pas si les animaux ainsi traités ont encore plus longue survie que les autres.

Les lésions anatomiques sont très discrètes chez les animaux de la dernière série, tandis que les viscères des cobayes témoins, sont farcis de tubercules.

Depuis trois ans, les auteurs ont laissé l'expérimentation pour la clinique. Les débuts furent peu encourageants; la cholestérine avait un effet presque nul sur les lésions de la troisième période. Mais depuis l'emploi de la paratoxine, les résultats se sont plus nettement dessinés.

Sous l'influence du traitement, l'état général, en même temps que tous les symptômes, s'améliore rapidement. L'appétit renaît, les digestions se régularisent, les sueurs nocturnes disparaissent après quelques jours de traitement; la toux s'apaise, l'expectoration se tarit peu à peu, la température même, tend à se rapprocher de la normale.

L'action bienfaisante de la paratoxine ne se borne pas au poumon. La laryngite tuberculeuse est aussi rapidement améliorée, par les injections intra-trachéales, la douleur disparaît et la toux se calme. La voix même, devient aussi claire qu'auparavant.

L'entérite tuberculeuse bénéficie également de la paratoxine donnée en nature par la bouche.

M. Lemoine aurait même, après huit jours, obtenu de la constipation, alors qu'au début les selles étaient de vingt-cinq par jour.

Il n'existe aucune contre-indication à l'emploi de ce médicament.

Son action est à peu près nulle à la période des cavernes, de même dans les formes aiguës et hyperthermiques.

La paratoxine s'administre par voies bucale, intra-laryngée ou sous-cutanée.

La dose moyenne à injecter, est de 1 cc. par jour.

On peut la faire ingérer en nature, à la dose de 5 à 20 cc. dans les cas d'urgence, car le médicament n'est pas toxique.

Les injections intra-trachéales se donnent, à la dose de 2 à 5 cc. répétée tous les jours ou tous les deux jours.

L'autorité et la haute compétence des deux savants professeurs doivent nous faire prendre en sérieuse considération, le résultat de leurs expériences, bien que cela paraisse tenir un peu du merveilleux.

Libre à tous d'y croire, mais il serait imprudent de condamner et même d'ignorer la méthode, sans même l'avoir expérimentée.

J. C. BOURGOIN.

Nouvelles données sur la pathogénie et l'étiologie de la fièvre typhoïde, (M. DEBRÉ, *Progrès médical*, février 1908.)

L'auteur étudie les travaux allemands sur cette question. Jusqu'à ce jour, la porte d'entrée du bacille d'Eberth est le tube digestif, et ses localisations premières seraient l'appareil lymphatique de l'intestin, de la rate et ganglions mésentériques. Ce n'est qu'ultérieurement qu'il se répandrait dans la lymphe et le sang.

En Allemagne, on pense autrement. Au début de la maladie, durant le premier septenaire, on a pu décélérer le bacille d'Eberth dans le sang par les différents procédés d'hémo-culture; au contraire, pendant les premiers jours de la fièvre typhoïde déclarée, et avant que son évacuation devienne permanente, elle est pendant toute une période, irrégulière et inconstante. Ainsi une phase septicémique semble, dans les fièvres typhoïdes normales et régulières, précéder l'entérite. Après des expériences et examens répétés et contrôlés, on conclut que le bacille d'Eberth pénètre par les voies digestives, peut-être la gorge, déterminant ainsi une angine typhique, puis passe rapidement dans le sang, traverse le foie et arrive à la vésicule biliaire qui la déversera ultérieurement dans l'intestin.

Si on observe les typhiques guéris cliniquement on constate qu'ils continuent à expulser avec leurs matières des bacilles d'Eberth pendant des semaines (2 à 6), puis tout rentre dans l'ordre.

D'autres, au contraire, continuent à évacuer le bacille d'Eberth pendant des mois et des années; on a pu vérifier ces faits chez 2 pour 100 des cas, surtout chez les femmes.

On comprend mieux ainsi pourquoi on constate l'existence des cas sporadiques de fièvre typhoïde, de maisons à fièvre typhoïde, de nombreuses manifestations épidémiques et endémiques de la fièvre typhoïde.

C'est d'après cette conception qu'on a organisé, en Allemagne, la lutte contre les "porteurs de bacilles typhiques."

A. LESAGE.

CHIRURGIE

2000 opérations pour cure radicale de hernies, (W. T. BULL et W. B. COLEY. *Jr. of American Asso.*, septembre 1907).

Les auteurs donnent le résultat de leur expérience à l'Hôpital des herniés, de New-York, depuis que le procédé de Bassini et Halsted pour la cure radicale de la hernie y a été introduit.

Ils attirent l'attention sur le fait qu'ils ont employé le procédé de Bassini modifié, depuis 1892.

La majorité des patients (1,034) étaient des enfants, mais ils ont aussi opéré 900 adultes, ils ont constaté bien peu de différence dans les résultats.

Sur les 900 adultes il y a eu 13 récurrences: soit 1.4 pour cent.

Ils insistent sur la nécessité de l'emploi de sutures absorbables, puis divisant leurs cas en deux périodes, ceux avant l'usage des gants de caoutchouc et ceux après; ils trouvent qu'une amélioration sensible dans les résultats a suivi l'usage des gants.

Ils sont aussi portés à accepter l'opinion que toute hernie inguinale, excepté la directe, est due à un sac qui existait antérieurement ou à la non-obligation de la vaginale.

Les auteurs sont d'opinion, que beaucoup d'enfants herniés en-dessous de 4 ans peuvent être guéris par l'application appropriée d'un bandage, qu'il y a quelque risque d'étranglement dans ces cas, mais que les risques de l'opération sont décidément plus grands que chez l'enfant plus âgé.

Si un enfant a atteint l'âge de 3 ou 4 ans, et que la hernie se soit maintenue, ils conseillent l'opération.

Chez l'enfant au-dessus de 4 ans, ils ne conseillent pas le port d'un bandage, les chances de guérison étant moindres et celles de récurrences plus grandes.

La mortalité sur 1978 cas de hernies inguinales et fémorales a été de 5 ou 0.25 pour cent.

La signification chirurgicale de l'ictère, (ANESPERGER, *Beil. zur klin. chirurgie*, Burnier) *Arch. Gén. chir.*

Ce mémoire résume l'état actuel de la question de l'ictère et éclaire, d'après 96 cas observés à la clinique de Czerny, la signification de l'ictère au point de vue du diagnostic et du pronostic spécial à la chirurgie.

Il existe des cas d'ictère sans obstruction mécanique au cours de la bile, qui doivent être rapportés à un défaut de fonctionnement de la cellule hépatique; cet ictère peut aussi bien être primitif que succéder à un ictère mécanique.

Le pronostic d'une intervention est dans ces cas très défavorable. On peut déceler l'insuffisance fonctionnelle de la cellule hépatique grâce à la présence de l'urobiline, tandis que le teneur de l'urine en biliruline plaide en faveur de l'ictère mécanique. Un examen de sang morphologique et hémoglobinométrie, la cholestémie, la richesse alcaline du sang, la cryoscopie du sang et

de l'urine sont réservés aux spécialistes, mais sont importants pour le pronostic.

Il n'y a pas de moyens absolument sûrs pour reconnaître la gravité d'un ictère, cependant on peut recourir à l'examen du sang et des urines en même temps qu'à l'examen clinique. Cette gravité n'est d'ailleurs pas parallèle à sa durée et à son intensité, elle dépend bien plutôt de la force de la résistance, de l'organisme contre les toxines biliaires résorbées. La méthode thérapeutique ordinaire en cas de lithiase des canaux hépatiques profonds est la cholécotomie avec drainage consécutif à l'hépatique; et suivant la gravité de l'infection, la vésicule biliaire peut être extirpée, suspendue ou drainée.

L'ablation radicale d'un calcul est très difficile dans les cas de pierres ayant séjourné longtemps dans le cholédoque; il importe donc d'opérer aussitôt que possible les cas d'observations lithiasique chronique du cholédoque.

Enfin les cas de calculs du cholédoque sans ictère sont plus fréquents qu'on ne l'admettait jusqu'à présent.

Diagnostic et traitement des pancréatites aiguës, (L. LAFOSSE. Thèse, Paris, 1907).

Les pancréatites aiguës ne sont pas rares, leur diagnostic souvent n'est pas fait parce qu'on ne pense pas au pancréas. Cliniquement leur diagnostic est assez facile, que l'on ait affaire à des pancréatites aiguës hémorragiques ou suppurées. Ce diagnostic est surtout fondé sur la constatation du syndrome pancréatique de Guinard: (a) Début brusque; (b) douleur colliaque; (c) cachexie suraiguë avec asthénie; (d) tuméfaction locale.

L'évolution des pancréatites suppurées aiguës se fait en plusieurs temps: le début est nettement abdominal, puis le plus se collecte et se fait jour; ou, vers l'étage abdominal supérieur et donne lieu à des symptômes pleuro-pulmonaires: c'est la forme thoracique; ou vers la paroi antérieure de l'abdomen: c'est la forme abdominale; ou vers les fosses lombaires: c'est la forme lombaire.

L'examen clinique peut seul guider pour le diagnostic des pancréatites aiguës. Les procédés de laboratoire montrent seulement si le pancréas est altéré en totalité et non en partie; de plus, la recherche du suc pancréatique dans les matières fécales est encore trop récente pour qu'on puisse tirer des déductions certaines.

Il n'y a pas une voie de choix pour aborder les collections pancréatiques. La voie d'accès sera différente suivant les cas; forme thoracique: voie pleuro-péritonéale; forme lombaire: voie lombaire; forme abdominale: laparatomie sus-ombilicale.

La linite plastique, (JONNESCO et J. GROSSMAN, *Revue de Chirurgie*, janvier 1908.)

La linite plastique est une affection rare de l'estomac. Les symptômes et le diagnostic sont peu connus.

Hayem et Lyon affirment qu'il n'existe pas une seule observation où le diagnostic exact a été posé.

Au point de vu anatomo-pathologique il existe quatre opinions: 1° affection néoplasique maligne; 2° maladie secondaire, due à une gastrite chronique; 3° affection primitive du tissu cellulaire de l'estomac de nature indéterminée; 4° affection secondaire, due à une inflammation primitive rétro-péritonéale envahissant secondaiement le péritoine et l'estomac.

Cliniquement, on a décrit deux phases dans l'évolution de la maladie: 1° une phase gastrique rappelant la gastrite chronique: douleur à l'épigastre, vomissements alimentaires ou muqueux et quelques hémathémèses; et 2° une phase péritonéale, avec ascite, évacuation, cachexie et mort après deux à trois mois.

Les auteurs rapportent un cas très instructif qui tend à prouver que la linite plastique est une affection purement inflammatoire et nullement néoplasique; les pièces histologiques prouvent que le maximum d'intensité siège dans la tunique sous-muqueuse.

Le processus inflammatoire débute dans la sous-muqueuse, se cantonne d'abord dans l'épaisseur des parois gastriques, qui atteignent 3 à 5 centimètres, puis, par un processus centrifuge, s'exteriorise pour déterminer la péri-gastrite et la péritonite avec adhérences et ascite, qu'on a constaté dans toutes les observations antérieures à la leur.

La linite plastique est donc une affection bénigne au point de vue anatomo-pathologique; et la métastase ganglionnaire et les lésions néoplasiques concomitantes, observées dans certains cas, ne peuvent être que de simples coïncidences.

Z. RHÉAUME.

PEDIATRIE

Pathogénie de certaines épidémies de gastro-entérite, par DECHERF.
dans *Bulletin de Soc. de Pédiatrie* de Paris, janvier 1908.

L'auteur de cette communication étudie les causes d'une épidémie de gastro-entérite aiguë, à la fin de novembre, chez six enfants, dont un est mort. Tous étaient élevés artificiellement au lait pasteurisé, ou stérilisé ou bouilli, coupé d'eau au tiers.

L'auteur, après des recherches minutieuses attribue tous ces

troubles à la nourriture défectueuse des bêtes laitières. Il rapporte qu'en 1903, il eut, coup sur coup, six décès pour gastro-entérite à la Goutte de Lait de Fourcoing, où toutes les précautions étaient prises. Après enquête, il appert que leur fournisseur habituel additionnait son lait depuis quelques temps du lait d'une ferme voisine où on nourrissait les vaches, à cette saison, avec de la pulpe conservée en silos durant tout l'été. Or, il est démontré que la pulpe fermentée joue un rôle primordial sur le développement des épidémies de gastro-entérite.

On a signalé, il y a quelques années, dans les environs de Paris une épidémie de gastro-entérite avec cas mortels. Le fermier qui fournissait le lait perdit lui-même deux enfants. Il nourrissait ses vaches avec de la pulpe.

On peut rapprocher de ces cas, ceux où les enfants nourris au sein sont atteints de gastro-entérite, à cause d'un vice de régime chez la mère, ou même d'une simple émotion.

En face de la mortalité excessive dans le Nord de la France, l'auteur en recherche la cause dans la nourriture des vaches laitières. A cette saison de l'année, on nourrit les vaches avec des feuilles de betteraves et des feuilles de chou violet qui donnent au lait et au beurre une saveur toute spéciale et qui lui font perdre ses qualités. C'est à ce moment que sont apparues les épidémies sus-mentionnées. Elles ont cessé dès que les vaches ont reçu de la pulpe fraîche.

Pour conclure, l'auteur pense que certaines épidémies de gastro-entérite proviennent de l'alimentation du bétail où la pulpe et les matières fermentées ou fermentescibles tiennent une place prépondérante.

Le lait contient des toxines en plus ou moins grande quantité, susceptibles d'intoxiquer les nourrissons et de provoquer des épidémies de gastro-entérite graves.

L'évolution de ces gastro-entérites est influencée d'une manière favorable par la diète hydrique, qui semble être le traitement de choix. Le babeurre, dans ces cas particuliers, semble aggraver la maladie.

M. VARIOT, appuie les conclusions de ce travail. Il affirme la nocivité du lait sécrété par des vaches alimentées avec des feuilles de betteraves. Il rapporte l'observation d'un bébé en proie à des crises d'éclampsie incessante malgré les plus grands soins de propreté dans son alimentation. Mis à la diète hydrique avec lavages intestinaux, puis nourri au sein d'une nourrice, il se rétablit promptement. Après enquête on apprit que le lait donné à cet enfant provenait de vaches qui étaient nourries avec des drèches d'une brasserie voisine.

“ Les médecins qui dirigent l’allaitement, dit-il, peuvent prévenir les mères que les laits fournis par les vaches nourries avec des feuilles de betteraves, des pulpes fermentées, des drèches, etc., sont toxiques pour les nourrissons et qu’elles doivent se procurer du lait provenant de vaches qui vivent à l’herbage et prennent aussi du fourrage sec.”

M. HALLÉ signale le cas d’un fermier qui paie ses vaches un gros prix, et les nourrit le plus possible avec des drèches. Elles donnent beaucoup de lait, mais au bout de deux ans, à peine, il est obligé de les vendre à sacrifice parce qu’elles sont malades. La viande a même été saisie.

M. TOLLEMER rapporte un cas de mort par gastro-entérite aiguë, dont la cause réside dans un lait toxique provenant de vaches nourries avec des résidus de raffineries de betteraves. Malgré la belle apparence des animaux, le lait présentait une odeur désagréable, qui rappelle celle qui se dégage des silos où on conserve ces légumes depuis de longues semaines. Il s’agissait d’une sorte de résine sécrétée à la surface des feuilles. Ce seraient des sels de potasse et des alcools qui agiraient comme poisons dans ces cas.

A remarquer que la maladie provoquée chez les bêtes laitières par l’usage immodéré de ces substances est justement une cirrhose hépatique assez comparable, paraît-il, aux diverses formes de cirrhoses alcooliques de l’espèce humaine. Aussi, a-t-on parfois rapproché les accidents qui résultent de l’usage du lait de ces vaches de ceux qui, chez l’enfant proviennent du lait des nourrices alcooliques.

— Cette intéressante discussion sera profitable aux médecins du Canada comme à ceux de France.

A. LESAGE.

L’ophtalmo-réaction chez les enfants, dans *Bulletin de la Soc. de déc.*, janvier 1908, et *Clinique infantile*, 14 février 1908.

A la séance du 21 janvier, de la Société de pédiatrie, on a lu le rapport de M. Cassoute, qui a fait des observations à la clinique infantile de Marseille. Les instillations de tuberculine, au nombre de 80, ont donné le résultat suivant. Dans une première série, avec la solution à 1 pour 200 on a obtenu 1 résultat positif pour 8 négatifs; avec la solution à 1 p. 150, 35, négatifs, 3, douteux, avec la solution à 1 p. 100, 31 négatifs et 3 douteux. Au total, 1 résultat positif, 6 résultats douteux et 73 négatifs.

L’auteur conclut que “ l’oculo-réaction n’est pas un procédé d’une précision rigoureuse. Certains enfants ne réagissent qu’à

la 2^e ou 3^e épreuve. D'autres, quoique tuberculeux, ne réagissent pas. Quelques-uns qui ne semblent pas atteints de tuberculose réagissent positivement."

D'autre part, dans une communication ultérieure à la même Société, M. Lemaire, interne des hôpitaux de Paris, rapporte plusieurs observations où il a eu des accidents qui ont persisté après avoir présenté des symptômes alarmants. L'auteur conclut en ces termes :

"Ainsi donc, on est en droit de se poser cette question : une manœuvre qui peut provoquer un œdème considérable des paupières avec écoulement purulent interne, le tout simulant ce qu'on observe dans la conjonctivite blennorrhagique ; qui peut exiger des instillations d'atropine ; qui peut provoquer de la conjonctivite phlycténulaire avec photophobie et blépharospasme ou de la conjonctivite simple de longue durée ; qui peut donner lieu à des douleurs de tête et des picotements au point de troubler le sommeil, une telle manœuvre est-elle inoffensive et toujours aussi bien supportée qu'on l'a prétendu jusqu'ici ?

"Si nous n'avons pas constaté de désagréments plus sérieux c'est, peut-être, parce qu'il s'agissait de malades d'hôpital que nous avons sous la main, et que nous avons pu soigner ensuite. En aurait-il été de même chez des malades de la ville, qui eussent été laissés libres, les résultats de 'oculo-réaction' une fois constatés ?" ...

Comme je l'ai établi dans un travail publié dans le dernier No. de l'UNION, ces observations, qui s'accumulent chaque jour et qui sont soigneusement faites par des hommes compétents, nous invitent à être circonspects dans l'emploi d'une méthode de diagnostic dont la fidélité n'est pas absolue et dont les inconvénients sont évidents.

M. Vallée (d'Alfort), après des expériences répétées chez les animaux conseille de revenir à la cuti-réaction de Von Pirquet, plus inoffensive et plus applicable à l'homme que l'ophtalmoréaction.

A. LESAGE.

OPHTALMOLOGIE

Ophtalmie purulente des nouveau-nés. (Scrim.)

Examen bactériologique. — Gonocoque. — Paupières rouges œdémateuses, difficiles à écarter. — Conjonctive épaisse, infiltrée, fongueuse, rouge. — Chémosis, enchâssant la cornée. — Sécrétion très abondante, purulente, jaune citron, quelquefois sangui-

nolente. — Complications cornéennes, infiltration, ulcération, perforations à redouter. — Souvent ganglion préauriculaire.

1. — Prévenir l'entourage du danger de la contagion.

2. — Détruire par le feu, tous les objets de pansement ayant servi.

3. — Si l'affection est monoculaire, protéger l'œil sain, au moyen d'un verre de montre maintenu par quelques tours de bande ou enchâssé à l'aide du diachylon.

4. — Pas de bandeau, ni compressif, ni flottant.

5. — Plusieurs fois par jour, essuyer soigneusement les paupières, avec des tampons de ouate hydrophile, de façon à les débarrasser de toutes sécrétions.

6. — Quatre fois par jour, pratiquer des irrigations au moyen du lavar de Kalt ou à l'aide du blépharostat de Pley, avec la solution suivante:

Permanganate de potasse.....	0 gr. 30
Eau distillé.....	1000 grammes

7. — Essuyer et sécher avec des tampons de coton hydrophile sec.

8. — Le matin et dans l'après-midi, entre les irrigations, retourner les paupières et faire, au moyen d'un tampon de ouate enroulé au bout d'un styilet, une large application de

Nitrate d'argent cristallisé.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	20 grammes.

Neutraliser rapidement à l'eau salée.

9. — Maintenir sur les paupières des compresses humides évaporantes.

10. — Surveiller l'état de la cornée. En cas d'infiltration et d'ulcération, préserver la cornée du contact du nitrate d'argent et appliquer la pommade suivante:

Iodoforme dissous dans l'éther.....	0 gr. 25
Vaseline neutre.....	10 grammes

11. — En cas d'imminence de perforation, éviter l'enclavement de l'iris en instillant avec un compte gouttes, deux gouttes de

Sulf. n. atropine.....	0 gr. 02 centig.
Eau distillée bouillie.....	5 gr. 10 grammes.

12. — La suppuration a changé de caractère. Réduire le nombre des irrigations et faire une seule application argentique par jour, le matin de préférence.

13. — La sécrétion est légère. Laver les yeux matin et soir à l'eau boriquée à 3 p. 100 ou à l'eau bouillie, et faire une instillation le matin de quelques gouttes de

Sulfate de zinc.....	0 gr. 10 centig.
Eau distillée bouillie.....	10 grammes.

Conjonctivite blennorrhagique de l'adulte,

Même symptomatologie que dans l'ophtalmie purulente du nouveau-né. Gravité plus grande. Fréquence et rapidité des lésions cornéennes.

Même thérapeutique. Même prophylaxie pour le second œil, lorsqu'un seul est atteint et pour l'entourage ou les personnes qui soignent le malade.

R. BOULET.

PHARMACOLOGIE**Contre la diarrhée des tuberculeux,**

(a) Extrait thébaïque	0 gr. 10 centig.
Sous-nitrate de bismuth	4 grammes.
Eau de fleurs d'oranger	25 grammes.
Sirop de ratanhia	30 grammes.
Eau de tilleul	100 grammes.

A prendre par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

(b) Après quatre jours, si la diarrhée continue on donnera : Poudre de talc 100 à 200 grammes par jour dans un peu d'eau ou de tisané, ou libre :

(c) Bleu de méthylène	0 gr. 10 centig.
Lactose	0 gr. 20 centig.

Pour un cachet : 3 à 4 fois par jour.

(d) Enfin dans certains cas rebelles, on peut donner :

Eau oxygène neutre (à 2 ou 3 volumes) 200 à 300 grammes.

En injections intra-rectales matin et soir (Renon).

Contre la stomatite aphteuse,

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10 centig.
Borax	2 grammes.
Miel rosat	20 grammes.
Eau de fleurs d'oranger	20 grammes.

Toucher trois fois par jour les ulcérations avec un pinceau trempé dans cette solution (Malbec).

Contre l'eczéma suintant des jeunes enfants,

Poudre d'amidon	
Oxyde blanc de zinc pulvérisé	ââ 8 grammes.
Vaseline	20 grammes.

En application locale après nettoyage à eau bouillie et ouate. (Gillet).

Contre la gale,

Traitement de 2 heures :

(a) Savonnage au savon noir et eau tiède, durant une demi-heure, de tout le corps de l'enfant entièrement nu.

(b) Grand bain — $\frac{1}{2}$ heure — avec continuation de savonnages et frictions.

(c) Frotte complète de tout le corps — $\frac{1}{2}$ heure — avec la pommade d'Helmerich :

Fleur de soufre 50 grammes.

Carbonate de potasse 25 grammes.

Axonge benzoïnée ou noir 300 grammes.

(d) Grand bain — $\frac{1}{2}$ heure — suivi de poudrage à l'amidon.

Si la peau est un peu enflammée, donner un bain d'amidon et appliquer la pommade suivante :

Vaseline boriquée à 10 % 30 grammes.

Oxyde de zinc 10 à 20 grammes.

SUPPLEMENT

“ BOVRIL ” est garanti comme une préparation de bœuf pure.

“ BOVRIL ” convient aux besoins de la chambre du malade et de l'hôpital, et les faits suivants le prouvent :

1° Le mode spécial de sa préparation conserve toutes les propriétés de la viande, et l'albumine et la fibrine existent sous une telle forme qu'elles sont immédiatement assimilables même par l'invalidé le plus délicat.

2° Il est préparé dans des manufactures soigneusement contrôlées avec la chair d'un bétail de choix, né et élevé dans les plaines de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, et du Sud Africain.

3° Par des analyses soignées et répétées faites au cours de sa préparation, son uniformité absolue en ce qui regarde sa qualité et sa composition est assurée, et cette uniformité est une très forte recommandation au point de vue médical.

“ BOVRIL ” est un produit économique. Le matériel qui sert à sa préparation est obtenu de la viande de bœufs qui sont abattus dans des pays où les troupeaux sont nombreux et bon marché. “ BOVRIL ” ne peut cependant pas être vendu un prix impossible.

Une bouteille d'une livre qui coûte au détail \$1.75, fait 45 tasses d'un breuvage très nourrissant et salubre.

Cela fait un peu moins de 4 cents la tasse.
