

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE :

MM. A. BERNIER,	MM. L. E. FORTIER,	MM. A. Le SAGE,
E. BOULET,	A. A. FOUCHER,	A. MARIEN,
E. P. CHAGNON,	L. de L. HARWOOD,	O. F. MERCIER,
R. DE COTRET,	H. HERVIEUX,	E. ST-JACQUES,
J. E. DUBÉ,	E. P. LACHAPPELLE,	C. N. VALIN.

COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1906 :

MM. Benoit,	MM. Heineck,	MM. Rhéaume,
Bourgoin,	Joyal,	Rousseau,
D'Amours,	Laramée,	Roy,
DeBlois,	Lasnier,	Sirois,
Desjardins,	Laurendeau,	St-Pierre.
Gauthier,	Marsan,	
Gregor,	Pelletier,	

33 Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Secrétaire,
36, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVI

1er JUIN 1907

No 6

MEMOIRES

ECLAMPSIE PUERPERALE ET DECAPSULATION DU REIN.

Par E. A. RENÉ DE COTRET,

Professeur-adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité, à Montréal.

J'ai souvent dit que le traitement idéal de l'éclampsie était l'injection hypodermique d'extrait fluide de *Veratrum Viride*. Combien de fois j'ai prouvé en clinique, à la Maternité, et en pratique, les bienfaits de ce médicament que j'appellerai *merveilleux*. J'ai souvent démontré ses multiples avantages ; j'ai fait voir comme il agissait puissamment sur toutes les organes : sur le cœur, en ralentissant d'une manière étonnante les battements ; sur la peau, en produisant une transpiration profuse ; sur les reins, en augmentant la diurèse ; sur l'estomac, l'intestin, le foie, en amenant des vomissements abondants et bilieux, des selles copieuses ; sur le cerveau, en dissipant le coma. J'ai prouvé par des exemples infinis, que le médicament est absolument sans danger, que son innocuité est parfaite et qu'on n'a jamais cité un seul de mort imputable au veratrum.

J'ai souvent dit : *le veratrum c'est un spécifique dans l'éclampsie* ; oui, mais un spécifique comme le mercure et l'iode de

potassium dans la syphilis, c'est-à-dire qui ne guérit pas sûrement tous les cas.

Qui dit *spécifique* ne dit pas *infaillible*, et qu'on ne vienne pas après cela me lancer platement cette phrase : "à quoi bon essayer autre chose si votre *spécifique* n'a pas réussi." A-t-on encore le droit, devant les progrès de la médecine, de se croiser les bras et de s'avouer vaincu parce qu'un traitement qui nous a donné des succès presque constants, demeure tout-à-coup inactif et qu'il rencontre un obstacle ou une barrière ? Non, notre devoir est d'être plus actif, plus hardi surtout quand on se sent appuyé par des autorités aussi puissantes que celles que je vous citerai dans un instant. Ce n'est plus alors de la hardiesse, c'est une ligne de conduite toute tracée qu'on n'a qu'à suivre, et qu'on doit suivre à tout prix pour en faire bénéficier autant que possible le moribond qui nous est tombé entre les mains. Ce n'est plus de la hardiesse, c'est un devoir à accomplir. Ce n'est plus de la hardiesse, car ne pas employer les grands moyens qui sont en notre puissance, c'est faillir au noble sentiment de la médecine qui veut arracher à la mort. Que ne dois-je moi-même aux excellents et dévoués confrères, qui m'ont sorti du tombeau, sur lequel on était prêt à visser la dernière planche. Le traitement qu'ils ont employé aurait paru absurde s'ils n'avaient pas réussi. Il me fait plaisir de leur rendre aujourd'hui publiquement cet hommage de ma reconnaissance. Ils ont été ce que le médecin doit être, avant tout *un sauveur*.

Le professeur de Bovis vient d'écrire (1) : "La gravité de l'éclampsie puerpérale étant un fait bien connu, il semble que l'accoucheur puisse faire montre à son égard de quelque hardiesse thérapeutique. A plus forte raison si cette hardiesse offre des perspectives de succès, et qu'à tout prendre elle semble ne pas devoir aggraver l'état de la malade." Edebohls, l'inventeur ou le promoteur de la décapsulation du rein avait pensé ainsi et agit en conséquence dans trois faits. Peut-être n'avons-nous pas été assez loin nous-même, et si le succès n'est pas venu couronner notre entreprise, n'est-ce pas dû à notre hardiesse un peu timide ? A la décapsulation des reins, si nous avions ajouté la néphrotomie, nous aurions peut-être un autre fait probant à ajouter à la liste, encore bien courte, il est vrai, des guérisons de l'éclampsie par la décapsulation du rein.

(1) La Semaine Médicale, 1907, page 100.

Mais n'anticipons pas et procédons méthodiquement. En 1903, à la Société Américaine de gynécologie, le Dr George-M. Edebohls, de New-York, relatait la première observation de *décapsulation du rein dans l'éclampsie*. Il prétendait que dans l'éclampsie d'origine rénale, cette opération était une conséquence logique des résultats encourageants qu'il avait obtenus, dans les cas de maladie de Bright chronique, par cette même opération.

Il s'agit d'une primipare à 7½ mois de grossesse. Le 11 février 1903 la malade présente tous les symptômes d'urémie marquée : albumine, cylindres hyalins et granuleux, quelques cylindres épithéliaux dans les urines, maux de tête, nausées, vomissements, coma. Le 13 février, la première convulsion se produit, elle est suivie de deux autres convulsions le lendemain. Tous les moyens médicaux sont mis en œuvre. Tout de même il se produit une quatrième convulsion. L'enfant est vivant ; l'accouchement est provoqué. Le jour suivant, pas de crises nouvelles, la malade est toujours dans le demi-coma. Le 16 février, 46 heures après l'accouchement il survient cinq autres convulsions de la plus grande intensité. Le 17, nouvelle crise aussi violente. Le même jour. 72 heures après l'accouchement la malade est endormie et Edebohls pratique la décapsulation des deux reins qui demande 23 minutes. Les deux reins présentaient des lésions d'inflammation aiguë, ils étaient peu augmentés de volume. La capsule propre fut aisément détachée de la surface externe de chaque rein et réséqué dans sa totalité.

Les symptômes vrais de l'urémie disparurent et la malade retrouva sa connaissance deux jours après.

Un mois après il n'y avait plus que des traces d'albumine dans les urines.

Edebohls semble reconnaître l'éclampsie d'origine rénale par ces signes : les convulsions apparaissent avant le travail et persiste encore après.

L'année suivante (en 1904), à la même société américaine de gynécologie, Edebohls rapporte un second cas de décapsulation du rein. Cette fois, il s'agit d'une femme non délivrée. Cette femme, enceinte de 8½ mois, présente, le 20 décembre 1903, les symptômes suivants : œdème des pieds, bouffissure des paupières, cécité complète, début de coma. L'hydropisie augmente, le coma devient plus profond et la femme reste aveugle jusqu'au 4 janvier

1904, jour oû, à 10 heures du matin, le premier accès éclamptique éclate. On avait déjà employé sans succès tous les moyens ordinaires contre l'urémie.

Le 1er janvier Edebohls pratiqua la décapsulation des deux reins. Le rein gauche était grossi de 50 p. 100 de son volume ordinaire. Sa capsule était épaissie, forte, mais lâchement unie à l'organe, assez lâche pour être plissée. La capsule détachée fut excisée *in toto*. Le rein droit était moins augmenté de volume. Diagnostic: néphrite parenchymateuse droite et gauche, aiguë ou subaiguë.

Durant les 24 heures précédant l'opération, il n'y eut que 360 centimètres cubes d'urine d'émis. Durant les 24 heures après l'opération, il y eut suppression presque complète de l'urine, 30 centimètres cubes seulement d'urine gélatineuse, semi-solide, couleur café, obtenue par le cathétérisme. Cependant l'état de la femme s'améliora. Après ces dernières 24 heures l'urination était abondante. L'accouchement (gémellaire) se fit spontanément 48 heures après l'opération. Le début de la dilatation fut marquée par 3 faibles convulsions. Durant les premiers jours du post-partum, se produisit un vrai déluge urinaire. Quatre semaines plus tard la femme complètement guérie avait repris ses occupations.

Edebohls termine ainsi sa communication: "Le fait parle de lui-même. Ce qui s'en dégage nettement, ce qui est indiscutable, c'est que *la décapsulation du rein peut arrêter les progrès de l'urémie et les accès convulsifs d'origine puerpérale chez la femme non délivrée*. Conclusion manifeste: la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, avec tout ce que ces méthodes thérapeutiques comportent pour la mère et pour l'enfant, ne doit plus être tenu pour notre dernière ressource dans le traitement de l'éclampsie puerpérale."

Le 23 juin 1906 dans un journal allemand, Edebohls a rapporté une troisième observation concernant encore une primipare de vingt ans qui, le lendemain de son accouchement à terme, fut prise d'accès éclamptiques. Elle eut sept grands accès et plusieurs de moindre importance. Les urines, albumineuses, contenaient des cylindres et 2gr. 50 centigr. seulement d'urée. La malade fut opérée cinq heures après les premiers accès convulsifs. Les

capsules étaient épaissies, mais ne semblaient pas comprimer les reins.

Ceux-ci paraissaient congestionnés, mais offraient en même temps une teinte jaunâtre qui indiquait un état de dégénérescence graisseuse. Durant l'opération il se produisit un accès et dans les vingt-quatre heures qui suivirent il y en eut encore deux. Le coma continua et les sphincters étaient relâchés, et on crut que la mort arriverait. A partir du deuxième jour, la guérison se fit peu à peu. Les constatations faites au cours de l'opération avaient montré l'existence d'une néphrite double.

Chambrelet et Pousson, professeurs à la Faculté de Bordeaux, vont plus loin qu'Edebohls ; et je suis d'opinion que, si, dans l'observation que je relaterai à la fin de ce travail, nous avons pratiqué la *néphrotomie* en plus de la *décapsulation*, nous aurions eu un succès assez probable à enregistrer. La patiente de ces deux professeurs est une primipare de 21 ans qui est prise d'accès violents d'éclampsie au début du travail. Ces accès persistent après la terminaison de l'accouchement et s'accompagnent de coma et d'anurie. On pratiqua une *décapsulation* des deux reins et une *néphrotomie* droite. Aussitôt la sécrétion des urines se rétablit, le coma devint moins profond, se dissipa au bout de vingt-quatre heures et la malade guérit complètement.

A propos de ce cas de MM. Chambrelet et Pousson, laissez-moi faire une analyse du rapport lu à l'Académie de médecine le 3 avril 1906, par le professeur Pinard qui résume les différents cas déjà connus, les critique, donne son opinion, trace les indications de ce procédé dont il espère le plus grand bien dans certaines circonstances.

“Chambrelet et Pousson, nous dit Pinard, rappellent la théorie pathogénique actuelle de l'éclampsie : intoxication sanguine par un poison d'origine et de nature encore indéterminées, et qu'à cette toxine se joignent, primitives ou secondaires, pour en aggraver les conséquences, des lésions du foie et des reins, c'est-à-dire des deux plus puissants émonctoires de l'organisme.” Ils montrent les avantages, les inconvénients et l'inefficacité fréquente des différents traitements pour obtenir l'épuration du sang et concluent ainsi :

“C'est d'abord pour remédier à ces inconvénients possibles du traitement par les lavages du sang, en second lieu pour rendre

“ plus efficaces les émissions sanguines, et enfin pour enrayer les
 “ lésions néphrétiques, que nous avons songé à intervenir chirur-
 “ gicalement sur le rein des éclamptiques. Mais empressons-nous
 “ de déclarer que nous n'avons pas la prétention de substituer ce
 “ traitement opératoire au traitement médical. Nous le présentons
 “ seulement comme une ressource nouvelle ajoutée à celles que
 “ nous possédons déjà pour conjurer les effets de la toxémie de la
 “ grossesse. Nous croyons, par exemple, que dans les intoxications
 “ graves, ayant résisté aux moyens précédemment énumérés,
 “ particulièrement dans les cas qui s'accompagnent d'oligurie avec
 “ abaissement du taux de l'urée et des autres matières extractives
 “ et présence de l'albumine en forte proportion, l'intervention est
 “ justifiée, et qu'elle s'impose lorsque l'examen histologique des
 “ dépôts urinaires y fait constater l'existence des éléments figurés
 “ caractéristiques des néphrites aiguës.”

“ A l'opération d'Edebolz, les deux professeurs de Bordeaux
 ont ajouté la néphrotomie ”

“ Des constatations qu'il nous a été donné de faire au cours de
 “ notre opération, disent encore Chambrelent et Pousson, se dé-
 “ gage un premier fait anatomique confirmant ce que l'on sait
 “ aujourd'hui des lésions somatiques de l'éclampsie, à savoir qu'il
 “ existait chez notre malade une double néphrite.”

“ L'examen histologique de petits fragments lamellaires, pré-
 “ levés sur les tranches de l'incision, présentaient les lésions de la
 “ néphrite parenchymateuse aiguë.”

“ Un second fait clinique qui ressort de notre observation, c'est
 “ l'arrêt du processus néphrétique et le rétablissement de la fonc-
 “ tion sécrétoire du rein après la décapsulation et la néphrotomie,
 “ et partant la guérison de l'éclampsie.

“ La physiologie pathologique nous permet d'interpréter cette
 triple action. D'une part, en diminuant l'hypertension rénale,
 l'extirpation de la capsule permet aux reins de récupérer leurs
 fonctions physiologiques. Les effets de cette tension sur les élé-
 ments constitutifs du parenchyme rénal sont comparables, selon
 R. Harrison, à ceux de la tension intra-oculaire dans le glaucome,
 et la ponction et l'incision de la capsule et du rein agissent comme
 l'iridectomie. D'autre part, grâce à l'abondant écoulement de
 sang que provoque cette extirpation de la capsule, le parenchyme
 rénal peut se débarrasser des toxines qui l'imprègnent. Enfin,

l'incision du rein favorise l'exode des exsudats et des déchets épithéliaux encombrant les canalicules, tous agents qui contribuent mécaniquement à causer l'oligurie et l'anurie.

" Cette incision, qui n'augmente pas la gravité de l'intervention, a encore d'autres avantages que nous allons faire ressortir.

" C'est encore en supprimant l'hypertension rénale que ces opérations permettent aux reins de récupérer leurs fonctions physiologiques. On sait que Guyon et Albarran, s'appuyant sur l'expérimentation et la clinique, ont démontré, d'une part, la conséquence de la mise en tension du rein sur les perturbations de la sécrétion urinaire et, d'autre part, les heureux effets en pareils cas de l'incision du parenchyme rénal. Appliquant aux affections médicales des reins ces remarques faites sur des malades atteints de maladies chirurgicales, l'un de nous a traité avec succès par la néphrotomie un certain nombre de néphrites aiguës ou chroniques compliquées d'oligurie et de diminution de l'exercice de l'urée et des autres produits excrémentiels de l'urine. Dans les néphrites éclamptiques, comme dans les néphrites infectieuses aiguës et les poussées subaiguës déterminant les urémiques du mal de Bright, l'hypertension intrarénale résulte de l'augmentation du rein par les exsudats et les produits de prolifération cellulaire enserés dans sa capsule inextensible. Cette hypertention agissant sur les vaisseaux et les nerfs modifie d'abord profondément le régime circulatoire et l'innervation de l'organe, retentit bientôt sur les épithéliums pour en troubler le fonctionnement, en altérer la vitalité et même en entraîner la mort. On comprend dès lors, sans qu'il soit nécessaire d'insister, les heureux effets de l'extirpation de la capsule et mieux encore de l'incision du parenchyme rénal. Comme on peut le voir sur le graphique urologique annexé à notre observation, le taux de l'urine, de l'urée et des sels, à l'exception des chlorures, s'est rapidement relevé après l'opération, de telle sorte que, chez notre éclamptique comme chez nos autres néphrétiques, l'intervention, qu'on nous passe l'expression, semble véritablement avoir ouvert le *robinet* des urines.

" Le mode d'action de la néphrotomie sur la toxémie se comprend comme suit :

" La saignée générale, qui soustrait à l'organisme une partie du sang chargé de toxines, est un des moyens les plus puissants de

“ combattre l'éclampsie. Or, la néphrotomie joint, à l'avantage
 “ de réaliser, aussi bien que la phlébotomie, cette indication thé-
 “ rapéutique, celui de débarrasser d'abord et directement du sang
 “ adultéré le rein qui, précisément chargé avec le foie de l'épurer,
 “ en subit un des premiers la fâcheuse atteinte. Pour expliquer
 “ la genèse des crises urémiques des brightiques, le professeur
 “ Dieulafoy a émis l'idée que les éléments sécrétoires du rein
 “ éprouvent une intoxication du fait des poisons véhiculés par le
 “ sang et déterminent une sorte *d'urémie rénale*. Semblable
 “ hypothèse ne peut-elle pas être invoquée au cours de la toxémie
 “ gravidique ? Dès lors, l'incision rénale n'apparaît-elle pas
 “ comme le meilleur moyen de débarrasser le parenchyme des
 “ toxines qui l'imprègnent.”

Pinard termine son rapport par la conclusion suivante qui exprime clairement son nouvel enseignement quant à la décapsulation et à la néphrotomie :

“ Je me rallie, pour ma part, dit-il, complètement à cette manière de voir, et je regrette de n'avoir pas connu plus tôt ce brillant acte chirurgical.

“ Plusieurs fois, j'ai assisté à la mort de femmes ayant des accès éclamptiques et complètement anuriques. J'ai vu ces femmes rester douze, vingt-quatre, trente-six et quarante-huit heures dans le coma et je n'étais qu'un spectateur impuissant et désolé. Aujourd'hui connaissant cette arme, je n'hésiterais pas à m'en servir. Mais, je le répète, exclusivement dans un cas d'anurie.

“ Quant à la néphrotomie venant compléter la décapsulation, il m'est impossible, vu mon incompetence, de donner une opinion personnelle; mais connaissant les travaux faits sur ce point, connaissant les idées de notre maître et vénéré collègue M. Guyon, je considère ce complément d'intervention comme tout à fait rationnel, et le beau succès obtenu par MM. Chambrelent et Pousson vient lui donner un premier et puissant appui.”

Dans une revue allemande, M. O. Polano rapporte l'observation d'un fait de décapsulation rénale après l'éclampsie. Voici le résumé de cette observation prise d'un travail du professeur de Bovis (1).

“ Elle sert, dit de Bovis, d'intermédiaire entre les décapsulations

(1) *Semaine Médicale*, 1907, page 110.

dirigées contre l'éclampsie et celles qui sont pratiquées pour néphrites aiguës.

“ Une multipare, atteinte de néphrite, avec Ogr. 75 centigr. à 1 gramm % d'albumine, n'avait pu être soumise que pendant trois jours au régime lacté ; treize heures après son accouchement, elle eut une première, puis une seconde crise d'éclampsie, après quoi elle tomba dans le coma. Au bout de quatre heures ce dernier se dissipa, mais la parturiente n'en demeura pas moins plongée, durant les dix jours qui suivirent, dans une sorte de demi-somnolence accompagnée de relâchement des sphincters. A ce moment, la quantité des urines diminuant et le pouls étant monté de 80 à 130, on pratiqua la double décapsulation des reins : ceux-ci étaient très gros, mollasses et de teinte cyanotique ; le bassinnet parut un peu élargi. Par contre, la capsule ne semblait nullement étrangler le rein. Néanmoins, la patiente succomba le lendemain à de l'œdème pulmonaire. Les premiers effets de l'opération avaient pourtant semblé favorables ; en dix-neuf heures la quantité d'urine émise avait été de 920 c.c., alors que dans les douze heures précédentes elle n'avait été que de 150 c.c. L'autopsie montra l'existence d'une néphrite parenchymateuse aiguë ; mais dans les autres organes on ne retrouva pas les altérations coutumières de l'éclampsie.”

Vient ensuite l'observation du professeur de Bovis lui-même (1). Il s'agit d'une fille-mère de dix-neuf ans, d'une constitution faible mais sans antécédents pathologiques, ses urines étaient légèrement albumineuses. Elle accoucha à terme et assez facilement (travail de 10½ hrs.) d'un enfant de 3 kilos 300, à 5 heures et demie du matin.

Quatre heures après, cette jeune femme eut sa première crise d'éclampsie. De cet instant au lendemain matin six heures, elle en eut dix-sept. La malade fut traitée par les procédés habituels : chloral ou lavement, chloroforme et inhalations d'oxygène. En raison de la saignée toute récente réalisée par la délivrance, on se dispensa de la phlébotomie.

Trois heures après la dernière crise convulsive, de Bovis vit cette malade. Elle était très agitée, avait une inconscience complète et les urines s'étaient écoulées involontairement ; le pouls battait à 90.

(1) Semaine Médicale, 1867, page 109.

“Devant la répétition des crises durant la seconde partie de la nuit, je me pris à craindre, dit de Bovis, leur réapparition ou une issue fatale et je pratiquai la décapsulation du rein droit.” L’incision de la néphrotomie ne donna pour ainsi dire pas lieu à la moindre hémorragie.

La capsule du rein était un peu résistante à la dissection.

Le rein était plutôt petit que gros (mais la constitution de la patiente était aussi un peu grêle). Sur toute la moitié inférieure de son bord convexe et bien à cheval sur ce bord, existait une grosse tache noire, de la dimension d’une pièce de cinq francs ; c’était une vaste ecchymose. Le reste du rein présentait une coloration brune qui ne semblait pas beaucoup plus foncée que de coutume. Un drain à la gaze fut placé dans l’angle inférieur de la plaie.

Après l’opération, cette jeune femme fut encore agitée ; mais, à cinq heures du soir, elle faisait déjà preuve de conscience. La malade recouvra la vue complètement le lendemain.

Après avoir entendu l’historique de ces six observations de décapsulation du rein, et avant d’entendre relater la septième observation d’opération du même genre, permettez-moi de rapporter ou d’analyser les réflexions que fait de Bovis en terminant son excellent article sur la décapsulation.

“Tels sont, dit-il, les quelques faits de décapsulation rénale que nous possédons : sur six cas il y eut cinq guérisons. Toutefois, comme la mortalité moyenne de l’éclampsie est de 20%, ce résultat est encore peu démonstratif.

“Il faut donc s’adresser aux observations elles-mêmes pour essayer d’apprécier la méthode.

“Et tout d’abord il convient peut-être d’éliminer l’observation de M. Polano. Sa malade eut bien deux crises d’éclampsie, mais celles-ci une fois dissipées, elle paraît avoir souffert surtout d’une urémie subaiguë. Il est fort certain que la parenté de deux états est fort étroite, mais ce n’est pas une raison de les identifier ; on voit en effet des urémies sans éclampsie et inversement. De plus, la patiente de M. Polano fut opérée *in extremis* ou peu s’en faut ; or, il est bien évident que ce ne sont pas là des conditions légitimes pour l’appréciation d’une méthode.

“Sur les cinq cas restants il n’est pas à nier qu’il y en ait eu de fort graves. En effet, si nous laissons de côté notre observa-

tion dont le sujet aurait peut-être guéri spontanément, il en reste quatre où l'on trouve notés un ensemble de symptômes ou des détails qui rendaient le pronostic fort sombre : accidents urémiques, anasarque ou amaurose antérieures aux crises, anurie presque complète, apparition tardive des crises après la délivrance, — ce qui d'après M. Olshausen est un assez mauvais signe — ou leur persistance, malgré l'accouchement, ce qui est réputé fort grave. Il est possible que les cas n'aient pas été désespérés, mais on peut pousser l'exigence jusqu'à ce point, car une opération ne peut faire des miracles.

“ A tout prendre, il semble donc que l'intervention ait rendu des services.”

De Bovis ne saurait expliquer comment agit la néphrolyse. Il ne croit pas à la théorie du “*glaucome rénal*”; puisque ce glaucome est inconstant, comme dans la troisième observation d'Edebohls, celle de Polano, et la sienne. Peut-être l'action efficace est-ce cette sorte de massage qui est exercée sur le rein pendant l'opération. M. de Bovis ne croit pas à l'efficacité de la saignée opératoire, parce que l'hémorragie est presque nulle dans cette opération.

De Bovis se demande encore, si la néphrolyse a un bon effet, à quelle méthode on doit donner la préférence ? Unilatérale, bilatérale, ou bilatérale avec néphrotomie ? L'essentiel après tout, c'est d'avoir un rein qui fonctionne. Comme Pinard, de Bovis pense volontiers que la néphrotomie serait à réserver pour les cas avec anurie ou oligurie extrême. “ En tout cas, dit-il, souhaitons avec M. le professeur Pinard que la décapsulation rénale nous fournisse la chance d'avancer la thérapeutique des bras croisés.”

Reste maintenant à rapporter la septième observation de décapsulation rénale. Si l'opération n'est pas venue nous remplir de joie, il ne nous en reste pas moins le souvenir d'avoir accompli notre devoir jusqu'au bout, et de ne pas nous être croisé les bras pour attendre, avec impatience et impuissance, une mort affreuse dans des convulsions mille fois plus dures pour la moribonde. J'espère bien n'avoir pas besoin de recourir de sitôt à cette dernière extrémité de l'opération, mais je formule déjà, cependant, le désir de m'y astreindre à l'occasion, quand le traitement obstétrical et médical aura encore échoué. Il est bien vrai que le

traitement par le *Veratrum viride* a rarement trompé mon attente et mes espérances ; en effet je l'ai vu rarement échoué. Cependant quand on a l'expérience personnelle de centaines de cas d'éclampsie, on trouve bon d'avoir beaucoup de ressources pour combattre une maladie aussi triste et aussi variée dans ses manifestations. Comme Pinard et comme tous les accoucheurs dont les cheveux ont blanchi dans le dur labeur de l'obstétrique, j'ai été obligé, — trop souvent hélas ! — de me croiser les bras.

A mon ami, le Docteur Osear Mercier, chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame, et professeur de clinique chirurgicale à Laval, je dois mes remerciements les plus sincères pour l'aide précieuse qu'il m'a donnée en cette occasion, et mes félicitations les plus cordiales pour la manière habile dont il s'est acquitté de cette lourde tâche d'opérer. L'opération n'a pris que vingt-trois minutes, dont douze pour la première décapsulation et onze pour la seconde, juste le temps qu'Édebohls de New-York a mis pour sa plus facile décapsulation.

Observation inédite. — Madame T. est transportée à la Maternité en ambulance, à 3½ du matin, le 23 avril 1907. La malade pâle est très agitée; elle est en pleine connaissance; elle a un peu d'œdème aux jambes et à la face, se plaint de douleur à la tête et aux reins.

3.45 h. a. m. 1er accès d'éclampsie modéré.

La garde-malade administre 15 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium, qui sont aussitôt rejetés. Une dose double des mêmes médicaments est donnée en lavement qui n'est pas retenu.

4.10 h. a. m. j'arrive à la Maternité. La malade, en pleine connaissance, parle bien. Elle se plaint beaucoup de sa tête. Elle a de l'amaurose complète. Ses jambes sont très enflées depuis 3 ou 4 semaines, et, depuis cette époque, sa vue a été presque perdue. Pendant tout le temps de sa grossesse elle a souffert de gastralgie et de vomissements. Depuis quelque temps, elle urinait très souvent et très peu à la fois. L'urine était rouge foncée. Le sommeil manquait depuis très longtemps. De la surdité se manifestait assez souvent depuis quelque temps. Epistaxies abondantes et fréquentes depuis trois semaines.

A eu six enfants à terme. Le premier a vécu 6 mois, les

autres sont morts quelques jours, quelques heures ou quelques minutes après la délivrance.

A la 4^e et à la 5^e grossesse, il y eut de l'éclampsie pendant le travail : à la 6^e, éclampsie un mois avant l'accouchement et pendant le travail.

La malade dit qu'elle a vu un médecin, et a fait examiner ses urines depuis un mois. Elle avait beaucoup d'albumine. On lui prescrivit le régime lacté qu'elle n'a pas suivi.

Les dernières règles sont venues en juillet 1906, et la malade se dit à terme. Les mouvements du fœtus sont bien sentis par la mère.

Les membranes seraient rompues à minuit de dimanche à lundi (on est au mardi matin). Le liquide a coulé toute la journée d'hier.

Hauteur du fond de l'utérus 4 doigts au-dessus de l'ombilic. Palper : O. I. D. T. Auscultation dans le quart inférieur droit. Les battements du cœur de l'enfant sont très forts à 150. Pouls de la mère 110. Toucher : col de multipare, dur, de l'épaisseur du doigt, laisse pénétrer difficilement 2 doigts ; membranes rompues.

La malade nous dit qu'elle a été sous le chloroforme une partie de la nuit. Elle ne sait pas si c'est parce qu'elle avait des convulsions.

4.40 h. a. m. nouvelle dose de chloral aussitôt rejetée.

4.45 h. a. m. 2^e ACCÈS d'éclampsie qui avorte sous le chloroforme. Le coma se prolonge pendant dix minutes, (jusqu'à la nouvelle convulsion).

4.55 h. a. m. 3^e ACCÈS, un peu plus violent. Le chloroforme est administré dans la suite à chaque convulsion qui avorte plus ou moins.

4.58 h. a. m. 4^e ACCÈS.

5.05 " " " 5^e ACCÈS. — Le pouls est à 110. On injecte 15 GOUTTES d'extrait fluide de VERATRUM VIRIDE dans le bras gauche.

5.08 h. a. m. 6^e ACCÈS.

5.12 " " " 7^e ACCÈS.

5.15 " " " 8^e ACCÈS.

5.17 " " " le coma se dissipe — vomissements abondants, et répétés jusqu'à 5.45 h. a. m. — selles liquides — transpiration

profuse. Le cathéter, passé dans la vessie, n'en retire pas une seule goutte d'urine — pouls 66.

5.50 h. a. m. 9^e ACCÈS.

5.58 " " " 10^e "

6.00 " " " 5 GOUTTES de VERATRUM en injection hypodermique. — Les vomissements ne tardent pas à se montrer. Ils sont bilieux. — Teinte subictérique des yeux. Le pouls ne baisse pas en dessous de 60.

6.55 h. a. m. 11^e ACCÈS.

6.58 " " " 12^e "

7.00 " " " Nouvelle injection de VERATRUM (7 GOUTTES).

7.10 " " " 13^e ACCÈS.

Le cœur de l'enfant bat bien à 112. Le col de l'utérus est dans le même état — mœconium à la vulve.

7.22 h. a. m. 14^e ACCÈS.

7.35 " " " 15^e "

7.37 " " " 16^e "

7.43 " " " 17^e "

7.50 " " " 18^e "

La malade depuis la dernière injection de veratrum a des vomissements fréquents entre les accès, et le coma se dissipe très rapidement après chaque accès.

7.52 h. a. m. injection de VERATRUM, 10 GOUTTES.

La malade a déjà eu plusieurs selles — La connaissance revient assez bien entre les accès.

8.03 h. a. m. 19^e ACCÈS.

8.06 " " " 20^e " Les derniers accès paraissent revenir avec chaque contraction utérine. Le cœur de l'enfant, encore très fort, bat 108. Le pouls de la mère ne baisse jamais en dessous de 60.

8.13 . a. m. Injection hypodermique de MORPHINE $\frac{1}{4}$ gr.

8.19 " " " 21^e ACCÈS

8.30 " " " Pouls de la malade 106, régulier; contractions utérines très fortes. Le cathéter ne ramène qu'une demi cuillerée à thé d'urine très albumineuse, de couleur très pâle.

8.50 h. a. m. pouls 120 — La malade dort bien.

9.20 " " " La malade est mise sous chloroforme. M. le professeur Lamarche fait la dilatation forcée avec la main. L'extraction de la tête dernière est difficile parce que le col se contracte

fortement. L'enfant meurt quelques minutes après. Il est petit et ne pèse que 3 livres et 8 onces ; le placenta, avec plusieurs infarctus blancs, pèse 10 onces. L'hémorragie de la délivrance est modérée.

A 3.40 h. l'après-midi, je revois la malade qui commence quelque peu à s'éveiller. La garde malade me dit qu'elle a dormi depuis son accouchement. Est-ce un demi-coma ou du sommeil ?

Le pouls est à 66. L'amaurose est complète encore.

5.30 h .p. m. 1 cuillerée à soupe d'urine à peu près peut être tirée de la vessie. 6 grammes d'albumine (Esbach).

6.30 h. p. m. La malade est parfaitement éveillée, parle bien, voit bien clair, n'est plus sourde. Elle boit de la limonade de crème de tarte, pouls 60.

11.30 h. p. m. le pouls remonte à 80.

Minuit — Sommeil agité. La malade se plaint de nouveau de sa tête ; pouls 100.

24 avril — 1.15 h. a. m. 22^e ACCÈS — très fort. A partir de ce moment jusqu'au 45^e ACCÈS, les accès sont pour la plupart très violents et vont presque continuellement en augmentant d'intensité.

1.30 h. a. m. pouls 84. VERATRUM VIRIDE 10 GOUTTES. Le pouls ne descend pas plus qu'auparavant dans les heures suivantes. Il est toujours un peu au-dessus de 60 ; jamais au-dessous de ce chiffre.

2.00 h. a. m. 23^e ACCÈS. Encore pendant tous ces accès le chloroforme est administré, mais seulement à ces moments-là.

2.20 h. a. m. 24^e ACCÈS.

2.35 " " " 25^e "

2.45 " " " 26^e "

3.30 " " " 27^e "

3.40 " " " Devant la persistance de ces accès fréquents, je me décidai à avoir recours à la morphine. A aucun moment je ne voulus employer la saignée, à cause de la qualité du pouls et de l'état anémique de la malade. Je donnai donc $\frac{1}{4}$ gr. de MORPHINE.

4.30 h. a. m. 28^e ACCÈS.

4.45 " " " 29^e " C'est à partir de ce moment que les accès prennent une intensité excessive. Cependant la face n'est

jamais congestionnée, ou bleue. Elle reste pâle pendant chaque accès :

4.48 h. a. m. 30^e ACCÈS.

5.00 " " " MORPHINE $\frac{1}{4}$ gr. pouls 72.

5.08 " " " 31^e ACCÈS.

5.12 " " " 32^e "

5.15 " " " 33^e " Le cathéter retire de la vessie 1 cuillerée à soupe d'urine noirâtre — 0.6 décigr. d'albumine (Esbach).

5.25 h. a. m. 34^e ACCÈS.

5.27 " " " 35^e " MORPHINE $\frac{1}{4}$ gr.

5.45 " " " 36^e "

5.55 " " " 37^e "

6.00 " " " 38^e "

6.07 " " " 39^e " MORPHINE $\frac{1}{2}$ gr. Le pouls est presque tout le temps à 60. A ce moment je téléphone à mon ami, le professeur Mercier, lui demandant s'il serait prêt à venir pratiquer une décapsulation des reins. M. le prof. Lamarche est appelé en même temps.

6.18 h. a. m. 40^e ACCÈS.

6.28 " " " 41^e "

6.50 " " " La malade sort du coma et parle très bien.

6.56 " " " 42^e ACCÈS.

7.00 " " " 43^e "

La malade est transportée à l'Hôpital Notre-Dame. Dans l'ambulance, elle a son 44^e ACCÈS. En arrivant à l'hôpital, 45^e ACCÈS.

La patiente est de suite anesthésiée et opérée. Eussions-nous moins attendu pour opérer, aurait-on eu plus de succès ? Peut-être, parce que nécessairement la malade aurait moins souvent inhalé du chloroforme, bien que nous ayons été très parcimonieux dans l'administration de cet anesthésique : tout juste pour tenter d'avorter ou d'abrégé les convulsions ; peut-être aussi, parce que l'intoxication par ses propres poisons aurait été moins prolongée.

Comme je l'ai dit plus haut, l'opération a été faite avec une rapidité, une dextérité incroyables. Le rein droit, le premier opéré, était augmenté de volume. La capsule s'enleva très facilement, et laissa à nu une surface gris rougeâtre, très granuleuse. L'hémorragie fut insignifiante. Le rein gauche présentait les

mêmes caractères, couleur gris rougeâtre, surface aussi granuleuse (grosses granulations pour les deux reins). Ici la capsule s'enleva aussi facilement, moins sur certains points où elle était quelque peu adhérente. Le rein gauche était très petit. Pas plus d'hémorragie que pour le premier rein.

L'opération était terminée quelques minutes après 8 heures. Vers 4 heures de l'après-midi, je revis la malade. Elle avait été tranquille, n'avait plus eu de convulsion. Sa connaissance était complète. Ses réponses étaient nettes, précises. Je lui fis prendre un verre de lait qu'elle goûtait bien. La Sœur hospitalière cathétérisa la malade et ne retira qu'une cuillerée à soupe d'urine.

La malade passa une bonne matinée. Il en fut de même de la soirée. Vers 7 heures, elle prit un autre verre de lait. A neuf heures le docteur Mercier me téléphona que la malade allait bien, et qu'il avait bon espoir. Tout à coup à 9½ heures survint une légère convulsion qui emporta la malade. La sécrétion urinaire ne s'était pas encore rétablie. On ne put pratiquer l'autopsie.

UNE ANOMALIE CONGENITALE DES VOIES URINAIRES. (1)

Par le Dr Z. RHÉAUME,

Assistant Chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de présenter à cette Société sont celles d'une autopsie médico-légale que j'ai eu l'occasion de faire il y a à peu près un an, alors que j'exerçais la chirurgie dans la ville manufacturière de Valleyfield.

Il s'agissait d'un individu qui avait subi un violent traumatisme dans un accident de travail, et qui mourut quelques mois après.

Le coroner du district ayant ordonné une enquête pour fixer les responsabilités légales ou criminelles, toutes les parties intéressées (usine, assurance, poursuite et procureur-général) étaient représentées par un ou deux médecins; de sorte que nous étions sept confrères pour contrôler l'examen *post-mortem*.

La cause directe de la mort fut étiquetée: tuberculose pulmonaire.

Tous les organes, depuis l'encéphale jusqu'à l'abdomen, avaient été soigneusement examinés, et j'en étais rendu à l'appareil uri-

(1) Communication à la Société Médicale, séance du 7 mai 1907.

naire lorsque je plongeai la main dans la région du rein droit. Mais comme je ne sentais aucun organe depuis les dernières côtes jusqu'à la fosse iliaque, j'annonçai à l'assistance, sans en être encore convaincu, qu'il n'y avait pas de rein droit. Il y eut cependant un murmure d'incrédulité dans cette cuisine transformée tout d'un coup en salle de Margagni et en tribunal de justice.

Pour simplifier les recherches j'explorai l'autre côté et tombai immédiatement sur le rein gauche. Je me décidai alors à disséquer tout l'appareil urinaire afin de m'assurer si, oui ou non, le rein droit existait ou si le sujet autopsié n'était porteur que d'un seul organe de la sécrétion urinaire.

Je sors donc de sa loge rétro-péritonéale le rein, hypertrophié mais normal au point de vue histologique; l'uretère est disséqué jusqu'à la vessie; j'ouvre celle-ci et j'aperçois très distinctement, à l'angle latéral gauche du trigone vésical, l'ouverture de l'uretère droit. Mais l'exploration la plus minutieuse du côté droit ne révèle aucune autre ouverture intra-vésicale. Pas de rein rudimentaire, pas de vestige d'uretère, pas de capsule surrénale, pas de trace de cicatrice. Nous étions donc en présence d'une anomalie congénitale des voies urinaires, en présence d'un rein unique avec un seul uretère, occupant leur position normale.

Il existe au musée d'anatomie pathologique de la Faculté quelques spécimens de *rein unique* que j'ai cru intéressant de comparer aux pièces que je présente aujourd'hui. Nous avons le rein en *fer à cheval*, qui est une anomalie causée tout simplement par la soudure des deux reins par leur pôle supérieur. Dans ce cas l'organe forme un croissant à concavité inférieure, il est en rapport en arrière avec la colonne vertébrale sur laquelle il est appliqué, puis de chaque côté part un uretère qui va s'ouvrir dans la vessie à l'angle latéral du trigone vésical qui lui correspond.

Il existe aussi un cas de rein unique avec deux uretères, où la soudure est tellement prononcée, que les deux reins sont complètement fusionnés et donnent l'illusion de la présence d'un seul organe avec deux uretères.

Mais les pièces que vous voyez occupaient une position normale

et étaient de nature à nous laisser plutôt sous l'impression que le sujet avait subi la néphrectomie du rein droit; mais il n'a jamais subi d'opération de son vivant.

Plusieurs raisons m'ont décidé à présenter ces pièces anatomiques:

1° D'abord la rareté absolue de cette anomalie méritait d'être mentionnée;

2° Ensuite j'ai cru qu'il n'y avait pas de meilleure preuve à donner à ceux qui ne croient pas encore à l'efficacité de la néphrectomie, quand elle est indiquée, ou à ceux qui sont sous l'impression qu'on ne peut vivre longtemps avec un seul rein.

En effet le porteur de l'appareil urinaire que vous voyez a vécu 52 ans avec un seul rein sans en être le moins incommodé, puis il est mort de tuberculose pulmonaire, avec un rein en parfait état qui donnait une quantité normale d'urine.

3° Mais je voulais surtout profiter de cette occasion pour dire un mot sur la nécessité de bien s'assurer de la perméabilité rénale, avant de tenter toute intervention chirurgicale sur cet organe.

En effet, puisque l'anomalie rapportée plus haut existe, elle peut bien aussi être plus fréquente qu'on pourrait la croire, et si nous opérons dans ces conditions, sans s'assurer s'il y a une sécrétion urinaire perméable de l'autre côté, on s'expose à des catastrophes.

D'un autre côté, il faut s'attendre à tout quand on fait une intervention chirurgicale sur le rein. J'ai vu de simples cas de néphrorraphie qui ont nécessité, comme complication, la néphrectomie. Assurons-nous donc avant d'intervenir sur le rein de la perméabilité rénale du côté opposé à celui qu'on doit opérer.

Le meilleur mode d'exploration de la perméabilité rénale que nous ayons à notre disposition aujourd'hui est: *la division vésicale*. La division vésicale nous permet de recueillir séparément l'urine de chaque rein; elle nous permet de juger du pouvoir fonctionnel des deux organes; elle nous met en mesure alors de faire l'analyse séparée des urines; enfin elle est d'un aide précieux pour corroborer, contrôler et affirmer ou détruire le diagnostic posé.

Je me rappelle qu'en 1902, Luys et Cathelin, sur l'instigation de leurs maîtres, Hartman et Guyon, voyageaient dans les différents services des hôpitaux de Paris avec les ingénieux instruments qu'ils venaient d'inventer, et s'efforçaient, l'un et l'autre, en donnant des démonstrations appliquées de leurs techniques, à prouver la supériorité de leurs instruments respectifs.

Un jour, on devait opérer un patient qui présentait des lésions manifestes de tuberculose rénale, lorsque Cathelin arriva dans le service avec son instrument.

Après un examen soigneux par plusieurs chirurgiens compétents, on avait décidé de faire la néphrectomie du rein droit. Au palper on sentait dans la région rénale droite une tumeur assez volumineuse et sensiblement douloureuse. Du côté gauche tout paraissait normal, et le rein n'était même pas accessible au palper bi-mannel. Par conséquent, tout semblait indiquer que la lésion était bien à droite.

On invite Cathelin à faire la division vésicale, qui donne le résultat suivant: du côté gauche "sécrétion nulle," tandis que le côté droit donne une quantité d'urine supérieure à la normale. Voici donc le diagnostic bouleversé et on décide dès lors d'intervenir à gauche plutôt qu'à droite.

L'opération nous fait voir un rein atrophié, scléreux et difficile à trouver. Voici ce qui s'était passé: le rein gauche, ne fonctionnant plus, s'était atrophié, et le droit remplissait à lui seul les fonctions d'élimination.

Je vous demande ce que serait devenu ce pauvre patient si on ne lui avait fait la division vésicale.

Voici donc un exemple entre plusieurs qui nous prouve la nécessité de bien s'assurer de la perméabilité rénale avant d'opérer sur cet organe.

AVIS

Les médecins doivent payer leur contribution au Collège avant le premier juillet 1907, pour avoir droit de vote aux élections des gouverneurs, qui auront lieu au mois de septembre.

**DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES — LEURS TERMINAISONS —
LEURS TRAITEMENTS D'APRÈS UNE STATISTIQUE DE
40 CAS PERSONNELS**

Par le Dr AIMÉ PAUL HEINECK, de Chicago, Ill., U. S. A. (1)

RAPPORT SUR QUARANTE CAS PERSONNELS.

Les autopsies nous ont appris que les grossesses extra-utérines sont d'une plus grande fréquence que les auteurs nous l'ont enseignée. La morbidité et la mortalité de cet état sont actuellement trop élevées. Avec un diagnostic précoce et une bonne technique opératoire, nous sommes assurés de pouvoir changer ces mauvais résultats.

Avant de discuter le traitement qui est essentiellement chirurgical, nous allons nous familiariser avec l'évolution et les terminaisons des grossesses extra-utérines abandonnées aux seules ressources de la nature.

La lecture de la littérature relative à ce sujet et nos observations personnelles nous permettent d'affirmer que, dans toute grossesse extra-utérine, un ou plusieurs des accidents suivants peuvent survenir.

Les grossesses ovariennes étant rares, à moins de mention spéciale, nous nous occuperons presque exclusivement des grossesses tubaires primitives et de leur évolution. Nous ne connaissons pas l'existence de grossesses abdominales primitives.

1° Il y a rupture du kyste fœtal (2) ; cette rupture peut être précoce ou tardive et peut entraîner ou non la mort du fœtus.

2° Il y a avortement tubaire, et cet avortement peut aussi être précoce ou tardif et entraîner ou non la mort du fœtus.

3° Après rupture ou avortement, la grossesse n'étant pas interrompue, il y a formation d'une coque de fausses membranes au nouveau siège du fœtus. Ce sac fœtal de formation nouvelle est susceptible de rupture à toute période quelconque de son existence. On dénomme ces ruptures, ruptures secondaires.

4° La grossesse évolue jusqu'à la viabilité du fœtus, l'enfant n'étant pas extrait meurt et devient un corps étranger dans l'organisme maternel.

5° La grossesse évolue jusqu'à terme et un enfant vivant est

(1) Chirurgien du Cook County Hospital, du Samaritan et du Frances E. Willard Hospital. Professeur de chirurgie, au Dearborn Medical College; Professeur-adjoint de chirurgie au Collège de Physicians & Surgeons, Chicago, Ill.

(2) Berkeley et Bonney. A monograph, Jour. Obst. and Gyn. Brit. Emp. London 1905 vol. VII p. 92.

viable peut être extrait du ventre de la mère avec l'aide chirurgicale (1).

RUPTURES.

Cet accident peut survenir dans toutes les formes de la grossesse extra-utérine. La plupart des auteurs spéciaux soutiennent que la rupture est un accident qui se présente plus fréquemment que l'avortement. Des autorités également éminentes soutiennent le contraire. Cette question est encore indéterminée. Bland Sutton dit que la majorité des ruptures primitives surviennent de la troisième à la dixième semaine de la grossesse.

Parry dit qu'elles surviennent presque toujours pendant les premiers trois mois; que la grossesse soit tubaire ou ovarique.

Il est dit que les causes suivantes déterminent la rupture de l'œuf:

1° Une hémorrhagie entre le chorion et la muqueuse tubaire.

2° Une hémorrhagie ou des hémorrhagies répétées dans la paroi du sac, le distendant et le rompant. Les vaisseaux tubo-chorioniques sont l'origine de ces hémorrhagies.

3° Un amincissement et un affaiblissement des parois du kyste fœtal par les villosités chorioniques.

4° Une absence ou un faible développement de la caduque réfléchie.

5° Un traumatisme si minime qu'il soit.

D'une manière générale, on peut dire que les ruptures se produisent au point de moindre résistance, au point où les villosités chorioniques ont le plus longtemps persisté.

Les ruptures sont intra-tubaires, intra-murales, extra-tubaires; elles peuvent aussi revêtir le caractère de deux ou de plusieurs de ces formes. Quand une rupture donnée ne soulage pas suffisamment la tension intra-sacculaire, il est possible qu'une seconde rupture se produise dans une autre direction. A quelque forme que l'on ait à faire, le grand danger est l'hémorrhagie légère ou abondante, circonscrite ou diffuse; la quantité de sang répandue dans ces hémorrhagies n'a aucune relation avec l'étendue de la déchirure tubaire ou ovarique, souvent un orifice ponctiforme est l'origine d'une hémorrhagie foudroyante.

Ces hémorrhagies, par leur abondance, peuvent entraîner la

(1) Taft C. F. Report of a Case of Tubal Pregnancy, Advancing to Full Term. New-York Med. Rec. 1888, vol. XXXIII, p. 209.

mort de la mère en quelques heures; ou des hémorrhagies moins abondantes mais se répétant à intervalles rapprochés, la mort survient après quelques jours.

Que la grossesse soit tubaire ou ovarienne, dans une hémorrhagie enkystée ou diffuse, le pronostic dépend plus de la durée et de la continuité de celle-ci que de son origine.

Dans la rupture extra-tubaire, si le fœtus et le sang sont projetés dans la cavité péritonéale et que la grossesse soit interrompue, nous aurons, ou une inondation péritonéale ou la formation d'une hématoécèle, hématoécèle qui peut être rétro-utérine, circum-utérine ou pré-utérine. La grossesse ectopique est la cause de l'immense majorité des cas d'hématoécèle pelvienne. Souvent on y trouve des villosités chorioniques; quelquefois on y trouve l'embryon.

Si le fœtus et le sang sont projetés entre les feuillets du ligament large, la grossesse étant interrompue, nous aurons un hématôme généralement unilatéral, mais le sang peut fuser du côté opposé en passant en avant ou en arrière de l'utérus et donner l'hématôme bilatéral. Dans certains de ces cas, la tension de cet hématôme fait céder un des feuillets du ligament large, et, nous avons alors un épanchement sanguin ajouté dans la cavité péritonéale.

Dans la rupture intra-murale l'épanchement se fait dans la paroi de la trompe; la quantité de sang épanché est variable. Le fœtus et la collection sanguine sont toujours séparés de la cavité péritonéale et de la lumière de la trompe par une couche de tissus des parois de la trompe. Si l'épanchement est abondant il distend les parois, les rompt soit du côté péritonéal, soit du côté de la lumière de la trompe ou entre les feuillets du ligament large, et nous avons ajouté, en plus, à ces manifestations de la rupture intra-murale, les signes et les symptômes d'une rupture extra ou intra-tubaire ou des deux ensembles. Si la partie liquide de l'épanchement intra-mural est résorbé, la fibrine se consolidant et s'organisant, il en résulte une môle tubaire.

Dans la rupture intra-tubaire, l'écoulement sanguin se fait dans la lumière de la trompe, si l'orifice abdominal est obstrué nous avons un hématosalpyx, sinon nous avons une hématoécèle rétro-utérine, ou une inondation péritonéale. Dans l'hématosalpyx si la quantité de sang est trop abondante la trompe peut se rompre, et donne secondairement ou une hématoécèle ou un hématôme ou

une inondation péritonéale. Si la grossesse n'est pas interrompue par ces différentes ruptures, elle change de variété et, dans les ruptures intra-ligamentaires elle évoluera comme une grossesse tubo-abdominale ou intra-ligamentaire. Cette grossesse, dans toute son évolution peut rester extra-péritonéale. La grossesse intra-ligamentaire est peu fréquente. Otto Küstner, sur 117 cas de grossesse extra-utérine qu'il opéra d'octobre 1893 à octobre 1898 ne rencontra pas un seul cas de grossesse intra ligamentaire.

Le passage de l'œuf par l'ouverture abdominale de la trompe dans la cavité péritonéale est dénommé avortement tubaire. Cet avortement est complet ou incomplet. Si l'œuf n'est pas expulsé en totalité c'est un avortement incomplet; s'il y a survie de l'œuf, le placenta continuant à se développer à son siège primitif, nous avons une grossesse abdominale secondaire.

Si l'œuf est expulsé en totalité, l'avortement est complet. Dans les cas où le sac amniotique reste intact et que les villosités et les différentes attaches placentaires ne soient pas détruites, la grossesse peut ne pas être interrompue. Dans de tels cas, l'œuf se greffe sur la séreuse péritonéale, et dans ces circonstances une grossesse abdominale secondaire en résulte aussi. La rupture de l'amnios dans les premiers mois de la vie, entraîne la mort de l'embryon ou du fœtus. Si les différentes attaches placentaires sont détruites, l'œuf ne pouvant pas prendre racine sur d'autres tissus meurt nécessairement. Quand la grossesse est interrompue, plusieurs éventualités peuvent se présenter: ou bien il y a résorption de l'embryon et du sang épanché, ou bien enkystement, ou bien formation d'un hématosalpyx, ou enfin d'une hématoécèle, d'une môle tubaire, ou ce qui est très grave pour la mère, d'une inondation péritonéale.

Cet avortement laisse entendre l'intégrité des parois. Parmi les causes déterminantes, on peut mentionner les suivantes:

1° Le sang, à la suite d'une rupture intra-tubaire, entraîne l'œuf à travers l'ouverture abdominale de la trompe.

2° Les contractions tubaires en séparant le placenta ou en provoquant des hémorragies dans sa substance, peuvent amener cet accident.

3° Les hémorragies extra-ovulaires.

4° Les hémorragies intra-ovulaires.

5° Les hémorragies interstitielles des parois de la trompe.

Les hémorragies intra-ovulaires causent la mort de l'œuf. Le fœtus étant mort, les villosités s'atrophient, cessent de boucher les sinus placentaires, et nous avons des hémorragies qui sont la conséquence et non la cause de la mort ovulaire.

Après rupture ou avortement, si l'amnios est intact, si les villosités chorioniques ne sont pas détruites, la grossesse n'étant pas interrompue, l'évolution de l'œuf continue.

Après la rupture le placenta peut conserver son implantation primitive ou contracter de nouvelles adhérences. Dans le premier cas son développement s'effectue dans la trompe. Dans le second l'implantation se fait sur un ou plusieurs viscères intra-péritonéaux. Ce mode d'implantation s'observe aussi pour l'ovule avortée.

Dans les ruptures extra-péritonéales, l'implantation et le développement du placenta se produisent dans des tissus extra-péritonéaux.

Grâce à de fausses membranes qui se forment peu à peu, l'œuf est enveloppé et les organes voisins, ligament large, épiploon, intestins, vessie, etc., contribuent à la formation la plus externe de la capsule secondaire (Tarnier et Budin) : l'œuf se coiffe pour ainsi dire, des éléments qui l'avoisinent (Pinard).

Le fœtus peut mourir à n'importe quel période de son existence, avant terme ou à terme et sans intervention chirurgicale, il persistera dans l'organisme maternel, l'exposant à différents dangers. Les ruptures secondaires d'un kyste fœtal provoquent de plus grands dangers que les ruptures primitives.

Nous avons dit que dans les ruptures et dans les avortements, le grand danger est l'hémorragie.

Ces hémorragies proviennent des sinus placentaires et des lèvres de la déchirure. Elles peuvent être limitées ou massives, uniques ou multiples; elles comportent des dangers immédiats et des dangers tardifs.

Si la quantité de sang épanché n'est pas assez abondante pour tuer la malade, le danger d'infection de cette masse sanguine est une éventualité avec laquelle nous sommes obligés de compter. Toute collection sanguine péritonéale, enkystée ou diffuse est susceptible de s'infecter et d'être le point de départ d'abcès péritonéaux ou de péritonite généralisée. Une rupture extra-tubaire entre les feuilletts du ligament large peut être la cause d'un abcès

intra-ligamentaire, d'un phlegmon du ligament large, d'un abcès rétro-péritonéal. De même qu'une rupture intra-tubaire peut être la cause d'un pyosalpinx, d'un abcès rétro-utérin. Nous pouvons ajouter que presque toutes les complications inflammatoires abdominales peuvent résulter de l'infection de ces épanchements sanguins.

Ces complications, très souvent sont fatales, demandent quelquefois des sacrifices d'organes et, après une longue période d'invalidisme, la malade est une mutilée.

Après la mort du fœtus qui peut survenir à toute période de son existence, si le développement de l'œuf est peu avancé, il sera résorbé. Les fœtus d'un développement avancé ne sont pas résorbés. Ils persistent dans l'organisme maternel, l'exposant à divers dangers et subissant certaines transformations que nous discuterons dans un des paragraphes suivants. La mort du fœtus ne confère aucune sécurité à la mère.

5° La grossesse évolue jusqu'à viabilité de l'enfant et, cet enfant peut être extrait de l'organisme maternel par une intervention chirurgicale. Il est incontestable que cette terminaison arrive dans les grossesses ovariennes.

Des autorités telles que Sängner, Küstner, Spiegelberg, Léopold, Gottschalk et Herzfeld l'affirment, mais elle est de beaucoup plus fréquente dans les grossesses tubaires. Cette intervention chirurgicale peut être funeste à la mère, soit par hémorrhagie primitive ou secondaire, choc opératoire, complications infectieuses, etc. Pour ce qui est de ces enfants, s'étant développés dans des conditions d'existence très défavorables, les chances de survie sont très minimes. La grande majorité de ces enfants meurent dans les premiers jours consécutifs à leur naissance. Ils sont souvent atteints de difformités et sont chétifs.

Quand on permet à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme et qu'un enfant vivant est extrait par le chirurgien, les chances de survie de l'enfant sont bien petites et les dangers maternels n'ont été qu'augmentés.

Ces hémorrhagies peuvent être très limitées, s'enkyster, et la résorption du sang épanché et même de l'œuf tout entier peut se produire. C'est là un mode de guérison. Parfois le travail de la résorption est incomplet, il persiste des masses indurées, des

brides péritonéales qui entravent le fonctionnement normal des organes.

Les hémorragies massives qui se font dans la cavité péritonéale, "inondation péritonéale," sont les plus dangereuses, il est facile de comprendre qu'une hémorragie dans une cavité presque sans bornes comme l'est la cavité péritonéale soit plus abondante que celle qui se produit dans le tissu. D'après Martin les hémorragies internes consécutives à la rupture tubaire ont une mortalité maternelle de 83 1%. Cestan place cette mortalité à 85 8%. Parry rapporte 174 cas de rupture où il n'y eut aucune guérison.

Le danger de ces hémorragies est plutôt déterminé par leur durée, leur répétition et leur abondance que par leur origine.

Si la mort de l'œuf survient à une période trop avancée pour que la résorption se fasse, le fœtus s'entoure d'une membrane de tissu conjonctif et reste inoffensif pendant un temps plus ou moins long, ne causant à la mère que des troubles d'origine mécanique (Playfair).

Mais une femme n'est jamais à l'abri du danger tant qu'elle porte en elle-même un fœtus enkysté.

2° Ce kyste peut se putréfier et l'absorption de ses produits de putréfaction amène chez la mère un état hectic, perte de force, amaigrissement, etc.

3° Le kyste fœtal peut s'infecter par voie sanguine, par communication et par contact avec les organes environnants. Ainsi dans un cas, Harris (1), après avoir observé que la percussion donnait une matité, constata tout à coup de la sonorité. Il y avait perforation d'intestin, dans le kyste et les gaz de l'intestin y pénétraient. L'infection du kyste fœtal peut entraîner la mort de la mère, soit par complications inflammatoires, soit par toxémie ou enfin par septicémie.

4° Il peut persister à l'état cartilagineux (2).

5° Il peut subir la transformation graisseuse et former alors ce qui est généralement désigné un adipocœre.

6° Il peut, restant à l'état latent être indéfiniment toléré. Les parties liquides se résorbent, les membranes deviennent fibreuses et le fœtus se momifie.

7° Il peut se transformer en lithopédion. Trois variétés ont

(1) Harris. Amer. Jour. of Obst. New-York 1837. vol. XX. p. 1151.

(2) Cruquet. Revue Médicale. Paris, vol. V, p. 133.

été décrites: dans la première, le fœtus momifié peut facilement être enlevé des membranes calcifiées (lithocéliphos); dans la seconde, le fœtus est adhérent à différentes parties des membranes; à ses points adhérents le fœtus est calcifié, tandis que les autres parties du fœtus sont momifiées; dans la troisième forme le fœtus s'échappe de ses membranes, tombe dans la cavité péritonéale où il s'incruste de sels calcaires, lithopédion. Ces lithopédions (1) se forment rarement dans les grossesses ectopiques qui évoluent hors de la cavité péritonéale. W. H. Fales (*Boston Med. Surg Journal*, 1887, vol. 117, page 131), cite un cas où il enleva de la cavité péritonéale un lithopédion qui y avait séjourné 30 ans. A. F. Currier (*Annals of Gynecology and Pardiaries*, Boston, 1897-98, vol. 2, page 73), opéra un cas où le fœtus avait séjourné 14 ans dans le ventre maternel.

8° Après la mort du fœtus, le sac fœtal peut être considéré comme un kyste, kyste fœtal, les parois de ce kyste peuvent devenir et deviennent fréquemment adhérentes aux organes et aux tissus environnants, tels que vessie, vagin, canal intestinal, paroi abdominale, etc., et par une ou plusieurs de ces voies, le kyste peut éventuellement éliminer en partie ou en totalité son contenu. Ainsi le kyste *A* peut communiquer avec l'intestin par une ou plusieurs ouvertures (2).; *B* peut s'ouvrir dans le vagin (3); *C* peut s'ouvrir dans la vessie. Quand le kyste se rompt dans la vessie, les symptômes qui s'en suivent sont déterminés non seulement par les qualités irritantes du liquide kystique, mais aussi par le grand nombre d'ossements fœtaux dont chacun d'eux peut devenir le noyau d'un calcul.

Guisy (4) enleva d'une vessie un fœtus âgé de trois mois; Joseph Bossuet rapporte un cas dans lequel le fœtus, couvert de matières calcaires était en partie dans la vessie et en partie dans le rectum. Hue (5) enleva de la vessie d'une femme âgée de 62 ans les ossements crâniens d'un fœtus extra-utérin; d'un autre malade âgée de 64 ans, il enleva de la vessie l'extrémité supérieure d'un fœtus âgé de 4 ou 5 mois; *D*, il peut s'ouvrir dans le rectum

(1) Lusk, H. M. *Amer. Jour. of Obst.* New-York 1901. Vol. XII, p. 189.

(2) Byer, H. D. *Amer. Jour. of Obst.* New-York, 1902, vol. XIV, p. 12.

(3) Lusk, W. F. A case of extra uterine pregnancy. *Amer. Jour. of Obst.* New-York 1886, vol. XIV, pp. 242-244.

(4) Guisy, B. *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* Paris 1903, T. XXI p. 908.

(5) *Revue de Chirurgie.* Paris, Août 1880

et les ossements être expulsés par l'anus (1); *E*, il peut se frayer un passage à travers la paroi abdominale; *F*, il peut devenir adhérent à l'utérus, le perforer et être expulsé par cette voie (2); *G*, il peut être évacué par plus d'une voie chez la même malade, ainsi dans le cas de Fenwick (3), le sac qui datait de plusieurs années contenait un fœtus macéré; par une fistule il communiquait avec l'intestin et par une autre avec la vessie; *H*, il peut se rompre dans un kyste formé dans la cavité péritonéale, ainsi dans le cas d'Urbain (4), dans lequel une grossesse tubaire du côté gauche se rampait dans un kyste de l'ovaire droit; *I*, le sac fœtal peut entraver ultérieurement le développement d'une grossesse utérine, ainsi dans le cas de Vignard (5); *J*, il peut irriter les organes environnants; ténesme vésical, ténesme rectal, miction difficile; *K*, il peut occasionner des symptômes de compression; *L*, il peut causer divers déplacements de l'utérus et donner lieu à des erreurs de diagnostic; Giles et McLean (*Transaction Obstetrical Society of London*, 1898), rapportent deux cas de grossesse tubaire, une ayant déterminé une obstruction intestinale chronique, l'autre simulant un utérus gravide réfléchi.

(1) Morrill J. Lee. Amer. Jour. of Obst. 1892.

(2) Bertino A. Annali di Ost e Gin. vol. V p. 523.

(3) Fenwick, E. H. Brit. Med. Jour. 1904. Vol. II, p. 1739.

(4) J Urbain. Bull. de la Société de gynécologie et d'obstétrique, Bruxelles, 1900.
B Parry J. S. Extra-utérine Pregnancy.

(5) Vignard E. Arch. prov. de Chir. Paris, 1901, p. 607.

(à suivre.)

LE TRAITEMENT DU RHUMATISME A CALEDONIA SPRINGS.

Par E. S HARDING, B. A. M. D.

Caledonia Springs est situé à 5 milles de la rivière Ottawa sur le trajet du C. P. R., à peu près mi-chemin entre Ottawa et Montréal.

Contrairement à la plupart des stations balnéaires dans différents pays, aucune ville ne s'est élevée dans les environs; ceci est probablement dû au monopole de propriété des sources et aussi à l'absence d'attractions naturelles des localités avoisinantes; ce n'est

qu'une plaine uniforme, peu attrayante, parsemée de prairies, de marais et de forêts.

Le sol environnant est de pure glaise, et les routes, unies en temps sec, deviennent glissantes et boueuses quand il pleut.

Les ruisseaux qui se déchargent dans la rivière Ottawa sont boueux et leurs eaux sont fortement teintées par les terrains de glaise et les marais de tourbe qu'ils sillonnent en tous sens.

Au printemps, sous l'influence du dégel, ces ruisseaux débordent facilement et forment des petits lacs. Les côteaUX boisés des Laurentides s'élevant sur la rive nord de l'Ottawa brisent l'uniformité du paysage, et la beauté de la rivière à cet endroit est remarquable.

Le climat est le même que celui de la vallée de l'Ottawa en général; il est un peu plus humide que les endroits environnants, à cause des formations de glaise imperméables. La température est de 2 degrés à peu près au-dessus de celle de Montréal; et les nuits même dans les grandes chaleurs sont agréablement rafraîchissantes.

Les coups de vent s'élèvent rapidement mais sont rarement violents; ils contribuent au contraire à tempérer les chaudes journées d'été. Les orages électriques ne sont ni violents ni fréquents.

Le caractère de la formation géologique le long de la rivière Ottawa semble favoriser l'existence de sources minérales, comme le démontre la présence d'un grand nombre d'entre elles le long du cours de la rivière.

Les plus connues sont à Eastman et à Casselman, près d'Ottawa, à Plantagenet, à Caledonia (où elles sont nombreuses), en aval; et à Maisonneuve et Varennes, près de Montréal.

Quoiqu'elles diffèrent beaucoup dans leurs éléments, elles sont toutes fortement chargées de sels minéraux.

Les Sources de Caledonia sont connues pour leurs propriétés curatives depuis 1803. Il existait déjà à cet endroit, un hôtel pour l'accommodation des malades, en 1830, et probablement avant cette date.

En 1836, un hôtel plus vaste fut construit et la réputation des eaux, même en ce temps-là s'étendait à tout l'Est du Canada et dans le Nord de la Nouvelle-Angleterre.

Depuis cette époque, l'histoire de la localité accuse un avancement marqué et des événements importants: concours hippiques, courses à pied, cures merveilleuses et incendies désastreux.

On rapporte de ce temps-là maints faits intéressants.

Il existe encore des gens qui ont connu la place en 1840, et plusieurs parmi eux y font encore un pèlerinage annuel.

Jusqu'à environ 10 ans, le voyage, de Montréal, était très pénible. On se rendait à Lachine en chemin de fer, de là en bateau par le lac St-Louis et le lac des Deux-Montagnes jusqu'à Carillon, puis de nouveau en chemin de fer, le fameux chemin de fer à voie étroite, de Grenville — ensuite en bateau jusqu'à l'Original, et finalement par une course de 14 milles en omnibus jusqu'à destination.

Au cours d'un tel voyage en temps de pluie les rhumatisants devaient espérer beaucoup de cette nouvelle La Mecque. Actuellement, la ligne principale du C. P. R. traverse la propriété; dix trains par jour, téléphones modernes et service postal quotidien en font presque une banlieue de Montréal.

A Caledonia Springs, il existe quatre sources bien distinctes, constamment en activité.

Elles diffèrent dans leur volume d'écoulement, dans leurs éléments minéraux et dans les gaz qu'elles renferment.

Trois d'entre elles s'élèvent dans un rayon de 25 verges, et la quatrième est distante d'environ deux milles. Certains sels sont communs aux quatre et la température uniforme de l'eau est de 45° F. — ce qui est — dit-on, la température normale de la localité.

La source la plus éloignée est connue sous le nom de *Duncan*. C'est une eau alcali-sali-carbonatée. Elle est surtout forte en chlorures, en particulier le chlorure de sodium. Fortement apéritive, elle est indiquée dans la constipation. Plutôt amère, elle est insipide lorsqu'elle est ingérée chaude.

— La *source gazeuse* est aussi alcali-saline, et doit son nom à la présence d'acide carbonique. Elle contient des carbonates de magnésium, de calcium et de soude. Elle est agréable au goût. Elle est surtout recommandable dans les affections gastriques.

La *source saline* est légèrement alcali-saline et la plus populaire de toutes. On l'exporte en grande quantité. Elle est agréable au goût, malgré une légère odeur d'hydrogène sulfuré. Autrefois le débit dépassait 15 gallons à la minute, mais l'orifice de sortie ayant été élevé, le débit n'est plus, actuellement que de 7

gallons à la minute. Au point de vue thérapeutique on peut la donner indifféremment dans tous les cas, mais elle est surtout effective dans la diathèse urique.

La source sulfureuse est alcalino-saline, sulfatée et sulfurée. Son goût est de prime abord plutôt âcre, à cause de la présence du gaz, mais on s'y habitue rapidement. Elle contient un ponce cube de H^2S par gallon. Elle doit ses propriétés thérapeutiques à la présence du soufre, et elle est d'un usage fréquent dans la diathèse urique.

Prise en grande quantité, elle produit une action énergique, causant surtout des vomissements, maux de tête et constipation.

Une des qualités de ces eaux, suffisante à elle seule pour les rendre populaires, réside dans leur goût agréable, comparé à la plupart des autres eaux minérales. Tous se plaisent à le reconnaître.

À part ces quatre sources, il y a aussi un puits artésien d'une profondeur de 175 pieds, duquel s'échappe une eau fortement alcalino-sulfureuse, employée pour les bains. Aucune analyse complète de cette eau n'a été faite.

— En parlant de l'action des eaux minérales de Caledonia, il est bon de passer en revue les différents sels qu'elles contiennent. Le Dr James K. Cook, dans un travail intitulé: "Mineral waters of the United States," dit succinctement que "l'élément le plus fréquent et le plus important, dans toute source minérale est incontestablement l'eau." Il peut paraître superflu de mentionner l'action thérapeutique de l'eau; mais si on en connaît les propriétés on en apprécie rarement les qualités.

Je mentionne, en passant, son action comme diurétique et ses effets marqués sur le mouvement péristaltique de l'intestin lorsqu'elle est prise froide.

Les principaux éléments minéraux des eaux de Calédonia sont les chlorures, surtout le chlorure de sodium. Les effets physiologiques de ces sels sur lesquels je désire attirer l'attention, sont: 1° le pouvoir qu'ils ont de régulariser l'absorption des liquides et des exsudats; 2° leur action dans l'estomac où ils se combinent avec l'acide lactique, mettant en liberté l'acide chlorhydrique, aidant ainsi la digestion et augmentant le volume de pepsine; 3° leur action sur les glandes gastro-intestinales dont elles augmentent le pouvoir sécrétant — suc intestinal, bile, suc pancréa-

tique, suc gastrique — développant ainsi l'appétit, aidant la digestion, et favorisant l'exsudation. Au point de vue thérapeutique ils ont une grande valeur dans les affections gastro-hépatiques, intestinales, et en particulier dans la dyspepsie flatulente.

— Au point de vue rhumatismal, les éléments les plus importants sont probablement les carbonates alcalins qu'elles contiennent, tels que les sels de magnésium, de calcium et de sodium. Leur action est importante s'ils sont pris avant les repas, ils augmentent le suc gastrique; après les repas, ils neutralisent l'acidité de l'estomac. Ils sont absorbés rapidement et rendent le sang plus alcalin. Ils sont diurétiques, ils agissent directement sur l'épithélium rénal. Ils passent rapidement dans l'urine, la rendant, ainsi, alcaline et augmentant son pouvoir dissolvant de l'acide urique.

Ils sont recommandés dans la dyspepsie acide avec éructation, pyrosis et flatulence, et aussi dans les cas de fièvre, rhumatisme, goutte, cystite, catarrhe gastro-intestinal, congestion de foie et diathèse urique, gravelle et calculs.

On décèle dans ces eaux la présence, en petite quantité, des bromures et iodures de sodium et de potassium. On dit que les iodures — même en petite quantité — agissent comme altérants dans les eaux minérales. L'albumine et la silice sont pratiquement sans effet. Les sels de soude n'ont aucune action sur le cœur et n'influencent en rien le tissu cellulaire.

Les sels de potassium sont légèrement déprimants sur le cœur et les muscles; ils diminuent la pression artérielle, abaissent la température et favorisent l'élimination des produits inflammatoires. Ces deux sels — sodium et potassium — exercent une action dissolvante sur les sécrétions muqueuses et les exsudations. Le chlorure de calcium active la sécrétion urinaire, la transpiration et le mucus.

Parmi les éléments gazeux, l'hydrogène carburé n'est pas médicinal.

L'acide carbonique augmente la sécrétion salivaire, atténue les nausées, les irritations gastriques et aide la digestion. Il tend à rendre les humeurs alcalines et provoque la diurèse. C'est un sédatif de l'estomac. Le sulfure d'hydrogène a une action douteuse sur le système. Le Dr Moorman, des sources "Virginia White Sulphur," affirme qu'il est un altérant égal au mercure.

Empiriquement, il jouit d'une grande réputation dans le rhumatisme, la goutte, la congestion du foie, et les affections pelviennes.

Zattoukal, de Carlsbad, résume ainsi l'action des eaux alcalino-carbonatées sur le système: elles sont purgatives en exerçant une action douce sur l'intestin: diurétiques en rendant l'urine alcaline. Elles augmentent la sécrétion du suc gastrique, en dissolvant le muéus, elles accélèrent la digestion et développent l'appétit. L'alcalinité du sang est accrue, facilitant ainsi l'assimilation. Les acides libres naissant dans l'estomac sont neutralisés. Le muéus et les matières fécales irritantes retenues dans l'intestin sont chassés. La circulation dans le système porte et dans le système lymphatique de l'abdomen est stimulée, amenant ainsi la fonte des déchets qu'elle élimine hors de l'organisme.

La sécrétion biliaire est augmentée, la bile est plus diluée, favorisant ainsi la dissolution des calculs et leur expulsion. Il affirme de plus qu'il y a séparation et diminution du sucre dans l'organisme. Lorsqu'elle est prise *chaude* elle stimule la circulation du sang, la sécrétion et l'absorption. Lorsqu'elle est prise *froide* elle est laxative et augmente le péristaltisme intestinal. Elles agissent mieux à jeun.

Au point de vue de l'importance qu'il y a de rendre les urines alcalines dans le rhumatisme, Brissel, dans ses expériences, a démontré que, dans ce cas, elle était saturée d'acide urique dont la moitié se précipitait après un refroidissement à 60° F. Après ingestion d'une eau chaude alcaline, l'urine contenait une proportion plus considérable d'acide urique qui ne se précipitait pas après un refroidissement à 60° F: ceci démontrait que l'urine pouvait en dissoudre une quantité plus considérable: de fait le même auteur a prouvé qu'une urine ainsi alcalinisée pouvait en dissoudre trois fois autant.

D'autres observations ont été faites à Caledonia Spring. Ainsi, on remarque que les malades s'habituent rapidement à boire de grandes quantités d'eau, souvent même il faut les retenir. Il n'y a pas de doute que plus on boit de ces eaux, plus on a soif — cela semble paradoxal. — Ceci est dû au goût salin de l'eau et à une légère diminution de sécrétion saline causée par les carbonates: au surplus, l'action décongestionnante de l'eau et l'action diaphorétique des bains donnent le même résultat: l'or-

ganisme devient avide d'eau. L'appétit est augmenté dès le premier jour.

On remarque souvent que les malades ont moins d'énergie, moins d'activité, il faut combattre cette tendance qui pourrait leur être préjudiciable. L'eau, prise le matin agit comme un purgatif, en provoquant deux ou trois selles semi-liquides avant ou après le déjeuner. Son action diurétique varie suivant l'état des fonctions de la peau et de l'intestin. L'action de l'eau froide est plutôt marquée le soir.

Un autre point important qu'on n'a pas assez mis en relief est l'effet des eaux de Caledonia sur les alcooliques. Elle fait disparaître le goût pour les boissons. — On rapporte des cas d'intolérance ou même d'intoxications par ces eaux v. g., maux de tête, malaise, constipation, œdème et gastro-entérite. Cela dépend, souvent, que les malades absorbent de trop grandes quantités d'eau sulfureuse chaude, ou que le premier bain est trop chaud. Il y a dépression, perte d'appétit, oppression avec langue saburrale. Quand il y a constipation, il y a aussi œdème, surtout à la figure. Il faut alors suspendre le traitement. Ces complications sont rares si on suit les règles ordinaires du traitement. Je ne les ai observées qu'au début dans quelques cas.

La Gastro-entérite au début ou durant la cure est fréquente, mais la cause nous échappe souvent. La crise est quelquefois sévère, à forme épidémique, mais elle est rarement réfractaire au traitement. Les causes probables sont : diète excessive (en quantité et en qualité) l'abus des boissons froides, trop tôt après les repas, les variations brusques de température ou bien l'apparition subite et en grande quantité dans l'organisme d'acide urique grâce à l'action combinée des eaux alcalines et des bains et à l'insuffisance de l'excrétion.

Une légère crise, au début, semble influencer favorablement le résultat. Il y a quelquefois une constipation opiniâtre. Il suffit de régulariser l'action de l'intestin, au début, pour l'empêcher.

Un autre élément important dans le traitement du rhumatisme est le bain chaud. L'absorption des sels dissous dans l'eau est plutôt douteuse, le bain vaut plutôt par son action sur la peau et sur la circulation. En pénétrant dans un bain de 95° F. à 100° F., on éprouve plutôt une sensation de dépression, suivie bientôt d'un bien-être général. Par action mécanique, le sang reflue d'abord

vers les centres. Bientôt la respiration s'accélère, le pouls devient plus rapide, la température du corps s'élève, en même temps que la pression artérielle s'abaisse et que la peau se congestionne. Les chlorures et les carbonates tendent à rendre la peau plus souple en dissolvant les graisses et en la débarrassant de tous les produits d'excrétion des glandes. Les graisses sont dissoutes, les conduits des glandes sont ouverts, les vaisseaux capillaires se colorent, etc.

La fréquence du pouls et de la respiration améliore les fonctions de la nutrition. Brissel a démontré que la douche agit mieux que le bain total, à cause de la pression alternative de l'eau provoquant la contraction ou la dilatation des capillaires. Le même auteur affirme aussi que l'excrétion d'urée et d'acide urique est augmentée à la suite des bains. J'ai observé, à Caledonia, que le bain graduellement réchauffé de 100° à 106° F. accélère le pouls de 66 à 140, la respiration de 14 à 19, et la température, prise sous la langue de 98° à 102° F. Cette élévation de température est intéressante depuis que le Dr Haig a écrit que la fièvre augmente l'acidité du sang ainsi que la quantité d'acide urique dans les tissus, tandis que le bain agit différemment sur l'excrétion d'acide urique dans les urines.

La température devient normale après quelques minutes, dans le bain, mais l'accélération du pouls se maintient durant une heure ou deux. La sudation produite par le bain diffère avec les malades, elle est même très légère chez quelques-uns d'entre eux. Cependant, je n'ai jamais observé ce fait chez le rhumatisant.

Nous avons mis en œuvre différents expédients pour obtenir un effet diurétique dans le bain. Un ou deux verres d'eau chaude pris dans le bain provoquent la sudation ; un léger exercice et un massage léger, quelques instants avant le bain, ont le même effet ; il vaut mieux élever graduellement la température de l'eau du bain, un air humide dans la chambre est plus favorable. L'un des effets désagréables des bains est le mal de tête, on le prévient en plongeant d'abord les pieds dans l'eau chaude et en plaçant sur la tête durant le bain une compresse d'eau froide.

Je n'ai jamais vu apparaître d'éruption cutanée à la suite des bains, excepté en cas d'abus. Il y a peu de chose à dire des bains chauds, tièdes ou froids. Le bain froid est plutôt stimulant et tonique, souvent on fait suivre le bain chaud d'une douche froide ou d'une immersion dans l'eau froide. Le bain froid doit être

donné de façon à provoquer une réaction vive ; prolongé plus longtemps le malade est envahi par un sentiment de lassitude et un espèce de frisson dont il a peine à se défendre. Le bain chaud est plutôt hypnotique — surtout les rhumatisants. — Voici quel est le traitement suivi par les malades qui viennent chaque année à Caledonia faire une cure de deux semaines :

Lévé de bonne heure, le malade boit, en faisant sa toilette, 2 à 6 verres d'eau saline, aussi chaude que possible. Une demi-heure ou une heure avant le déjeuner, qui doit être léger, surtout si le malade a l'intention de prendre un bain avant midi — on ordonne un peu d'exercice. Ce bain est généralement pris deux heures après le déjeuner — entre 10 et 11 heures a.m. — à une température de 95° F. durant 15 ou 20 minutes. Au moment d'entrer dans le bain, le malade boit un verre d'eau froide. Ces bains peuvent être répétés chaque jour ou tous les 2 ou 3 jours, et l'eau est chauffée à 100° ou plus si besoin. Après le bain, le malade se rend à sa chambre où il se repose sur un lit durant une heure à peu près. Ce drap chaud provoque une sudation abondante qui débute à la face pour s'étendre de là à tout le corps, mouillant même les draps. Le malade n'en est pas affaibli, fréquemment il s'endort d'un sommeil paisible pour se réveiller en parfait état. Après que la transpiration est terminée, le malade se lève et se fait une friction alcoolique afin de fermer les pores de la peau et d'empêcher ainsi tout danger de refroidissement en sortant. Il se repose à sa chambre jusqu'à l'heure du lunch, après lequel il dispose de son temps comme il lui plaît. Durant la période des bains les soins de la peau facilitent la transpiration durant les exercices, il faut conseiller aux malades de ne pas s'exposer aux courants d'air.

Dans l'après-midi, on s'amuse de diverses manières, toujours en plein air. On boit de l'eau froide des sources suivant l'indication, toutes heures et demie ou plus souvent, mais pas moins de deux heures après le repas. La quantité et la qualité diffèrent suivant que c'est de l'eau gazeuse, saline ou sulfureuse.

Le dîner a lieu de 6 à 7.30 p.m. — c'est à mon avis une mauvaise habitude — mais nous sommes forcés par la coutume. Le soir, il y a de la musique, billard, cartes, quilles, etc., jusqu'au coucher.

À dix heures le bruit et la musique cessent, à onze heures les

lumières s'éteignent et les malades s'endorment d'un sommeil profond en dépit de la réputation qu'ont les eaux gazeuses de provoquer des rêves désagréables.

J'ai toujours prohibé l'usage de l'eau froide le soir, car je crois qu'il faut conserver à l'estomac toute sa chaleur afin de lui permettre de digérer le repas du soir avec plus de facilité.

De l'exercice en plein air, de la gaieté, de la liberté du bon ton, voilà ce qui aide le mieux. La veranda de l'hôtel est magnifique, c'est le rendez-vous de tous les pensionnaires entre lesquels se développe rapidement cet esprit de camaraderie si agréable durant leur séjour.

La régularité en tout, la vie en plein air, des points de vue agréables dans les environs et l'espoir d'une guérison jouent un rôle considérable dans le résultat thérapeutique.

Avant de parler du traitement du rhumatisme, je désire mentionner une ou deux maladies dans lesquelles les eaux de Caledonia donnent de bons résultats. Peut-être il y a-t-il là aussi une relation de cause à effet au point de vue de l'acide urique.

(à suivre)

HONORAIRES DE MEDECINS.

Par G. A. MARSAN, LL.B.
Avocat, à Montréal.

DU MÉDECIN CONSULTANT.

" Jus respicit equitatem. "

Lorsqu'un médecin est appelé en consultation auprès d'un malade, ses honoraires sont-ils à la charge du médecin traitant ou s'ils doivent être réclamés à la famille du malade?

Les pouvoirs que l'on donne à des personnes qui exercent certaines professions ou fonctions de faire quelque chose dans le cours ordinaire des affaires dont elles s'occupent, n'ont pas besoin d'être spécifiés, mais s'infèrent de la nature de telle profession ou fonction. (C. C., Art. 1705.)

Le médecin habituel de la famille est donc tenu d'en sauvegarder les intérêts et, lorsqu'il demande une consultation, justifiée

par la gravité de la maladie, il agit comme le mandataire de la famille.

Il convient de rappeler ici que les obligations procèdent des contrats, des quasi-contrats, des délits, des quasi-délits, ou de la loi seule. (C. C., Art. 983.)

Dans l'étude du mois dernier, nous citons l'article 1041 du Code Civil qui contient la définition du quasi-contrat; Pothier le définit également: "Le fait d'une personne permis par la loi, qui l'oblige envers une autre, ou oblige une autre personne envers elle, sans qu'il intervienne aucune convention entre elles.

Par exemple, la gestion que quelqu'un fait des affaires d'un absent qui ne l'en a point chargé, est un quasi-contrat qui l'oblige à en rendre compte, et oblige l'absent envers lui à l'indemniser de tout ce qu'il a déboursé."

2 Pothier, n. 113.

Le quasi-contrat est donc l'engagement qui intervient sans convention. Les obligations, dit Toullier, n'ont que deux causes vraiment génératrices, la volonté de l'homme et celle de la loi. La force ne peut produire ni loi ni obligation.

Dans une cause de Forest vs. Cadot, il a été jugé que "le médecin ordinaire d'un malade qui requiert l'assistance d'un autre médecin sera présumé avoir agi comme *negotiorum gestor* de ce malade, si le médecin requis donne ensuite réellement ses soins à ce malade en conformité de telle réquisition."

Le demandeur réclamait \$12.00 pour services professionnels comme médecin. Il atteste que son confrère, le docteur L., qui était le médecin en chef de la famille du malade, est allé lui-même quérir les services du demandeur, mais qu'il ne croyait pas que ce dernier réclamerait paiement, vu qu'il s'agissait d'une opération chirurgicale à être pratiquée par un autre médecin. Il admet, cependant, n'avoir rien dit au demandeur qui pût lui faire croire qu'il n'était requis qu'à titre de simple spectateur et même, qu'au contraire, le demandeur a pu se croire requis par lui comme médecin de la famille, pour aider au médecin qui devait pratiquer l'opération. Le demandeur atteste qu'il s'est, de fait, rendu auprès du malade, qu'il a été présent à l'opération, y a pris part en aidant effectivement l'opérateur, et que cette opération a duré près de trois heures; il ajoute qu'il n'a jamais compris qu'il n'était pas

requis professionnellement, et que, sans cette réquisition formelle, il n'aurait certainement pas assisté à l'opération.

Dans ces circonstances le docteur L., en requérant les services du demandeur, doit être considéré comme ayant agi en qualité de *negotiorum gestor* du malade. Il y a lieu d'appliquer l'art. 1046 du C. C. : "Celui dont l'affaire a été bien administrée doit remplir les obligations que la personne qui agissait pour lui a contractées." Le demandeur, de bonne foi, a, réellement, donné ses soins et son temps au malade; il y aurait injustice à lui refuser maintenant le prix de services dont ce malade a bénéficié.

1 Rev. de Jurisp., p. 173.

Cet arrêt est conforme à la doctrine et à la jurisprudence française.

Gaz. des Trib., 29 janvier 1874.

Ainsi lisons-nous aux Pandectes françaises, Vo. Médecine, qu'il est d'usage, en cas de consultation, d'allouer au médecin de la famille, un honoraire égal à celui des autres médecins appelés en consultation avec lui.

Lorsque, pour une opération, un médecin a demandé d'être assisté d'un confrère, celui-ci est en droit de réclamer directement au client le montant de ses honoraires.

Le client opposerait vainement qu'ayant payé à son docteur plus qu'il n'était convenu, il a considéré que la rémunération due au demandeur était comprise dans la note. Il est en faute de ne pas avoir vérifié ce fait. (Nos. 457, 458, 459.)

Revue de Méd. lég. et de jur. méd., sept. 1894.

ACTUALITES

A PROPOS DE GENERATION SPONTANEE.

Par le Dr ARTHUR BERNIER,

Agrégé, chargé du cours de bactériologie. Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dans les sciences expérimentales on a toujours tort de ne pas douter tant que les faits n'obligent pas à l'affirmation.

PASTEUR.

M. Leduc, de Nantes, a réussi à produire des plantes artificielles avec des tiges, feuilles, organes terminaux de formes variées.

Elles sont sensibles aux agents physiques et chimiques, une fois blessées avant leur entier développement ; elles réparent leurs blessures. Pour lui, la vie ne résulte que de forces physiques (1). " La pression osmotique, dit-il, est la force qui détermine les mouvements et les échanges entre les solutions en contact immédiat ou séparées par des membranes plus ou moins perméables. Les substances dissoutes se déplacent des régions les plus concentrées vers les moins concentrées, l'eau se meut en sens inverse. Ce mouvement constitue le phénomène de diffusion. Nous avons démontré expérimentalement que la diffusion a déterminé dans les liquides une organisation structurale analogue à celle des tissus vivants, les cellules artificielles produites par diffusion ayant une membrane d'enveloppe, un cytoplasme, un noyau présentant comme les cellules vivantes un courant d'absorption et d'élimination. Elles montrent la vie latente des graines et des rotifères. On peut reproduire toutes les formes de cellules des tissus vivants, polyédriques, allongées, aplaties, avec prolongements ciliaires ou dendritiques.

Ces cellules artificielles se cultivent dans un milieu nutritif, elles ont un métabolisme, disloquent certaines molécules, en construisent de nouvelles. Elles croissent, ajoutant cellule à cellule, donnent naissance à des formes ramifiées, à des pousses dendritiques, organisant dans leur tronc et dans leurs branches un système vasculaire complet dans lequel s'établit une circulation intense. Certaines de nos graines artificielles constituées par des sphères de deux millimètres de diamètre, donnent dans un liquide nutritif convenable, de nombreuses pousses organisées de dix à douze centimètres de longueur."

M. Leduc a aussi réussi à produire dans un plasma artificiel les différentes figures de la Karyokinèse, en plaçant une goutte colorée hypotonique par rapport au plasma, entre deux gouttes colorées hypertoniques, et — phénomène remarquable — ces figures se succèdent dans le même ordre que dans les cellules vivantes, depuis la formation de l'aster jusqu'à la division complète du noyau.

Ces produits artificiels sont-ils réellement vivants ? M. Leduc paraît le croire, puisqu'il termine sa conférence en disant " une seule fonction reste à réaliser pour achever la synthèse de la vie :

(1) La Presse Médicale, 1^{er} sept. 1906.

la reproduction en série. Je considère ce phénomène du même ordre que ceux déjà résolus" (1).

Mais quels sont les caractères essentiels qui distinguent la matière vivante de la matière inerte? Nous empruntons tous la réponse au professeur Paulesco (2): "L'observation scientifique montre que les êtres vivants présentent comme caractères essentiels les suivants: 1° un corps protoplasmique formé d'une ou plusieurs cellules, ayant une organisation spéciale et une révolution aboutissant à la reproduction; 2° des phénomènes vitaux de nutrition et de relation. Or, de ce que je viens de vous dire, il résulte d'une façon évidente que l'organisation et l'évolution aussi bien que les phénomènes vitaux ne se distinguent des actes et des phénomènes de la matière brute et de ceux de la matière morte que par le fait qu'ils s'accomplissent en vue d'un but commun: la subsistance de l'individu et la perpétuation de l'espèce. La finalité morphologique et physiologique est donc le trait distinctif des êtres vivants."

A ce compte, il manquerait aux plantes artificielles un caractère essentiel: la reproduction. A en juger par la discussion soulevée par les communications de M. Ledue, on est loin d'admettre que même les phénomènes de croissance et de nutrition soient des fonctions vitales dans ces plantes. Et puisque nous ne faisons qu'exposer la question, nous citerons M. Frenkel (3):

"Que prouvent les expériences de M. Ledue? Rien d'autre que par certains artifices physico-chimiques on arrive à produire des configurations qui ressemblent plus ou moins à des végétations ou à des tissus, ou à certaines phases du développement de l'œuf..."

En réalité, la nutrition d'une cellule vivante n'est pas une simple absorption osmotique du milieu ambiant. Au point de vue purement chimique, le seul qui nous occupe en ce moment, la nutrition se manifeste à nous comme une série de transformations dont les deux phases principales sont l'assimilation et la désassimilation, c'est-à-dire fixation des substances du milieu extérieur sous une forme utile à l'organisme et destruction, suivie d'élimination des substances devenues nuisibles à la vie. Rien de pareil dans les figures artificielles de M. Ledue. Ni la croissance, ni l'organisation, ni la nutrition dans le sens que donne M. Ledue, à ces termes, ne sont le propre de la vie."

(1) Presse Médicale, 3 déc. 1906.

(2) Paulesco, Principes de Physiologie biologique, Journal de Méd. Int. 1er sept. 1905.

(3) Est-ce la vie, M. Frenkel. La Progrès Médical, 9 mars 1907.

On nous demande si les expériences de M. Leduc, en supposant ses cellules et ses plantes douées de la vie, contredisent les travaux de Pasteur sur la génération spontanée. L'on a voulu prouver que la génération spontanée n'existait pas, par le fait que Pasteur a démontré qu'elle n'existait pas dans les infusions végétales, et l'on s'est dit que, puisque les cellules les plus simples de structure connues proviennent de cellules semblables, il n'y a pas de raison de croire qu'il en soit autrement ailleurs. Mais ceci ne prouve pas que le phénomène soit impossible à réaliser dans des conditions que nous ne connaissons pas. C'est pourquoi M. Roux, dans son cours de Bactériologie de l'Institut Pasteur (1898), disait : " Pasteur n'a pas démontré que la génération spontanée n'existait pas dans les circonstances où l'on croyait l'avoir trouvée."

Et ceci est évident si l'on examine les faits qui ont amené Pasteur à entreprendre ses recherches sur cette question.

Dans l'antiquité, se basant sur l'apparition de vers, d'insectes dans les matières en putréfaction, on a cru que les animalcules s'y développaient spontanément. On le croyait encore au XVII^e siècle, lorsque Redi montra qu'il suffisait de recouvrir la viande de gaze pour éviter la présence de ces parasites, et alors les vers se développaient sur la gaze, les œufs y étant apportés par des mouches.

En 1678, Leuwenhoeck, que l'on a surnommé le " père de la microscopie," vit qu'une infusion organique abandonnée à l'air se peupla, après un certain temps, d'une foule de petits êtres vivants différents de ceux connus jusqu'alors. Plus d'un demi siècle après, Needham montra que des germes se formaient dans les matières organiques contenues dans des fiocons bouchés et chauffés, la chaleur étant supposée avoir détruit tout être vivant. Spallanzani montra que dans ces conditions il suffisait de chauffer plus longtemps pour conserver la matière organique intacte. On lui répondit qu'en chauffant plus longtemps il détruisait la force végétative, sans même s'être assuré de l'existence et de la nature de cette prétendue force végétative.

On croyait donc à la génération spontanée dans les macérations ou les infusions organiques où l'on trouvait les organismes connus maintenant comme bactéries. Les expériences de Schultze, de Schwam, de Schröder et Dush montrèrent plus tard que si dans une infusion végétale introduite dans un ballon, le tout suffisam-

ment chauffé, l'on fait pénétrer de l'air calciné, ou passé dans de l'acide sulfurique ou filtré dans de la ouate de coton, le liquide ne s'altère pas. Mais on ne sait pas quel est l'agent que le chauffage, que l'acide sulfurique ont détruit, que le coton ont arrêté au passage.

En 1858 Pouchet, directeur du Muséum d'Histoire Naturelle de Rouen publiait une "Note sur les proto-organismes végétaux et animaux nés spontanément dans l'air artificiel et dans le gaz oxygène." Pasteur, déjà préparé à ces études par ses recherches sur la fermentation, résolut de vérifier les expériences de Pouchet et prouva qu'une cause d'erreur n'avait pas été évitée, que le mercure dont il se servait suffisait pour contaminer l'infusion de foin.

Il serait trop long de rapporter ici toutes les expériences de Pasteur. Il démontra que le coton à travers lequel on a filtré de l'air contient une foule de corpuscules, parmi lesquels des spores moisissures, et autres organismes microscopiques, qu'il suffisait de faire pénétrer ces germes dans une infusion végétale pour les voir s'y multiplier.

L'expérience suivante répond à toutes les objections. Il introduit un liquide putréfiable dans un ballon, puis il tire le col de ce ballon de façon à faire une longue effilure très recourlée. Il chauffe le liquide à ébullition pour tuer les germes vivants, et laisse refroidir l'appareil, l'air pénètre dans le ballon, et le liquide reste intact aussi longtemps qu'on le maintient dans ces conditions.

On ne peut pas objecter que c'est l'absence d'oxygène qui empêche les germes de se multiplier, puisque l'air a pénétré dans le ballon par l'extrémité ouverte de l'effilure, mais en y pénétrant les germes se sont arrêtés sur les parois humides de l'effilure. Le liquide a cependant conservé les qualités nécessaires à la pullulation des germes, puisqu'il suffit de mettre de liquide en contact avec l'extrémité de l'effilure pour que la culture se développe.

Pasteur montra aussi que l'on peut obtenir un liquide stérile sans l'aide de l'ébullition, en prenant un liquide de l'organisme, du sang dans une veine, ou de l'urine dans la vessie, en ayant soin de le maintenir à l'abri des poussières de l'air.

Donc, les expériences de Pasteur démontrent que la génération spontanée n'existe pas dans ce cas particulier des micro-organismes apparaissant dans une matière organique putréfiable.

Dès lors, la théorie de la génération spontanée fut fortement

ébranlée et le sera tant qu'on ne connaîtra pas d'autres faits où l'on pourra la soupçonner.

“ De décisives et simples expériences, dit Richet (Dictionnaire de Physiologie, cité par Paulesco), ont établi sinon que la génération spontanée est à jamais impossible — ou moins sûre — dans les conditions expérimentales les plus diverses que nous puissions imaginer elle ne se produit jamais. Aujourd'hui (1904), il n'est plus un seul physiologiste qui ose soutenir l'idée de la génération spontanée. ” Ajoutons que, en 1868, Huxley crut avoir trouvé dans les mers, une cellule qu'il considéra comme l'être vivant primordial, lui-même reconnu plus tard que ce n'était que du mucus provenant de zoophytes. Haeckel crut aussi avoir trouvé des cellules à proto-plasma sans noyau, le perfectionnement de la technique microscopique montra que ces cellules étaient nucléées.

Comme conclusion: les expériences de M. Leduc ne nous paraissent pas suffisantes pour établir d'une façon absolue la théorie de la génération spontanée. Elles n'en sont pas moins intéressantes, et conduiront peut-être à des découvertes importantes.

Il y a contre cette théorie des arguments d'un autre ordre dont nous ne faisons pas mention, parce que nous voulons rester dans le domaine expérimental.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ADMISSION DES ALIENES PAUVRES

A M. le Directeur de l'Union Médicale.

Monsieur,

Je profite de votre excellente Revue, pour informer la profession médicale, qu'il existe maintenant à l'Hôtel de Ville, dans le local du bureau de la Cour du Recorder, un bureau spécial qui, sous la direction de M. Albert Chevalier, s'occupe du placement des aliénés à la charge de la ville de Montréal et qui fournit aux requérants les différentes formules requises pour l'internement des patients publics à l'Hôpital St-Jean de Dieu.

J'ai donc l'honneur de prier MM. les Médecins de bien vouloir envoyer leurs clients s'adresser à ce bureau, s'il advient qu'il leur faille recommander l'internement d'un aliéné, comme patient public.

Tout ce qui concerne l'admission des patients publics de la ville de Montréal se traite exclusivement à ce bureau, à l'Hôtel de Ville ou à celui du Gouvernement, à l'Hôpital St-Jean de Dieu. Il est donc absolument inutile d'adresser qui que ce soit chez moi, à mon bureau privé, ou à celui de mon Assistant, pour des affaires concernant l'admission des patients publics. Ces affaires et généralement toutes celles qui regardent les patients publics, ont pris une telle extension, par suite de l'augmentation du nombre des demandes d'admissions et du nombre des malades internés à l'Hôpital, qu'il est impossible de les traiter ailleurs que dans un bureau public, avec l'aide des formules, des certificats, des archives et des feuilles d'observation.

Comme nous consacrons un temps considérable au soin des malades, qui nous occupe toute la matinée et que nous ne pouvons pas nous déranger de ce service, sans inconvénients considérables, ceux qui désirent voir le surintendant médical ou les autres médecins sont invités à se présenter à l'Hôpital, aux heures de bureau, c'est-à-dire de 1 hr. à 3 hrs. pour tous les jours excepté le samedi, le dimanche et les jours de fête.

GEO. VILLENEUVE,
Surintendant médical.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Séance du 16 avril 1907

Présidence de M. MARIEN.

Après l'adoption du procès-verbal, lecture est faite d'une lettre du secrétaire de l'Association des Marchands-Epiciers de la Province, invitant les membres de la Société Médicale à visiter l'exposition de produits alimentaires devant être tenue à l'Aréna, du 15 au 27 avril. — Invitation acceptée.

Sur la proposition de MM. FOUCHER et BOURGEOIS, M. le Dr Deblois des Trois-Rivières, est nommé membre-correspondant.

M. DUBÉ propose, secondé par M. FOUCHER, qu'un vote, exprimant les regrets et les sympathies de la Société Médicale, soit adressé à la Faculté de Médecine de l'Université McGill, dont les bâtiments viennent d'être détruits par un funeste incendie. — Adopté.

M. ROY présente deux malades opérés par lui en ces derniers temps :

1° Tumeur de l'orbite.

2° Épithélioma de l'angle interne des paupières. Dans ce dernier cas, l'étendue des lésions l'a conduit à faire une exérèse considérable; il est parvenu à combler la plaie par une autoplastie qu'il décrit et qui lui a donné des résultats esthétiques et fonctionnels très bons.

M. ARCHIBALD demande que la lecture de sa communication inscrite à l'ordre du jour soit remise à la prochaine séance, son manuscrit ayant été détruit dans l'incendie du McGill.

M. LASNIER donne une intéressante causerie sur les "Rayons X," les circonstances qui ont accompagné leur découverte et celles qui ont amené Roentgen à leur donner des applications thérapeutiques, — notamment l'épilation.

M. Lasnier projète sur la toile des radiographies très intéressantes de corps étrangers dans l'organisme, et de difformités osseuses.

B. G. BOURGEOIS.

Séance du 7 mai 1907

Présidence de M. MARIEN.

L'Assistant-secrétaire fait la lecture d'une lettre de M. le Dr Roddick, doyen de l'Université McGill, remerciant la société pour les sympathies adressées à la Faculté de Médecine de cette institution, en rapport avec le dernier incendie.

PIÈCES ANATOMIQUES :

M. Rhéaume présente les pièces nécropsiques d'une *anomalie congénitale des voies urinaires*. (Voir plus haut.)

Il s'agit d'un rein unique trouvé à l'autopsie chez un homme de 33 ans, mort de phthisie.

Les conclusions qui se dégagent de cette observation sont : 1° la compatibilité de la vie avec un seul rein ; 2° la nécessité de bien assurer l'existence et la perméabilité d'un rein congénère avant de faire une néphrectomie. (Voir plus loin).

MM. de Martigny, Mercier, Archibald prennent part à la discussion.

MÉMOIRES :

L'Huile de vaseline dans le pansement de l'évidement pétré-mastoidien. M. J. N. Roy, rapporte les résultats que lui a donnés l'huile de vaseline dans ces pansements : elle calme la douleur, empêche les faux bourgeonnements, favorise et accélère l'épidermisation de la cavité.

La compression cérébrale. Sa base physiologique et ses indications opératoires. M. Archibald, dans un intéressant mémoire, étudie la pathogénie de la compression cérébrale, ses conséquences séméiologiques, et son retentissement sur le pouls et la respiration.

Il existe un rapport direct entre la pression intracrânienne et la tension artérielle ; l'irrigation et le fonctionnement du centre respiratoire dépendent de ce rapport. Ce dernier vient-il à être renversé, comme cela se produit momentanément et alternativement lorsque la compression intra-crânienne arrive à une certaine pesanteur, le rythme respiratoire est profondément altéré, ses arrêts et ses reprises successives le rapprochent beaucoup du rythme de Cheyne-Stokes.

Si la compression devient telle que le centre vaso-moteur ne puisse reprendre le dessus, l'anémie est définitive et la mort inévitable.

Conséquemment le pouls dur et lent que l'on observe souvent à la suite des traumatismes crâniens, est justifiable non pas de la saignée mais de la décompression cérébrale par la trépanation, les fonctions lombaires, etc.

L'auteur termine en faisant des déductions cliniques et en précisant les indications opératoires. Il prédit un brillant avenir à la chirurgie du crâne et des centres nerveux.

M. LeSage remercie M. Archibald, et le félicite d'avoir exposé en si bon français et d'une façon aussi claire, des choses si difficiles à expliquer et à comprendre. Il rapporte quelques cas personnels où la chirurgie des centres nerveux a rendu de réels services.

ÉLECTIONS :

M. le docteur D'Amours, de Papineauville, est élu *membre correspondant* et M. le docteur Dufresne de Montréal, *membre titulaire* de la Société Médicale.

B. G. BOURGEOIS

L'ASSOCIATION MÉDICALE DU DISTRICT D'OTTAWA.

Séance du 24 janvier 1907

Présidence de M. EDMOND AUBRY, de Hull.

Etaient présents: Messieurs Edmond Aubry, Prévost-Coyteux, Fontaine, Beaudin, Paquette, Robillard, Tassé, Rodrigue, Désy, Isabelle, Power, Bélisle, D'Amours.

Immédiatement après l'allocution du Président et la lecture des minutes de la dernière assemblée, on procéda à l'audition des travaux scientifiques.

COMMUNICATIONS.

De l'hémoptisie et de ses effets pathologiques. — M. Prévost-Coyteux, d'Ottawa.

La Fièvre Typhoïde et son traitement. — M. A. Rodrigue, de Buckingham.

Dispensaires et Sanatoriums pour tuberculeux. — Le Secrétaire.

Un cas de placenta praevia. avec fœtus anencéphale. — M. Power, de Rockland, Ont.

RÉSOLUTIONS.

I. *Re:* Amendements à la loi médicale, tel que proposé à notre Association par une circulaire de M. le Président du Collège.

R. Tassé et Victor Désy, proposeurs; A Rodrigue et J. Isabelle, seconds.

II. *Re*: Utilité de former, si possible, dans le district d'Ottawa, une société de dames patronnesses des tuberculeux.

MM. Prévost-Coyteux et D'Amours, proposeurs; MM. Robillard et Paquette, seconds.

III. *Re*: Désir de l'Association, qu'un Sanatorium pour tuberculeux soit établi dans le district, et que ce projet soit sérieusement considéré, à chacune de ses séances, jusqu'à ce qu'il se soit réalisé. L'Association s'efforcera de seconder en toutes circonstances, les démarches que fera pour la réalisation de ce projet, monsieur le docteur D'Amours, son représentant officiel, auprès de la Commission de la Tuberculose.

Proposeurs: MM. Isabelle et Bélisle; seconds: MM. Rodrigue et Beaudin.

IV. *Re*: Paiement au Secrétaire D'Amours, d'une redevance de \$16.20, dès que les fonds de l'Association le permettront.

Proposeur: M. Robillard; second: M. Tassé.

V. *Re*: Admission de monsieur Prévost-Coyteux, comme membre actif de notre Association.

Proposeur: Le Président; second: Le Secrétaire.

Les résolutions déjà adoptées lors de la dernière réunion, de juin, et ayant trait aux honoraires pour examens médicaux, furent maintenues.

VI. La prochaine réunion aura lieu à Montebello, aux derniers jours de juin.

J. E. D'AMOURS, *secrétaire*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT D'ARTHABASKA

Séance du 2 mai 1907

Présidence de M. BELLEAU

Présents: Messieurs les Docteurs E. T. Belleau et E. J. Blondin, d'Arthabaskaville; P. J. H. Massicotte de Victoriaville; C. D. Paradis, de Black Lake; L. J. A. Sirois, de St-Ferdinand; O. Roger, de Ste-Julie; A. J. Boisvert et Alcide Blondin, de Plessisville; O. E. Desjardins, de Lyster.

Le Docteur E. T. Belleau, préside la réunion.

Proposé par le Dr O. Roger, secondé par le Dr C. D. Paradis: que le Docteur Wilfrid Laroche, de Warwick, soit admis membre de cette société. Adopté.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière assemblée, lequel est adopté.

Le Docteur L. J. O. Sirois, fait une causerie sur " les Intérêts professionnels à l'ordre du jour ". Le conférencier étudie le texte du projet de la loi qui a été soumis à la législature provinciale à sa dernière session. Il nous fait voir les différences qu'il y a entre ce projet de loi et la loi qui régissait auparavant, la profession médicale. Il note les additions qui ont été faites à l'ancienne loi. Il émet ses opinions sur différents articles de la loi. En terminant il dit un mot du projet de diminution du nombre des gouverneurs. Il parle aussi de la question de la fondation d'une caisse de retraite pour les médecins. Il nous dit comment sont fondées et fonctionnent en France ces caisses. Il nous fait voir qu'il est très difficile d'arriver à réaliser ce desideratum de quelques médecins.

Proposé par le Dr A. J. Boisvert, secondé par le Dr E. J. Blondin : que des remerciements soient offerts au Dr Sirois. Adopté.

Le Dr X — soumet à l'assemblée le cas suivant : En mars 1906, le Dr X, demande le Dr A, comme aide pour une opération, et le Dr R, comme chloroformisateur. Le Dr X, s'est entendu avec le patient à l'effet que lui, le Dr X, paierait le Dr A. Tant qu'au Dr R, il n'en fut point question, étant par là bien entendu que le patient aurait à régler avec lui, puisque le Dr X n'a spécifié que pour le Dr A. Or le Dr R, a voulu se faire payer par le patient qui refuse de solder ce compte. Alors le Dr R, doit poursuivre le Dr X, pour paiement de ses honoraires.

Le Dr X, demande aux membres présents s'ils seraient prêts, au cas où il serait poursuivi par le Dr R, à venir en cour soutenir avec lui le principe que les honoraires doivent être payés, dans un tel cas par le patient. L'assemblée lui promet son concours.

Le Dr X, cite un cas où il doit poursuivre un client pour refus de solder les honoraires, la difficulté provenant d'un malentendu au sujet des services donnés.

Le secrétaire fait lecture des correspondances reçues.

Les élections donnent le résultat suivant :

E. T. Belleau, Président, réélu ;

Z. Trigame, 1er Vice-Président, réélu ;

Dam. Larue, 2ème Vice-Président, réélu ;

C. E. Desjardins, secrétaire, réélu.

Puis l'assemblée vote à l'unanimité une motion de censure à

l'égard d'un confrère qui n'observe pas le règlement passé au sujet du tarif des examens médicaux.

Il est alors proposé par le Dr E. J. Blondin, secondé par le Dr Alcide Blondin : que le Dr Sirois soit nommé Président Honoraire de notre Association. Adopté.

La question du tarif des examens médicaux pour assurance à Stock est encore soulevé. Certains confrères relatent la conduite de médecins qui font les examens pour \$3.00. Après discussion, le statu-quo est maintenu.

L'on discute le tarif actuellement en usage. Chacun émet ses vues et l'on regrette qu'il y ait encore dans notre district des défections, quoique la généralité des membres de notre association observe bien ce tarif.

Sur proposition du Dr Sirois, secondé par le Dr Massicotte, il est décidé de tenir la prochaine réunion à St-Ferdinand, en septembre.

Le Dr O. Desjardins attire l'attention de la société au sujet de l'article 25a de la nouvelle loi d'hygiène qui veut que l'on procède à la désinfection des maisons où arrivent des décès par tuberculose. Il fait voir à quels obstacles se trouvent en butte les médecins en campagne vu l'inertie et l'ignorance de la plupart de nos conseils municipaux et il demande l'appui de la société pour faire observer cet article de la loi.

Il propose, secondé par le Dr O. Roger, que le secrétaire soit chargé d'écrire aux secrétaires des conseils municipaux que couvre notre association, les priant de vouloir bien faire tout en leur possible pour observer et faire observer l'article 25a de la nouvelle loi d'Hygiène. (Edition de 1907). Adopté.

L'assemblée est alors close.

OMER E. DESJARDINS,
Secrétaire.

NOUVELLES

QUELQUES FAITS IMPORTANTS.

Un hôpital pour les enfants malades — Le projet d'un hôpital pour les enfants vient de germer dans l'esprit d'un comité de femmes de Montréal. Ces dames sont décidées à réaliser ce projet, qui comblerait une lacune qui existe dans notre ville. Nous

avons bien quelques grands hôpitaux qui disposent de quelques lits pour les enfants, mais ceux-ci sont rarement hospitalisés au-dessous de l'âge de 5 ans. On refuse systématiquement les cas de médecine. Si quelque bébé se présente dans nos services de chirurgie, il est ramené chez lui immédiatement après l'opération ; et les pansements, dont peut dépendre le succès final de l'opération, sont faits par on ne sait qui, dans les conditions tout à fait déplorables.

Le but du nouvel hôpital est d'hospitaliser les enfants, depuis la plus tendre enfance jusqu'à l'âge où ils seraient traités avec avantage dans les autres hôpitaux.

On y traiterait les cas de médecine, de chirurgie infantile, d'orthopédie, etc. Tous les jours il y aurait des consultations gratuites pour les indigents.

Enfin il se ferait pour les enfants, à cet hôpital, ce qu'il se fait à Notre-Dame, par exemple, pour les adultes.

La constitution de cet hôpital serait, à peu près, celle qui régit l'hôpital Notre-Dame.

Le bureau médical est en voie de formation. Les dames patronnesses ont déjà commencé à faire appel à la charité publique.

Souhaitons qu'un aussi beau mouvement soit couronné de succès.

Association Médicale de l'Ouest de Montréal. — Les médecins de la partie Ouest de Montréal sont à s'organiser en Association.

Sont invités à faire partie de cette association : les médecins exerçant à l'ouest de la rue des Inspecteurs, ceux de la Pointe St-Charles, de Verdun et de la Ville St-Paul.

A une première assemblée assistaient MM. Lalonde, Trempe, Roy, Monette, Lapointe, Bastien, McDuff, David, Cousineau, Bernard, Hurtubise, Boucher, Fortin, S. Lachapelle, Letourneau, Rose, Gagnon, Aumont.

La prochaine assemblée aura lieu le premier mercredi de juin à un endroit que le secrétaire, M. Aumont, fera connaître aux membres.

Cette Association s'occupera tout spécialement des questions locales d'intérêt professionnel et de la revision du tarif, qui laisse à désirer, paraît-il, dans certains milieux.

Lord Lister. — On vient de fêter en Angleterre le 80ième anniversaire de naissance de Lord Lister. Personne ne l'ignore maintenant, Lister a été le premier à tirer profit des découvertes de l'immortel Pasteur, en faisant bénéficier la chirurgie de l'antisepsie. Mais depuis cette époque l'antisepsie a été détrônée par l'asepsie, qui joue maintenant le premier violon en chirurgie, avec les résultats merveilleux que l'on sait.

Le bicentenaire de Linné. — Le deuxcentième anniversaire de la naissance de Linné a été célébré par l'université d'Upsal ainsi que par l'Académie des sciences de Stockholm, le 23 mai dernier.

Charles de Linné, naturaliste et médecin suédois, naquit à Rashult en 1707 et mourut à Upsal en 1778. Dès l'âge de 24 ans, il conçut sa célèbre classification des plantes d'après les organes sexuels.

Le succès de la classification dite linnéenne tient au choix que l'illustre savant fit des étamines et des pistils, organes commodes à reconnaître, comme base de son système.

Linné distingue les plantes sans fleurs, des fleurs qui en possèdent, puis, dans ces dernières, il sépare les fleurs toutes hermaphrodites de celles qui ne le sont pas toutes, les fleurs libres des fleurs soudées entre elles, et, finalement, par différenciations successives, arrive à renfermer tous les végétaux dans vingt-quatre classes.

Le nom de Linné est intimement lié avec l'Académie de Stockholm, dont il fut le premier président. Il fut aussi professeur de l'Université d'Upsal.

C'est lui qui montra les avantages de la nomenclature binaire, encore en usage de nos jours.

A l'occasion de ces fêtes l'Académie publie des travaux importants de Linné, qui étaient épuisés depuis longtemps.

Berthelot. — Nous sommes peut-être un peu en retard pour annoncer la disparition d'une des plus grandes figures de la science contemporaine, mais l'Union Médicale ne peut passer sous silence une perte aussi mondiale.

Le chimiste Berthelot vient de mourir à l'âge de 80 ans. Son œuvre est immense : outre ses ouvrages fondamentaux sur la syn-

thèse et la thermochimie, elle comprend plus de six cents mémoires. Berthelot doit être considéré comme le véritable fondateur de la chimie organique.

Jamais il n'a voulu tirer un bénéfice pécuniaire de ses travaux, et il a toujours fait preuve de ce désintéressement qui semble le monopole des savants français. Il eut pu accumuler des millions ; il a laissé toutes ses découvertes dans le domaine public afin qu'elles pussent profiter à tous.

Poirier — Encore un autre que l'impitoyable mort vient de frapper, mais bien avant son tour celui-là. En effet, Paul Poirier s'en va à l'âge de 44 ans, après avoir conquis à peu près tous les honneurs.

Outre un grand nombre de publications d'anatomie, d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire, Poirier laisse notamment son *Traité d'Anatomie*, œuvre considérable qui est aujourd'hui classique et pour laquelle il avait su s'assurer le concours d'anatomistes distingués, tels que Charpy, Nicolas, Rieffel, etc.

En 1902 il avait succédé au professeur Farabeuf dans la chaire d'anatomie de la Faculté de Paris.

Malgré la grande popularité de Poirier, un groupe était très hostile à sa nomination à la chaire d'anatomie et avait juré de le conspuer et de faire échouer la cérémonie de son installation à la Faculté.

Je vois encore la foule houlense qui avait envahi le grand amphithéâtre de l'École.

Les sifflets et les cris des mécontents, mêlés aux acclamations et aux vivats de la majorité, faisaient un bruit d'enfer indescriptible. La foule devint tellement intense que quelques femmes pour se protéger, avaient dû se précipiter de la galerie dans les bras des galants du parquet. Moi-même je faillis rester asphyxié dans un escalier, et ce n'est qu'à l'aide d'un subterfuge que je pus sortir vivant de cette fournaise ardente.

Poirier réussit à imposer le silence et son discours fut vivement applaudi.

Poirier était un professeur brillant qui savait attirer et retenir les étudiants ; aussi son enseignement a-t-il joui d'un grand et légitime succès.

ANALYSES

CHIRURGIE.

Décortication du rein et néphrotomie dans les formes graves de l'éclampsie.
(Piéri, 5e Congrès de Gyn. d'obst. et de pédi., Alger 16 avril 1907).

L'auteur signale les interventions chirurgicales effectuées récemment dans les cas d'éclampsie. Les lésions du rein, dans les cas d'éclampsie sont des lésions de néphrite parenchymateuse ; les troubles généraux sont des phénomènes d'intoxication. Les lésions locales, frappant le rein, relèvent de l'intensité de l'intoxication ; elles sont épithéliales et congestives.

L'opération décongestionne le rein, rétablit et régularise le fonctionnement de l'organe ; en outre, elle atténue ou supprime l'intoxication en facilitant l'élimination du poison.

L'auteur signale l'observation d'un cas, suivi par lui et M. le professeur Quéirel, dans lequel la femme a succombé 36 heures après l'intervention, après avoir accouché d'un enfant mort. L'examen des urines permit de constater, après l'opération, le rétablissement des fonctions rénales et la diminution de l'albumine. L'insuccès de l'intervention est dû à l'intensité de la toxémie et à la date tardive à laquelle elle a été pratiquée.

Dans cinq autres observations relatées par l'auteur, on a obtenu deux guérisons ; il en résulte que l'on doit considérer que l'intervention chirurgicale, pratiquée en temps utile, peut sauver les malades.

L'intervention n'est indiquée que lorsque l'éclampsie est due à des lésions rénales ; dans l'éclampsie hépatique, elle ne saurait être admise.

Le traitement médical conserve son importance ; mais il ne faut pas s'y attarder. L'anurie est le symptôme le plus grave de l'éclampsie. Quand le traitement médical est impuissant, l'intervention chirurgicale est une ressource précieuse.

L'avenir montrera la valeur de cette ressource.

Des anastomoses tendineuses dans le traitement de la paralysie infantile.
(Dr Auffret ; Jour. Méd. de Paris.)

L'auteur nous apprend qu'il existe trois procédés d'anastomose.

1° Le tendon paralysé séparé de son centre musculaire dégénéré est suturé au tendon du muscle sain (transplantation ascendante de Vulpius).

2° Les tendons sains et paralysés laissés intacts sont simplement unis l'un à l'autre par une suture latérale (transplantation bilatérale de Vulpius.)

3° Le tendon sain sectionné près de son extrémité périphérique est fixé au tendon paralysé (transplantation descendante de Vulpius.)

Cette dernière méthode seule donnerait des résultats appréciables. Ainsi chez un malade de M. Jalaguier, la transplantation sur le tendon d'Achille d'une moitié du long péronier latéral et du jambier postérieur rendirent au pied les mouvements d'extension qui lui faisaient défaut.

Les résultats toutefois ne sont pas toujours aussi heureux. Auffret préfère aux transplantations tendineuses une méthode plus récente, celle de Trange. Ici on ne cherche plus à substituer un muscle à un autre ; on prend un muscle, on le sectionne à son insertion osseuse, et on vient fixer l'extrémité du tendon, rendu libre, sur un point du pied choisi, suivant les indications spéciales de chaque cas, soit en arrière, soit en avant, soit sur le bord interne (scaphoïde), soit sur le bord externe (cuboïde).

La méthode de Bier par la stase veineuse. (Villemin, Tuberculose infantile.)

Bier a eu l'idée d'appliquer l'hyperhémie à la cure des lésions tuberculeuses d'ordre chirurgical. Il s'adressa d'abord à l'hyperhémie active qu'il obtenait par la chaleur, humide ou sèche, puis à l'air chaud. Mais il ne s'attarda pas longtemps dans l'emploi de ce procédé qui présentait d'assez grandes difficultés techniques.

Il mit en pratique l'*hyperhémie passive*, l'*hyperhémie de stase*, que l'on détermine par une constriction s'exerçant loin du foyer morbide et telle que la circulation en retour seule soit très gênée.

Une bande de caoutchouc de six centimètres de large est enroulée autour du membre loin de l'articulation malade, par exemple, pour le poignet au-dessus du coude, pour le pied au-dessus du genou. Dans le but de ménager la peau, il est bon d'en varier un peu l'emplacement à chaque séance. La striction doit être énergique, mais pas excessive ; si des douleurs apparaissent, ou si elles augmentent, il faut craindre les accidents d'ordre paralytique ou même gangreneux.

Le membre doit devenir et rester bleuâtre, mais sans placards rouges ; on doit sentir les battements du pouls aussi facilement que du côté opposé.

Jamais il ne doit y avoir de refroidissement du membre comprimé et le malade doit pouvoir vaquer à ses occupations sans difficultés.

Le traitement est généralement long. Il ne faut interrompre qu'après la disparition de la tuméfaction articulaire, quand les douleurs ont complètement cessé et lorsque les mouvements sont intégralement revenus.

La méthode de Bier a ses inconvénients, qui sont des troubles sensitifs ou irritatifs dus à une faute de technique. La méthode hâte la formation des abcès froids, et l'hyperproduction des fongosités. Dans les tuberculoses ouvertes, l'aggravation est parfois manifeste.

Les indications de la méthode de Bier sont multiples. Elles concernent principalement les tuberculoses ostéo-articulaires. Le procédé donne de beaux résultats, surtout au début de la maladie et principalement à la main et au coude. Il est aussi applicable aux tuberculoses ouvertes. L'hyperhémie veineuse possède au plus haut degré la propriété de localiser la suppuration et d'éviter ainsi au malade les grandes incisions. Elle rétablit enfin les fonctions des parties malades à un degré de perfection qui n'a jamais été atteint par les procédés classiques.

D'après Dentschlander, l'emploi systématique de la stase hyperhémique donne les résultats les plus encourageants dans le traitement des fractures.

Voici comment agit l'hyperhémie veineuse :

- 1° Elle amène par auto-intoxication la destruction des agents infectieux ;
- 2° Elle dilue et rend presque inoffensifs ces poisons ;
- 3° Elle gêne l'absorption de ces toxines.

L'œdème est donc un moyen de défense de l'organisme contre l'intoxication, et Bier cite à l'appui de cette affirmation celui qui se développe après les piqûres d'insectes, les morsures de serpents, certaines toxi-infections, etc.

Si on injecte à des lapins 4 milligrammes de strychnine dans une patte œdématisée, ils survivent, tandis que les témoins meurent en quelques minutes.

Z. RIÉAUME.

Diagnostic de la tuberculose génito-urinaire par l'examen microscopique des urines. (Moscou. — Presse médicale 1907.)

Le diagnostic de la tuberculose génito-urinaire est souvent très difficile par suite de l'absence d'une symptomatologie clinique spéciale ou particulière.

La présence du bacille de Koch est pathognomonique ; mais outre qu'il n'existe pas toujours dans l'urine tuberculeuse, il est souvent très difficile sinon impossible de le dépister quand il s'y trouve.

L'inoculation au cobaye est en général effective ; mais elle n'est pas à la portée de tous. De plus elle demande trop de temps pour que l'on puisse attendre toujours *son recto* avant d'agir.

L'examen morphologique des leucocytes de l'urine peut donner des renseignements précieux. Dans 90 pour 100 des urines tuberculeuses, plus de la moitié des leucocytes sont déformés.

“ Ils ont un contour irrégulier, crénelé ; ils présentent un aspect uniforme possèdent un protoplasme limité par de petites bulles transparentes.” De plus il est impossible de distinguer le noyau et les granulations protoplasmiques de ces globules. Ces déformations persistent après coloration au triacide — ou Giemsa — ou à l'hématoxyline.

Toutefois elles ne sont pas constantes car elles ont manqué quatre fois sur vingt-deux examens d'urines, confirmées tuberculeuses par le Koch et l'inoculation. De plus elles ne sont pas absolument pathognomiques parce qu'elles ont été retrouvées deux fois chez des individus absolument indemnes de lésions tuberculeuses.

La cause de ces déformations est obscure. Elles sont indépendantes de la réaction chimique de l'urine — de sa richesse en urée ou en chlorure de sodium. Elles ne dépendent pas non plus du milieu : des leucocytes normaux ne se sont pas déformés dans des urines à globules altérés, et inversement des globules malades n'ont pas abandonné leurs altérations morphologiques par leur transposition dans des urines à leucocytes normaux.

Ces altérations ne sont pas définitives parce que mis dans une solution salée à 85 pour 1000 ces globules recouvrent au bout de cinq à vingt minutes leurs caractères morphologiques normaux.

Sans être pathognomiques. Ces déformations constituent donc un symptôme de présomption qui a de la valeur.

B. G. BOURGEOIS.

NEUROLOGIE

Traitement de la chorée de Sydenham, par l'exalgine, par Smerio Monteverdi.
(*Gaz. deg. Ornelale et delle Cliniche. Rev. Neur.*)

L'exalgine est particulièrement indiquée, en raison de ses propriétés analgésiques et antiseptiques, contre la névrose d'origine tonique et infectieuse qu'est la chorée. L'auteur en a obtenu les meilleurs résultats, et il voit ordinairement une amélioration se dessiner dès l'administration des premières doses.

La Santonine, son emploi dans le traitement des douleurs fulgurantes des tabétiques, par Bricage (Thèse de Lyon, *Rev. Neur.*)

La santonine, sans action sur les névralgies vulgaires, est un analgésique des douleurs fulgurantes des tabétiques. Elle se montre active dans plus

de la moitié des cas. Elle peut être administrée à des doses élevées, soit 30 à 45 centigrammes par jour, à condition de commencer par des doses faibles. Elle donne aussi des résultats dans les crises laryngées du tabès et devrait être essayée de nouveau contre ce symptôme.

Sur quelques effets Opthériques de l'hypophyse, par L. Rénon Arthur
Dolille. (Société de thérapeutique. *Rev. Neur.*)

L'injection matin et soir de 10 centigr. de poudre totale d'hypophyse de bœuf détermine une action opthérique générale se traduisant par le ralentissement du pouls, l'élevation de la tension artérielle, le réveil de l'appétit et l'amélioration du sommeil.

Dans la maladie de Basedow la médication hypophysaire amène rapidement la diminution du tremblement, de l'exophtalmie, des troubles digestifs, des sueurs, des sensations de chaleur pénible. La tachycardie cède plus lentement, le goitre diminue peu.

Dans la tuberculose pulmonaire chronique la tension artérielle s'élève, le nombre des pulsations diminue malgré la fièvre. On note un certain relèvement de l'appétit et une reprise du sommeil.

Dans deux cas de fièvre typhoïde la maladie a tourné court, le pouls s'est abaissé, la tension s'est relevée, une polyurie abondante s'est établie.

Tous ces résultats posent la question de l'atteinte hypophysaire dans les infections et de l'insuffisance hypophysaire dans la maladie de Basedow. Au nombre des symptômes de cette insuffisance il faudrait compter l'abaissement de la tension artérielle, l'accélération du pouls, l'insomnie, la diminution de l'appétit, la facilité des sudations, la sensation de chaleur pénible.

E. P. CHAGNON.

PHARMACOLOGIE

Potion contre la bronchite (sans opium):

Teinture d'aconit.	4 gouttes
Sirop de fleur d'oranger.	20 grammes
Eau distillée.	90 —

Une cuillerée à café tous les $\frac{1}{4}$ d'heure pendant une heure; ou bien toutes les $\frac{1}{2}$ heures pendant 4 à 6 heures; ou bien toutes les 2 heures pendant 24 heures. (Pour un enfant d'un an.)

Contre le coïza aigu:

Salicylate de soude.	30 grammes
Poudre de Dover.	4 —
Essence de menthe poivrée.	1 goutte
en 20 paquets.	

Un paquet avec un peu d'eau toutes les 3 ou 4 heures. Diminuer à mesure que l'amélioration se manifeste.

Contre la bronchite capillaire (sans opiacé):

Penzoate de soude.	1 gramme par année d'âge
Sirop d'ipéca.	5 — " " "
Sirop d'eucalyptus.	10 — " " "
Eau distillée de menthol.	q. s. pour 60 c. cubes

Une cuillerée à café ou à dessert toutes les 2 heures dans un peu de thé faible édulcoré au miel.

Contre l'impuissance :

Phosphure de zinc.	og. 40 centig.
Ex. de noix vomique.	1 g. 40 —
Excipient.	Q. S.

pour 40 pilules: 3 par jour.

Blennorrhagie :

Davydor a obtenu de bons résultats dans la blennorrhagie aiguë en injectant dans l'urèthre après disparition des phénomènes inflammatoires aigus, la solution suivante :

Eau.	180 grammes
Teinture d'iode.	V gouttes

Le 4^e ou le 5^e jour, la dose de teinture d'iode est portée à VIII, puis à X gouttes.

La sécrétion tarie, on remplace cette solution iodée par la suivante :

Sulfo-phénate de zinc.	} aa 1 gr.
Acétate de plomb.	
Eau distillée.	180 gr.

Davydor a réussi à guérir la plupart des blennorrhagies qu'il a traitées en 12 à 15 jours.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Thérapeutique, par le Dr H. VAQUEZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-8 de 492 pages. Cartonné: 10 fr. (*Bibliothèque Gilbert-Fournier*). Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Dans l'état actuel de la science un précis de thérapeutique ne doit pas se borner à l'énoncé des substances chimiques et des drogues végétales. Il doit également comprendre l'étude de toutes les ressources que les progrès de la science moderne ont mises entre les mains du médecin. Aussi faut-il aujourd'hui faire une part égale aux moyens en usage depuis les temps les plus anciens, et que l'on pourrait appeler pharmaceutiques, et à ceux que l'hygiène thérapeutique a mis à notre disposition.

Le Précis du Dr VAQUEZ est divisé en cinq parties :

- 1° Les préceptes généraux sur l'art de guérir ;
- 2° Les médicaments d'origine chimique et les drogues végétales, avec les notions de matière médicale nécessaires pour en connaître la composition, les principes de pharmacodynamie qui en expliquent les effets et les indications thérapeutiques qui en légitiment l'emploi ;
- 3° La sérothérapie et l'opothérapie, avec l'exposé des méthodes thérapeutiques sur lesquelles elles reposent et celui des résultats qu'elles ont déjà permis d'obtenir ;
- 4° Les régimes alimentaires et les eaux minérales dont la connaissance est indispensable à tout médecin qui ne veut pas borner ses efforts à faire une ordonnance, mais qui a le souci plus élevé d'établir une médication rationnelle et efficace ;
- 5° La physiothérapie, avec ses moyens d'action si divers et si précieux, depuis la massothérapie, la plus ancienne des méthodes d'hygiène thérapeutique employées par les médecins jusqu'à la radiothérapie, la plus nouvelle

parmi celles que la science moderne a permis d'introduire dans l'art de guérir.

Il est indispensable aujourd'hui que l'étudiant ne soit ignorant d'aucune de ces branches de l'art de guérir et qu'il soit capable d'utiliser ultérieurement dans sa pratique médicale les différents procédés thérapeutiques qu'elles lui auront appris à connaître. Si les moyens lui manquent pour les appliquer lui-même au traitement de ses malades les connaissances qu'il en aura acquises lui permettront cependant d'indiquer au spécialiste les motifs de son intervention et de continuer de la sorte à donner à la médication une direction générale qui ne doit cesser de lui appartenir.

Ce Précis facilitera la tâche des candidats au doctorat et des praticiens et les convaincra que la thérapeutique, se'nece d'apparence complexe, touffue et imprécise, quand on la regarde de loin ou superficiellement, peut-être, au contraire, ramenées simples, rationnelles et de portée pratique.

Pour plus amples détails, on est prié de s'adresser à la Rédaction, 36, Avenue Laval.

UNE METHODE SIMPLE POUR L'ANALYSE DE L'EAU

C'est une traduction en français de la cinquième édition du livre de texte anglais bien connu "A Simple Method of Water Analysis" par le Dr J. C. Thresh. Ce traité donne tous les renseignements nécessaires pour mettre les personnes inexpérimentées à même d'effectuer, à la source même l'analyse chimique d'un échantillon d'eau potable au moyen de la Boite pour Analyses d'eaux, marque "Soloid". Grâce à la commodité, la simplicité et la précision de la Méthode du Dr Thresh, celle-ci est d'un usage très courant et il est certain que la publication d'une édition en français sera partout bien accueillie. On peut se procurer l'ouvrage de la maison Burroughs Wellcome & Cie, à Londres.

SUPPLEMENT

Le Dr **HERVIEUX**, a transporté ses bureaux du No 184 au No 490, rue St-Denis.

Le deuxième Congrès International de Physiothérapie sera tenu à Rome les 13, 14, 15 et 16 octobre 1907, sous la présidence d'honneur de S. E. le Ministre de l'Instruction Publique.

Les rapports officiels seront choisis dans une liste de questions qui sera transmise par chaque comité national.

Toutes les questions identiques ou analogues seront réunies dans un même rapport et le développement en sera confié à plusieurs Co-Rapporteurs de nationalité différente afin que le sujet soit étudié sur toutes ses faces.

A la fin de chaque rapport officiel seront groupées toutes les communications libres qui se rattacheront au même sujet. Les autres communications libres seront discutées dans les trois sections suivantes:

A Electricité médicale (Electrothérapie, Electro-Magnétisme, Röntgenologie, Radiumthérapie, Photothérapie.)

B Kinésithérapie (gymnastique médicale et mécanothérapie rééducation des mouvements Massage, Vibrothérapie, Orthopédie mécanique).

C Hydrologie (Balnéothérapie, Climatothérapie, etc).

Un compte rendu analytique des séances sera publié par les soins du Comité Organisateur et envoyé à tous les membres du Congrès. La cotisation est de 20 francs (quatre dollars) pour les membres titulaires.

COMITÉ D'ORGANISATION : Hon. Prof. Guido Baccelli, Président ; Prof. Carlo Colombo, Secrétaire-général ; Dr L. Coleschi, Trésorier-général. Correspondances : Via Plinio Rome (Italie).

Toute demande d'adhésion au Congrès doit être faite au Docteur E. G. Asselin, Secrétaire pour le Canada, No 481, rue St-Antoine, Montréal.

BRULURE DE LA FIGURE PAR EXPLOSION DE POUDRE,

par E. KUDER, M. D., Coffeyville, Kan.

Carl Rucker, 10 ans, se fit brûler par l'explosion de deux onces de poudre noire (poudre à fusil). Les conjonctives des deux yeux furent noircies, et l'inflammation ne permit pas l'ouverture des paupières après quelque temps, une oreille fut aussi très brûlée.

Comme j'avais à traiter ici l'inflammation et la douleur, je grattai avec un couteau un pain de savon à barbe, j'en fis un mélange avec de l'antiphlogistine et j'appliquai une couche de ce mélange d'une épaisseur de 1/2 pouce à toute la face et à l'oreille. Une demi-heure plus tard l'enfant reposait sans douleur et dormit quelques heures. Après vingt-quatre heures, j'enlevai ce masque, et à ma grande surprise le mélange avait fait disparaître jusqu'au dernier grain de poudre, l'inflammation grandement diminuée ne faisait plus souffrir. Je traitai la conjonctivite avec cocaïne et adrénaline.

AMYGDALITE

Cette maladie est d'abord essentiellement locale et restera localisée si elle est promptement et efficacement traitée. Ses symptômes généraux ne se montrent qu'après que l'infection s'est généralisée.

La Glycothymoline diluée à 50^o/_o appliquée fréquemment au moyen du vaporisateur produit une décongestion rapide par ses propriétés exosmotiques et amène un soulagement rapide.

En gargarismes chauds à 25^o/_o, elle produira d'excellents effets si elle ne cause pas trop de douleur à l'application. L'application externe de compresses trempées dans une solution chaude de Glycothymoline à 25^o/_o augmentera considérablement la circulation veineuse.

HUNYADI JANOS

Le célèbre professeur Von Zamberger, de Vienne, s'exprime ainsi : "dans toutes les maladies où il y a indication d'une *cau opérative*, j'ai toujours prescrit avec beaucoup de succès l'eau d'Hunyadi Janos."

AUX MEDECINS.

A céder, poste médical dans une jolie campagne, rapportant \$900, mais susceptible d'augmentation jusqu'à \$1200. Seul médecin. Clientèle facile à desservir.

Conditions faciles.

Ecrire à Z., Bureau de "L'Union Médicale".