

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

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

<p>ADMINISTRATION : Adresser tout ce qui concerne l'administration au Dr Wm Jas. Derome, 270 Sherbrooke Est. Abonnement. Un dollar par année</p>	<p>Directeurs</p>	<p>REDACTION : Fernand Monod, Secr.-général. Alfred Marceil, Secrétaire adjoint. Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Secrétaire Général : B. de P. 2188 Montréal.</p>
---	--------------------------	--

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

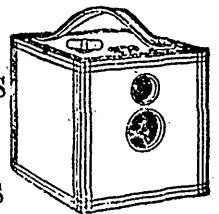
Un cas de rupture du rein..... (Par le Dr. St-Jacques)	161
Conseils pratiques sur le traitement local de la tuberculose laryngée..... (Par le Dr. J. N. Roy.)	165
Traitement de la tuberculose au Sanatorium (Suite et Fin)..... (Par les Drs. A. Laurendeau et W Guy)	168
Les inhalations d'ozone dans le traitement de la tuberculose pulmonaire	171
(Par le Dr. C. de Blois).	
BIBLIOGRAPHIE	176
NECROLOGIE	176



**INSTRUMENTS de CHIRURGIE
APPAREILS pour LABORATOIRE**

A des prix défiant toute concurrence. Demandez nos prix avant d'acheter ailleurs.

Appareils
et Produits
Photographiques

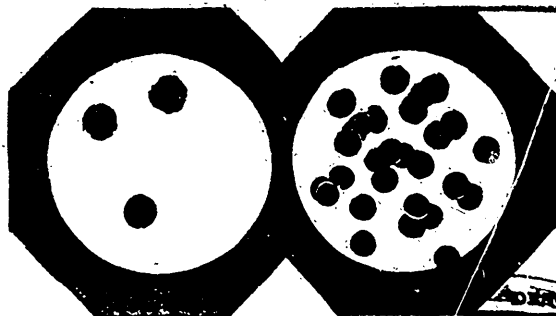


Lecours & Decary,

PHARMACIENS.

PHARMACIE DECARY

310 ST-CATHERINE EST, COIN ST-DENIS
MONTREAL.



**HÉMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE
Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4^e).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et P^l...



ARTICLES ORIGINAUX

UN CAS DE RUPTURE DU REIN (1)

PAR LE

DR. ST-JACQUES

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

Les contusions du rein, du moins les contusions graves, ne se rencontrent pas très fréquemment dans la pratique courante aussi avons nous pensé intéressant de rapporter le cas suivant observé récemment à l'Hôtel-Dieu.—

Une dame de 51 ans fait une chute dans son escalier vers 7 heures $\frac{1}{2}$ le matin du 17 Mars. Elle est trouvée inconsciente par un parent vers 8 Heures $\frac{1}{2}$.—

Transportée à l'Hôtel-Dieu dans l'après-midi elle accuse des douleurs très fortes dans la région hépatico-rénale et dans tout le côté droit.—

L'examen révèle un peu de matité dans la région rénale droite avec une très grande sensibilité. Il n'y a pas de lésions à la peau. Le cœur bat à ce moment 118 et la To marque 116 $\frac{4}{5}$. F. La malade n'urine pas jusqu'au lendemain Lundi; elle passe alors 180c. d'urine contenant du sang presque pur et des caillots en abondance.—

L'hématurie persiste jusqu'au Mardi midi, puis les urines redeviennent limpides. La quantité des 24 heures en est de 800cc.

Lorsque nous sommes appelés auprès de la malade le Mercredi, nous constatons une vaste zone de matité au niveau de la loge rénale droite, masse qui occupe l'espace costo iliaque.

La séparation endo-vésicale que nous pratiquons séance tenante démontre une anurie complète à droite avec une sécrétion limpide assez abondante à gauche. Le séparateur de Luys laissé en place durant 20 minutes ne donne rien du tout à droite, à gauche 16 cc. d'urine avec des traces d'albumine (0 gr. 20 ctgr. au litre)

Le dosage de l'urée donne 22 gr au litre. Le rein gauche donne donc à ce moment de 1100 à 1200cc, d'urine avec 25 gr. d'urée par 24 heures ce qui n'est pas éloigné de la normale, tant au point de vue de la sécrétion que de l'élimination.

La malade fait de la fièvre; la température varie depuis 100 le matin à 101 le soir. De plus elle présente malgré cette élimination urinaire qui paraît suffisante des symptômes d'urémie qui vont s'aggravant: vomissements, langue sèche, état cômateux.

L'intervention conseillée le jour même n'est acceptée que le lendemain par la famille. L'état général est alors très mauvais, la malade sommeille presque continuellement, elle ne répond que peu ou pas à nos questions. Le pouls est de 130 à la minute.

L'incision lombaire évacue à peu près un demi litre de caillots noirs et conduit sur une déchirure transversale du rein passant par le $\frac{1}{3}$ moyen; le rein adhérent est fixé au fond d'une cavité en entonnoir profonde d'à peu près 15 cm.

Comme l'hémorragie est arrêtée et étant donné l'état excessivement mauvais de la malade, qui ne lui permettrait pas de supporter une longue intervention et les délabrements considérables que nécessiterait dans ce cas la néphrectomie du fait de la péri-néphrite, l'opération est terminée par un tamponnement à la Mickulicz complété d'un drainage avec un gros tube en caoutchouc.

Le lendemain et les jours suivants l'état général s'améliore sensiblement. Le rein droit donne une forte quantité d'urine dans la plaie ce qui nécessite changement bi et tri quotitien du pansement, le rein gauche augmente son débit jusqu'à 1300 cc. par 24 heures. La conscience revient, la malade parle sans fatigue avec son entourage, elle s'alimente un peu, mais la température ne descend pas au dessous de 100. F. et le pouls se maintient à 100 ou 110.

Il se déclare en outre un peu de congestion pulmonaire hypostatique qu'un traitement approprié améliore quelque peu.

(1) Observation lue devant la Société Médicale de Montréal, Séance du 21 Mai 1907.

Le vendredi 29 Mars, 12 jours après l'accident et le 8ième après l'opération, la température monte à 101 F. sous l'aisselle l'état général devient moins bon, la langue se sèche, la somnolence réapparaît, les urines tombent à 300 cc. puis à rien et la malade meurt dans le coma, 16 jours après l'accident et 12 jours après l'intervention.

A l'autopsie tous les organes de l'abdomen paraissent sains. Le tissu cellulaire péri-rénal droit est infiltré, dur, adhérent à la glande, celle-ci est grosse, séparée transversalement au niveau du bassin. Le fragment inférieur et la presque totalité du tronçon supérieur ne présente plus qu'un magma jaunâtre dégénéré. Il reste à peine une petite portion du pôle supérieur qui ait conservé l'apparence du tissu rénal. Le bassin et l'uretère sont intacts et libres, la veine rénale présente un thrombus organisé qui s'étend jusque dans la veine cave.

Le rein gauche est de volume ordinaire, dur, mamelonné; sa convexité présente de nombreux petits kystes qui varient de la grosseur d'un pois à celui d'une tête d'épingle. La capsule s'enlève facilement.

Le cas ne fait pas de doute cette femme est morte d'urémie. Mais en présence de cette évolution clinique, il nous a paru intéressant de chercher la cause immédiate de cette urémie tardive.

Était-ce l'insuffisance fonctionnelle primitive du rein, à cause de la destruction considérable de ce parenchyme? Nous ne le pensons pas.

Le fait que pendant 15 jours le rein gauche a donné par 24 heures 1000 à 1300 cc. d'urine avec une densité normale variant de 1018 à 1020, l'urée ne s'éloignant pas de la quantité normale, savoir 22 gr. au litre, le fait que la malade a relativement bien supporté l'anesthésie, celui qu'elle s'est sensiblement améliorée à la suite de l'évacuation d'un hématôme considérable, nous permettent de croire que le rein gauche remplissait suffisamment sa tâche et suppléait son congénère disparu au point de vue fonctionnel. De plus il est reconnu que l'organisme est très abondamment

pourvu de substance rénale, l'expérimentation a prouvé que l'on pouvait enlever à des animaux la quasi totalité du parenchyme rénal sans produire la mort.

Je lisais récemment l'observation d'une malade qui à la suite d'un traumatisme abdominal considérable avait subi l'ablation complète d'un rein et celle d'un gros tiers de l'autre. Elle guérit rapidement, l'opération date maintenant de 10 mois et la santé est toujours parfaite.

Mr. Rosenstein de Berlin avait fait l'an dernier une néphrectomie droite pour pyonéphrose calculeuse. Il dut faire cette année chez la même malade une néphrotomie gauche pour extraire 33 calculs allant du volume d'un pois à celui d'une noisette et arrêter des hématuries abondantes. Les suites opératoires furent terribles pendant 48 heures: anurie complète, vomissements, céphalée etc. La malade quittait néanmoins l'hôpital complètement guérie 25 jours après l'opération.

Notre ami le Dr. Rhéaume lisait à la dernière séance de la Société l'observation d'un homme qui avec un seul rein congénital de grosseur ordinaire, avait vécu 33 ans, parcouru toutes les phases d'une phtisie chronique sans présenter au cours de cette longue infection le moindre signe d'infection rénale.

La dégénérescence polikystique, lésion presque toujours bi-latérale est le plus souvent une trouvaille d'autopsie. Les reins sont presque détruits et assez souvent la symptomatologie clinique n'avait pas attiré l'attention de ce côté.

Tous ces faits plaident en faveur d'une quantité minima suffisante de substance rénale pour assurer la dépuraction urinaire et nous justifient croyons-nous de rejeter dans le cas qui nous occupe l'insuffisance fonctionnelle primitive du rein.

Une autre hypothèse à laquelle nous souscrivons, est celle de l'infection ou plutôt de la toxi-infection. Les éléments rénaux sont excessivement toxiques et leur résorption dans le sang produit les plus graves conséquences. Castaigne et Tuffier ont pleinement démontré cette affirmation

par les données de l'expérimentation. Ils ont pu développer une intoxication lente avec néphrite consécutive de l'autre rein en liant l'uretère ou les vaisseaux d'un rein et ces phénomènes toxiques ont été enrayés chaque fois par l'extirpation ultérieure du rein traumatisé. Nous croyons donc que si au lendemain de son accident, notre malade se trouvait avec un seul rein cet organe tout de même était absolument suffisant.

Dans les jours suivants le développement d'un hématome infecté a commencé l'intoxication laquelle s'est manifesté par un début de symptomatologie urémique et a cédé à l'évacuation et au drainage de la cavité hématique.

Pendant ce temps le rein contusionné mal nourri, dégénérait, ses épithéliums desquamés et en dégénérescences variées que nous connaissons étaient résorbés et commençaient à réaliser un nouvel empoisonnement,

Ce n'est que par le surmenage prolongé et par l'élimination constante de substances toxiques, constamment renouvelées que le rein gauche a failli à sa tâche.

Et maintenant, de cette observation clinique et ces faits de pathologie, pouvons-nous tirer quelques conclusions qui nous soient d'utilité pratique ?

N'est-ce pas notre devoir que de chercher à déduire de chaque cas pathologique qu'il nous aura été donné d'observer, des indications de diagnostic et de thérapeutique pour l'avenir ?

Et tout d'abord, quels signes nous permettent de poser un diagnostic de Lésion Rénale ?

A. L'HISTORIQUE de l'accident. Un traumatisme direct sur la région ; tels par exemple ces deux cas rapportés par Chaput à la Société de Chirurgie de Paris : l'un d'un jeune homme qui se frappe la région lombaire sur une barre de fer, l'autre d'une femme qui se contusionne le côté sur l'angle d'une table. Un traumatisme **INDIRECT**, telle une chute de hauteur

B. L'HÉMATURIE : tantôt immédiate, — tantôt tardive, — comme dans le cas rap-

porté ; — ici continue, là passagère, comme dans ce même cas.

L'hématurie, disons-le, n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la lésion : — mais en général son "abondance et sa durée" indiquent une lésion grave.

Elle peut faire défaut pour deux causes. Tantôt parce que la sécrétion urinaire est tout suspendue, — tel le cas de notre malade, en anurie immédiate, pendant plus de 24 hrs, — tel cet autre rapporté par Bloch qui fut 58 hrs. en suppression urinaire. Nous avons entendu Bergman y insister.

Nous avons d'ailleurs cette oligurie qui va parfois jusqu'à l'anurie totale dans les cas de colique rénale calculeuse unilatérale. Je relève parmi mes observations de malades, l'histoire clinique d'une femme de 40 ans en colique rénale pour calcul du côté gauche, laquelle au "jour de sa crise fut prise d'anurie totale qui dura plus de 48 hrs. et ne céda qu'à la néphrotomie de l'organe malade. C'est là le fait d'un réflexe. Ainsi en est-il pour le traumatisme du rein. Comment l'expliquer ?

Nous savons la richesse d'innervation rénale par les ramifications du grand sympathique. Marius dans des expériences précises a établi que l'irritation de ces réseaux amène une suspension de la circulation rénale et pour peu que la durée de l'expérience soit prolongée, les épithéliums dégèrent. C'est par voie du sympathique que se fait donc ce réflexe rénal.

Tantôt encore, suppression de l'hématurie il y aura du fait que l'uretère est dès le début déchiré et tordu ou plutôt obstrué par un caillot. Dans ce dernier cas, l'urine aura généralement été au moins quelque peu teintée.

L'hématurie tardive, se montrant plusieurs jours après l'accident, est une rareté.

C. DOULEUR, d'autant plus vive que le traumatisme aura été direct, d'autant plus intense encore qu'il y aura complication de voisinage. En effet, les lésions d'organes avoisinants sont fréquentes, — 55 fois sur 200 cas a établi Tuffier, — soit donc 27%. Et les organes intéressés ? — le foie et la rate, comme bien l'on pense, le plus fréquemment.

Les côtes et l'os iliaque aussi, et cela se conçoit aisément ; — sans oublier la colonne vertébrale, l'intestin, etc., — qui figurent pour un bon pourcentage

Plus le traumatisme est intense et plus les lésions sont étendues, plus la douleur sera vive. A la suite de l'accident, très souvent le blessé est dans un état syncopal marqué qui domine toute la scène.

L'augmentation graduelle de la masse rénale va ajouter aux douleurs, — attendons-nous-y.

La douleur revêt-elle une forme paroxystique. — sachons que le rein et l'uretère sont " en travail d'expulsion " de caillots et prévoyons leur présence dans l'urine.

La douleur locale aura mis l'esprit en éveil, — l'urine hémorrhagique aura frappé l'œil. —

C. L'ECCHYMOSE régionale guidera l'œil. Elle n'est pas constante, méfions-nous. La main tirera plus de renseignements de l'exploration de la loge lombaire. Découvre-t-elle une :

D. MASSE à l'échancrure costo-iliaque, — qu'elle a le dernier élément pour préciser le diagnostic.

Souvent impossible à être délimitée immédiatement après l'accident à cause de son petit volume encore et de la défense musculaire, — elle ne tarde pas à se manifester par ses dimensions et atteindre des proportions considérables, chez notre malade elle descendait à la crête iliaque et se portait vers l'ombilic.

Il y a mieux encore. Letulle rapporte un cas où le foyer s'étendait jusqu'au cul-de-sac resto-vésical. Tuffier en cite cinq cas identiques.

Je n'insiste pas sur le collapsus qui persiste accompagné d'un pouls filiforme, indice d'hémorrhagie interne alarmante ; — sur les symptômes de péritonite rapide, signe de lésion intestinale. — sur les douleurs à la respiration, qui nous font penser à une lésion costo-pleurale.

QUE FAIRE ? — car c'est là et toujours qu'il faut en arriver. Le malade souffre, la famille est anxieuse, nous ne sommes pas là

pour nous croiser les bras : que faire ? Il faut juger vite et agir de même.

CONTRE LE COLLAPSUS, — les stimulants diffusibles : sparteine, strychnine, caféine, l'éther s'il faut agir vite, et bien que son injection soit douloureuse, — l'huile camphrée, qui pour agir moins rapidement a une action de longue main.

ET LA DOULEUR ? — car le malade souffre et pour lui le reste n'est rien encore. La morphine naturellement, prudemment, à petites doses graduées avec l'état de dépression du blessé. Piquons la loco dolenti.

ET LOCALEMENT, — ferons-nous quelque chose encore ? Mais oui. De la compression par une bande abdominale, une bonne ceinture de préférence en flanelle. Puis de la glace.

Et autre chose encore ? Non, — 12 heures de recueillement et d'observation. Pendant ce temps notre blessé sortira du collapsus et prendra regain de vie. Vous aurez ainsi loisir d'aviser. Comme ces cas sont généralement graves, n'assumez pas à vous seul la responsabilité : appelez un chirurgien en consultation : l'union fait la force. En attendant, veillez aux urines, faites-les conserver. Si le malade n'urine pas, faites un cathétérisme, et ici avec les *plus strictes conditions d'aseptie*, car la vessie contenant du sang ne demande qu'à s'infecter.

Si le blessé persiste, comateux — probablement par fracture du crâne et hémorrhagie cérébrale, — ou en quasi lypothimie avec pouls filiforme par hémorrhagie interne, — ne tardez pas, appelez votre consultant.

Dans ces cas de traumatisme du rein, et de fait dans les affections de l'arbre urinaire, il faut employer tous les moyens de recherche à notre disposition qui nous permettent de préciser le diagnostic et partant la thérapeutique. Nous ne saurions trop insister sur les renseignements que peuvent fournir en particulier la cystoscopie et la séparation endo-vésicale des urines. En maintes occasions elles nous ont été de précieux secours. La première nous permet de constater l'intérieur de la vessie, de son bas fond et d'observer l'état et le fonctionnement des orifices urétéraux. La seconde

nous renseigne sur le fonctionnement relatif des deux reins. Le séparateur endovésical de Luys a donné entre nos mains des résultats aussi probants qu'importants en plusieurs occasions.

Mais le malade reprend le dessus,—les 24 hrs, ou plus de répit lui ont permis de réagir contre le choc,—l'état pathologique s'est précisé ;—nous savons maintenant ce que le rein ou les reins donnent d'urine, si elle est hémorragique, si elle contient de l'albumine ou du sucre, ainsi que son dosage d'urée : tout cela très-important, j'insiste,—d'importance majeure.

Nous aurons vérifié la température et généralement nous en trouverons lorsque le blessé sera sorti de sa torpeur et aura commencé sa réaction. Devons-nous immédiatement conclure à l'infection du foyer hémorragique. Non, gardons-nous en. L'expérience nous apprend qu'après tous les grands épanchements sanguins "même aseptiques" il y a hyperthermie, parfois très-marquée : hémithorax, hématocele rétro-utérine, hématocele post-opératoire, ... Ces faits pathologiques nous avaient maintes fois frappé, aussi avons-nous eu grande satisfaction à en trouver la corroboration dans une remarque de Lejars. L'expérience est si bon maître.

Si la température au lieu de tomber, persiste et même monte, oh ! alors, craignons l'infection. Nous connaissons tous cette donnée de physiologie pathologique qui veut que les mélanges de sang et d'urine aient grande tendance à suppurer. Cela se comprend facilement ici, car nous sommes en voisinage de l'intestin, lui-même plus ou moins lésé dans la majorité des cas. Le coli-bacille est toujours disposé à faire du pus et il trouve ici les conditions à souhait. C'est donc dire que souvent il faudra intervenir.

De fait, pour peu qu'il y ait rupture rénale de quelque gravité, il faut l'intervention chirurgicale tôt ou tard. Si l'hémorragie est considérable au début, il faut intervenir rapidement dans les premières 24 heures ou 48 heures ; si l'hémorragie n'a pas été abondante et que l'on ait des raisons

d'instituer un traitement plutôt expectatif, il faut craindre que l'infection ne se mette de la partie, nécessitant l'intervention chirurgicale.

Ajoutons les délabrements de l'organe comme chez notre malade et l'intoxication consécutive résultant de la dégénérescence et de la résorption des éléments rénaux, ce sont là considérations qui conduisent aux conclusions que voici :

A. Dans les traumatismes légers du rein où les dégâts sont peu marqués, le traitement médical expectatif pourra suffire.

B. Dans les traumatismes violents avec lésions graves, l'intervention chirurgicale s'impose généralement.

C. Tantôt le simple drainage suffira.

D. Tantôt il faudra en plus la néphrorraphie.

E. Et tantôt enfin la néphrectomie sera nécessaire d'emblée.

Conseils pratiques sur le traitement local de la tuberculose laryngée.

Nous avons reçu la lettre suivante d'un de nos confrères :

A. M. le Secrétaire Général du *Journal de Médecine et de Chirurgie*.

Monsieur le Docteur

Auriez-vous l'obligeance dans le prochain Numéro de votre journal de mettre quelques notes au sujet du traitement local le plus récent possible de la laryngite tuberculeuse.

Si toutes fois il y avait dans le traitement général de la tuberculose quelques suggestions quant à cette tuberculose locale, prière s. v. p. de me les donner.

Vous remerciant d'avance etc.

La réponse à cette lettre se trouve dans l'article ci-dessous dû à la plume autorisée de notre confrère le Dr J. N. Roy. Nous saisissons cette occasion pour engager une fois de plus nos lecteurs à suivre l'exemple de l'auteur de cette lettre et à se mettre directement en rapport avec nous. Un jour ce sera pour nous demander un article sur un sujet spécial, un autre jour pour nous de-

mander un avis ou un conseil voir même pour nous en donner, ce n'est qu'en étant en constante communication avec nos lecteurs que notre journal arrivera à remplir le but qu'il poursuit depuis sa fondation, devenir l'organe actif et pratique de la profession médicale française de l'Amérique du Nord.

N. D. L. D.

Un diagnostic précis de laryngite tuberculeuse ne peut être fait qu'à l'aide du laryngoscope. Encore, dans certaines circonstances, ce diagnostic devient-il très embarrassant, lorsqu'il s'agit d'éliminer l'épithélioma, la syphilis et le lupus. Cependant, un malade qui fait de la tuberculose pulmonaire, et qui souffre de la gorge, a de grande chance que sa laryngite soit de nature bacillaire.

Ce diagnostic étant fait, le médecin s'efforcera d'améliorer l'état du poumon par le meilleur traitement interne possible, dont je n'ai pas à m'occuper ici. Le tuberculeux pourra suivre une cure d'air, même si le larynx est pris.

Le traitement local variera naturellement d'après les périodes et les symptômes accusés. Comme hygiène, les épices, l'alcool et le tabac seront toujours défendus. Le malade parlera le moins possible — à voix basse, — et ne respirera ni poussière ni fumée.

On prescrira alors des inhalations avec le mélange suivant :

Tr. d'eucalyptus.....	20	} grammes
Menthol	1	
Alcool à 60°	100	

Une cuillère à thé dans un bol d'eau bouillante. Cette préparation peut être remplacée par la teinture de benjoin ou une huile volatile. Le bol renfermant l'eau bouillante et le médicament est recouvert d'un entonnoir ou d'un cornet en papier, et le malade étant à jeun, respire ces vapeurs matin et soir pendant cinq minutes. Inutile d'ajouter qu'il doit garder la chambre pendant une demi heure après ces inhalations.

Comme cette bacillose laryngée est presque toujours consécutive à une tuberculose pulmonaire, le médecin devra se servir de

médicaments qui agissent d'une manière locale et générale. Aussi les injections intratrachéales d'huile créosotée au 1-50, d'huile gaiacolée au 1-50, d'huile mentholée au 1-50, à la dose de 2 à 5 c.c. d'une ampoule de Sanas — extrait concentré d'huile de foie de morue —; d'huile de Coromilas — huile stérilisée sulfuro-carbono-térébenthinée de 5 à 10 c.c. — sont-elles indiquées tous les deux jours. Ces différents médicaments auront, à plusieurs points de vue, un excellent effet sur le larynx, et absorbés par la muqueuse pulmonaire, donneront quelquefois des résultats remarquables.

La méthode de Mendel devra être employée par ceux qui ne peuvent se servir du laryngoscope. La bouche étant largement ouverte et bien éclairée, le patient respirera le plus profondément possible, et n'essayera de faire aucun mouvement de déglutition pendant cette injection. Sa langue est maintenue au dehors avec la main gauche, et la canule est introduite dans la direction du larynx. L'huile médicamentée peut alors être projetée sur la paroi postérieure du pharynx, et comme l'œsophage est fermé, ce liquide descendra dans le larynx.

La canule peut encore être introduite en suivant le milieu de la langue, et avant de faire l'injection, son bec est amené près de la luette, à un centimètre environ du pharynx.

Une autre méthode consiste à donner à la seringue une inclinaison latérale, et à contourner la base de la langue, avant d'injecter son contenu d'un seul coup.

Quelque soit le procédé employé, aucune partie de la bouche ne doit être touchée avec la canule, afin d'éviter les réflexes. Cependant, ils peuvent être supprimés, si on a eu la précaution d'insensibiliser la base de la langue, et la paroi postérieure du pharynx, par des attouchements avec une solution de cocaïne à 4%.

Après l'injection la langue est encore maintenue pendant quelques instants, et le malade devra cracher ensuite l'huile qui n'est pas pénétrée dans son larynx.

Si cette injection est bien faite, la toux sera presque nulle et souvent diminuée pendant les quelques heures qui suivront.

Nous mentionnerons encore un autre procédé qui consiste à saisir l'épiglotte avec l'index de la main gauche—comme dans le premier temps de l'intubation—et à introduire la canule directement dans le larynx. Cette méthode ne doit jamais être employée, car outre qu'elle est brutale, le moindre mouvement du malade peut être la cause d'une excoriation de la muqueuse pharyngée, faite avec le bec de la seringue, complication si redoutable dans ces cas.

Ces injections intra-trachéales seront contre indiquées—d'ailleurs comme les inhalations—dans les cas d'hémoptisie grave.

Le malade peut encore bénéficier des pulvérisations de liquides antiseptiques—solution de phénol au 1-1000—faites matin et soir avec un pulvérisateur ordinaire ou le pulvérisateur à vapeur de Siegel. Elles seront d'autant plus indiquées que le patient accusera de la dysphagie, due à des ulcérations épiglottiques ou aryténoïdiennes. Ce symptôme est très ennuyeux pour le tuberculeux, et doit être combattu autant que possible à l'heure des repas. On emploiera alors des badigeonnages avec une solution de cocaïne au 1-10, ou encore on insufflera avec un insufflateur de cinq à dix centigrammes d'une des poudres suivantes :

Morphine..... } a a 10
Poudre gomme arabique..... } gram.

Cocaïne..... } a a 10
Sucre de lait..... } gram.

Orthoforme.

Au moyen d'un petit tube en verre spécialement recourbé, le malade pourra aspirer lui-même une de ces poudres, ou un mélange à peu près similaire.

Dans certaines circonstances la glace en succion procurera du soulagement.

Si à ces symptômes de dysphagie s'ajoute de la difficulté à la respiration, le malade devra subir un examen très soigneux de son larynx.

Contre la simple ulcération d'une corde vocale, on peut faire des insufflations avec une poudre d'iodoforme, d'iodol, d'aristol ou d'orthoforme. Comme ces différentes poudres ne sont pas bien actives et provoquent la toux, il vaut beaucoup mieux cautériser l'ulcère avec une solution d'acide lactique graduellement concentrée, lequel a donné, entre les mains de plusieurs laryngologistes des guérisons vraiment remarquables. Ce dernier traitement ne peut être fait que par le spécialiste, et le larynx doit être cocainisé à chaque application.

Les larges infiltrations et ulcérations de l'épiglotte peuvent être traitées par la galvano-cautérisation, cependant, dans certaines circonstances, devra-t-on en faire l'ablation.

Les végétations tuberculeuses inter-aryténoïdiennes peuvent être enlevées avec des pinces coupantes, les curettes de Héryng, ou encore être détruites au moyen du galvanocautère.

À la dernière période, lorsque l'infiltration a envahi tellement le larynx que le malade respire avec difficulté, on pourra appliquer sur le cou des compresses humides très chaudes, en attendant le moment opportun de faire une trachéotomie.

Les méthodes qui consiste à se servir de la photothérapie solaire, et des rayons de Roentgen, ne semblent pas, pour cette tuberculose locale, avoir été accueillies avec beaucoup d'enthousiasme par les laryngologistes.

La laryngotomie, avec un bon curettage de la partie malade, et l'ablation du larynx, sont des opérations très délicates, à peu près abandonnées de nos jours, en raison des résultats presque nuls, et des graves complications post-opératoires.

En terminant, nous ferons remarquer combien il est difficile de bien traiter une laryngite tuberculeuse, affection si commune chez les poitrinaires, qui, d'après Morell-Mackensie, se rencontre chez un tiers de ces malades.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE AU SANATORIUM (1)

(Suite)

Cure de repos par

Dr A. Laurendeau, Dr W. Guy.
St-Gabriel de Brandon. St-Jean, P. Q.

Lorsqu'un malade arrive au sanatorium, il est d'usage pour le médecin-en-chef, ou l'un de ses assistants, de lui donner des instructions détaillées, quant à son régime surtout. On lui dit alors, ce qu'est la cure d'air, la cure d'alimentation, dont nous avons exposé les grandes lignes dans les articles précédents, et l'on ajoute : "la cure de repos que vous aurez à suivre aussi, consiste à se reposer, à rester étendu toute la journée sur une chaise longue. Vous resterez donc couché la nuit dans votre chambre continuellement aérée, et le jour sur la véranda, ou la galerie ad hoc ; au reste, l'horaire vous indiquera les détails de la cure de repos."

Et l'on ajoute parfois : "Le repos moral a autant d'importance pour votre guérison que le repos du corps." D'après ces indications, d'après même bon nombre de classiques, l'on serait porté à croire, que ce repos physique et moral comparé à la vie végétative, et que les Orientaux expriment dans leur langue riche et profonde par le verbe "Kiew", mot intraduisible dans notre idiome et dont la signification comporte l'idée d'un repos temporaire analogue à celui de la mort, sans toutefois les affres d'une vie au delà, l'on serait porté à croire disons-nous, que cette cure de repos est l'équivalent des deux précédentes, et qu'elle doit être appliquée constamment et indifféremment à tous les sujets. Ce serait là une grave erreur, parceque cette partie du traitement hygiénique de la bacillose, n'est indiquée qu'à un certain nombre de cas, et dans des conditions spéciales, déterminées ; car dans chaque cas donné, il n'est pas toujours possible de dire a priori, si cette cure doit être mitigée, ou appliquée dans toute sa rigueur.

Nous en poserons les indications comme suit : le repos moral, l'éloignement des tracasseries journalières de la vie, des soucis d'affaires, &c., doivent être recherchés par tous les moyens possibles, et dans tous les cas ; mais il n'en va pas ainsi du repos des muscles et des sens.—ce dernier convient et doit être appliqué rigoureusement chez les malades qui font de la température, de l'essoufflement au moindre effort, chez ceux dont les lésions sont avancées, dont la toux est provoquée et entretenue par le mouvement, chez les hémoptisiques, en un mot contre la tuberculose aiguë, ou du moins, dans les crises aiguës au cours de l'affection. Mais chez les sujets forts, vigoureux, et qui ne réagissent pas à la suite d'une fatigue modérée, dosée suivant les habitudes, la capacité de chacun, imposer à ceux-ci la chaise longue continue, ferait courir le risque de développer chez eux l'atrophie musculaire, l'inaptitude à l'effort, et ainsi le sanatorium qui se serait emparé d'un robuste, d'un actif, rendrait à la société, à la famille, un asthénique, un veule.

Nous venons de toucher du doigt le double écueil, le charybde et le Scylla où vont s'échouer la plupart des tuberculeux traités à domicile ; car cette cure de repos si simple à énoncer, et qui semble si facile à appliquer, est peut-être la plus délicate dans son interprétation, de la trilogie que nous avons passé en revue. Et ici encore, pour le riche comme pour le pauvre se montre la supériorité du sanatorium sur le "home-sanatorium", à cause de la surveillance continue de tous les instants, du médecin.

Nous pourrions diviser nos malades en trois catégories : 1° Ceux qui doivent suivre la cure dans toute sa rigueur, que nous appellerons *cure de repos absolu* ;—2° Ceux qui peuvent faire de légers travaux, prendre certaines distractions actives : *cure de repos mitigée* ;—et enfin 3° Ceux qui peuvent s'amuser alternativement tout le long du jour ou à peu près : *cure sous observation*. Ces derniers ne sont pas justiciables de la cure de repos, et se recruteront surtout parmi les convalescents, les guéris auxquels

(1) Voir début No. 10. Vol. II.

convient la "consolidation de la cure confirmée".

Cure de repos absolu—Nous avons dit plus haut en quoi elle consistait, nous allons maintenant en faire l'application.

Le repos agit mieux que tous les médicaments contre la fièvre. Le repos à l'air libre, la vélar la, ou sous les ombrages, sur une chaise longue, en s'abritant bien du soleil et du vent, les jambes chaudement couvertes, est donc indiqué chez le fébricitant, et aussi chez celui dont les lésions sont avancées, l'hémoptisique, le toussueur, l'asthmatique et l'emphysémateux. Nous croyons aussi que, règle générale, les tuberculeux qui souffrent de quelques complications au foie, au cœur, aux reins, aux intestins ou ailleurs, sont justiciables du repos absolu, de même que ceux qui maigrissent durant leur séjour au sanatorium.

C'est pour cette catégorie de malades que l'on a dit avec raison, qu'ils doivent vivre d'une vie végétative, qu'ils doivent éviter le moindre travail physique ou moral. L'effort de la toux est même souvent trop considérable pour eux ; aussi, doit-on faire leur éducation à ce sujet, — on leur apprend à ne pas tousser inutilement, à discipliner en quelque sorte cet acte physiologique souvent exagéré. Nous ne permettons à aucun malade de fumer, car le tabac provoque des quintes de toux, diminue l'appétit et atténue la résistance vitale. Il faut aussi éloigner d'eux tout souci, tout ce qui peut rappeler des souffrances passées : les tracas de la fortune, les déceptions des aspirations, etc., même, et surtout les plaisirs, les émotions de l'amour.

Cure de repos mitigée.—Convient aux malades qui ont l'habitude des travaux physiques, corporels, pénibles, dont l'estomac, la nutrition sont en bon état, et les lésions au début. Chez ces sujets, un exercice modéré sera fortifiant, à la condition expresse qu'un tel exercice n'amène pas d'hyper-température.

Brecke admet au travail "les malades chez lesquels l'amélioration s'est faite régulièrement, et qui ayant un bon état général, ne présente que des manifestations morbides peu importantes."

Auant tout, il faut tenir compte de la conformation générale du malade et jusqu'à un certain point de sa profession. Un prêtre, un médecin, un légiste, ne peuvent fournir la même somme d'efforts qu'un cultivateur, ou un forgeron. Le travail, conformément aux habitudes antérieures, est dans notre opinion beaucoup supérieur, au point de vue médical, à tous les autres exercices de mouvement, que l'on a coutume d'ordonner dans les sanatoriums.

En Allemagne, où toute chose se fait si méthodiquement, l'on a bien compris depuis longtemps, les avantages de l'action, du mouvement, dans les cas justiciables de ce traitement. Le travail musculaire favorise le métabolisme et augmente les bénéfices que l'on retire du séjour prolongé au grand air.

Deux variétés de mouvement sont recommandables à la catégorie de malades qui nous occupe : la marche, et les exercices respiratoires. Et en plus, aux manœuvres, il faudra ajouter certains travaux mettant en jeu la musculature des bras, tels : le jardinage, les travaux champêtres faciles, la menuiserie, etc., il faudra toutefois ne pas oublier qu'il faut éviter aux tuberculeux les fortes tensions musculaires brusques, lesquelles peuvent être dangereuses en provoquant la rupture d'un vaisseau, la déchirure d'une cicatrice récente, et Brecke dit : "Il faut faire surtout des mouvements paisibles réguliers, et augmenter graduellement la somme d'efforts. Pendant le travail, le malade doit, à de fréquentes reprises, se redresser et faire des inspirations profondes."

Mais il est impossible de tracer une règle uniforme pour tous.—Les uns pourroit fournir un travail léger, dont la somme totale et quotidienne sera de une heure ; d'autres, suivant les données que nous avons exposé plus haut, pourront être employés à des travaux de plus longue haleine. Quant à ceux qui peuvent s'occuper tout le long du jour, ceux-la, à proprement parler, ne sont pas justiciables de la cure de repos, nous l'avons déjà dit :

Nous ne craignons pas d'affirmer que pour doser judicieusement la somme d'efforts que doit rendre tel individu donné, il faut toute la sagacité d'un médecin de haute science, de jugement sûr, et d'expérience consommée. Pour diriger cette partie du traitement, plus peut-être encore que pour les deux autres indications que nous avons déjà étudié, il faut la surveillance de tous les instants ;—la respiration, la toux, le pouls, seront l'objet d'un examen minutieux après chaque effort ;—il faudra prendre la température au moins soir et matin, — et aussi tenir compte des symptômes subjectifs.

Mais ce qu'il faut éviter par dessus tout, à tous les pensionnaires du sanatorium, nous l'avons vu plus haut, ce sont les soucis, les préoccupations d'affaires, et tous les actes passionnels. Un ciel, un partère, un bâtiment, une salle à diner, une chambre à coucher, des figures, d'apparence tristes, forment un mauvais milieu pour le tuberculeux sous traitement. Nous avons remarqué que la mort d'un pensionnaire était un événement désastreux pour le sanatorium, chez un bon nombre de ceux qui restent, la température monte rapidement à la suite de cette émotion pénible, et sans autre motif. Donc, il faut tout combiner pour donner aux malades les distractions compatibles avec leur état de santé, pour leur éviter les contrariétés et même les mauvaises nouvelles.

Nous avons recommandé le repos génésique, — est-ce à dire que nous sommes opposés au sanatorium mixte ? En d'autres termes : doit-on créer des établissements distincts pour chaque sexe ?

"La Chronique Médicale" de Paris, avait posé cette question en 1902, sous forme d'enquête ou de référendum, à certains praticiens des plus autorisés, et toutes les réponses émanant soit de médecins de sanatoriums, soit des professeurs des universités, etc. : Grancher, Debove, Brouardel, Letulle, Landousy, Schrötter (de Vienne), Dalembert, Maribran, Bernheim, etc., etc., furent unanimes : Cet embrasement génésique des tuberculeux, ce véritable rût des

sanatoriums, que certains médecins littérateurs ont affirmé et décrit, n'existe pas. Un peu de surveillance médicale suffit à écarter tous les inconvénients qui peuvent surgir du contact des deux sexes ; et combien plus gaie, plus attrayante, est la salle à diner, ou la galerie de repos, dans laquelle peuvent se réunir une société d'hommes et de femmes. C'est bien ce que les fondateurs de la cure de repos avaient compris.

Le premier sanatorium fut bâti à Goerberzdorf, en Silésie, par Brehmer, en 1854. Brehmer, qui a posé le premier le principe du traitement hygiéno-diététique de la tuberculose : le repos étendu, la vie au grand air, l'alimentation substantielle, formant la triple base de ce traitement.

Les débuts pour Brehmer furent extrêmement pénibles : malades et médecins se liguèrent à l'envi contre le maître. Ce ne fut que vingt ans après, en 1875, qu'un deuxième sanatorium s'ouvrit sous la direction du Dr Dettweiler, le disciple le plus fervent de Brehmer, et qui a fait école, avec son établissement célèbre de Falkenstein, en Taunus.

Mais les vieux cliniciens avaient déjà entrevu bien des points intéressants de la méthode. Après des discussions sans nombre sur la supériorité de l'exercice régulier ou du repos absolument complet, on en est revenu, à bien peu de chose près, comme conclusion, au sage aphorisme hippocratique. "Le malade marchera si la marche lui réussit, sinon il gardera le repos autant que possible." Les précautions indiquées par Hippocrate pendant les promenades : "éviter de prendre froid, se défier du vent et du soleil." sont également fort justes. Le conseil répété plusieurs fois "renoncer aux plaisirs vénériens" est aussi des meilleurs qu'on puisse donner à un tuberculeux.

Et pour l'hiver, Hippocrate donne cette règle formelle, parfois et utile encore, quoiqu'on dise, dans les climats défavorables et par les trop mauvais temps "vivre au coin du feu."

Au seizième siècle, les conseils de Léonard Fusch peuvent être cités comme un modèle de ce calme, de cette existence

demi-éteinte qui convient aux tuberculeux :
 " *Exercitia et motus vehementes evitent ;*
 " *fugient iram, tristitiam, vigiliis immodi-*
 " *cas, famem, sitim, coitum, laconicum et*
 " *quidquid corpus extenuare potest. Aerem*
 " *siccum in colore et trigore temperaturum*
 " *inhabitent.*" En tout, on le voit, le bon
 Fush est pour la tranquillité et le juste mi-
 lieu.

Au dix-septième siècle, Johannes Jons-
 ton signale nettement le danger des respi-
 rations forcées et de la toux ; " *In assiduo*
 " *respirationis motu qui tussis insuper*
 " *violenta accessit consolidatio nulla fieri*
 " *potest* " C'est presque la règle fonda-
 mentale des sanatorimus : la lutte contre la
 toux quinteuse, la discipline de la toux.

Cependant, d'une façon générale, tous
 les cliniciens antérieurs à Dettweiler pen-
 chent plutôt vers l'exercice. Celse con-
 seillait les longs voyages en mer. Chez les
 tuberculeux par trop faibles, il engage à se
 contenter de courtes promenades en mer ou
 bien de promenades soit en voiture, soit en
 litière. Celse, on le voit, tient au mouve-
 ment corporel, mais il recommande des
 précautions contre le soleil, et le froid. Il
 tient aussi et très justement au repos moral.

Arétée est un partisan de l'exercice. Sy-
 denham est resté célèbre par la part pré-
 pondérante qu'il accordait à l'équitation
 dans sa thérapeutique.

Pour lui l'exercice du cheval, continué
 tous les jours, tient lieu de tout. Plus n'est
 besoin d'aucun régime particulier Van
 Swieten, Pringle, Stelli ont défendu avec
 conviction la pratique de Sydenham.

Van Swieten a entrevu le rôle de la gym-
 nastique respiratoire : " *Motus musculares*
 " *artuum superiorum emendandæ thoraces*
 " *structuræ servire posse.*"

Au quinzième siècle, Ferrari de Pavie
 formulé ainsi, pour un phthisique riche, le
 mélange nécessaire de tranquillité morale,
 et de distraction : Pas de colère, pas d'ex-
 citation ; au contraire, de la gaieté, s'a-
 muser, vivre dans une société distinguée,
 " écouter des discours agréables, des chants,
 " de belle musique, se promener dans des
 " beaux sites, s'habiller avec élégance."

Tous ces conseils, et le dernier surtout
 sont à méditer. Rien d'important pour un
 tuberculeux comme d'être soigneux de sa
 personne et de ne pas avoir l'air d'un
 malade

LES INHALATIONS D'OZONE DANS LE TRAI- TEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

PRÉSENTATION D'UN NOUVEL APPAREIL PRODUCTEUR D'OZONE

PAR LE DR C. DEBLOIS, DES TROIS-RIVIÈRES

Directeur du Sanatorium des Trois-Rivières

*Membre honoraire de la Société de
 Thérapeutique de Paris etc.*

Il y aurait quelque témérité de ma part
 à venir vous présenter un nouveau mode de
 traitement de la tuberculose. Le traitement
 par les inhalations d'ozone n'est pas nou-
 veau mais il est peu connu malgré les résul-
 tats très encourageants obtenus par ceux qui
 l'ont employé, dans tous les cas ou il ne
 s'agissait pas de tuberculose aiguë, de
 phthisie.

La base même de ce traitement consiste
 à faire respirer au malade de l'air chargé
 d'ozone. L'expérimentation et la clinique
 ont en effet prouvé que l'action la plus
 immédiat de l'ozone était d'agir directe-
 ment sur l'organe malade, au siège même
 du mal, de modifier le terrain, et le mettre
 en état de défense contre l'infection en pro-
 voquant "in situ" une phagocytose intense,
 de déterminer une augmentation constante
 de l'hémoglobine, d'agir à la fois sur le
 nombre et la qualité des globules rouges et
 de diminuer le nombre des blancs.

Parmi les premiers qui expérimentèrent
 scientifiquement cette méthode nous cite-
 rons MM les Drs. D. Labbé et P. Oudin de
 Paris qui durant le cours de ces dernières
 années communiquèrent de nombreux cas
 traités par cette méthode, à l'Académie de
 Médecine, à l'Académie des Sciences, au

(1) Communication lue à la Société Médicale de Montréal. Séance
 du 21 mai 1907.

Congrès de la Tuberculose, toutes les observations citées étant des cas traités exclusivement par les inhalations d'ozone. Or d'après ces auteurs l'ozone aurait une véritable spécificité antitoxique envers le microbe de la tuberculose diminuant la virulence de ses toxines sans nuire à l'organisme.

Cette méthode a été également expérimentée à l'hôpital d'Ormesson et dans le service du Dr Desnos à Paris.

Depuis, bien des savants de tous les pays se sont occupés de la question. Ici en Amérique on n'est pas resté en arrière de ce mouvement scientifique, et il y a déjà un bon nombre d'années que M. le Professeur Caillé de New-York, rapportait au Congrès de Boston une série de cas de tuberculose heureusement traités par l'ozone. Ajoutons que M. le Dr. W. G. Mangold de New-York a confirmé ces résultats par des expériences personnelles. Notons encore deux communications très intéressantes parues l'une en 1901 de M. le Dr. A. S. Ramage de Détroit, Michigan, l'autre plus récente, 1906 de M. le Dr. H. Walkes de Toronto, directeur de "Rotherham House Hospital" de Toronto. Son rapport présenté à l'Académie de Médecine de New-York, lors du Congrès de l'"American Electro-Therapeutic Association" est un travail des plus élaborés sur cette question. Sans prétendre dit-il, que c'est une panacée pour la cure de la tuberculose,—il n'en existe pas d'ailleurs en médecine,—je considère cette méthode comme celle qui m'a donné le plus de succès dans tous les cas de consommation que j'ai eu l'occasion de traiter durant les six dernières années.

Mentionnons encore celles du docteur Collart, de Liège; du docteur Lagrange, de St-Raphaël; du docteur Derecq, à l'hôpital des tuberculeux d'Ormesson; du professeur Hérard, de Paris, et tout récemment du docteur Labbé, aussi de Paris; et enfin du docteur Cotton, de Toronto, observations sur lesquelles nous donnons ci-après des détails circonstanciés. Elles sont ou ne peut plus concluantes et prouvent à l'évidence la valeur antituberculeuse de l'ozone.

Labbé et Oudin traitent leurs malades de la façon suivante :

Séances d'inhalations, pour chaque malade de 10 à 15 minutes répétées quand cela se peut, 2 à 3 fois par jour. On recommande au malade de respirer tout d'abord sans effort, et ensuite de plus en plus profondément, l'air ozoné qui se dégage de l'embouchure de l'appareil.

La méthode des Drs Ramage et Walker diffère de celle de Labbé et Oudin en ce que l'ozone respiré par les malades est de l'ozone *concentré*. Le seul inconvénient de l'ozone à l'état de concentration est qu'il a une tendance à déterminer un picotement désagréable au niveau de la muqueuse pharyngée et parfois de véritables quintes de toux. Pour éviter ces ennuis, il suffit de faire respirer en même temps au malade des vapeurs d'eucalyptol, il se produit ainsi un composé chimique, un peroxyde de camphre qui se dépose sur les muqueuses des bronches, prévient l'action irritante de l'ozone à l'état de concentration et concourt d'une façon efficace à la pénétration de l'oxygène dans les tissus. Il suffit pour obtenir ce résultat soit de faire chauffer l'eucalyptol à 60° C. ou à 140° F. qui forme alors, grâce à l'affinité de l'eucalyptol pour l'oxygène et sa tendance à l'ozoniser, un nouveau composé d'une odeur de camphre très forte, soit comme on le fait à Toronto d'insuffler de l'essence d'eucalyptus globulus sur deux épaisseurs de fine gaze que l'on suspend tout près de l'embouchure du générateur, insufflation répétée de temps en temps.

D'après l'opinion des chimistes, cette essence d'eucalyptus globulus se décompose par l'humidité des tissus, pour former un nouveau composé qui est du peroxyde d'hydrogène.

Il arrive parfois que malgré tout, un peu de congestion pulmonaire se manifeste à la suite des premières séances d'inhalations, caractérisée à l'auscultation par des râles humides, il suffit dans ce cas d'arrêter le traitement pendant un ou deux jours et tout rentre dans l'ordre, le malade ayant plutôt réellement bénéficié de ce léger état de congestion pulmonaire. Disons cependant qu'en raison même de cette tendance à produire de la congestion, ce traitement

par l'ozone est contre indiqué dans tous les cas de tuberculose aigue ou de tuberculose se compliquant d'hémoptisies.

Voyons maintenant les résultats obtenus. Si l'on en juge par les rapports des auteurs cités précédemment, l'ozone serait l'idéal du traitement de la tuberculose, puisqu'il relève l'organisme, et modifie le terrain tuberculeux, en donnant précisément satisfaction aux desiderata exprimés par MM. les docteurs Bouchard et Albert Robin, et puisque, en même temps, il attaque les microbes, les fait périr et diminue la virulence de leurs sécrétions, c'est-à-dire en provoquant vers les foyers infectés, un mouvement phagocytaire des plus efficaces.

En outre, on observe une amélioration rapide des symptômes fonctionnels ; la toux devient plus rare, l'expectoration purulente devient muqueuse et de moins en moins abondante. Les points douloureux, la dyspnée, les sueurs profuses disparaissent au fur et à mesure que l'état local s'améliore. Il en est de même de la fièvre des signes physiques de percussion et d'auscultation pour lesquels une énumération serait fastidieuse. Disons cependant que chez les malades au premier degré, les signes physiques disparaissent au bout de deux mois en moyenne de traitement. Même chez des malades au troisième degré, on a noté des modifications stéthoscopiques notables, comme la disparition du gargouillement.

Les crachats, examinés à différentes reprises au cours du traitement, étaient indemnes de bacilles à la fin du traitement, alors qu'ils en contenaient au début pour tous les cas de tuberculose du premier et du deuxième degré. Quant aux malades du troisième degré, si le nombre des bacilles de Koch varie peu, par contre le nombre des pyogènes diminue considérablement.

Un des principaux avantages de cette méthode est d'agir sans fatiguer l'estomac, sans troubler ni la circulation ni la nutrition, bien au contraire, l'état digestif a toujours été suffisamment influencé pour permettre une alimentation réparatrice, ce qui, on l'admettra, est un sérieux élément

de cure au point d'obliger le malade à faire quatre ou cinq repas par jour.

Il ne sera pas sans intérêt de reproduire ici le tableau de l'augmentation de poids des malades, établi par le Dr Labbé, de Paris.

Observations sur 38 tuberculeux.

7 malades au premier degré.

23 " au deuxième degré.

8 " au troisième degré

uniquement traités par l'ozone.

Quatorze malades ont gagné de une à six livres ; dix ont gagné de sept à vingt-une livres ; un, au deuxième degré, est mort d'accident et cinq autres profondément cachectiques au début du traitement ont succombé.

En résumé, la moyenne est de six livres d'augmentation par malade après trois mois de traitement.

Le Dr H. Walker profite même de cette action pour joindre au traitement par l'ozone concentré une diète toute spéciale et certains autres moyens adjuvants. Parmi ces moyens, nous conseillons personnellement la cure d'air, l'hydrothérapie, l'électricité judicieusement administrés.

Je ne puis malheureusement apporter devant votre Société des observations personnelles, bien que les résultats que j'ai obtenus confirment absolument ceux qui m'ont devancé dans l'emploi de cette méthode, ils sont encore de date trop récente pour que je puisse les publier. La tuberculose est une maladie à rechutes avec retours offensifs au moment même où l'on compte sur une guérison définitive, il faut donc savoir attendre que le temps ait jugé l'œuvre. Permettez-moi cependant de vous citer à défaut de mes observations celles de Labbé et Oudin :

Sur 38 malades tuberculeux soumis aux inhalations d'ozone, 7 appartenaient au premier degré, 22 au deuxième et 8 au troisième degré. Furent considérés comme guéris : 7 au premier degré et 7 au deuxième degré.

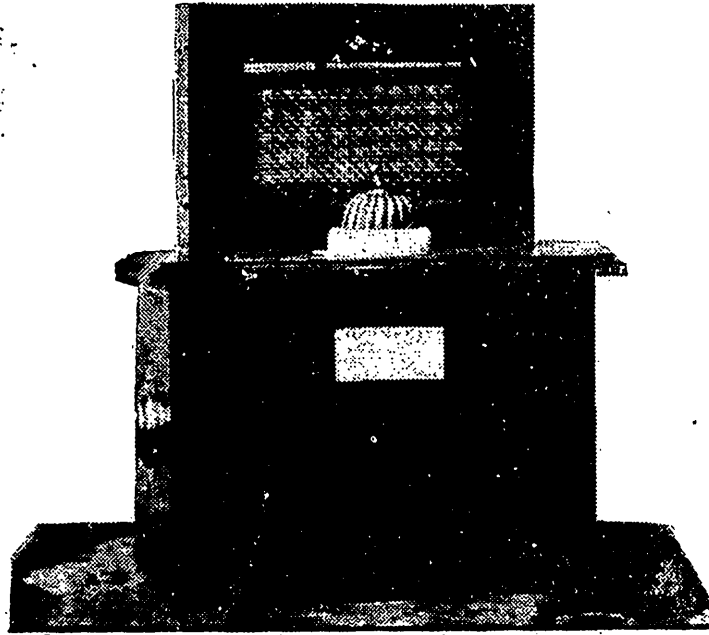
Comme très améliorés : 1^{er} au deuxième degré et 3 au troisième degré, les 6 autres ont succombé

Les observations du Dr. J. H. Cotton, de Toronto publiées dans le "Montreal Medical Journal" Février 1906, ne sont pas moins favorables à la méthode et les guérisons qu'il a obtenu se sont maintenues 4 à 5 ans après cessation de tout traitement.

Nous concluons donc que le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'ozone et surtout par l'ozone concentré est une méthode qui a fait ses preuves et comme parmi les principaux effets de l'ozone est l'augmentation constante de l'oxi-hémoglobine du sang, cette méthode peut être employée avec avantage non seulement dans la tuberculose mais aussi dans d'autres

Dans notre humble opinion, l'une des principales raisons qui ont empêché cette méthode de se vulgariser, c'est que, jusqu'à ces derniers temps, elle exigeait des appareils dispendieux, encombrants et d'un maniement assez délicat. Elle était par cela même pratiquée par les spécialistes seulement.

Aujourd'hui cet inconvénient n'existe plus ; et, grâce à un nouvel appareil, simple et peu dispendieux, ce mode de traitement est rendu pratique et mis à la portée de tout médecin qui pourra, s'il le désire, traiter ses patients chez lui, sans être obligé de les confier à un spécialiste, car tout ce



affections telles que la coqueluche dans la chlorose et l'anémie. Dans la coqueluche surtout, d'après MM. les Drs. Labbé, Oudin et E. Doumer, on obtiendra la guérison en 10 à 15 jours.

Et cependant malgré ces avantages incontestables quoique les résultats annoncés par les différents auteurs qui se sont occupés de la méthode, et cela depuis plusieurs années, soient des plus encourageants, malgré le soin et la conscience avec lesquels ces recherches ont été faites, cette méthode ne s'est pas répandue beaucoup, et, il faut bien l'avouer, elle est encore aujourd'hui à peu près inconnue des praticiens.

qui est nécessaire est un éclairage électrique comme prise de courant pour faire marcher l'appareil.

L'illustration ci-jointe fera bien comprendre l'appareil et son fonctionnement.

C'est comme on le voit, une boîte de 10 par 7 pouces de diamètre. Cette boîte est en chêne, parfaitement isolée, et contient dans sa partie inférieure un transformateur.

Au-dessus de la boîte, dans un cadre aussi en chêne, se trouve la plaque ozonatrice, composée de deux électrodes formées de bandes découpées dans de la toile métallique, et séparées par une substance diélectrique, verre ou mica. Ces électrodes sont

reliées au transformateur et portent un certain nombre de pointes se présentant parallèlement à l'autre électrode, de manière à produire la décharge obscure (*brush discharge*). C'est là que se fait le dégagement de l'oxone.

Un récipient concentrateur d'oxone, muni d'une embouchure en aluminium, s'adapte au générateur, et permet par là même au malade de respirer de l'oxone à l'état concentré.

Ici deux remarques importantes au sujet de ce générateur :

Lorsque l'appareil ozoneur sera en activité, on devra toujours soulever d'environ un demi-pouce, le récipient concentrateur d'oxone qui recouvre la plaque ozonatrice, afin d'y laisser pénétrer l'air extérieur. Mais s'il s'agit de saturer d'oxone l'air de la chambre, il faut enlever complètement le récipient.

A l'extérieur de la boîte se trouve un dispositif spécial, permettant de relier le transformateur contenu dans l'appareil à une source électrique quelconque, d'un voltage suffisant. Ordinairement, dans la pratique, on relie tout simplement ce dispositif spécial à la place de la lampe incandescente qui sert à éclairer nos demeures. Il suffit d'un courant de 100 à 115 volts pour mettre l'oxoneur en activité. C'est le voltage généralement usité pour l'éclairage au Canada. Il n'y aurait d'exception que pour Toronto, qui possède un courant d'au-delà 200 volts. Cette particularité a été prévue par l'inventeur, qui a apporté à l'appareil certains perfectionnements permettant d'en faire usage dans cette dernière ville.

L'appareil donne de l'oxone très pur, exempt de produits nitreux et est d'un débit considérable.

Ajoutons que l'oxoneur, étant peu volumineux et non compliqué, se transporte aisément au domicile du malade, et peut être mis en marche, sans danger, par les moins expérimentés.

TECHNIQUE

La technique qui nous a semblé la meilleure est celle-ci :

Deux, trois et même quatre inhalations par jour, chacune de 10 à 15 minutes de durée. Après quelques jours, augmentez graduellement jusqu'à 30 minutes. Commencer les inhalations à une certaine distance de l'embouchure de l'appareil ozoneur et s'en rapprocher progressivement au fur et à mesure qu'on s'habitue à la sensation provoquée par l'oxone.

Les malades s'habituent vite au léger picotement produit par l'oxone sur la muqueuse pharyngienne.

Cependant, si les inhalations produisaient des quintes de toux, il sera préférable de faire respirer au malade, avant chaque séance, des vapeurs d'eucalyptol pendant 3 à 5 minutes.

Comme conclusion, nous dirons qu'en présence des résultats si encourageants que ce mode de traitement a donné entre les mains de ceux qui l'ont consciencieusement expérimenté, nous pensons qu'il est intéressant d'en poursuivre davantage l'étude.

DR DE BLOIS.

A la suite de cette très intéressante conférence, le Dr. Marien, Président de la Société remercie le Dr. de Blois. Il espère que l'exemple qu'il vient de donner sera suivi de tous les membres correspondants de la Société. Quant à la valeur de la méthode préconisée il faut, comme l'a si bien dit le Dr. de Blois, attendre "la sanction du temps" et il engage tous les membres de la Société à rapporter tous les cas bons ou mauvais traités par cette méthode au fur et à mesure qu'ils se présenteront.

Sur demande expresse du Dr. F. Monod, le Dr. de Blois fait part à la Société que les médecins peuvent se procurer dès maintenant son appareil en s'adressant à la maison Alarie, 20 rue St-Jacques. Le prix pour les médecins est de \$50.00.

VIENT DE PARAÎTRE

PRÉCIS
DE
TECHNIQUE ORTHOPÉDIQUE
PAR
Le Docteur P. REDARD

*Un vol. in-18 de 594 pages, avec 492 fig. dans le texte,
cart. 12 fr.*

Dans son *Précis de Technique Orthopédique*, le Dr Redard décrit, avec détails, minutie, précision, la *technique* des divers *bandages*, des *appareils* et les *opérations orthopédiques*.

Il indique surtout les *appareils* et les *opérations* de choix, ceux qu'il a soumis à son expérience, ceux qui sont les plus simples, les plus efficaces.

Il donne des notions très détaillées de technique d'exécution facile, qui peuvent être facilement utilisées par tous les *médecins* appelés à traiter des cas de chirurgie orthopédique courante: coxalgie mal de Poot, torticolis, pied bot, scoliose, etc.

De très nombreuses figures la plupart inédites, rendent claires les descriptions techniques.

La première partie traite de la technique gé-

nérale des *traitements orthopédiques*, c'est-à-dire de la technique pure (*appareils, bandages, machines orthopédiques, opérations chirurgicales, sanglantes ou non sanglantes, gymnastiques active ou passive, mécano-thérapie, massage, électricité*).

La deuxième partie (*Technique spéciale*) résume le traitement des difformités spéciales. Le chirurgien est guidé dans le choix des méthodes, des appareils, des opérations qui conviennent dans les différents cas.

Le précis du Dr. Redard, très résumé et cependant très complet doit trouver bon accueil, non seulement auprès des orthopédistes, mais encore auprès des étudiants et des praticiens.

F. R. DE RUDEVAL, Editeur 4 Rue
Antoine Dubois, Paris, (VI)

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère le Dr P. A. A. Collet de Fall River Mass, à l'âge de 60 ans à la suite d'une longue et cruelle maladie. Il était membre du Conseil d'Hygiène de Fall River.

Le Dr D. P. Leclair vient de mourir à Augusta, Maine, à l'âge de 45 ans. Il avait été le premier médecin canadien français établi à Augusta et avait été le premier conseiller municipal de langue française élu dans cette ville.

**Dans les CONGESTIONS et les Troubles fonctionnels du FOIE,
la DYSPESIE ATONIQUE, les FIÈVRES INTERMITTENTES,
les CACHEXIES d'origine paludéenne**

ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS
On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (France)
ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.
Dépôt Général pour le CANADA : Pharmacie ARTHUR DÉCARY, à Montréal.



BANDAGE

positivement de maintenir toute hernie pourvu qu'elle soit réductible.

B. LINDMAN,

16 McGill College Avenue

MONTREAL

MON BANDAGE est reconnu par les médecins et chirurgiens les plus éminents au Canada et États-Unis comme le meilleur au monde; et je garantis