

## SOMMAIRE

---

### MÉMOIRES.

- 67 — Volumineux sarcôme fuso-cellulaire développé dans la cavité utérine..... *Marien et Normandin*  
76 — L'hygiène dans les salons de coiffure de la ville de Montréal..... *Dubé*  
89 — Néphrite aiguë dite "a figure" ..... *Montpetit*  
92 — La vaccination—Ses contre-indications..... *Hervieux*
- 

### REVUE GÉNÉRALE.

- 95 — Mal de Bright..... *Hervieux*  
99 — Les lavages de l'intestin chez l'enfant (extrait)..... *Barbonneix*
- 

### SOCIÉTÉS.

- 104 — La Société Médicale de Montréal. Séances du 4 et du 18 février..... *Décarie*
- 

### ANALYSES.

#### MÉDECINE.

- 109 — Gastropathies d'origine cardiaque.— Dangers de la chloroformisation..... *LeSage*  
111 — L'assurance sur la vie dans ses rapports avec la médecine..... *Dubé*  
113 — Transmissibilité de la tuberculose humaine aux animaux.....  
113 — Du sens génital aux trois périodes de la paralysie générale..... *Chagnon*

GYNÉCOLOGIE.

115 — Douches vaginales ..... *Harwood*

OBSTÉTRIQUE.

116 — De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques ..... *LeSage*

PÉDIATRIE.

117 — Traitement de la gastro-entérite infectieuse aiguë des nourrissons par la morphine.—Tolérance des enfants en bas âge pour les opiacés. .... *LeSage*

THERAPEUTIQUE.

118 — Traitement médical du cancer.—Méthodes diverses.—Traitement du délirium tremens par la balnéation froide.—Une méthode de choix pour administrer le mercure dans la syphilis.—Tuberculose vésicale. — Régime des calculeux. — Recherche pratique de l'albumine. .... *LeSage*

PHARMACOLOGIE.

122 — Formules diverses .....

VARIÉTÉS.

123 — Fécondité extraordinaire. — Salol dans la blennorrhagie — Iodure de K et scarlatine.— Respect aux morts.—Recherche des oxyures en médecine légale. — Hygiène sexuelle. — Se coucher sur le côté gauche. — Tuberculose et dents cariées. — Ventilation des chambres à coucher.—La banane..... XX

BIBLIOGRAPHIE.

126 — Femme et nurse.— La tuberculose et la médication créosotée.— Formulaire des médicaments nouveaux, etc.— Radiothérapie et Photothérapie.



# MEMOIRES

---

## VOLUMINEUX SARCOME FUSO-CELLULAIRE DÉVELOPPÉ DANS LA CAVITÉ UTÉRINE (1)

PAR M.M.

A. MARIEN,  
Agrégé chirurgien de l'Hotel-Dieu,

ET

OVIDE NORMANDIN,  
Docteur en Médecine.

Le sarcôme de la cavité utérine ne semble pas être une affection aussi rare qu'on paraît le croire généralement. En effet l'on confond trop souvent avec des myômes ou fibro-myômes de l'utérus, de véritables néoplasmes sarcomateux, surtout à cause de leur ressemblance macroscopique. Aussi un grand nombre de ces tumeurs, enlevées par l'hystérectomie, sont perdues ou jetées au feu comme pièces banales, sans qu'on daigne les examiner et pousser la curiosité jusqu'à faire des recherches microscopiques.

Pourtant, il serait d'une grande importance de constater leur fréquence, de bien définir leur histoire clinique et d'en préciser les éléments de diagnostic, afin de pouvoir intervenir chirurgicalement de bonne heure, au lieu de perdre un temps précieux à temporiser et à tergiverser; car, s'il s'agit de tumeur maligne, les méthodes de traitement palliatif, curetage, électrolyse, castration, etc., n'auront pour résultat que de laisser au *cancer* le temps de se généraliser et de cachectiser les malades.

Le sarcôme de la cavité utérine, il est vrai, doit être plus rare que l'épithéliôme et plus rare aussi que les autres variétés de sarcômes utérins, mais comme cette affection se développe de préférence chez les femmes ayant atteint ou dépassé la ménopause, comme elle se développe sur des utérus chroniquement infectés ou en dégénérescence fibro-myomateuse, il y a lieu de se demander si l'ablation totale, hâtive de l'organe malade, n'est pas le traitement de choix.

---

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 4 février.

Nous présentons les pièces et les préparations histologiques d'un volumineux sarcome de la cavité utérine, enlevé par l'hystérectomie abdominale totale, chez une malade opérée, ces derniers temps, à l'Hôtel-Dieu, par l'un de nous.

L'observation clinique de cette malade offre aussi, croyons-nous, un intérêt particulier, à cause des difficultés du diagnostic et à cause de l'évolution insidieuse, sans fracas, de cette énorme tumeur maligne. Le diagnostic différentiel de sarcome, avec celui de grossesse développée dans un utérus fibromyomateux d'une part, et avec la môle-hydatiforme d'autre part, présentait de réelles difficultés.

L'examen histologique, d'un autre côté, n'est pas sans intérêt, car il prêtait quelque peu à la confusion; en effet, les grosses cellules sarcomateuses du cancer avaient, au premier abord, certaines analogies avec les fibres-cellules musculaires lisses du myôme, développé en même temps ou avant le sarcome, dans la paroi utérine.

La tumeur est uniformément développée, lisse et sans bosselure. A l'ouverture de cette tumeur, par une incision longitudinale, l'on distingue sans difficulté, le sarcome de la paroi utérine elle-même; le sarcome est contenu dans la cavité utérine très dilatée et la remplit totalement, la paroi de l'utérus est hypertrophiée et très épaissie, comme elle l'est physiologiquement dans une grossesse de cinq à six mois.

Le cancer semble bien localisé et en tout cas il ne présente pas de phénomènes de généralisation.

**OBSERVATION** :—Madame R. habitant la campagne, se présente à l'Hôtel-Dieu, en juillet dernier, et vient consulter pour une volumineuse tumeur abdominale, développée surtout depuis six à sept mois. Mais la malade affirme, qu'il y a deux ans passés, son ventre est devenu aussi gros que maintenant, et qu'il a diminué sensiblement par la suite, pour recommencer à se développer à nouveau quelques mois après son mariage.

Elle est âgée de 46 ans et mariée pour la première fois depuis quinze mois, c'est-à-dire vers l'âge de 44 ans et quelques mois.

*Antécédents héréditaires* : le père est mort à l'âge de 75 ans, de maladie inconnue de la malade; la mère est morte à 70 ans d'une affection rénale; elle avait six sœurs: deux sont mortes, l'une de tuberculose pulmonaire, l'autre d'ulcère ou de cancer de l'estomac; les survivantes jouissent d'une bonne santé à l'exception d'une sœur religieuse qui elle aussi serait porteuse d'une tumeur abdominale.

*Antécédents pathologiques* : A part quelques infections de la première enfance, à l'âge de sept ans, elle est atteinte de rougeole, et vers l'âge de onze ans, se manifestent des phénomènes passagers d'ictère : tout rentre dans l'ordre et elle commence à être réglée à 12 ans. Ses menstruations ont été très régulières, non douloureuses depuis cette époque ; et elle a cessé d'être réglée pour la première fois, depuis le mois de décembre dernier, c'est-à-dire environ huit mois après son mariage. Quatre mois après cette suppression des menstrues, elle a recommencé à perdre un peu de sang et ces pertes sanguines, mélangées à un liquide clair et peu abondant se sont répétées à peu près régulièrement, toutes les trois ou quatre semaines.

La métrorrhagie abondante, qui est un des signes les plus constants, par lesquels se caractérisent les cancers de la cavité utérine, de même que les fibromyomes utérins ou la môle hydatiforme, ne s'est jamais manifestée. L'écoulement leucorrhéique n'est pas féride et consiste surtout en un liquide clair et filant, mais peu abondant.

L'état général de santé de la malade est assez bon, cependant depuis ces temps derniers, elle a maigri et son teint est devenu plus pâle.

Elle a perdu son appétit, sa digestion est beaucoup plus laborieuse, mais elle n'accuse pas de vomissements.

Interrogée au point de vue des symptômes du début de la grossesse, la malade affirme avec énergie n'en avoir éprouvé aucune manifestation symptomatique. Rien d'anormal à noter du côté du système nerveux.

*Inspection* : Squelette normal, facies un peu étiré et très amaigri, quelques taches de masque à la figure. Les seins sont peu développés ; l'aréole mammaire à peine marquée ; la pression fait soudre cependant quelques gouttes de *colostrum* ; au niveau de la ligne blanche, on distingue une légère pigmentation ainsi qu'à la vulve, où elle est cependant moins apparente.

On constate que la paroi abdominale est soulevée par une tumeur qui a acquis un volume considérable, atteignant les proportions d'un utérus gravide de 6 à 7 mois.

A la *palpation*, l'on se rend bien compte que l'utérus s'est développé dans son ensemble, tout en conservant sa forme régulière et ovoïde, comme dans la grossesse. L'on peut localiser, d'une façon très nette, le bord supérieur des deux ligaments larges développés en proportion de l'utérus, et reconnaître de chaque côté les annexes, à travers les parois abdominales distendues et amincies. La surface de la tumeur, qui remonte à sept centimètres au-dessus de l'ombilic, est régulière, lisse et non bosselée ; elle est de forme ovoïde à grosse extrémité supérieure ; sa consistance plutôt ferme, est cependant nettement fluctuante, tel un utérus gravide en contraction ; elle est mobile et sans adhérences avec les organes voisins. A la palpation combinée au toucher vaginal, il est impossible de sentir aucune partie fœtale, pas de mouvements passifs, pas de ballotement.

Au *toucher*, le col, qui est élevé avec l'utérus, n'offre rien de bien particulier à noter. Si ce n'est qu'il est plutôt petit, par rapport au volume du corps de l'utérus, il n'est pas ramolli, de forme conique. Il est en bonne orientation, son orifice externe situé au centre est fermé. Mais ce qui frappe le plus, dans les circonstances, c'est qu'il donne l'impression d'un col normal, implanté sur un utérus très développé.

Les parois vaginales sont souples, sans être hypertrophiées, ni ramollies, ni colorées.

A l'*auscultation*, en bas, surtout du côté gauche, près de la ligne médiane, on entend un gros souffle utérin isochrone avec le pouls maternel. Malgré des recherches minutieuses, l'on ne peut retracer les bruits du cœur foetal.

La malade affirme qu'elle n'est pas enceinte et qu'elle souffre depuis deux ans, des mêmes malaises, des mêmes douleurs, qui consistent dans des sensations de gêne, de pesanteur dans le ventre et dans le bassin, s'irradiant à la région lombaire, au dos, au sacrum et aux membres inférieurs.

Depuis quelques mois, il existe des troubles de compression qui se caractérisent par de la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen, par de la constipation, de l'oppression et de l'œdème des jambes, au niveau des malléoles; la jambe gauche surtout est plus gonflée et plus douloureuse; il n'y a cependant pas de varices.

Avec quelques hésitations, laissant de côté les avantages d'une temporisation, qui nous aurait permis de préciser le diagnostic et d'éliminer l'hypothèse d'une grossesse possible dans un utérus néoplasique, nous cédon's aux sollicitations de la malade et nous décidons de pratiquer une laparotomie.

Après une préparation d'usage, qui consiste à purger les malades durant quelques jours, à leur faire suivre un régime lacté, surtout quand il y a de l'albumine dans les urines, enfin à aseptiser avec soin la paroi abdominale et le vagin, nous faisons, après chloroformisation, une incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture facile du péritoine, nous nous trouvons en présence d'un utérus très développé. A travers la couche mince du péritoine viscéral, on reconnaît le muscle utérin uniformément hypertrophié comme dans l'utérus gravide; il est très vascularisé, il est lisse et ne contient pas de lobes néoplasiques. Au niveau des ligaments larges, les vaisseaux sanguins sont congestionnés et les veines en particulier sont très grosses et présentent des dilatations variqueuses.

Pour extraire l'utérus en dehors de la cavité abdominale, nous enfonçons le tire-bouchon au niveau de l'extrémité supérieure de la tumeur.

Après son extraction facile, à travers l'incision de la paroi, il s'échappe par la perforation faite au moyen de l'instrument, un liquide clair jaunâtre et visqueux. En palpant avec soin l'utérus, qui est plutôt rénitent, l'on perçoit nettement de la fluctuation, mais on ne peut découvrir aucune partie foetale. Un aide pratique, sur l'utérus lui-même enveloppé de compresses stérilisées, l'*auscultation* qui reste négative.

La pièce en mains, malgré ces explorations, il persiste un doute que cet utérus anormalement développé pourrait être habité soit par un embryon, soit par une môle hydatiforme et nous décidons d'interrompre l'opération. La plaie utérine est suturée, l'organe remis en place et la plaie abdominale refermée.

Les suites opératoires furent très simples et la malade partit de l'hôpital, 15 jours après, guérie de cette intervention.

Le 7 octobre suivant, elle revient de nouveau à l'hôpital, et voici ce que nous constatons: la tumeur ne s'est pas sensiblement modifiée, malgré cette expectation de près de 3 mois; son volume est peu augmenté, sa consistance est plus molle, mais elle est encore ferme et rénitente. Le col a conservé sa position, mais il est un peu plus ramolli dans tout son ensemble, son orifice est à peine entre-ouvert.

Comme il nous est alors permis d'éliminer presque sûrement la possibilité de l'existence d'une grossesse ou d'une môle hydatiforme, nous pratiquons l'hystérométrie, qui nous permet de constater que la cavité utérine renferme une volumineuse tumeur.

Le 11 octobre nous faisons l'hystérectomie abdominale totale, avec drainage vaginal. Les suites opératoires, sauf quelques légères complications du côté de l'intestin, parésie, rétention gazeuse, furent à peu près normales.

La guérison était obtenue 4 semaines après l'opération.

*Examen histologique.* La pièce, vue par sa surface extérieure, offre tous les caractères d'un utérus très développé; sa séreuse est lisse, sans bousselures fibro-myomateuses, sans saillies apparentes pour la soulever. A la coupe, la

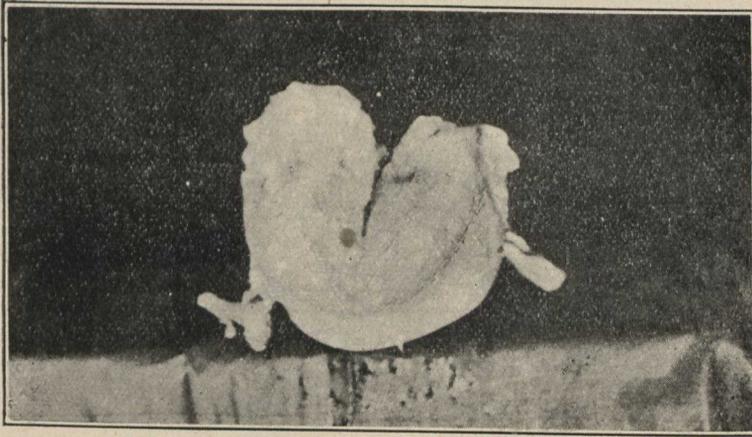


FIG. 1: Utérus contenant la tumeur sectionnée en deux parties.

masse apparaît formée de deux tissus distincts; l'externe présente tous les caractères de la paroi musculaire uniformément hypertrophiée de l'utérus, l'interne, qui remplit toute la cavité utérine très dilatée, est constituée par un tissu néoplasique blanchâtre, d'aspect hydatiforme, de consistance molle et friable. Le volume de l'utérus, contenant la tumeur, atteint les dimensions d'un utérus gravide de six à sept mois. Sa consistance est ferme, cependant la tumeur est nettement fluctuante. L'utérus a conservé sa forme normale, les vaisseaux dilatés rampent sous la séreuse. Il n'y a pas de traces d'inflammation ni d'adhérences avec l'épiploon ou l'intestin. Le col utérin a conservé sa forme normale et son calibre n'est pas beaucoup augmenté.

La couche musculaire de l'utérus est très développée, mais elle n'est pas envahie par le néoplasme, qui s'arrête juste à sa limite, et la délimitation entre les deux tissus est facile à constater.

Au niveau de la muqueuse utérine qui n'existe plus, le néoplasme est relié à la paroi musculaire, dans toutes ses parties et d'une manière intime, par des tractus fibro-vasculaire, qui rappellent quelque peu des villosités chorales.

La tumeur, qui semble avoir présidé à la dilatation de la cavité utérine, en se développant, la remplit dans sa totalité. Comme forme, elle s'est moulée sur celle de la cavité utérine, elle est globuleuse, ovoïde.

Les tissus qui la composent ont une consistance molle, pulpeuse ressemblant à de la substance cérébrale, d'un aspect blanchâtre avec des reflets grisâtres et rosés par places. Ils sont farcis d'un grand nombre de petites cavités kystiques, véritables géodes contenant un liquide clair et visqueux.

Ce volumineux sarcôme de la cavité utérine ne correspond nullement à la description des auteurs sur les sarcômes diffus de la muqueuse utérine. C'est un néoplasme développé en pleine cavité utérine, qu'il semble avoir dilatée par son évolution, tout en provoquant une hypertrophie considérable du muscle utérin, qui est plus épaissi dans une certaine étendue et plus mince sur d'autres points, comme dans la grossesse ; il n'y a plus traces de la muqueuse utérine.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un sarcôme fasciculé à grandes cellules.

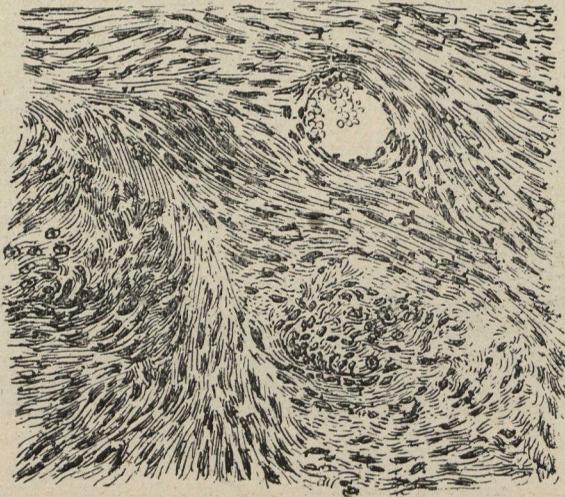


FIG. 2: Coupe du sarcôme : *v.* vaisseau sanguin, contenant des globules rouges et ne présentant pas de parois propres. *f. l.* Faisceaux coupés longitudinalement. *f. t.* Faisceaux coupés transversalement.

Le néoplasme est, dans toutes ses parties, formé de grandes cellules fusiformes, accolées les unes aux autres, de vaisseaux sanguins, et de quelques fines traverses fibreuses, plus abondantes à mesure qu'on se rapproche de l'insertion de la tumeur sur le pari musculaire de l'utérus.

Les *cellules* sont disposées en faisceaux que les préparations montrent coupées tantôt en long, tantôt en travers. Sur les faisceaux sectionnés longitudinalement, les cellules apparaissent entières avec leurs prolongements en pointe ; sur les sections transversales, elle ne montrent qu'un petit cercle, à l'intérieur duquel se voit généralement le noyau. Presque toutes les cellules ont la même dimension ; elles sont exactement juxtaposées et chevauchent les unes sur les autres ; elles sont tellement serrées et adhérentes les unes aux autres, que pour en apprécier la forme, il nous a fallu les examiner après dissociation.

Les noyaux sont ovoïdes ; leur forme nous a permis de les distinguer des noyaux des fibres musculaires lisses, dont l'aspect est celui d'un bâtonnet ou d'un grain de blé allongé à extrémités pointues.

*Les vaisseaux sanguins* destinés à la nutrition de la tumeur ont été évidemment édifîés par elle, et conservent avec elle les connections les plus intimes. Dans la *se* des cellules, on distingue de nombreux petits vaisseaux sanguins et des fentes vasculaires sur lesquelles les éléments sarcomateux sont directement appuyés; à un faible grossissement on peut suivre les fines arborisations des réseaux vasculaires. Les cellules sarcomateuses paraissent former l'endothélium vasculaire, elles sont en contact direct avec les globules sanguins. De plus gros vaisseaux, qui traversent la tumeur, ont des parois presque homogènes, sans structure apparente, qui sont formées de lamelles juxtaposées, tapissées d'un endothélium assez visible. Les nombreuses cavités, remplies d'un liquide clair et filant, qui varient du volume d'un pois à celui d'une olive, ne sont pas des kystes; leur paroi interne n'est pas tapissée d'épithélium, ce sont des véritables fentes accidentelles, dans lesquelles se sont accumulés des sécrétions séreuses et des produits de dégénérescence mucoïde.

Dans la profondeur de la tumeur surtout, l'on voit des filaments très déliés de tissu fibreux, qui la cloisonnent en tous sens, en s'interposant entre les faisceaux de cellules.

A mesure que ces travées avoisinent le muscle utérin, elles s'épaississent pour pénétrer dans le tissu conjonctif interfasciculaire qui sépare les faisceaux du muscle utérin. En somme, l'on se rend compte que ces travées cloisonnantes, au milieu des cellules sarcomateuses innombrables, forment un stroma bien apparent dans le voisinage du muscle utérin, tandis qu'il est à peine indiqué dans le centre de la tumeur.

Sur des coupes transversales, comprenant toute l'épaisseur du muscle, passant au niveau de l'implantation de la tumeur sur celui-ci, s'étendant à une grande profondeur dans le néoplasme lui-même, l'on peut étudier la constitution anatomique de toute la pièce et en apprécier les rapports histologiques. L'étude de la paroi musculaire de l'utérus, permet de constater qu'elle s'est hypertrophiée par la multiplication des fibres cellulaires musculaires lisses. Sur certains points, il est évident que l'hyperplasie cellulaire a été très active et qu'il s'agit d'un véritable myôme. Les fibres cellulaires entassées les unes contre les autres, sont petites, et n'ont pas encore eu le temps d'organiser des faisceaux musculaires réguliers comme dans l'utérus gravide; leurs noyaux se colorent vivement par l'hématoxiline.

*Réflexions:* A en juger par le silence des auteurs, dans les descriptions des tumeurs malignes et en particulier du sarcôme, nous croyons que le sarcôme développé dans la cavité utérine, remplissant totalement cette cavité, est un fait assez rare.

La tumeur, sarcômateuse s'est-elle développée depuis six à sept mois, sur un utérus primitivement myomateux? Le muscle utérin s'est-il hypertrophié sous l'influence du développement du sarcôme, comme cela se passe physiologiquement, lorsque la cavité utérine est habitée par un embryon ou par une môle hydatiforme? Ce sont autant de questions intéressantes que

nous ne pouvons pas résoudre ; cependant d'après l'histoire de la malade qui affirme que son abdomen a commencé à se développer il y a deux ans, pour rester à peu près stationnaire jusqu'au mois de décembre, époque à laquelle un nouveau développement s'est produit avec rapidité jusqu'au mois de juillet suivant, il est permis de croire que le sarcôme est venu se greffer sur un utérus en évolution myomateuse.

Le cancer conjonctif de l'utérus peut évoluer sans manifestations bien évidentes, sans symptômes bien caractéristiques, et être assez facilement confondu, soit avec une tumeur conjonctive ou myomateuse bénigne, soit avec une môle hydatiforme, voire même avec une grossesse.

Le microscope seul nous a permis de préciser le diagnostic de sarcôme fuso-cellulaire et de le différencier d'avec les fibromyômes kystiques de la cavité utérine, ou d'avec les adénômes kystiques de cete même cavité.

La possibilité d'une grossesse a été éliminée par l'absence de signes positifs et par l'évolution clinique de la tumeur. Pour la môle hydatiforme, le diagnostic différentiel clinique présentait de réelles difficultés et il nous a fallu le laisser quelque temps en suspens.

En effet la môle hydatiforme est une tumeur placentaire, constituée par l'évolution myxomateuse des villosités choriales ; elle se développe dans la cavité utérine qu'elle dilate et se présente comme une masse charnue, formée par l'agglomération d'une quantité innombrable de corpuscules clairs ou rosés, contenant un liquide filant.

Elle s'observe plutôt chez les femmes qui atteignent l'âge de la ménopause et qui sont encore susceptibles de devenir enceintes. L'âge et la nouvelle condition sociale de notre malade plaident en faveur de ce diagnostic.

La môle hydatiforme se caractérise au début par les signes d'une grossesse normale ; suppression des règles, sécrétion de la glande mammaire, troubles digestifs, etc.

Vers le troisième ou le quatrième mois on note des hémorragies, à caractère menstruel ; dans l'intervalle des hémorra-

gies, on voit un écoulement aqueux, roussâtre, séro-sanguinolent.

L'utérus se développe rapidement et prend, de bonne heure, un accroissement considérable: vers le troisième ou quatrième mois, il dépasse le niveau de l'ombilic, et atteint les dimensions d'un utérus gravide de 5 à 6 mois.

La tumeur, quelquefois molle et pâteuse, est d'autrefois dure et ferme: ces deux états peuvent coexister. Le col conserve plus longtemps que dans la grossesse normale, sa forme et sa consistance spéciale.

L'affaiblissement, le teint terreux, une cachexie précoce peuvent se développer sous la seule influence de la grossesse molaire, alors qu'il n'existe ni vomissement, ni hémorragie, ni albuminurie. Ces symptômes peuvent être assez marqués pour donner, au premier abord, l'impression de la cachexie cancéreuse.

En résumé, l'évolution insidieuse de ce volumineux sarcome de la cavité utérine et ses points de ressemblance avec la môle hydatiforme légitimaient notre hésitation, et ce n'est que les pièces en mains, qu'il nous a été possible d'en préciser le diagnostic.

---

## L'HYGIÈNE DANS LES SALONS DE COIFFURE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC<sup>(1)</sup>

Par J.-E. DUBÉ

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval  
Médecin des Hôpitaux.

---

Je voudrais vous entretenir ce soir d'une question d'hygiène d'importance réelle. L'hygiène! On ne parle que de ça partout: la chaire d'hygiène est devenue une des plus importantes dans nos universités: avant de prescrire des médicaments à un malade, nous lui faisons toujours une petite leçon d'hygiène appropriée, visant sa profession ou son métier, et son état de santé: au nom de l'hygiène les villes élargissent leurs rues et détruisent les maisons malsaines. . . Paris, au nom de l'hygiène, défend aux passants de cracher par terre, et pour peu que vous vous oubliiez au point de souiller de votre expectoration l'intérieur de nos tramways, ne soyez pas surpris si le conducteur vous fait descendre au premier coin de rue: la *Compagnie des tramways* défend au nom de l'hygiène, de cracher par terre!

Que de choses encore ne fait-on pas au nom de l'hygiène, et toujours avec raison!

Pas besoin de vous demander messieurs, si vous croyez, au nom de l'hygiène toujours, que le barbier coiffeur doit observer certains principes d'hygiène dans son salon de coiffure.

Nous savons qu'il y a à Montréal des salons de coiffure tenus avec beaucoup de soins, où les barbiers prennent même des mesures toutes particulières pour protéger leurs clients contre les maladies contagieuses du cuir chevelu, de la barbe, etc.

Mais c'est le petit nombre, et il y a trop de ces salons de coiffure borgnes, malpropres, dirigés par des barbiers peu soucieux de leur personne: où le même rasoir, le même peigne, les mêmes ciseaux et la même serviette passent d'un client à un autre le plus naturellement du monde: c'est l'habitude et la routine qui l'emportent sur la propreté et le bon sens.

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 7 janvier 1902.

Il est temps, il me semble, que cet état de chose déplorable fasse place au progrès et à l'hygiène qui ne doivent pas rester lettre morte pour nos aimables figaros.

La chose me paraît d'autant plus facile à accomplir qu'il existe déjà une loi, assez bien faite pour amener le plus récalcitrant des barbiers à prendre des soins d'hygiène efficaces.

Depuis le 10 mars 1899, la presque totalité des barbiers coiffeurs de notre province, se sont groupés en association avec l'intention d'améliorer leur état.

Les coiffeurs sont obligés par cette loi, de faire un stage ou apprentissage de trois années, et de subir un examen sur leur art et sur des questions d'hygiène avant d'être admis à la pratique. Une loi semblable fait invariablement des mécontents et parmi eux il y en a toujours qui protestent plus fort que les autres. C'est ce qui est arrivé dans notre province, et aujourd'hui ces récalcitrants veulent en appeler au gouvernement de Québec et lui faire désavouer la loi de 1899. Ils allèguent différentes raisons que je n'ai pas besoin d'énumérer ici; nous n'avons pas en effet à voir ni à savoir ce qui se passe dans l'administration de l'association des barbiers. Je veux cependant vous faire connaître la partie de cette loi qui a rapport à l'hygiène, et je suis convaincu, que vous serez comme moi, en faveur de sa mise à exécution le plus tôt possible.

“ Le conseil de la corporation, dit cette loi aura le pouvoir d'empêcher d'exercer son métier, tout barbier qui sera atteint de maladie contagieuse; et tout barbier ainsi atteint de maladie contagieuse qui exercera son métier sera passible d'une pénalité n'excédant pas dix piastres pour chaque infraction, à la poursuite de toute personne ayant droit de poursuivre en justice.”

Voilà, messieurs, un premier règlement qui protège les clients et qui devra forcer les coiffeurs à s'observer et à se mettre sous les soins d'un médecin dès qu'ils seront malades.

Toute personne désirant faire partie de l'association est obligé de prouver: “ qu'il est d'une conduite morale, qu'il n'est affecté d'aucune maladie infectieuse ou contagieuse... qu'il possède des connaissances suffisantes sur les maladies com-

munes du cuir chevelu et de la peau." " Le conseil pourra révoquer toute licence dans le cas d'ivrognerie, de maladie infectieuse ou contagieuse.

Le candidat doit répondre aux questions suivantes :

Avez-vous déjà souffert de maladies contagieuses? Si oui, quelle est la date de la dernière maladie?

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement d'épilepsie?

Avez-vous déjà eu, ou avez-vous actuellement quelque maladie vénérienne?

Le médecin examinateur doit certifier si le candidat paraît jouir d'une bonne santé, s'il a eu des maladies contagieuses ou vénériennes et s'il est actuellement rétabli, s'il offre des signes d'alcoolisme et s'il connaît suffisamment les règles hygiéniques du barbier coiffeur pour avoir droit à une licence.

Lors de l'examen de compétence, le candidat doit savoir répondre aux questions suivantes :

Quelles sont les maladies qui doivent être connues du barbier coiffeur?

Qu'est-ce qu'une maladie contagieuse? Quelles sont les principales sources de transmission de ces maladies?

Quelles sont les principales manœuvres par lesquelles le barbier coiffeur peut surtout transmettre une maladie contagieuse?

Le contact direct est-il toujours nécessaire pour opérer l'infection?

Que devez-vous faire quand vous résidez où il y a des maladies dont les germes peuvent être transportés au dehors?

Quelle est la classe de maladies contagieuses qui intéresse surtout le barbier coiffeur?

De toutes les maladies de la peau quelles sont celles que le barbier-coiffeur rencontre le plus souvent et qui sont les plus à craindre?

N'y a-t-il pas une autre maladie contagieuse, qui après avoir empoisonné tout le système se montre aussi au dehors?

A quelle période l'érysipèle est-il le plus contagieux? A quelle période les fièvres éruptives, telles que la picotte, la scarlatine, etc. sont-elles les plus contagieuses?

Quelle précaution devez-vous prendre avant d'opérer sur votre client ?

Quels soins devez-vous prendre de vos instruments ?

Quels sont les désinfectants recommandés par le bureau d'hygiène ?

Que devez-vous faire avant de revenir à votre client quand vous avez passé votre rasoir sur le cuir à aiguiser ?

Pouvez-vous vous servir de la même serviette pour deux clients ?

Y a-t-il un choix à faire dans les savons, bayrum, crèmes, etc.

Quel soin de propreté devez-vous prendre après une coupe de cheveux ?

Notre travail fini que devez-vous faire de vos instruments ?

Devez-vous vous servir des mêmes instruments et du même linge pour opérer sur une peau saine et sur une peau malade, et pourquoi ?

Quelle précaution devez-vous prendre avant d'opérer sur une peau malade ?

L'opération terminée, quelle précaution devez-vous prendre, pour vous-même, avant de passer à un autre client ?

Si vous opérez sur un cas douteux que serait-il à propos de faire avant de passer à un autre client ?

Après avoir opéré sur une peau malade, que devez-vous faire pour assurer une désinfection complète de vos instruments ?

Ne serait-il pas prudent de désinfecter à part les instruments dont vous vous servez pour un cas de contagieux ?

J'ai voulu, messieurs, vous donner lecture complète de toutes les questions qui se rapportent à l'hygiène, et je vous le demande maintenant, ne serait-il pas important et même nécessaire, que cette loi toute faite fût appliquée avec toute la sévérité qu'elle comporte ?

Je le crois, et c'est bien aussi l'opinion des membres du Bureau Provincial d'Hygiène, si j'en juge par la lettre circulaire suivante que je vous demande la permission de lire.

## HYGIÈNE DES SALONS DE COIFFURE (1)

Il est aujourd'hui hors de doute que quiconque se fait le client d'un barbier ou coiffeur, dont l'établissement est ouvert à tout venant, risque d'y contracter une maladie déposée sur le rasoir, le pinceau à savonner (blaireau), les ciseaux, la tondeuse, le peigne ou la brosse ayant servi auparavant à un malade, voire même à un cadavre.

Que les chances de contagion soient d'autant plus rares que le salon du barbier, du coiffeur est mieux tenu, nous l'admettons volontiers; que le danger réel de contagion puisse atteindre le minimum dans les salons de toilette de *première classe*, nous l'accordons encore; mais la vérité nous oblige à dire ceci :

A l'heure présente, dans toute la province de Québec, il n'y a pas un seul barbier, un seul coiffeur qui peut affirmer que son outillage professionnel soit absolument, complètement, scientifiquement exempt de transmission morbide.

Maintenant, se trouvera-t-il un jour un barbier, un coiffeur qui, ayant compris le danger de la transmission, par les instruments de l'arsenal capillaire, de maladies infectieuses ou parasitaires, entr'autres de la plus fâcheuse, de la plus terrible et peut-être de la plus fréquente maladie qui afflige l'humanité: la syphilis, saura prendre les mesures voulues, et présenter à sa clientèle toutes les garanties d'une propreté raffinée? Nous pourrions alors dire à cet intelligent barbier et coiffeur qu'il peut compter sur bon nombre de clients, car ceux qui craignent la contagion des maladies sont aujourd'hui légion dans la province de Québec.

Que faut-il faire pour mettre ces salons de toilette dans les conditions hygiéniques voulues?

Le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, préposé à la surveillance sanitaire et la conservation de la santé publique dans cette province, croit le temps opportun de rendre publiques les conclusions d'un rapport voté par le dit Conseil, formulant les moyens d'éviter les dangers que présente la prosmicité du rasoir, du blaireau ou pinceau à savonner, des ciseaux, de la tondeuse, des peignes, des brosses.

Considérant que la syphilis, les teignes et autres affections de la peau peuvent se propager par les instruments et les mains des barbiers et des coiffeurs, le Conseil d'hygiène, après avoir fait son profit des études faites jusqu'à ce jour sur les moyens de prévenir ce danger, ainsi que la critique qui en a été faite, recommande les mesures suivantes :

I.—*Engager les clients* à posséder leur *matériel particulier*, et l'exiger des clients que l'on sait malades. Il vaut mieux, dans l'intérêt même du coiffeur, aller au domicile des clients malades.

II.—*Désinfection des rasoirs, peignes et tondeuses.*

Les plonger immédiatement après s'en être servi dans un vase émaillé ou en tôle galvanisée contenant, ou :

1° Une solution de carbonate de soude (un pour cent) qui n'altère en rien le fil des rasoirs, ou :

(1) Circulaire du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

2° De l'eau savonneuse. (Cette eau savonneuse préserve de la rouille les instruments en acier, pourvu qu'ils soient complètement recouverts par l'eau).

La solution de carbonate de soude ou l'eau savonneuse, suivant le cas, sera portée à l'ébullition pendant 15 minutes au moyen d'un bec de gaz ou d'une lampe à pétrole.

Ne pas oublier qu'en démontant les ciseaux et les tondeuses, on favorise leur désinfection et leur nettoyage. Il existe des ciseaux facilement démontables; quant aux tondeuses, il faut choisir les modèles les moins compliqués.

III. — *Désinfection des brosses*. — Placer les brosses sur des grillages dans un petit meuble qui ferme hermétiquement et dans lequel on tient constamment une soucoupe contenant de la *formaline* (un once pour chaque pied cube du meuble). Les brosses sont désinfectées au bout de deux heures d'exposition aux vapeurs de formaline; mais on peut les y laisser séjourner sans inconvénient tout le temps qu'elles ne sont pas en usage. Elles seront dégraissées à la fin de la journée avec du son, de la terre de pipe, etc.

IV — *Purification du blaireau*. — Le pinceau à barbe n'est pas nécessaire non plus, il peut être avantageusement remplacé par une boulette d'ouate, qui ne sert qu'à un client. Dans tous les cas, il ne faut jamais se servir du blaireau avant de plonger la partie poilue dans l'eau *bouillante* pendant quelques minutes.

V. — *Purification des mains*. — Avant de passer d'un client à l'autre, le coiffeur doit se laver les mains *au savon et à la brosse*; on donnera la préférence au savon phénique.

VI. — *La houpe à poudre* sera remplacée par une boulette d'ouate, ne servant qu'à un seul client, ou, mieux encore, par un pulvérisateur à sec.

VII. — *Le morceau d'alun*, dont l'usage est assez répandu comme moyen d'étancher le sang, sera réduit en petits fragments, afin que chaque morceau ne serve qu'à un seul client. L'alun calciné, poudre que l'on applique avec une boulette d'ouate, qui est jetée immédiatement après, est préféré par le grand nombre.

VIII. — *Linge*. — On ne se servira pour chaque client que de linge frais (serviettes, couvre-habits, etc). Si l'on ne peut disposer d'un couvre-habit frais pour chaque client, se contenter d'une serviette; le client préférera risquer de voir ses propres cheveux tomber sur ses habits, que se voir passer autour du cou un couvre-habit qu'on n'a fait que secouer entre reux tailles de cheveux.

IX. — *Nettoyage de la tête après la taille des cheveux*. — Si on ne lave pas la tête, se contenter du peigne pour le nettoyage à sec. L'usage d'une brosse rude pour nettoyer la racine des cheveux, et puis d'une brosse soyeuse pour l'époussetage subséquent de la tête, voire même du visage, est, pour le moins, désagréable à la plupart des clients.

X. — Immédiatement après une taille de cheveux, *répandre sur le parquet* de la sciure de bois humide, puis relever le tout avec un balai mécanique, dont la boîte sera vidée dans un seau couvert. Le contenu du seau sera jeté au feu tous les soirs.

XI. — *Cuir à repasser.* — Le seul moyen de les désinfecter serait de les exposer aux vapeurs de formaline; mais comme ceci n'est pas pratique, on devra éviter de les contaminer. Pour cela il faudrait ne s'en servir que pour les rasoirs désinfectés, et se garder en conséquence d'interrompre une barbe pour passer sur le cuir le rasoir que l'on a "en main."

XII. — *La communauté du pot de vaseline* devra être également évitée. Il vaut mieux n'en pas faire usage, à moins que chaque client ait le sien, ou à moins que le coiffeur soit prêt à se servir d'une spatule pour sortir la vaseline du flacon et à ne pas appliquer directement sur ses mains contaminées la spatule pour y déposer la vaseline.

XIII. — Enfin les *éponges* ne devraient pas avoir de place dans le salon d'un barbier-coiffeur. En effet, quoiqu'on puisse les désinfecter dans une solution de bichlorure de mercure (su 1000<sup>ème</sup>), elles resteront toujours néanmoins suspectes et désagréables pour le client soigneux.,

Le conseil de l'association des barbiers, toujours dans l'intention d'améliorer le service hygiénique des salons de coiffure a soumis au Bureau Provincial d'Hygiène, le projet de règlements suivants, qu'il désire imposer à tous les membres de l'Association.

1<sup>ère</sup>. Que chaque Barbier pratiquant soit muni et pourvu d'un Buffet ou Armoire Hygiénique, tel que le modèle vous est soumis et servants pour les dits outils de chacun d'eux, afin que tels outils soient désinfectés par évaporation de Formaline, contenue dans un récipient ou vase à la base intérieure.

2<sup>ème</sup>. Que chaque partie de l'Armoire ou Buffet désigné sous le No 1 et 2, soit muni d'un service complet d'outils et de lingerie servant pour toute opération de chaque client, et maintenue fermée et utilisée alternativement. Excepté lors de l'opération.

3<sup>ème</sup>. Qu'un savon désinfectant soit utilisé en toute choses.

4<sup>ème</sup>. Qu'une pâte désinfectante, établie par le Conseil suivant la science médicale et hygiénique, soit mise sur les cuirs à repasser les rasoirs, une (1) fois par jours et plus si nécessaire.

5<sup>ème</sup>. Les linges et éponges devant servir à deux (2) ou plusieurs clients, devront prendre place dans le Buffet Hygiénique pendant les opérations du client subséquent, et ce, alternativement.

6<sup>ème</sup>. Les linges et outils contaminés, où ayant servi aux cadavres, où maladies contagieuses devront être lavés avec soin, à l'eau chaude avec 1 pour cent de carbonate de soude, savonnés, puis bien rincés.

7<sup>ème</sup>. Ne jamais laver deux (2) clients avec la même partie de serviette et essuyer avec une partie sèche et nette.

8ème. Eviter de passer le blaireau sur une plaie béante ou saignante.

9ème. Toutes choses servant à éteindre le sang, tels que Alun pulvérisé (non en cristaux), plasters, cendres de papier ponceaux, etc., etc., ne devront servir qu'une seule fois pour chaque client.

10ème. Le pot à savonner ainsi que le blaireau doivent être lavés et rincés à chaque opération.

11ème. La poudre à figure devra être la Magnésie, solide, parfumée ou non, et devra être détaché à l'aide d'une serviette et appliqué par la même, pour chaque client.

12ème. Les peignes et les brosses devront être lavés souvent et avec soin, à la discrétion de l'opérateur, et suivant les instructions des Inspecteurs.

Je vous ai suffisamment montré le côté pratique de la loi dite: "loi d'association des Barbiers de la Province de Québec." Sa mise en exécution n'est qu'une question de temps, et j'en appelle à la sagesse de nos députés à Québec pour qu'ils confirment au lieu de détruire ce qu'ils ont si bien édifié.

Cette question de l'hygiène des salons de coiffure a déjà fait le sujet de plusieurs projets de lois, en France notamment. Ainsi dans l'armée française, le soldat perruquier de chaque compagnie reçoit à l'infirmerie régimentaire une instruction sur l'hygiène et les soins de la tête et de la barbe. Ces soins se résument dans le maintien d'une parfaite propreté, chez tous les hommes, du cuir chevelu et de la face, dans la prohibition des cosmétiques et des graisses de mauvaises qualité, dans la propreté rigoureuse des perruquiers et des instruments de ces derniers, dans l'obligation qu'on leur impose de signaler les soldats atteints d'éruptions ou maladies quelconques du cuir chevelu ou de la face. On n'oubliera pas que l'herpès tonsurans, l'impétigo contagiosa, l'acné varioleux, la tricorrhée noueuse, certaines formes d'eczéma et de dermatite aiguë, les teignes et même la syphilis peuvent être contractés chez le barbier, ce dernier ou ses instruments servant d'agent de contamination. Le médecin chef de service a, d'après le décret du 20 octobre 1892, art. 91, toute autorité en ces matières. La désinfection des ciseaux, tondeuses, rasoirs, brosses, blaireaux, se fait à l'aide de solutions désinfectantes ou de la stérilisation à l'eau bouillante pour ceux des instruments qui supportent la température de 100° ou par les autres moyens usités par les chirurgiens.

Monsieur Drouineau, dans son excellente monographie sur l'hygiène rurale (tome IV de l'encyclopédie d'Hygiène) dit à propos des barbiers: " Les dangers de cette pratique sont connus, et bien des dartres ont passé, grâce à l'intermédiaire des doigts ou du rasoir du barbier, d'un menton villageois à un autre. La contagion de certaines maladies ne fait pas de doute, pas plus que l'existence du parasite végétal (trichophyton) qui en est la cause. La trichophytie est fréquente à la campagne et en outre elle sévit sur les animaux.

Dans la barbe, le trichophyton se localise surtout dans la région du maxillaire inférieur. Ce sont des plaques rouges avec une petite desquamation blanchâtre avec ou sans démangeaison. On n'y prend point garde: mais l'affection est tenace et surtout contagieuse, le rasoir du barbier la promène aisément; elle peut devenir parfois, grâce à lui, épidémique, et grave en ce qu'elle entraîne avec elle la perte des poils.

La syphilis peut aussi s'inoculer dans des conditions semblables.

Le docteur Catrin a rapporté, à la société médicale des hôpitaux de Paris, un cas de contagion de la syphilis au moyen d'un rasoir contaminé. Un jeune homme contracte la syphilis en septembre 1894; un traitement classique et bien institué n'empêche pas le développement d'accidents secondaires, en particulier la réapparition de plaques muqueuses dès que le malade suspend le traitement.

En juillet 1895, le père du jeune homme, vieillard de 71 ans, se sert des rasoirs de son fils se coupe plusieurs fois le menton et irrite la plaie qui devient ulcéreuse et prend tous les caractères d'un chancre, suivi de roséole, et de polyadénite. Plus tard, iritis grave, etc.

M. le docteur Fr. Missaglia (*Giornale della R. Società italiana d'Igiene*, 15 fev. 1897, p. 65) rappelle le danger de la transmission des maladies virulentes et parasitaires par les coiffeurs: teignes, pelades, alopecies, parasitaires, herpès circiné, etc. Il reconnaît que beaucoup de coiffeurs sont disposés à prendre des mesures prophylactiques, mais ils sont mal éclairés et mal renseignés. L'auteur prétend que, pour exercer la

profession de coiffeur, il faudrait avoir suivi quelques conférences élémentaires d'hygiène sur ce sujet, comme l'on instruit les infirmiers avant de leur confier des pansements !

Un des hygiénistes les plus manquants de France, M. le docteur E. Vallin, dans un rapport lu au Conseil d'hygiène de la Seine, dans la séance du 25 juin 1897, cite l'opinion de plusieurs confrères qui rapportent des cas de contagions chez les coiffeurs. Il rappelle que M. Lancereaux, sur l'invitation du Préfet de police, fit un rapport à l'académie de médecine de Paris, sur le danger que présente le commun usage des objets de toilette dans les salons de coiffure et les écoles au point de vue de la transmission des teignes et de la syphilis.

Il cite plusieurs cas de syphilis transmis par les instruments et les mains des coiffeurs rapportés par M. le docteur Blaise, agrégé de la Faculté de Montpellier, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*. M. le docteur Loeb, de Vienne, le docteur Osterreicher, de Berlin, et M. le professeur A. Fournier, de Paris, ont rapporté plusieurs cas analogues.

Les plaques muqueuses et les rhagades syphilitiques ne sont pas rares aux commissures des lèvres, et l'on comprend que les doigts d'un artiste coiffeur, le rasoir, le pinceau à barbe, la houpe à poudrer, etc., puissent facilement transporter le virus sur une excoriation, même non seignante, résultant du raclage un peu rude de la peau.

En dehors des teignes, dit M. Vallin, des travaux très sérieux, quoique encore discutés, tendent en ces derniers temps à rattacher aux parasites contenus dans les pellicules sébarrhéiques les calvités banales qui sont si communes chez des hommes jeunes, par ailleurs très bien portants. D'après MM. Malassez, Unna, Sabouraud, presque toutes les alopecies seraient d'origine parasitaire et transmissibles. La contagion chez les coiffeurs serait ainsi la cause principale de l'extension toujours croissante de cette infirmité précoce.

Sans doute ajoute M. Vallin, il ne suffit pas qu'un seul client déjà malade vienne se faire tailler les cheveux chez un coiffeur pour contaminer tous ceux qui, dans la même journée, subiront la communauté du peigne, de la brosse et de la tondeuse ; la question de terrain joue heureusement ici un rôle considérable,

mais comme on s'expose au moins tous les mois, quelque fois tous les jours, il est rare que ceux qui fréquentent les salons de coiffure n'aient pas commencé avant l'âge de 45 ans à payer leur tribut à la calvitie. Celle-ci est beaucoup plus rare et tardive chez les femmes, qui se coiffent elles-mêmes ou se font coiffer chez elles avec les objets de toilette qui leur sont personnels.

Les principaux agents de transmission dit M. Vallin, sont les peignes, les ciseaux, les tondeuses, les rasoirs, les brosses, les pinceaux à barbe, la houppette à poudrer, les linges et les peignoirs, les mains des coiffeurs, les débris de cheveux et les poussières du sol.

Je vous demande permission de puiser largement dans ce travail de M. Valin, qui est des plus intéressant et des plus complet.

Cet auteur conseille la méthode suivante pour la désinfection des *objets métalliques*: Dans un ou plusieurs points du salon, on dispose à poste fixe un cylindre métallique d'un décimètre cube au moins de capacité, qu'on tient rempli d'eau savonneuse; au-dessous brûle un bec de gaz ou une veilleuse, qui maintiendra le liquide en ébullition. Dans l'un de ces récipients, on projettera les ustensiles métalliques (peignes, tondeuses, ciseaux, rasoirs,) au moment même où ils ont cessé de servir pour un client; dans l'autre on prendra au fur et à mesure du besoin les ustensiles désinfectés par une ébullition qui aura duré au moins dix minutes.

Non seulement cette solution alcaline bouillante n'altère en rien le tranchant d'acier, comme on le croit trop souvent, mais encore elle les préserve de la rouille, pourvu qu'ils soient complètement immergés. En vue de cette opération, on ne fera usage que de rasoir à châssis nickelés et de peignes en métal. Le nombre accru des jeux d'instruments permettrait de puiser successivement dans l'un ou l'autre des récipients, dont le liquide ne serait changé qu'à la fin de la journée.

La désinfection des *brosses* est beaucoup plus difficile; le danger de transmission par cette voie est tel qu'il faudrait presque renoncer à leur usage, ou les remplacer par des objets de nettoyage très facile. Leur immersion quotidienne dans

des solutions alcalines ou antiseptiques amènerait rapidement leur destruction ; l'exposition à l'air, chauffé à 100° centigr., est un bon procédé, mais elle nécessite une étuve et un réglage de la température. Il nous semble plus avantageux de les disposer, après chaque emploi, sur les étagères grillagées d'un tiroir ou d'un bahut en bois ou en métal, à fermeture hermétique, sur le fond duquel on abandonnerait à l'évaporation dans un vase plat la solution commerciale d'aldéhyde formique additionnée de 150 à 200 grammes de sel marin par litre. Le formol se dissout dans les corps gras et la présence de ceux-ci n'empêchent nullement l'action désinfectante sur le crin des brosses. En multipliant le nombre de jeux, on ne mettrait en usage que la rangée qui serait restée au moins deux heures exposée aux vapeurs de formol ; ce gaz ne les altère en aucune façon, même après une exposition indéfiniment prolongée. Il va sans dire qu'à la fin de la journée les brosses seraient dégraissées avec une poudre absorbante (son, talc ou terre de pipe), comme on le fait actuellement dans toutes les maisons soigneuses.

Le danger provenant de la communauté de *pinceau* est en principe assez grand, puisque le blaireau peut se souiller au contact des plaques muqueuses et des ulcères des lèvres, de l'orifice nasal et des germes parasites de la barbe ; l'action désinfectante du savon, le lavage incessant et facile atténuent notablement ce danger ; néanmoins, il est prudent de maintenir la partie poilue dans l'eau bouillante pendant quelques minutes avant d'en faire usage.

Il n'est pas d'ustensiles qui doivent inspirer plus de répugnance que la *houppé à poudrer* ; elle est en contact avec les lèvres, le nez, elle pénètre en quelque sorte dans ces cavités, elle sert presque indéfiniment, et on ne supporte l'usage en commun d'un objet de toilette aussi intime que parce que la poudre lui donne une blancheur trompeuse. Il faut y renoncer, la remplacer par des boulettes d'ouate qui seront jetées immédiatement après l'emploi, ou bien lui substituer un pulvérisateur à sec lançant un jet de poudre sur les parties où l'on veut éteindre le feu du rasoir. Ce dernier moyen est le plus pratique

Pour M. Valin, la propreté des *mains* est la condition absolue

de la sécurité. Les pellicules, les poussières parasitaires, les débris menus de cheveux y restent fixés par la matière grasse; les doigts passent incessamment de la chevelure de l'un dans la chevelure de l'autre; c'est assurément l'agent de transmission qu'il faut le plus redouter.

Avant d'aborder un nouveau client, il est indispensable que l'artiste se lave les mains à l'eau chaude, au savon et à la brosse, dans un lavabo spécial disposé à cet effet; on ne peut nier que cette mesure n'est pour ainsi dire jamais prise, même dans les maisons les mieux tenues. Un simple lavage suffit; si l'on demande trop, on obtiendra rien.

Un autre soin, trop souvent négligé, consiste à enlever immédiatement les *cheveux coupés*, en répandant sur le plancher de la sciure de bois humide, et en relevant le tout avec le balai mécanique, la boîte de celui-ci est vidée dans un seau couvert contenant du sable ou de la sciure mouillés, dont le contenu sera brûlé tous les soirs.

Il est inutile d'insister sur la nécessité de fournir du linge frais à chaque client nouveau.

Ces procédés de désinfection pour tous les ustensiles en usage chez les coiffeurs sont si simples et si faciles dans leur application que j'ai cru bon de les donner ici dans tous leurs détails. Pour que tous les coiffeurs prennent dans leurs salons ces soins hygiéniques, il est important qu'une loi, telle que celle que nous avons actuellement leur force la main, mais il est non moins important de faire là-dessus l'éducation du public.

Le jour, dit Vallin, où le client saura que certains établissements lui offrent des garanties formulées par les pouvoirs publics, c'est à ces établissements qu'il donnera la préférence, et le succès appartiendra à ceux qui se conformeront le plus rigoureusement aux préceptes de l'hygiène.

Souhaitons, messieurs, que notre législature provinciale saura trouver un moyen efficace pour concilier les intérêts des barbiers récalcitrants avec ceux de la majorité qui désirent l'application de leurs règlements et qu'elle nous conservera intacte la partie de cette loi qui a rapport à l'hygiène des salons de coiffure.

## NÉPHRITE AIGUE DITE A FRIGORE (1)

Par le Dr ELZÉAR MONPETIT, de Rigaud.

Comme un grand nombre de médecins modernes, je n'aime guère à me servir d'une appellation vague; aussi, j'aurais voulu pouvoir donner, au cas que je veux vous présenter, un autre nom que celui de néphrite "a frigore".

Mais malgré les recherches les plus sérieuses, aidé du bon vouloir de la famille, je n'ai pu trouver, dans les antécédents personnels ou héréditaires de la maladie, aucune cause réelle ayant pu déterminer cette néphrite qui, en six jours, emporta ma patiente.

A frigore, mais c'est toute l'étiologie de la vieille médecine. Une pneumonie était, il y a vingt-cinq ans, "a frigore"; une angine était causée par le froid, l'on accusait d'avoir pris froid le rhumatisant et tant d'autres.

La science moderne a balayé toutes ces vieilles croyances. Le pneumocoque de Fraënkel, le microbe Kloebs Lœfler, décident maintenant de l'inflammation du poumon et de la diphthérie.

Il y a vingt-cinq ans, le froid, après l'extraction d'une dent, pouvait causer une fluxion, l'empoisonnement d'un doigt blessé, c'était toujours le froid, même la femme en couches avait pris froid, quand elle souffrait d'une septicémie grave.

De nos jours, l'on essaie de trouver une cause plus rationnelle, un droit d'exister plus sensé.

Le rein, tout recouvert de capsules, muscles, matières grasses, téguments, sans communications avec l'air ambiant, me paraît un organe peu susceptible d'être malade à cause d'un courant d'air ou d'un abaissement de la température.

Je sou mets cette observation me permettant quelques considérations sur le traitement.

I. OBSERVATION. — M. R., sexe féminin, vierge, 58 ans, constitution très robuste, nervoso-sanguine, n'a jamais été malade: Puberté à 15 ans, ménopause à 48 ans; pas de scrofule, aucun trace de syphilis ou de tuber-

(1) Communication faite à la Société Médical de Montréal, séance du 4 février 1902.

culose; n'a jamais eu de variole, ni de scarlatine; à 58 ans, elle est en parfaite santé: tous ses organes ont conservé leur force première.

Cette fille a plusieurs sœurs plus âgées et plus jeunes: elles sont toutes bien portantes. Le père et la mère, deux types de cultivateurs sanguins, meurent à 88 ans d'hémorrhagie cérébrale et d'insolation; le père n'est jamais sorti de son village, la mère était une femme modèle.

Je vois ma patiente pour la première fois le 5 novembre dernier. Depuis le matin elle se plaint de bourdonnements d'oreilles et d'une grande faiblesse aux jambes; elle ne garde pas le lit.

**EXAMEN DE LA MALADE.** — La température est à 99 5/8; le pouls bat à 95; la respiration manque à 19; la peau est sèche, le cœur est bon et donne une pulsation large et régulière; les artères sont flexibles, le poumon est un peu congestionné à la base et nous donne une sub-matité surtout, du côté gauche; le foie est normal, la malade a eu, dans la journée, une large selle. En examinant les pieds je trouve un œdème très léger, lequel symptôme m'amène à examiner les organes génitaux externes. Je trouve les grandes lèvres œdématiées. L'examen des urines révèle une forte quantité d'albumine, la malade a uriné trois fois depuis le matin et toujours la miction est abondante.

J'institue immédiatement le régime lacté absolu: Je donne la digitaline, 1/60 de grain, en injection hypodermique toutes les trois heures; formations chaudes sur la région rénale, et une légère infusion de buchu.

Le 6 au matin, la température reste la même, le pouls est à 80, la respiration 19, la malade a passé 22 onces d'urine dans les 24 heures, la peau est toujours sèche, il n'y a aucune douleur à la région du rein: les œdèmes se sont généralisés; la paupière supérieure est bouffie: l'albumine, dans les urines a considérablement augmenté. Je continue le même traitement.

Le 7, à ma visite du matin, je constate que tous les œdèmes, sauf celui de la paupière, sont disparus; la température reste la même. La malade a passé 26 onces d'urine claire, la proportion d'albumine augmente, le pouls est bon, la malade cause bien, elle ne ressent aucune douleur, et même elle voudrait se lever si sa grande faiblesse ne l'en empêchait.

Dans l'après-dîner, sur les 3 heures, épistaxis, délire, convulsions épileptiformes. Je donne une injection de morphine, 1/4 de grain, et j'attends l'action sédative, laquelle ne tarde pas à se produire: le pouls perd de son ampleur, il est vite et petit, les pupilles sont congestionnées: Je fais une large saignée, de six onces. Dix minutes après, tous les symptômes s'amendent; je remplace la digitaline par la strychnine, à 1/60 de grain: le cœur tombe sensiblement, la malade a, depuis le matin, passé 7 onces d'urine. Je devrais dire d'albumine. Je fais le cathétérisme de la vessie et je retire 3 onces de liquide: la malade reprend connaissance, le pouls reste petit et vite.

Le 8 novembre au matin, tout paraît renté dans l'ordre: le pouls est bon, large et régulier, la température est à 98 7/8, la respiration à 20. l'œdème est complètement disparu, sauf à la paupière supérieure. Je continue le buchu, à petites doses et alterne la caféine avec la strychnine. Dans l'après-dîner, sur les 3 heures, nouvelle crise urémique; nouvelle saignée de huit onces. Les urines ont cessé depuis le matin: le cathète ne me donne que quelques gouttes d'un liquide clair, mais chargé d'albumine: le cœur

tombe graduellement, le pouls est vite, petit et aisément compressible; je fais une piqure de strychnine; ma malade reprend connaissance, la transpiration se rétablit, et sent manifestement l'ammoniaque. Je continue la strychnine, que j'alterne avec le nitro-glycérine, les pupilles sont dilatées, la température des extrémités est la même que sous l'aisselle.

Le neuf au matin, ma patiente est prise d'une nouvelle crise urémique; le pouls est petit et très vite, je donne une tablette de nitroglycérine, et je m'apprête à donner une nouvelle saignée, quand la malade, dans un baillement, meurt. Je pique une injection de strychnine, croyant avoir affaire à une syncope, mais tout était bien fini.

*A l'autopsie*: les reins sont très gros, congestionnés, la muqueuse est désorganisée; la tunique est fortement adhérente, la capsule gauche est enflammée, il n'y a pas de calculs. Les autres organes sont sains, sauf les poumons qui, à la base, présentent une légère congestion.

La saignée dans ce cas-ci m'a donné des résultats bien satisfaisants. Aurais-je dû y aller plus largement? peut-être. A tout événement le délire, les convulsions épileptiformes, l'épistaxis, tout a disparu. Avais-je raison d'employer la strychnine et le nitro-glycérine?... Je craignais une syncope mortelle; je pouvais déterminer une poussée congestive au cerveau, mais j'avais contre celle-ci d'excellents moyens.

Aurais-je dû employer des diurétiques énergiques?... Je ne le crois pas; pourquoi stimuler un organe malade?... Je ne me suis jamais bien trouvé des alcalins dans les néphrites aiguës, et je n'aime guère les diurétiques résineux. La digitale pouvait décongestionner le rein par son action tonique et vaso-motrice, mais, après le second jour, vu la diminution des urines, ce médicament devenait dangereux.

Les ventouses m'auraient-elles aidé?... Je n'aime pas cette médication par contre-irritation; cela ressemble trop à l'ancien céton, et puis, je ne lui dois aucun succès.

Je n'ai fait cette communication, que pour démontrer comment la néphrite aiguë peut quelquefois être terrible, et aussi pour faire voir les avantages de la saignée dans les cas d'urémie grave.

L'on ne saigne pas assez largement.

Je serais très heureux d'avoir l'opinion de quelques confrères, sur la quantité de sang à enlever chez un cômateur urémique, car je reste convaincu que tout médecin consciencieux, doit, le cas échéant, faire profiter ses malades de cette médication énergique: la saignée.

## LA VACCINATION — SES CONTRE-INDICATIONS

Par H. HERVIEUX

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu

---

Nous voulons entrer en matière en posant tout d'abord le principe de l'excellence de la vaccination et en disant, qu'au sens absolu du mot, il n'y a pas de contre-indication à l'application de ce procédé d'immunisation.

Nous sommes, après cela, parfaitement à l'aise pour approuver sans restriction les mesures coercitives générales employées pour amener la population d'une ville ou d'une province à accepter ce moyen de prophylaxie, quand les caractères menaçants d'une épidémie de variole, justifient l'établissement d'une telle règle.

Nous allons plus loin et nous verrions avec plaisir une loi obligeant les parents à déclarer chaque naissance et à fournir, dans les premiers mois de la vie de l'enfant, un certificat de vaccination signé par un médecin. Cette mesure immuniserait sûrement la génération qui va suivre et rendrait impossible, le développement d'une épidémie grave de variole, au sein de notre population.

L'enfant, qui n'a pas eu de troubles gastro-intestinaux dès sa naissance, peut être vacciné dans les premiers mois de sa vie, sans danger de réaction locale ou générale intense: ses organes éliminateurs sont encore vierges et la passivité du petit patient rend les soins de protection de la pustule faciles et efficaces.

Si alors, d'une part, l'on a reconnu que la constitution du bébé, à vacciner, est bonne et si, d'autre part, la lymphé vaccinale est parfaite et le vaccinateur aseptique, l'on pourra, en toute sécurité, garantir de l'innocuité absolue de la vaccination.

Plus tard, la question de l'absence ou de l'existence du danger de la vaccination devient plus complexe. A l'étude du terrain de la constitution, il faut alors joindre la connaissance des antécédents personnels du vacciné et de son état actuel de

santé. C'est dire que les contre-indications à la vaccination peuvent découler de ces différentes sources.

A moins de nécessité pressante, il vaudrait mieux, nous croyons, ne pas vacciner un sujet qui, à la suite d'une maladie infectieuse antérieure guérie, serait resté porteur d'une lésion anatomo--pathologique grave d'un organe important à l'élimination. Si la vaccination d'un tel individu devenait nécessaire, il faudrait alors redoubler de soins et de surveillance pour, à la première manifestation d'une réaction locale ou générale trop forte, parer aux accidents immédiats par un traitement approprié, ou prévenir des accidents éloignés par un traitement suivi et suffisamment prolongé.

Les diathésiques peuvent aussi être rangés dans cette classe de candidats à la vaccination, c'est-à-dire, qu'il faudra toujours plus de précautions pendant et plus de surveillance après la vaccination des sujets dont l'état constitutionnel est affaibli et moins résistant aux attaques des germes infectieux.

L'état de santé du candidat peut aussi faire remettre à plus tard la vaccination ou encore la faire rejeter définitivement.

Les auteurs s'accordent à conseiller de ne pas vacciner les personnes souffrant de maladies cutanées aiguës ou chroniques, les affections aiguës étant considérées comme une contre-indication plus précise. Il faudra conséquemment attendre la guérison des affections aiguës de la peau et le refroidissement des poussées inflammatoires au cours des maladies cutanées chroniques, avant de pratiquer la vaccination.

Ainsi en est-il des maladies générales graves. La vaccination ne devra être faite qu'après la convalescence de ces affections aiguës.

L'on sait, du reste, que la présence d'une maladie suffit d'ordinaire à immuniser contre les autres maladies, au moins pendant la durée de la maladie aiguë.

Nous croyons aussi, qu'il vaut mieux ne pas vacciner les individus porteurs d'une maladie constitutionnelle en voie d'évolution, cette maladie serait-elle d'un caractère bénin et l'évolution en serait-elle plutôt lente, l'on pourrait craindre de voir cette infection nouvelle surajoutée donner un coup de fouet à

la maladie pré-existante et en précipiter la marche. En tête de la liste de ceux qui forment cette dernière classe de sujets à la vaccination, je rangerais les tuberculeux.

En somme, nous voyons par cette étude rapide, que le danger d'une vaccination, ne vient pas uniquement de la mauvaise qualité du vaccin ou de la négligence du vaccinateur, mais qu'il peut aussi découler de la faiblesse de constitution ou de l'état de santé du sujet qui doit se soumettre à l'inoculation.

Aussi nous n'hésitons pas à dire que la personne la mieux qualifiée pour faire une bonne vaccination, en toute connaissance de causes et d'effets, c'est le médecin de famille qui connaît parfaitement son patient et ses antécédents personnels et héréditaires. Nous ne disons pas que le médecin de famille soit le seul qui puisse vacciner convenablement et avec de bons résultats, mais nous sommes d'opinion qu'il est celui qui peut le mieux prévoir les réactions peu ou plus sérieuses de la vaccination.

Si donc, à la connaissance exacte d'un terrain de bonne qualité à ensemer, l'on ajoute un grain de semence parfait et un semeur irréprochable, nous prétendons qu'il ne peut y avoir l'ombre d'une contre-indication à cet ensemenement qu'est la vaccination.

---

# REVUE GÉNÉRALE

---

## MAL DE BRIGHT

Dans la première période du Brightisme le traitement médicamenteux ne tient qu'une place secondaire, c'est surtout le régime et l'application des règles d'hygiène générale qui font la base du traitement.

*I Régime.* — Le lait est l'aliment des brightiques, il est quelquefois leur aliment exclusif à certaines périodes de leur maladie et doit toujours faire partie de leur régime, même lorsqu'il leur est permis de recourir à une alimentation mixte.

Dans les poussées aiguës, dans l'insuffisance rénale, les brightiques seront mis à la diète lactée absolue; en dehors de ces cas il vaudra mieux prescrire un régime mixte, le régime lacté absolu à côté d'avantages précieux présente aussi certains désavantages. Le lait est facile de digestion, donne peu de prise aux fermentations, abaisse la tension artérielle, fait disparaître les palpitations, et les céphalées des artério-scléreux, il dissipe les œdèmes et il est un excellent diurétique; mais il affaiblit les malades, à la longue provoque de l'intolérance gastrique et dans les cas anciens il n'a pas d'effets bienfaisants.

Dans le régime lacté absolu, en quelle quantité et comment devons-nous prescrire le lait?

Quatre litres de lait sont nécessaires pour fournir la quantité de matériaux nécessaires à la ration d'entretien. Peu de malades peuvent prendre cette quantité, la plupart en auront tout plein de deux à trois litres au plus. Seuls les malades confinés au lit, faisant la plus petite somme de déperdition possible, peuvent supporter pendant longtemps le régime lacté absolu.

Le lait n'est bien toléré que s'il est pris comme médicament à doses et à heures fixes. L'on divise la dose quotidienne, trois ou quatre litres, en portions égales que l'on donne à toutes les deux ou trois heures en laissant vides les heures consacrées au repos.

Le lait sera cru, bouilli, chaud, ou froid, au goût du malade, cependant le lait cru est plus facile de digestion que le lait bouilli.

Pour en assurer la tolérance pendant longtemps l'on peut permettre, au bout de quelques jours, l'addition d'un peu de thé, de café, d'eau de laurier-cerise, d'eau de fleurs d'oranger, d'une très petite quantité de kirsch ou de cognac. L'on peut encore y mêler certaines pâtes alimentaires (tapioca, vermicelle, etc.).

Le lait constipe et il faudra pallier cet effet du lait par des lavements et par des purgatifs doux: pruneaux, tamarin, etc.

La diarrhée est une indication que le lait est mal toléré. On peut alors recommander le lait stérilisé, ou encore le faire couper avec de l'eau de chaux ou de l'eau de Vichy, de Vols, ou bien l'additionner de sous-nitrate de bismuth.

Le régime lacté absolu ne peut être abandonné que graduellement et il faut bien surveiller les commencements de l'alimentation mixte afin de se rendre compte du degré de tolérance des malades à l'égard des autres aliments.

L'on ajoute les potages au lait et aux pâtes, les crèmes, les fromages frais à une quantité diminuée de lait. Puis l'on passe à un régime mixte proprement dit dans lequel le lait est pris comme boisson aux repas.

L'on proscriera toujours de ce régime mixte l'usage des viandes noires, celui des gibiers faisandés, de la charcuterie. L'on peut dans certains cas permettre le bœuf convenablement préparé (le bœuf à la mode qui exige une cuisson prolongée).

Les viandes blanches: veau, volailles, cervelle, ris de veau, etc., sont celles qui peuvent être recommandées aux brightiques. Elles seront très fraîches et très cuites. Le jambon est bien supporté.

Les coquillages et crustacés doivent être interdits, ainsi que les poissons gras; certains poissons maigres, très frais pourront être tolérés: morue fraîche, etc.

Les œufs très cuits, les graisses, le beurre frais, les fromages frais, les légumes secs réduits en purée, les légumes verts, frais, (les suivants défendus: choux, asperges, cresson, épinards, tomate, oseille), le pain blanc bien cuit, les fruits sont les aliments qui peuvent composer les menus des brightiques.

Comme boissons, les infusions aromatiques chaudes : thé, le lait en mangeant, coupé d'eau de Vichy ou par une eau minérale légère, sont les plus convenables pour les brightiques. Les boissons alcooliques doivent être proscrites du régime des albuminuriques et ne sont données que sur des indications précises.

Quand chez les brightiques doit-on prescrire le régime mixte ? Au bout d'un temps variable d'un régime lacté absolu, les symptômes morbides disparaissent et seule l'albuminurie persiste, c'est alors le temps d'amener graduellement le brightique à accepter un régime mixte.

*II Hygiène générale.* — Les brightiques feront un exercice modéré, sans jamais pousser jusqu'à la fatigue, pour favoriser le bon fonctionnement de la peau et la nutrition générale.

Le repos au lit est nécessaire dans les poussées aiguës ou quand l'œdème est envahissant.

Les malades devront éviter toutes les causes de refroidissement.

Les fonctions de la peau seront activées par des frictions sèches, du massage, des bains tièdes. Les bains chauds ont été recommandés pour réduire les œdèmes.

*III Traitement médicamenteux.* — Aucun médicament n'a d'action décisive sur les lésions rénales, il faudra ne les administrer que très sobrement et laisser de côté les médicaments toxiques.

Les sels alcalins sont employés tantôt comme modificateurs de l'estomac, tantôt comme favorisant l'élimination de l'acide urique dans les cas de néphrite goutteuse : l'on peut aussi les utiliser comme diurétiques, sous forme d'eaux minérales, à la fin des poussées aiguës. Contre-indiqués dans les phases ultimes de la maladie, chez les cachectiques.

Le tannin, d'après Duboué, de Pau, est capable de modifier l'épithélium rénal, certains auteurs ne lui accordent aucune confiance. Le sirop iodotannique serait une bonne forme d'administration.

Les sels de potasse ont une action irritante qui devra être surveillée. Ils sont souvent associés à la digitale.

Les sels de lithine sont prescrits chez les gouteux qui ont un excès d'acide urique.

La digitale est un excellent diurétique, mais son indication sera uniquement déterminée par l'état du cœur. Plus particulièrement utile au déclin d'une néphrite aiguë.

La caféine sera employée dans le même but que la digitale. Elle détermine plus souvent de l'intolérance.

La théobromine à la dose de  $\frac{1}{2}$  à 1 drachme pendant quelques jours est mieux supportée. Son effet puissamment diurétique n'est pas toujours constant.

M. Lancereaux dit avoir obtenu les meilleurs résultats de la teinture cantharide, à la dose de 6 à 12 gts par jour.

La nitro-glycérine, peut être employée dans la néphrite interstitielle, elle favorise la diurèse en diminuant l'hypertension artérielle.

Les purgatifs, comme éliminateurs, retardent la période urémique et débarrassent l'intestin des matières irritantes pouvant déterminer de l'entérite.

Les purgatifs salins sont employés de préférence. Les drastiques sont réservés pour les cas où l'urémie vient d'éclater.

Les sudorifiques peuvent aussi être indiqués comme éliminateurs et pour faire diminuer l'œdème. Ce sont les bains chauds à 40 degrés, quand les malades peuvent les supporter, qui offrent le moins d'inconvénients et qui réussissent le mieux.

H. HERVIEUX.

Professeur de thérapeutique.

---

## LES LAVAGES DE L'INTESTIN CHEZ L'ENFANT

Inventée par Cantani en 1878, puis appliquée par Monti (1887) à la pathologie infantile, l'entérocluse n'est réellement entrée dans la pratique courante que depuis les recherches de MM. Dauriac et Lesage (1). C'est à ces auteurs que revient le mérite d'avoir, les premiers, étudié expérimentalement la question. fixé, d'une façon définitive, la technique des lavages de l'intestin.

Cette *technique* est d'ailleurs des plus simples, et comporte seulement les instruments suivants: un réservoir d'une contenance de 2 litres, un tube de caoutchouc, une sonde. La sonde sera le plus souvent un sonde urétrale, n° 25 de la filière Charrière, ou encore une sonde œsophagienne de Debove. Son extrémité supérieure est rattachée, par un petit tube de verre, à un tube de caoutchouc du volume du petit doigt et de 1 mètre et demi de longueur (2). Ce tube s'adapte, d'autre part, à la tubulure latérale d'un bock en verre ou en porcelaine, ou encore à l'extrémité inférieure d'un entonnoir suffisamment grand.

Pour pratiquer le lavage, l'appareil étant ainsi monté, on fait coucher le bébé sur le dos, ou mieux encore sur le côté droit du corps, les cuisses fléchies sur l'abdomen et immobilisées par un aide dans cette attitude. Certains auteurs [Dauriac et Lesage, Angerant (3)] se contentent de soulever légèrement la hanche gauche du sujet, de façon à mettre le cæcum dans une situation déclive. " Cette position est avantageuse, elle a pour but de permettre au liquide de chasser du cæcum les gaz qui s'y accumulent en grande abondance et qui, distendant cet organe, ont pour effet d'affronter les deux lèvres de la valvule (4) ". Quoi qu'il en soit, l'extrémité de la sonde, graissée avec de la vaseline, de la glycérine, etc., ou simple-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1893.

(2) Une pince placée sur le tube peut faire office de robinet.

(3) *Th. de Paris*, 1894.

(4) ANGERANT. *Loc. cit.*, p. 65.

ment humectée d'eau bouillie, est prudemment enfoncée dans le rectum jusqu'à ce que 15 à 20 centimètres environ aient pénétré dans l'intestin. En allant doucement, en exerçant une pression continue, on peut remonter la sonde très haut; au cours de leurs expériences, MM. Lesage et Dauriac ont introduit la sonde de Debove jusqu'au milieu du côlon transverse: M. Angerant a pu la suivre jusqu'à l'angle gauche du côlon. On prescrit à un aide d'élever le réservoir à une faible hauteur, 20 à 30 centimètres, au-dessus du plan du lit: le liquide s'écoule peu à peu dans l'intestin qu'il dilate progressivement. Il est indispensable, à ce moment, de serrer sur la sonde toutes les parties molles de la région anale, ou d'obturer l'anus autour de la sonde à l'aide d'un tampon de coton ordinaire, non hydrophile, afin d'empêcher l'issue immédiate du liquide.

Au bout de quelques minutes, la peau de l'abdomen se tend, devient luisante, sans que, d'ailleurs, l'enfant accuse la moindre gêne. Lorsque le réservoir est vide, on sépare la sonde, soigneusement maintenue en place, du petit tube de verre qui la relie au reste de l'appareil. Le liquide injecté s'écoule alors en jet; lorsqu'il est presque complètement écoulé, on retire la sonde, l'opération est terminée.

On a beaucoup discuté la question de savoir *quel liquide* employer pour les lavages. L'eau boriquée, peu antiseptique, mais irritante et peut-être même toxique, les solutions de naphтол, souvent dangereuses chez les tout jeunes enfants, les solutions de créoline ou d'acide lactique, de tannin, doivent être soigneusement évitées. M. Guérin (1), recommande les solutions mucilagineuses de graine de lin, de guimauve, de mauve, de bouillon blanc. Dans l'immense majorité des cas, l'eau bouillie, l'eau salée à 7 p. 1000 devront être préférées à toutes les solutions précédentes: elles sont peu irritantes, détail qui a bien son intérêt, faciles à se procurer en tout lieu.

Quelle doit être la *température* du liquide injecté? Les liquides tièdes ont été recommandés par Vandamme et Eichhorst: Monti et M. Hutinel adoptent la température de 25

(1) Th. de Paris, 1896.

degrés; Maragliano, Lesage et Dauriac préconisent, au contraire, les lavages chauds à 38 degrés. En réalité, ici comme pour les lavages de l'estomac, tout dépend de l'état du malade: "L'eau de lavage sera froide, dit M. Lesage (2), s'il y a de la fièvre, chaude à 38 degrés s'il y a de l'hypothermie. Ainsi que l'a montré Lorain, le lavage froid abaisse la température autant qu'un bain froid. Chaud à 38 degrés, au contraire, dans les cas algides, il peut la relever d'un degré."

Il est important, pour ne pas distendre trop l'intestin, de ne pas dépasser la *quantité* d'un litre à un litre et demi par lavage chez les nourrissons, de deux litres chez les enfants plus âgés. Quant à la *fréquence* des lavages, on peut dire, en règle générale, qu'il ne faut pas en faire plus de deux par jour, un le matin un le soir, et encore seulement dans les cas très aigus.

En suivant ces indications, il est rare d'observer des *accidents*. Le reflux du liquide intestinal vers les voies digestives supérieures, reflux aboutissant au vomissement, ne se produit que si l'on emploie des quantités considérables de liquide ou si l'on donne à ce liquide une pression trop forte. Les douleurs et coliques dues à la dilatation de l'intestin, d'ailleurs exceptionnelles, seront évitées si l'on a soin d'opérer lentement et de surveiller attentivement le niveau du liquide dans le bock. Ce niveau baisse-t-il peu à peu, la dilatation de l'intestin s'opère progressivement; il n'y a pas de phénomènes réactionnels. Baisse-t-il brusquement, au contraire, par saccades, alors on peut craindre l'apparition des coliques. Ces coliques ne persistent pas habituellement, si l'on cesse aussitôt l'entérolyse; dans les cas rares où elle présentent une grande intensité, on réussira presque toujours à les calmer rapidement en couvrant l'abdomen de compresses humides très chaudes ou de cataplasmes [Guérin (3)]. La rupture de l'intestin ne s'observe que dans les cas où le liquide est injecté sous une très forte pression: elle est absolument exceptionnelle. Enfin, dit encore M. Guérin, le principal inconvénient des lavages réside dans l'abus qu'on peut en faire si l'on méconnaît les

(1) *Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 608.

(2) *Loc. cit.*

conséquences de leur emploi immodéré. Vient-on à pratiquer trop souvent l'entéroclyse, la musculature de l'intestin se fatigue, l'atonie intestinale apparaît. Aussi est-il très important de ne prescrire les lavages que par séries de quatre à cinq jours, avec des interruptions plus ou moins longues suivant les cas.

Des *effets* produits par l'entéroclyse, les uns sont de nature mécanique: déplissement et nettoyage de la muqueuse intestinale: les autres de nature physiologique: stimulation et régularisation des mouvements péristaltiques de l'intestin, excitation de la sécrétion des glandes du tube digestif et particulièrement du foie.

Quant aux *indications* du lavage de l'intestin, elles varient avec les circonstances. Dans le choléra infantile, l'entéroclyse est préconisée par d'Espine et Picot, Epstein, Hutinel et Thiercelin, Lesage, J. Renault etc. Seul, M. Marfan reproche à cette méthode thérapeutique d'affaiblir encore l'organisme du nourrisson, de provoquer les collapsus, et la proscrit absolument dans tous les cas de choléra infantile. En somme, ici comme pour l'estomac, la question est encore discutée; mieux vaut-il, peut-être, s'abstenir d'une méthode qui n'a pas prouvé son efficacité et qui peut faire courir quelques dangers au nourrisson. Dans les gastro-entérites aiguës, fébriles, le lavage froid de l'intestin est au contraire tout indiqué: il abaisse la température du corps et diminue les fermentations intestinales: son action est d'autant plus accusée: c'est ainsi qu'il rendra les plus grands services dans les cas où les selles sont particulièrement fétides. Enfin, dans ces formes de gastro-entérites chroniques qui s'accompagnent de troubles intestinaux prédominants, les lavages de l'intestin trouveront encore leur indication: en diminuant la fétidité des selles, en détergeant la muqueuse intestinale, ils atténuent les phénomènes d'intoxication générale et déterminent souvent une amélioration marquée.

Chez les enfants plus grands, l'entéroclyse réussit également dans les entérites aiguës ou chroniques: elle est surtout utile dans ces cas où, après une constipation opiniâtre, apparaissent

des vomissements incorercibles; ces accidents, que l'on a attribués à l'occlusion spasmodique de l'intestin et qui peuvent présenter une extrême gravité cèdent souvent aux lavages de l'intestin. Ces lavages sont enfin indiqués dans l'occlusion intestinale, cette affection étant peut-être la seule où il est permis d'augmenter la pression du liquide injecté (en élevant le hock à 50 centimètres par exemple) pour essayer de lever l'obstacle.

Les *contre-indications* de l'entéroclyse, comme celles du lavage de l'estomac, se réduisent au seul collapsus: le lavage de l'intestin, déprimant l'enfant, sera donc réservé aux cas où les phénomènes de collapsus ne prédominent pas.

L. BABONNEIX,  
Interne des hôpitaux de Paris.

---

### CORRESPONDANCE.

---

MONTRÉAL, 26 décembre 1901.

L'Editeur de l'UNION MÉDICALE DU CANADA,  
CHER MONSIEUR,

Nous avons l'honneur de vous adresser cette lettre que vous aurez l'obligeance de publier dans les colonnes de votre importante Revue, pour nous permettre de rétablir des faits, en toute justice pour nous. Nous désirons informer vos lecteurs que les cas de tétanos qui ont été rapportés, à la suite de la vaccination, à Cleveland, Bristol, Broklyn, Atlantic City, St-Jean, N.-B., ont été à tort attribués à l'usage de notre vaccin. Pas un seul cas n'a été relevé où le tétanos avait compliqué une vaccination faite avec notre virus. Nous désirons n'incriminer personne en agissant ainsi, mais nous croyons utile d'affirmer, qu'après enquête auprès des médecins, aucun accident n'est survenu à la suite de l'emploi de notre vaccin.

Votre tout dévoué,

SWIFT,  
Manager,  
Parke-Davis, Co.

# SOCIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 4 février 1902.

Présidence *pro-tempore* de M. DAGENAIS

### COMMUNICATIONS.

1<sup>o</sup> M. LECAVALIER continue la lecture, commencée à la dernière séance, de sa communication sur le *bacille de Koch et le terrain tuberculeux*. Il fait une étude très détaillée de la part qui revient au bacille tuberculeux dans les manifestations bacillaires des malades, et de l'action de l'organisme qui réagit contre l'infection par ses réactions diverses : chimiques, physiologiques et pathologiques. L'étude du bacille ne projette que peu de lumière sur la maladie et son évolution. — " Nous voyons souvent des malades, avec une caverne bien constituée et des désordres locaux les plus graves, conserver une apparence de santé générale assez bonne tandis que d'autres, porteurs d'une lésion à peine perceptible, dépérissent à vue d'œil et meurent dans un état cachectique précoce."

C'est donc vers le terrain sur lequel le virus tuberculeux a été déposé que doivent se diriger les recherches du médecin et c'est le résultat de cette étude qui lui permettra d'instituer un traitement efficace.

Monsieur LeCavalier termine sa communication en rappelant les heureux résultats que l'on peut obtenir en ajoutant à la cure d'air, de repos et de suralimentation, les révulsions locales et les injections de *cinnamate de soude*.

2<sup>o</sup> M. MARIEN présente, en collaboration avec M. Normandin, l'observation détaillée d'une maladie opérée par l'un d'eux pour un *volumineux sarcome de la cavité utérine*. Le cas est intéressant à cause des difficultés qu'a présentées le diagnostic et aussi à cause de la rareté des observations concernant les sarcomes intéressant toute la cavité utérine sans envahissement du muscle.

MM. Marien et Normandin présentent des coupes macroscopiques et microscopiques de cette tumeur.

L'observation est publiée plus haut.

3<sup>o</sup> M. LESAGE donne lecture d'une observation rédigée par M. Montpetit (de Rigaud) d'un cas de *néphrite aiguë, dite à frigore* — observation qui est rapportée plus haut.

### DISCUSSION

M. DUBÉ adresse ses félicitations à M. le Dr Montpetit, pour l'intéressant travail qu'il a envoyé à la société : il ajoute qu'il serait désirable que les confrères exerçant en dehors de Montréal nous fassent profiter plus souvent du fruit de leurs études, soit en venant personnellement nous communiquer leurs observations, soit en les adressant au secrétaire ou à un des membres de la société. M. Dubé croit que le traitement employé par M. Montpetit est des

plus rationnels. L'opinion des auteurs est assez divisée sur l'importance de tel ou tel médicament : tantôt l'on préconise la morphine, le chloral, tantôt l'on vante le "vératrum viride" la digitale, etc

M. Monpetit s'est contenté d'enlever huit onces de sang à chaque saignée faite à sa malade, et demande s'il aurait pu en enlever plus, sans danger. M. Dubé est d'avis qu'on peut facilement enlever 16 onces sans inconvénients — le résultat n'en étant que meilleur.

Quant à la digitale en injections hypodermiques, tout en respectant l'opinion de M. Monpetit et des auteurs qui la préconisent, il croit qu'il faut être très prudent dans son emploi, et surtout qu'il ne faut pas trop répéter les doses, à cause de son accumulation dans l'économie et par suite du danger pour le cœur, si le rein reste imperméable.

Depuis quelques années certains auteurs, et non des moindres, *proscrivent* même le régime lacté au cours d'une crise d'urémie et se contentent de soumettre leurs malades à une diète hydrique absolue, prétextant que le lait produit toujours au cours de sa digestion une certaine quantité de produits à élimination rénale assez difficile.

M. LECAVALIER croit que le froid seul, en dehors de toute influence microbienne, est capable de produire une néphrite, et que, dans le cas rapporté ci-haut, M. Monpetit peut sans scrupules croire que la néphrite de sa malade a eu pour cause *déterminante* le froid.

M. MARIEN s'inscrit en faux contre les idées émises par M. LeCavalier. Pour lui le froid ne serait qu'une cause occasionnelle et ne pourrait jamais jouer le rôle de cause déterminante qui appartient aux microbes pathologiques seuls.

M. DE COTRET. " Je trouve qu'il y a beaucoup d'analogie entre l'histoire de la malade de M. Monpetit et celle des femmes éclamptiques que j'ai souvent occasion de traiter à la maternité. Chez ces malades j'agis fortement sur l'intestin, me servant de l'huile de croton au besoin, et sur le cœur et la pression artérielle en administrant le veratrum viride en injections hypodermiques à la dose de 10 à 20 gouttes, suivant la rapidité du pouls, de manière à l'abaisser en dessous de 60 pulsations—je répète au besoin 5 à 10 gouttes. Comme diurétique je me contente souvent d'une simple limonade au citron, à laquelle j'ajoute deux cuillerées à soupe de crème de tartre par litre.

La saignée m'a également donné de bons résultats dans les cas où je l'ai employée. Saignée très forte.

M. DAGENAIS n'emploie jamais la morphine chez ces malades, parce qu'il croit que la morphine est un anti-diurétique assez puissant pour nuire à un malade et contrecarrer l'action d'un diurétique administré en même temps.

M. LESAGE observe que les urémiques ont une tendance très marquée à faire de l'œdème pulmonaire. C'est un danger auquel on ne pense pas assez souvent. Pour cette raison, il est dangereux de donner la morphine. Ce médicament met fin souvent aux symptômes apparemment graves de la crise urémique, mais il empêche aussi le malade d'expectorer. Le sommeil artificiel peut conduire à une mort par asphyxie. " J'en ai rapporté des exemples frappants, en juin 1900, ici même ". Quant à la saignée, il ne faut pas craindre de soustraire 300 et même 500 grammes de sang dans les cas graves. C'est le moyen le plus puissant dont on puisse disposer dans ces moments difficiles. La digitale est un médicament précieux dans les cas où la perméabilité rénale est

encore bonne. C'est affaire de jugement de la part du médecin. La caféine agit bien lorsque la digitale est contre-indiquée : il faut alors donner une dose élevée, 1 gr. 50 à 2 grammes en une seule fois.

Quant à l'origine de la maladie, je suis de l'avis de M. Marien. Le froid agit comme cause accidentelle, mais jamais comme cause première. Il faut remonter à une infection soit spéciale soit par auto-intoxication.

M. DUBÉ profite de la circonstance pour présenter à M. Dagenais, nouvellement élu échevin de Montréal, ses meilleurs souhaits. Il espère que tous les membres présents se joindront à lui pour trouver que les voteurs de son quartier ont fait un heureux choix en déléguant à l'Hôtel-de-ville, comme leur représentant, un homme aussi distingué, et dont la réputation de médecin habile et consciencieux n'est plus à faire.

Il est bien convaincu que la présence d'un médecin dans les assemblées municipales aura un effet des plus salutaires sur les décisions de nos édiles, dans toutes les questions d'hygiène.

Le Secrétaire,  
J.-P. DÉCARIE,

### Séance du 18 février 1902.

Présidence de M. le Pr. DEMIERS.

#### PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont mises aux voix et adoptées.

L'invitation envoyée par le comité d'hygiène et de statistiques de la ville de Montréal à la société, lui demandant de se faire représenter par quelques uns de ses membres, à une réunion où on doit s'occuper d'un nouvel hôpital civique, est acceptée et MM. Demiers, Dubé, Jeannotte et Hervieux sont priés de s'entendre avec les échevins.

#### RAPPORTS.

1<sup>o</sup> M. MERCIER, O. P. présente à la Société un petit malade opéré dans son service à l'Hôpital Notre-Dame, il y a quinze jours, pour une *luxation ancienne du coude en arrière, traitée et guérie par l'arthrotomie*. La luxation durait depuis trois mois et une tentative de réduction non sanglante sous chloroforme n'avait donné aucun résultat. M. Mercier a ouvert l'articulation d'après le procédé de Doyen et est tombé dans une articulation remplie de tissus de néoformation ; toutes les surfaces articulaires étaient recouvertes de ces nouveaux tissus, et afin d'en obtenir la coaptation il a dû sculpter de nouvelles cavités dans le tissu osseux néoformé. M. Mercier fait remarquer la presque impossibilité de réduire ces anciennes luxations par les procédés non sanglants.

Il préfère chez les jeunes enfants se servir du procédé de Doyen, parce qu'il croit que ce procédé amène une déformation moins grande du membre et permet le rétablissement de mouvements beaucoup plus étendus que la résection du coude.

Son malade peut aujourd'hui faire quelques mouvements actifs et les mouvements passifs sont assez étendus. Il regrette que ce petit malade soit obligé de laisser l'hôpital, car les bons résultats de l'opération seront en rapport de la gymnastique que l'on fera exécuter au membre dans la suite

## DISCUSSION.

M. MONOD croit que le résultat de cette opération sera excellent, et que les mouvements que l'on peut déjà obtenir après quinze jours, laissent entrevoir une amplitude de mouvements assez considérable dans la suite. Quant à décider laquelle des deux opérations doit être employée, la chose est assez difficile — chacune d'elle a à son actif de si beaux résultats qu'il est difficile de se prononcer.

"Cependant, j'ai tellement vu de bons résultats avec la résection que je serais tenté de donner mon avis pour la résection contre l'opération de Doyen".

M. Monod insiste sur l'importance qu'il y a de s'entourer de toutes les précautions d'asepsie lorsque l'on doit pénétrer dans une articulation ; car la sup-puration est le grand facteur de tous les succès. Le résultat final chez le petit malade de M. Marien est maintenant entre les mains de ceux qui prendront soin de cet enfant.

M. MARIEN préfère l'arthrotomie à la résection du coude, il dit que l'on doit produire le moins de délabrement possible, surtout lorsque l'on opère sur l'articulation d'un jeune enfant, les dangers d'ankylose ne sont pas plus grands et la déformation du membre est moins considérable.

Pour lui l'arthrotomie est l'opération de choix, la résection est une opération d'exception.

M. MONOD fait quelques remarques sur l'attitude que l'on doit donner à un membre supérieur lorsque l'on craint l'ankylose.

La flexion à angle droit est ordinairement la meilleure position, mais la connaissance du métier que doit exercer le patient est importante à savoir : ainsi le laboureur tire plus de profit d'un bras dans la presque-extention, que dans la flexion à angle droit.

2° M. MERCIER présente comme pièce pathologique un testicule tuberculeux très développé, dans lequel les tubercules se sont généralisés

## COMMUNICATIONS

1° M. DE COTRET commence la lecture d'un mémoire intitulé : *Etude critique du sérum de Marmorak dans l'infection puerpérale.*

2° M. MARION (de St-Lin) rapporte l'histoire de deux cas de *fièvres typhoïdes compliquées de purpura hémorragique* avec ecchymose considérable de l'abdomen, hémathémèse, épistaxis, etc.

Dans le premier cas les hémorragies ont cédé à l'administration de la teinture de fer, tandis que ce médicament n'a produit aucun résultat dans le second cas. M. Marion a alors pratiqué une injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum artificiel et les hémorragies se sont arrêtées.

Les deux cas ont guéri.

## DISCUSSION.

M. DUBÉ remercie M. Marion de nous avoir procuré ces deux intéressantes observations. Ce sont des cas assez rares, un cas a été rapporté devant cette Société il y a deux ans par M. Asselin.

M. ASSELIN. Dans le cas que j'ai rapporté ici il y a deux ans j'avais eu recours au sérum gélatiné et à la teinture de fer. Mon malade a guéri de même que ceux de M. Marion. La pronostic de cette complication me paraît alors moins grave que le dit M. Dieulafoy dans son traité de pathologie interne : "ces formes hémorrhagiques, dit-il, tuent impitoyablement les malades qui en sont atteints." Et nous avons maintenant devant notre Société trois observations de ces formes hémorrhagiques avec trois guérisons.

M. DEMERS dit que la cause de ces hémorrhagies serait intéressante à connaître. Elles pourraient être le résultat d'un trouble des fonctions bulbaires.

2<sup>e</sup> M. MARIEN présente à la Société un *hydro-salpinx culé* par laparotomie. La trompe est très dilatée et la lumière du canal est absolument obstruée du côté de la corne utérine. Cette pièce démontre que, comme il l'avait dit à une séance de la société, il est, le plus du temps, impossible de rétablir la perméabilité de la trompe par des dilatations du col utérin dans les cas d'hydro-salpinx.

M. LASNIER attire l'attention des membres de la Société sur le danger qu'il y a de soutenir que la vaccine est dangereuse, comme l'a affirmé le Dr Lecavalier dans une séance précédente. Il cite un extrait d'un journal quotidien à cet effet. Il croit que si nos efforts doivent tendre à faire courir le moins de danger possible au public, il ne faut pas d'autre part l'alarmer inutilement sur des points en litige au point de vue médical et le pousser d'avantage à une résistance malheureuse aux pouvoirs publics surtout dans un temps d'épidémie.

M. LECAVALIER répond que les remarques qui ont été faites visaient un point de pathogénie important à connaître et utile à étudier. Au surplus les développements ont été présentés devant les membres de la Société qui sont tous médecins, et par conséquent aptes à se former une opinion sur ce sujet. Elles n'étaient pas destinées à la publicité dans le monde extra-médical.

J. P. DECARIE. *Secrétaire.*

# ANALYSES

## MEDECINE

**Gastropathies d'origine cardiaque**, par VALENTIN, *Thèse de Paris*, 1901.

Les lésions cardiaques se compliquent quelquefois de troubles gastriques d'une certaine gravité, qui peuvent se présenter d'après l'auteur dans 20 p. c. des cas. Ils arrivent le plus souvent à la période d'asystolie, et par ordre de fréquence, dans les lésions mitrales, aortiques, myocardites, péricardites.

L'auteur les divise en deux.

I. *Gastropathies hyposystoliques*. Elles peuvent se montrer sous forme de gastralgie. Le malade à jeun est bien, mais, s'il vient à manger, il éprouve, une demi-heure ou trois quarts d'heure après, une sensation pénible à l'épigastre. Il a des nausées, des éructations; la douleur augmente et devient de plus en plus intolérable jusqu'à la fin de la digestion stomacale. L'accès est intermittent et peut durer une heure ou deux. Rien ne calme cette douleur: pas de vomissements. Elles peuvent se montrer sous forme de dyspepsie flatulente: répugnance de la viande, somnolence après les repas, pesanteur, essoufflement, etc. Tous ces phénomènes disparaissent après digestion faite, pour reparaître au repas suivant.

II. *Gastropathies axystoliques*. Elles sont les plus fréquentes: anorexie, vomissements rebelles, quelquefois hématomèses.

Ces troubles aggravent une affection cardiaque, mais ne contre-indiquent pas les stimulants s'ils sont indiqués, digitale, caféine ou autres. Le régime lacté, suivant les indications du professeur Potain, agit bien.

Dans le cas de dyspepsie flatulente hyposystolique, on conseille la médication suivante:

Régime lacté.

|   |                                    |                  |
|---|------------------------------------|------------------|
| R |                                    |                  |
|   | Teinture de noix vomique.....      | 5 grammes.       |
|   | Gouttes amères de Baumé.....       | aa 10 "          |
|   | Teinture de gentiane.....          | aa 20 "          |
|   | Teinture de rhubarbe composée..... | aa 20 "          |
|   | Eau du laurier-cerise.....         | ℥ s. p. 100 c.c. |
|   | Eau de menthe.....                 |                  |

Une cuillerée à thé avant les repas.

Si les repas sont plus copieux, on ajoutera:

|   |                              |                   |
|---|------------------------------|-------------------|
| R |                              |                   |
|   | Acide chlorhydrique pur..... | 3 grammes.        |
|   | Sulfate de strychnine.....   | 0 gr. 05 centigr. |
|   | Eau.....                     | 300 c.c.          |

Une cuillerée à soupe au milieu des repas.

Durant l'accès gastralgique décrit plus haut on se trouvera bien de la préparation suivante :

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Eau chloroformée saturée..... | 150 grammes.      |
| Chlorhydrate de cocaïne.....  | 0 gr. 50 centigr. |
| Eau de fleurs d'oranger.....  | 50 grammes.       |
| Eau distillée.....            | 100 "             |

Une à trois cuillérées à soupe au moment des accès.

En cas de vomissements opiniâtres on donne une à quatre gouttes de la mixture suivante :

### R

|                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| Picrotoxine.....               | 0 gr. 10 centigr. |
| Alcool q. s. p. dissoudre..... |                   |
| Chlorhydrate de morphine.....  | 0 gr. 05 "        |
| Sulfate d'atropine.....        | 0 gr. 05 "        |
| Eau de laurier-cerise.....     | 10 grammes.       |

### Dangers de la chloroformisation, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 18 janvier, 1902. Rapport de la Société de Chirurgie.

Dans un travail récent (nov 1901, UNION MÉDICALE) j'ai attiré l'attention du public médical sur les dangers de la chloroformisation. La question est à l'ordre du jour actuellement à la société française de chirurgie — Poirier, opérant un homme très faible pour gastro-entérostomie, voit son malade mourir d'une syncope cardiaque après vingt-cinq minutes d'inhalations. Tous les moyens, électricité, tractions rythmées de la langue, massage du cœur, ont échoué. Le chloroforme examiné a été trouvé bon.

Delbet rapporte le cas d'un malade atteint d'un goître volumineux. Il se décide à l'opération avec un certain effroi. Il respire trois gouttes de chloroforme : immédiatement il est pris d'une syncope cardiaque et meurt. Delbet attribue la cause de la mort à l'anxiété.

Segond rapporte le cas d'une jeune femme atteinte d'un kyste de l'ovaire qui meurt dans l'ascenseur qui la conduit à la salle d'opération.

Terrier fait remarquer que le chloroforme ne peut pas expliquer à lui seul ces morts subites. Il rapporte plusieurs cas semblables à ceux de Delbet. Il conseille, dans les cas de faiblesse extrême, de toujours faire des injections de sérum artificiel pour remonter ces malades avant l'opération. Il insiste sur cette précaution qu'il considère comme très utile.

Reclus rapporte deux cas de mort subite par chloroforme, à la suite d'une intervention pour péritonite tuberculeuse dans l'un, et de kyste hydatique du foie dans l'autre.

Quenu insiste sur ces accidents qui ne sont pas toujours dus au chloroforme. " On voit des gens qui ont une syncope pour respirer une rose ". Il pense qu'il s'agit d'une action reflexe inhibitoire, et il pense avoir des chances de l'éviter en faisant, préalablement, aux malades qui doivent être opérés une injection de morphine.

Rochelot a fait précéder les inhalations de chloroforme de quelques inhalations de bromure d'éthyle. Il n'a jamais eu, depuis, d'accidents à enregistrer.

Il faut insister pour exiger un chloroforme de première classe.

De plus, détail important. Reynier ajoute que "les internes abandonnent trop souvent le chloroforme aux externes ou même aux stagiaires. C'est un tort : l'assistant chargé du chloroforme doit être un homme d'expérience, très attentif, très sérieux, devant toujours avoir la respiration de son malade dans l'oreille, et capable d'agir à la moindre alerte."

Ce dernier point serait d'une rigoureuse exactitude si on voulait l'appliquer dans nos hôpitaux.

J.-A. LESAGE.

**L'assurance sur la vie dans ses rapports avec la médecine.** (*British Medical Journal*, oct. 12, 1901.)

Il y eut, fin de septembre, à Amsterdam, un congrès de médecins qui s'occupent d'assurance sur la vie. On s'occupa surtout des conditions auxquelles les cas douteux—second class lives—pouvaient être acceptés par les compagnies d'assurance. Le professeur Stokvis d'Amsterdam passe en revue tous les cas d'albuminurie extra-rénale résultant de lésions génito-urinaires seulement, sans que les reins fussent malades. Le diagnostic différentiel entre l'albuminurie de cause rénale et l'albuminurie survenant au cours de lésions des voies urinaires : uretère, vessie-prostate et urèthre, ne peut se faire que par l'examen microscopique des urines.

L'examen de 140 conscrits, on trouva 21 albuminuriques ; sur ce nombre 13 (60 p. cent) n'avaient que des lésions extra-rénales. Le pronostic est bon dans ces cas d'albuminurie extra-rénale, puisque les maladies de la prostate et de la vessie ne causent la mort que dans 1.5 p. cent de la mortalité générale, et cela à un âge avancé. Le professeur Stokvis divise l'albuminurie en organique et fonctionnelle. Il ne voudrait pas accepter, dans une compagnie d'assurance, un candidat porteur de lésions organiques des reins, mais il veut que le diagnostic soit basé, non-seulement sur l'existence d'une albuminurie persistante, mais sur la constatation en plus des symptômes concomittants. La gravité de l'albuminurie fonctionnelle est en rapport avec la gravité de l'affection cardiaque qui en est la cause. Il ne refuserait pas les candidats souffrant d'albuminurie cyclique.

Le docteur A. Sirdey, (Paris), prétend que tous les diabétiques *maigres ou gras*, doivent être refusés au-dessous de 35 ans ; après cet âge, un diabétique ayant bonne apparence générale, dont les organes, et particulièrement les poumons, sont parfaitement sains, et qui ne vit pas en contact avec des tuberculeux, peut être accepté avec une prime plus élevée. Lorsqu'il s'agit d'un diabète nerveux, survenu à la suite d'émotions, de surmenage ou de traumatisme, quel que soit l'âge du candidat et son apparence générale, il vaut mieux le renvoyer à six ou douze mois pour l'accepter alors, si le nouvel examen lui est favorable,

Le docteur Poëls, (Bruxelle,) tout en admettant qu'une longue vie est possible pour un cardiaque dont le cœur, porteur d'une lésion de vieille date, est parfaitement compensé, affirme qu'il est impossible de faire un pronostic de vie probable, lorsque les lésions cardiaques sont de date récente. Il ne vou-

drait accepter que les sujets dont le cœur est malade depuis cinq ans, sans avoir jamais manifesté à l'extérieur des troubles de non-compensation. En règle générale, la compensation est de plus longue durée dans le cas de valvule *insuffisante*, que dans le cas d'un *rétrécissement* valvulaire.

Les lésions de l'orifice aortique sont plus favorables que celles des orifices mitrale et pulmonaire, et celles du péricarde, plus favorables que celles comprenant, à la fois, l'endocarde et le péricarde. Il recommande cependant, de refuser tous les cardiaques âgés de plus de 50 ans. Les docteurs Poëls et E. Moritz, de St-Petersbourg, sont d'accord pour accepter les candidats artério-scléreux, lorsque cette affection n'en est qu'à son début. Le docteur Moritz croit en plus, que les artério-scléreux au début, ne doivent être assurés que pour un certain nombre d'années seulement.

Le docteur J. Crocq, de Bruxelles, dans un rapport sur les réflexes, exprime l'opinion qu'une abolition du réflexe pupillaire est une cause de refus, tandis que la diminution de ce même réflexe demande un examen minutieux des autres fonctions du système nerveux; l'exagération de ce réflexe peut donner à une maladie organique, alors le candidat est refusé, ou à de la névrose purement, et il faut dans ce dernier cas, étudier chaque cas et faire un pronostic. Il ajouta en plus, que l'abolition ou la diminution du réflexe pupillaire, l'existence du signe d'Argyll Robertson, ou l'inégalité pupillaire sont des causes de refus. Le rapport des maladies des oreilles avec l'assurance sur la vie fut traité par le docteur H. Burger d'Amsterdam. L'otite moyenne, purulente, chronique, doit faire refuser un candidat, chaque fois qu'elle est associée à une inflammation de l'attique ou de l'autre mastoïdien, si elle est de nature tuberculeuse, ou accompagnée de lésions osseuses, de paralysie faciale, de vertiges, de céphalalgie; en dehors de ces cas, le porteur d'une otite moyenne, purulente, chronique, peut être accepté en augmentant le montant de la prime, mais le porteur d'une otite externe ou d'une otite moyenne aiguë, doit être renvoyé jusqu'à sa guérison. La surdité bilatérale, le vertige dû à une lésion de l'oreille, et même la perforation permanente du tympan résultant d'une suppuration disparue, supposent de grands risques et devraient faire exiger des primes annuelles plus élevées. Le docteur W. Solomonson, de Copenhague, considère qu'un syphilitique, dont l'infection remonte au moins à dix ans sans rechute, peut être accepté, surtout, s'il a des enfants sains. Le docteur Makillon, de Bruxelles, dans son rapport sur les femmes, dit, qu'une primipare ou une femme récemment mariée, ne doit pas être acceptée avant qu'elle ne soit accouchée une fois, tandis que la multipare peut être acceptée si ses accouchements antérieurs se sont tous bien passés. Le docteur Weil-Mantou, de Paris, dans son rapport sur l'appendicite, dit, que chaque fois qu'il y a une sensibilité anormale dans la région appendiculaire et chaque fois qu'une attaque d'appendicite s'est passée sans intervention chirurgicale, il vaut mieux renvoyer ces cas à plus tard, tandis que tous les candidats qui ont été opérés peuvent être acceptés après un certain temps, plus ou moins long, suivant que l'intervention a eu lieu au cours d'une attaque aiguë ou dans l'intervalle.

### Transmissibilité de la tuberculose humaine aux animaux.

M. S. ARLOING (de Lyon) communique les résultats de trois séries d'expériences dans lesquelles des bacilles humains de provenance différente (crachats, liquides pleurétiques, etc.), ont déterminé par inoculation intra-veineuse la tuberculisation du bœuf, du mouton et de la chèvre.

Les lésions constatées chez ces animaux se sont manifestées sous forme de granulations confluentes ou discrètes dans le poumon, le foie, la rate, les ganglions, les reins, etc., et se sont toujours distinguées par une caséification hâtive.

Rapprochant ces résultats expérimentaux de ceux qu'il a déjà obtenus antérieurement, l'auteur déclare avoir réussi jusqu'à présent à transmettre la tuberculose de l'homme à vingt-trois animaux.

Si MM. Kutch et Schütz ont échoué dans leurs inoculations c'est, d'après M. Arloing, qu'ils se sont servi de culture de bacilles de virulence affaiblie, d'une part, et, d'autre part, que les doses de ces cultures inoculées aux animaux ont été beaucoup trop faibles.

S'appuyant sur les résultats qu'il a obtenus, l'auteur se croit autorisé à admettre :

1° Que la virulence du bacille de la tuberculose étant variable et capable de s'adapter à certains organismes, il n'est pas surprenant que le bacille humain puisse manifester sur certains animaux moins d'activité que le bacille de la tuberculose bovine ;

2° Que l'on peut entretenir en culture pures des bacilles humains aptes à tuberculiser le bœuf, le mouton, la chèvre, etc. ;

3° Que si l'on en trouvait qui ne fussent pas susceptibles de produire ce résultat — et il en existe certainement, — il ne s'agirait pas pour cela d'une tuberculose absolument distincte ;

4° Que l'unicité de la tuberculose animale à bacilles de Koch reste indiscutable ;

5° Que MM. Koch et Schütz n'étaient pas autorisés, de par leurs expériences, à préconiser une distinction absolue entre la tuberculose humaine et celle des animaux ;

6° Qu'il est utile de maintenir, dans une sage mesure, les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de recéler le bacille de la tuberculose.

### Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale, par le Dr E. MARANDON DE MONTVEL (*Archives Neurol.*, juillet 1901).

L'auteur tire de ses recherches les conclusions suivantes, relatives aux seuls hommes, puisque ses 108 sujets étaient tous du sexe masculin.

En suivant les mêmes paralytiques aux trois périodes de la paralysie générale et en utilisant l'observation directe, les renseignements fournis par les malades et ceux fournis par leurs femmes, nous avons réussi dans 95 p. 100 de nos constatations à nous assurer de l'état du sens génital. Nos échecs ont été en diminuant de la première à la seconde période et de la seconde à la troisième, le paralytique général perdant toute retenue avec les progrès de la maladie.

2° D'une manière général, nous avons trouvé le sens génital altéré dans l'énorme proportion de 93, 5 p. 100.,

3° Les altérations relevées ont toujours été des altérations simples, jamais nous n'avons trouvé de perversion génitale provenant du fait de la maladie.

4° Les troubles fondamentaux observés furent l'exagération, ou au contraire, l'affaiblissement et l'impuissance.

5° En dehors de ces trois troubles fondamentaux nous en avons noté d'autres secondaires, s'ajoutant à eux. Parmi les paralytiques à sens génital excité, les uns accomplissaient normalement le coït, quelques-uns éjaculaient par le fait seul de l'introduction de la verge dans le vagin ou même avant, à la vulve, tandis que chez certains au contraire l'éjaculation était indéfiniment retardée. Parmi ceux atteints d'impuissance, si beaucoup perdaient en même temps le libido, d'autres le conservaient et cherchaient à le satisfaire, mais parmi eux quelques-uns seulement pouvaient encore éjaculer à l'état flasque.

6° Aux troubles énumérés ci-dessus, il convient d'ajouter les pertes séminales involontaires, sthéniques et asthéniques.

7° Nous avons trouvé à l'asile l'altération en moins près de quatre fois plus fréquente que l'altération en plus.

8° L'anormalité du sens génital a été constamment en croissant du début à la terminaison de la paralysie générale.

9° Il résulte de nos renseignements que l'altération en moins serait contrairement à l'opinion ayant cours, également plus fréquente à la période prodromique que l'altération en plus; mais il est assez habituel que les deux états alternent entre eux avec prédominance toutefois du premier sur le second. Le retard dans l'éjaculation est ensuite le trouble qui s'est surtout présenté à cette période, deux fois plus fréquent que le trouble inverse et l'impuissance avec libido et possibilité d'éjaculation. Nous n'avons pu avoir d'indications précises sur les pertes séminales à ce moment.

10° D'après nos constatations on aurait: 1° Aux trois périodes de la maladie: l'exagération, l'éjaculation retardée et l'impuissance totale; 2° Aux seules périodes prodromiques, première et deuxième: l'affaiblissement, l'impuissance avec libido associé ou non à la possibilité d'éjaculer. 3° Aux seules périodes prodromiques et premières les pertes séminales, l'éjaculation précipitée et l'état normal.

11° D'un côté, l'impuissance totale sans libido et de l'autre, l'exagération avec éjaculation normale ainsi que l'affaiblissement ont évolué en sens inverse, la première augmentant et les deux autres diminuant de fréquence avec les progrès de la maladie.

12° Nous avons relevé durant les rémissions même très marquées le sens génital altéré dans l'énorme proportion de 86 p. 100 de nos constatations et l'altération en plus a été alors trois fois moins fréquente que l'altération en moins.

13° Contrairement à l'opinion ayant cours c'est dans les formes démentielles et lors des périodes de calme que nous avons observé le minimum d'altérations en plus du sens génital. Seule l'expansive agitée a présenté un chiffre de troubles plus élevé que l'expansive calme.

14° Nous n'avons jamais trouvé d'altérations en plus, ni d'état normal avec les formes dépressives, calmes ou agitées, ni non plus avec la forme démentielle agitée.

15° D'après nos constatations la normalité du sens génital et l'altération en plus croissent parallèlement aux progrès de l'âge jusqu'à la quarantaine pour décroître rapidement ensuite au point de ne plus se montrer à cinquante ans.

16° Nous n'avons noté aucun rapport entre les divers états du sens génital et les transformations et la personnalité physique, les troubles du sens tactile et du sens algisque, voire même les conceptions délirantes génitales des paralytiques généraux.

17° Aux deux premières périodes de la maladie nous avons trouvé le sens génital d'autant plus souvent normal que les troubles moteurs étaient moins accusés. Le minimum des altérations en plus a été avec les troubles moteurs modérés, le minimum avec les troubles moteurs excessifs et vice versa pour les altérations en moins.

18° Le sens génital était toujours aboli chez les paralytiques qui se déshabillaient, non pour déchirer, mais pour rester nus, et ce chez des sujets qui avaient parfois de l'excitation génitale durant laquelle ils perdaient leurs vêtements.

19° L'étiologie alcoolique est celle qui engendrait le plus d'altérations du sens génital. Les causes ne nous ont pas semblé avoir d'influence notable sur la nature des altérations.

20° Les altérations du sens génital ne sont d'aucune utilité pour le pronostic, mais par leur précocité et leur accentuation, elles peuvent grandement aider au diagnostic de la paralysie générale à la période prodromique, de même leur persistance lors des rémissions est la preuve de la non-guérison.

E. P. CHAGNON.

---

## GYNÉCOLOGIE

---

### Douches vaginales.

Les douches vaginales, si souvent ordonnées contre la plupart des affections pelviennes, trouvent une indication toute particulière dans les affections inflammatoires chroniques du bassin.

Cependant ces bons effets de la douche, même dans les cas où leur usage est le plus désirable, tiennent beaucoup au mode d'emploi. Aussi le professeur Emmet a-t-il cru utile de formuler comme suit les règles à suivre pour tirer avantage de la douche vaginale comme agent thérapeutique :

1° La malade sera couchée dans la position dorsale, les cuisses fléchies, le bassin soulevé.

2° La durée de la douche sera de 20 minutes au moins et cela deux fois par jour.

3° Le liquide injecté sera au degré de température le plus élevé que pourra tolérer la malade (105° à 120° F.)

4° Le traitement par les douches doit être longtemps continué, pendant des semaines et souvent des mois.

(*Brit. Med. Journal.*)

L. DE L. HARWOOD.

## OBSTÉTRIQUE

**De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques,** dans l'*Obstétrique*,  
15 nov. 1901. (Budín et Perret.)

Les auteurs, dans un travail pratique, se sont appliqués à résoudre la question suivante : Lorsqu'une femme nourrit et que quelques jours ou même quelques semaines après l'accouchement surviennent des accidents fébriles dus à des causes diverses, faut-il continuer l'allaitement? Les auteurs semblent conseiller de continuer l'allaitement, mais en prenant toutes les précautions hygiéniques et antiseptiques nécessaires pour éviter que l'enfant contracte la maladie de sa mère ou de sa nourrice.

Leurs observations sont au nombre de dix-neuf. Elles se détaillent comme suit :

- Affections du sein, 2.
- Angines grippales, 3.
- Infection puerpérale et grippe, 1.
- Ictère, 1.
- Infection utérine, 11.
- Infection puerpérale grave, 1.

La lecture attentive de ces observations démontre que certaines accouchées ont été très malades et qu'elles ont allaité quand même. D'autre part, la comparaison entre la courbe du poids de l'enfant et la courbe de la température permet de constater que le poids de l'enfant a augmenté durant tout le cours de la maladie, et qu'aucune complication n'est apparue chez ce dernier. Dans une observation d'*infection puerpérale et grippe*, je lis que le pouls a atteint 160 pulsations à la minute, que la température s'est élevée à 104 F; à côté, je vois que l'enfant, allaité par sa mère, a continuellement augmenté de poids, soit 23 grammes par jour en tenant compte de sa descente initiale. Il en est de même pour les autres observations, où des mères ont continué à allaiter avec profit pour l'enfant tout en subissant un ou deux écouvillonnages. Une dernière observation se rapporte à une accouchée qui allaite tout en faisant une pleurésie et une pneumonie consécutive.

Du 29 octobre au 13 décembre, elle a fait, non sans danger, deux maladies graves, tout en allaitant, et elle sort bien portante avec un enfant qui a augmenté pendant ces 44 jours de maladie de 1.275 grammes.

Et les auteurs concluent, en réponse à la question posée au début : *on peut, on doit même d'une façon générale, conseiller de ne pas interrompre l'allaitement chez une femme qui se trouve atteinte d'accidents fébriles.* Il faudra alors laver les seins avec une solution faible de sublimé, puis à l'eau bouillie; on isolera l'enfant en dehors des tétées, surtout dans les affections grippales. En agissant ainsi on rendra service aux mères, en leur évitant les ennuis d'un sevrage prématuré, et aux enfants en leur conservant le lait maternel si précieux pour eux.

J. A. LESAGE.

## PEDIATRIE

**Traitement de la gastro-entérite infectieuse aigue des nourrissons par la morphine-tolérance des enfants en bas âge pour les opiacés**, par Dr BORDÉ, de Bordeaux, dans la *Revue pratique d'obstétrique et de Pédiatrie*, nov. 1901.

L'auteur affirme, après neuf années d'expérience, que le sirop de morphine agit merveilleusement bien dans les gastro-entérites infectieuses du nourrisson. Cette affirmation renverse les théories actuelles qui prohibent les opiacés chez les enfants en bas âge. Il fait une potion de 100 c. c. (5 cuillerées à soupe) renfermant environ 24 cuillerées à café, il donne une cuillerée à café toutes les heures, excepté durant le sommeil. Il pose en principe qu'il faut un gramme de sirop de morphine par mois d'âge du bébé, avec cette restriction que "la moyenne peut être d'autant plus facilement dépassée que l'enfant est jeune, et d'autant plus difficilement atteinte que l'enfant est plus âgé." "Ainsi, dit-il, à un bébé de douze mois je prescris 12 grammes de sirop de morphine : à un bébé de 6 mois, 9 grammes ; à un bébé de 3 mois 6 grammes ; à un bébé d'un mois 3 grammes." Si ces doses, qui sont des doses moyennes ne procurent pas du soulagement, il conseille d'augmenter progressivement, jusqu'à ce qu'on obtienne du mieux, et on maintient cette dose jusqu'à rétablissement complet, sans s'occuper de la dose des 24 heures. Une température rectale de 36.7 C. ou 98 F. indique que l'infection est vaincue.

*Régime.*—La condition essentielle au succès thérapeutique est de cesser en même temps toute alimentation par lait de vache, pour ne donner que l'eau albumineuse, (blanc d'œuf et eau bouillie sucrée). Il recommande de forcer l'enfant à en boire abondamment et froide. S'il y a amélioration il permet l'eau panée, etc., suivant l'âge de l'enfant. Voici, quelle est la formule qu'il préconise :

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| Salol pulvérisé . . . . .         | 0 gr. 50 centigr. |
| Bicarbonate de soude . . . . .    | 1 gr. 50 "        |
| Sirop de morphine . . . . .       | 12 grammes.       |
| Sirop de fleur d'orange . . . . . | 30 "              |
| Eau distillée q s. pour 100 c. c. |                   |

*Dose :* Une cuillerée à café toutes les heures, excepté durant le sommeil.

Il fait administrer concurremment un lavement tiède d'infusion de camomille concentrée, matin et soir.

Il fait faire des frictions avec l'huile de camomille camphrée chaude sur le ventre, et cataplasmes chaud, etc.

L'auteur affirme avoir obtenu ainsi des cures saisissantes. La morphine agit en calmant le ténésme, en diminuant le flux intestinal et en rétablissant le fonctionnement physiologique du rein, d'une part ; d'autre part, elle agirait comme médicament d'épargne, en permettant à l'enfant de supporter assez bien une diète relative à laquelle il est soumis.

J. A. LESAGE.

## THERAPEUTIQUE

**Traitement médical du cancer. — Méthodes diverses,** par BENOIT, dans la *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*, 1 décembre 1901.

Le traitement médical du cancer s'adresse à des cas bien définis : ce sont les épithéliomas de la face, hormis ceux des lèvres et des paupières, et, pour certains auteurs, les squirrhes ou cancers atrophiques, etc.

1° *La chaleur* ou cautérisation ignée au thermocautère n'a guère qu'une seule indication : c'est le cancer utérin avec infiltration étendue, ulcère saigneux et hémorragies abondantes. La volatilisation des bourgeons saignants et l'évidement progressif des cavités ulcérées constituent une ressource précieuse.

2° *L'électricité* a fourni un procédé peu connu mais précieux dans les rayons X. Les américains préconisent ce traitement pour guérir sans douleur les épithéliomas à marche lente et les carcinômes superficiels. Ils parviennent à détruire peu à peu la tumeur en provoquant une dermatite spéciale qu'ils appellent gangrène blanche. Une condition nécessaire est l'épreuve des tubes, car deux tubes semblables peuvent avoir un pouvoir comburant bien différent. On pourra obtenir avec l'un en trois minutes ce que l'autre ne donne qu'en 30 minutes. L'action des rayons X doit s'étendre même à la peau saine que l'on recouvre, pour la protéger, d'une feuille d'étain. Les premières séances déterminent une pigmentation qui augmente jusqu'à produire une ulcération profonde qui met six semaines à guérir. On suspend alors le traitement durant un mois pour le reprendre ensuite si c'est nécessaire. Ce traitement peut être long, mais il produit une amélioration rapide et n'est accompagné d'aucune douleur.

3° *Le chlorure de zinc* est employé sous forme d'onguent ou sous forme d'injections interstitielles.

La méthode d'application externe consiste à étendre sur de la ouate une couche épaisse d'onguent que l'on maintient sur la tumeur durant dix à vingt-quatre heures. Au bout de ce temps on l'enlève et on applique un cataplasme chaud que l'on renouvelle jusqu'à la chute de l'escharre ; ce qui se fait en trois jours généralement. On traite l'ulcère par les méthodes usuelles.

4° *L'arsène* s'emploie sous forme d'acide arsénieux, associé ou non à d'autres substances.

Un auteur américain, Heidingsfeld, mélange l'acide arsénieux à une égale partie de gomme arabique pulvérisée avec de l'eau en quantité suffisante pour faire une pâte à laquelle on ajoute quelques cristaux de cocaïne pour anesthésier la région. Il est avantageux d'ajouter 10 p. c. de glycérine avant l'eau. On étend cette pâte sur une pièce de mousseline qui mesure l'étendue de la zone atteinte. On l'enlève 12 à 30 heures après suivant la réaction locale. On panse la plaie suivant les méthodes ordinaires, pommades anodines ou compresses froides saturées d'acétate d'alumine. Suivant cet auteur ce corps exerce une influence spécifique sur le tissu cancéreux dont il arrête le développement. D'après cette méthode, une seule application est suffisante.

Un autre auteur américain, Trunczek, préconise la méthode des applications successives. Il frotte un peu rudement la surface épithéliomateuse jusqu'à la

faire saigner ; il assèche soigneusement et passe un pinceau contenant la solution suivante :

|            |   |                                |           |
|------------|---|--------------------------------|-----------|
| Solution 1 | { | Acide arsénieux pulvérisé..... | 1 gramme. |
|            |   | Alcool éthylique.....          | aa 75 "   |
|            |   | Eau distillée.....             | "         |

On peut employer une solution plus forte suivant l'épaisseur de la croûte.

|            |   |                                |           |
|------------|---|--------------------------------|-----------|
| Solution 2 | { | Acide arsénieux pulvérisé..... | 1 gramme. |
|            |   | Alcool éthylique.....          | aa 40 "   |
|            |   | Eau distillée.....             | "         |

On laisse sécher à l'air libre. S'il y a œdème autour de la zone malade, on interrompt durant quelques jours.

L'alcool sert, ici, à déshydrater les tissus cancéreux, car il semble que l'arsénic n'agisse qu'à cette condition.

On prétend avoir obtenu des cures non seulement par le contact, mais aussi par l'administration de ce médicament à l'intérieur. Un auteur allemand, Lassar, aurait guéri deux malades d'une cancroïde par la liqueur de Fowler et l'acide arsénieux pris à l'intérieur durant quelques semaines.

Plus récemment, le *cacodylate de soude* en injections sous-cutanées à la dose croissante de 2 à 7 centigrammes par jour a donné de bons résultats.

5° *La quinine*, d'après Jaboulay, de Lyon, a donné des résultats, tant en application locale qu'en injections sous-cutanées, à la dose quotidienne de 50, puis de 25 centigrammes de chlorhydro-sulfate de quinine en solution. Il rapporte une observation de guérison de cancer du sein inopérable guéri après injection de 16 grammes de sel soluble de quinine en 54 injections.

Suivant cet auteur, on commence en donnant 1 gramme (15 grains) de sulfate de quinine par jour et par la bouche. On suspend deux jours par semaine pour donner la liqueur de Fowler.

Il emploie la formule suivante :

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| Chlorhydro sulfate de quinine..... | 1 gramme (15 grains) |
| Eau distillée.....                 | 4 "                  |

Un centimètre cube contient 0 gr. 25 centigr. de quinine.

Des abcès se forment quelquefois ; il faut les respecter.

#### 6° *Sérothérapie :*

a) *Cultures pures de streptocoques* ou méthodes de Coley. Ces injections n'ont donné aucun résultat ; elles sont abandonnées depuis longtemps.

b) *Suc cancéreux*. C'est le liquide obtenu par broiement de tumeurs fraîchement enlevées et injecté à des animaux dont on recueille le sérum que l'on injecte ensuite aux malades. Cette méthode produit une amélioration passagère qui ne va jamais jusqu'à la guérison.

*Waiçfa* a composé un sérum assez semblable et qui a eu un certain retentissement. Les résultats sont les mêmes que pour le précédent.

c) *La necrianine*. " L'ensemble des produits solubles atténués d'un *necria dilissima*, parasite du chancre ou cancer des arbres " n'a pas donné les résultats attendus. Bra, l'auteur de la méthode, a essayé d'obtenir un sérum anticancéreux d'après les procédés exposés plus haut.

Il fait la trituration des nodules cancéreux non ulcérés qu'il filtre à l'autoclave et qu'il atténue par la chaleur à l'autoclave à 130°.

Son action se résume, comme les deux précédentes, à une amélioration, mais jamais, d'une façon très nette à une guérison définitive.

De cette revue, il semble ressortir que l'exercice précoce demeure le meilleur moyen d'action contre le cancer.

**Traitement du delirium tremens par la balnéation froide.** par SALVANT.—Thèse de Paris, 1901.

L'auteur passe en revue critique les différentes méthodes de traitement du delirium tremens.

*L'opium* présente le danger d'une intoxication de plus et donne des résultats déplorables.

*La digitale* est diurétique et abaisse la température, mais elle agit lentement et n'est pas sans dangers.

"Il faut avant tout, dit Magnan, relever les forces du malade par une alimentation substantielle, par la caféine, et au besoin même, par des injections de caféine et d'éther. C'est dans ce but qu'on a conseillé le strychnine, les bains tièdes et le sérum artificiel."

Aujourd'hui, on commence par isoler, dans une chambre claire, l'alcoolique atteint de delirium tremens; on condamne l'emploi de la camisole de force à cause des efforts qu'elle provoque chez le malade qui veut s'en débarrasser. On surveille l'alimentation: lait, bouillon, chocolat, très peu de viande, breuvages en abondance. Ce traitement simple réussit le plus souvent. En cas d'insuccès, on peut employer la balnéation froide.

Lorsque le malade a une température de 39 degrés, on donne des bains dont la durée varie de cinq à dix minutes à la température de 18 à 25, 28 c., soit: 65, 70, 75 F., suivant l'état du cœur et des vaisseaux.

On fait ingérer des boissons chaudes, et on arrose la tête d'une manière continue avec l'eau du bain. C'est le médecin lui-même qui devra donner le bain en surveillant le pouls. A la sortie on réchauffe le malade à qui on fait ingérer des boissons chaudes *non alcoolisées*.

Les bains tièdes seront suffisants dans les cas où la température est moins élevée ainsi que dans toutes les complications cardio-vasculaires.

**Le traitement de la Syphilis par une méthode de choix dans la manière d'administrer le Mercure,** par AYRES, dans *The Lancet*, oct. 19, 1901.

L'auteur attire l'attention des médecins sur l'importance qu'il y a de donner une dose suffisante de mercure si l'on veut arriver à guérir des accidents imputables à la syphilis. Il a expérimenté le Mercurool sur un total de 180 cas, à l'hôpital Bellevue. La dose prescrite, suivant la tolérance du sujet, a varié de  $\frac{1}{2}$  à 6 grains. Sur 95 sujets, 64 ont guéri de leurs accidents comme suit: 8 au bout de deux semaines; 12 après trois semaines; 14 après quatre semaines; 9 après cinq semaines; 5 après six semaines; deux après sept semaines; huit après deux mois; 5 après trois mois; un après quatre mois. Les autres se divisent comme suit: apparemment guéris 17; améliorés 8; non améliorés après deux semaines 3; non améliorés après quatre semaines 1; non améliorés après trois mois 2.

L'auteur affirme que sa méthode consistait à augmenter graduellement la dose du Mercurool, à partir d'un grain, jusqu'à ce que les symptômes fussent

amendés ou qu'une légère intolérance se manifeste du côté des dents ou des gencives. A ce moment il donnait un peu d'iodure de potassium.

Dans 67 autres cas, l'auteur n'a donné que le Mercuriol (protoiodure de Hg). Chez 15 autres, il a ajouté l'iodure de potassium, et chez 6 il a donné le fer.

L'auteur fait remarquer que le Mercuriol a réussi là où certains composés avaient échoué.

Il rapporte plusieurs cas où le Mercuriol, à la dose de  $\frac{1}{2}$  à six grains, suivant la tolérance, s'est montré supérieur au bichlorure, au biiodure de mercure, ou même à la pommade mercurielle, pour combattre avec efficacité des lésions syphilitiques réfractaires. Certaines éruptions spécifiques sont disparues après quelques semaines de traitement par le Mercuriol, alors que les autres sels connus ne les avaient qu'à peine améliorées.

L'auteur croit qu'il faut attribuer son action rapide à son absorption facile et à son dosage rigoureux.

**Taberculose vésicale.--Régime des calculeux**, par prof. GUYON, dans *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 oct. 1901.

Le professeur Guyon étudie le symptôme hématurie dans les affections des voies urinaires. Il a une valeur qu'en autant qu'il est accompagné d'autres symptômes. Il rapporte l'histoire d'un malade qui s'est présenté à sa consultation dernièrement.

Ce malade a eu deux hématuries une première après une marche, elle avait duré quelques jours: une seconde quelque temps après dans les mêmes conditions, elle avait disparu définitivement. Les urines sont un peu troubles.

En étudiant de plus près les caractères de cette hématurie on constate qu'elle s'est produite durant la marche et qu'elle a continué même pendant le repos, phénomène que l'on n'observe pas chez le calculeux, à la seconde fois, l'hématurie est survenue sans cause. De plus, la marche n'augmente pas le besoin d'uriner, comme chez le calculeux en général, et la vessie suppure spontanément: or, chez un calculeux qui n'a pas été sondé, la vessie ne suppure spontanément par la seule présence d'un calcul, il faut nécessairement, dans ces cas, penser à la tuberculose. En effet, ce malade présente un noyau induré au niveau de la queue de l'épididyme et des vésicules séminales grosses.

Il a aussi à son actif des bronchites à répétition, une pleurésie et un amaigrissement assez marqué depuis quelque temps. Ces symptômes réunis conduisent à assurer le diagnostic.

Le traitement sera surtout général, si les symptômes urinaires deviennent plus marqués on devra faire des instillations de 50 à 60 gouttes d'une solution salin的角度 au 1000ème qu'on laisse dans la vessie. Un peu plus tard on pourra augmenter le titre de la solution au 500ème mais sans le dépasser.

Ils doivent avoir une alimentation très réparatrice, le régime lacté leur est plus nuisible qu'utile. Dans la lithiase rénale, l'auteur conseille tous les matins une bouteille de Contrexville ou un litre de tisane de chiendent à prendre à jeun de quart d'heure en quart d'heure: une tasse de lait une demi-heure après et 50 centig. de bi-carbonate de soude avant chaque repas. Frictions sèches, exercice, marche, etc., peu de viande, beaucoup de légumes, peu de vin. Ce régime a pour but de diminuer l'hyperacidité urinaire habituelle dans ces cas entraînant la formation d'urates acides ou acide urique insolubles.

**Recherche pratique de l'albumine dans l'urine.**

L'auteur recommande le procédé suivant :

1° Chauffer 4 ou 5 c. c. d'urine dans un tube à essai à une température voisine de l'ébullition. 2° Retirer le tube de la flamme et y laisser tomber quelques gouttes de formoline à 40 o/o.

S'il y a albumine, il a produit, au bout de quelques minutes, un amas floconneux de l'aspect du blanc d'oeuf coagulé. Ces amas se rassemblent à la surface de l'urine et contre les parois du tube où ils forment un véritable feuillage. Il faut que l'urine soit fraîche, car l'ammoniaque décompose le formol.

On peut avoir aussi une idée approximative de la quantité d'albumine en pesant le résidu adhérent aux parois du tube vide d'urine.

Ce procédé a des avantages que l'auteur résume comme suit : 1° réaction nette, grâce à la cohérence du caillot et à la non-décoloration de l'urine 2° albumine condensée sous forme d'un bouchon albumineux légèrement teinté en brun, nettement apparent. 3° ce réactif n'expose à aucun danger même pour les couleurs les plus délicates, on peut le porter sur soi et faire la réaction au lit du malade.

J.-A. LESAGE.

**PHARMACOLOGIE.****Formulaire.****POUDRE CONTRE HERPÈS GÉNITAL (Gaucher).**

℞

Alun pulvérisé..... 1  
Poudre d'amidon..... 1 à 1 once.

Appliquer.

**POMMADE CONTRE LA SCIATIQUE (Oppolzer).**

℞

Aconitine amorphe ..... 1 partie.  
Axonge..... 100 parties.

M. Frictions loco dolente.

**EAU SÉDATIVE CAMPHRÉE OU LOTION AMMONIACALE (Raspail).**

Ammoniaque liquide à 0.92.... 2 onces.  
Alcool camphré..... 2½ drachmes.  
Chlorure de sodium..... 2 onces.  
Eau distillée..... 1 pinte.

Rubéfiant.

**POTION CONTR L'IVRESSE.**

℞

Acétate d'ammoniaque..... 2½ drachmes.  
Chlorure de sodium..... • 1 drachme.  
Infusion concentrée de café..... 1½ once.  
Sirop simple..... ½ once.

F s. a. A prendre, par moitié en 2 fois à ¼ d'heure d'intervalle.

## POTION DIAPHORÉTIQUE.

℞

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Acétate d'ammoniaque..... | 6 à 8 drachmes. |
| Sirop de puuch.....       | 1 ½ once.       |
| Eau de tilleul.....       | 5 onces.        |

Par cuillerées dans la journée.

## CONTRE LES TACHES DE ROUSSEUR.

℞

|                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| Chlorhydrate d'ammoniaque.....  | } à à 1 drachme. |
| Acide chlorhydrique à 1/10..... |                  |
| Glycérine.....                  | 1 once.          |
| Lait virginal.....              | 2 onces.         |

Toucher deux fois par jour les taches de rousseur.

## VARIÉTÉS

*Fécondité extraordinaire.*—Je lis quelque part qu'une italienne des environs de Rome vient de donner le jour à son soixante-deuxième enfants. Elle aurait eu ainsi 41 filles et 21 garçons en 26 ans. Elle est âgée de 59 ans. Mariée à 28 ans elle a eu successivement une fille, puis 6 garçons d'un seul coup, puis 5 garçons, 4 filles, enfin une longue série de jumeaux terminée par une finale de 4 garçons d'un seul coup. Si cette femme se fut mariée à 18 ans, elle aurait pu prétendre à la centaine d'enfants. Il ne manque qu'un détail à tout ceci, c'est le nombre des survivants.

Quel heureux père !.....*Si non e vero.....*

*Le solol dans la blennorrhagie.*—Le solol administré à la dose de 5 à 8 gram. par jour aurait pour effet de changer complètement le caractère de l'écoulement. Un auteur raconte qu'il aurait obtenu en trois jours la suppression complète de tout écoulement. Le mode d'action serait probablement dû à l'antisepsie de l'urine obtenue par ce moyen et agissant sur le point infecté.

*Iodure de potassium et scarlatine.*—On prétend que tout enfant qui a été soumis à un traitement par l'iode de potassium ne contracte pas la scarlatine. Un auteur en cite plusieurs exemples, et il pense que c'est une médication préventive qui mérite d'attirer l'attention des médecins.

*Respect au.v morts.*—On a beaucoup écrit en France, durant ces derniers temps, sur le respect que doit avoir un "homme de l'art" pour les morts. Dans un grand hôpital de Paris, récemment, on s'est permis de faire l'autopsie d'un cadavre. Rien de plus naturel me dites-vous. Oui, mais là où surgit le scandale c'est qu'un médecin légiste, spécialement commis par le parquet pour faire l'autopsie du dit cadavre—il s'agissait d'une mort mystérieuse—se trouve en présence d'un crâne veuf de son cerveau, et d'un canal rachidien veuf de sa moëlle. Eviscération complète ; au lieu d'un foie, il y en avait deux. L'interne avait devancé le légiste. Grand émoi, pas de rapport, grand scandale.

On parle de respect des morts. Les médecins n'en ont aucun disent les profanes. Et à ce propos, un journaliste avisé raconte, dans la *Gazette Médicale* de Nantes, le fait suivant arrivé à un ancien interne à Paris, devenu, dans la suite, membre de l'Institut.

Il existe une clause oubliée d'un règlement d'hôpital qui dit que " la mort d'un malade devrait être constatée, au moment où elle se produisait, par l'interne de service à défaut de son chef."

Un jour, notre interne se trouva en mauvais termes avec la sœur hospitalière. En compensation, cette dernière choisit la première occasion qui se présenta, d'appliquer la clause oubliée du règlement. La nuit suivante, un malade mourut ; on fit descendre l'interne pour constater le décès.

Il examine le mort. Et comprenant qu'on avait voulu lui être désagréable, il dit : " Mais non ! Cet homme n'est pas mort ; il y a de la ressource. Faites apporter immédiatement une baignoire. Vous mettez le malade toutes les demi-heures dans l'eau et, dans l'intervalle des bains, tout le monde s'occupera à le frictionner et à le masser sur toutes les parties du corps. La sœur dirigera toutes ces opérations."

On passa la nuit à baigner et à frictionner un cadavre.

On dit que 'es "hommes de l'art" n'ont pas de respect pour les morts et que la sœur renonça à l'application du règlement.

*La recherche des oxyures et médecine légale.*—A propos d'un assassinat arrivé à Lyon, le professeur Lacassagne recueillit, sur le lit de la victime, un bloc de matières fécales déposés par l'un des assassins présumés ; six individus avaient été arrêtés. L'examen décéla la présence d'une vanglaine d'oxyures femelles. L'individu qui avait déféqué était donc atteint de ces parasites. M. Lacassagne fit des cueillettes à l'anus de chacun des inculpés au moyen d'un tige en verre. Le résultat fut négatif chez cinq d'entre eux. Chez le sixième il constata la présence d'une vingtaine d'œufs, mais aucun oxyure. Peut-être eut-il fallu poursuivre ces agréables recherches, mais on ne le fit pas. Était-ce l'assassin ? Tout chemin mène à la justice !.....

*Hygiène sexuelle.*—Au cours d'une discussion sur l'hygiène sexuelle, Hoerschelmann, à une assemblée de la Société Médicale Allemande, tenue au mois mai 1899, présenta un travail très intéressant touchant la position du médecin vis-à-vis de ses clients. Cette savante dissertation peut se résumer en ces quelques propositions : 1° Il n'est pas prouvé, et au point de vue médical il n'est pas établi que la continence sexuelle ne soit contraire à la santé d'un jeune homme ou d'une jeune femme bien portants de corps et d'esprit. 2° La continence sexuelle dans des conditions normales ne conduit pas fatalement vers l'onanisme ou la masturbation. 3° Au point de vue médical le médecin n'est pas justiciable d'encourager un jeune homme sain de cohabiter illégalement avec une femme pour conserver sa santé. Un tel conseil ne doit pas être donné pour aucune raison.

*Se coucher sur le côté gauche.*—Jacobi croit que la grande difficulté que beaucoup de personnes éprouvent à se coucher sur le côté gauche, est due au peu de support du cœur, par les autres organes dans cette position. Le cœur deviendrait alors plus flasque, exigerait plus d'effort pour se vider, et rendrait la respiration par le fait même plus laborieuse.

*Faut-il évacuer le tube digestif avant de donner le chloroforme ?*—M. le Dr G. A. Gorbounod, après avoir subi lui-même onze interventions ayant nécessité l'anesthésie chloroformique, est arrivé à la conclusion qu'il vaut mieux ne pas évacuer l'intestin avant de prendre le chloroforme afin d'éviter les vomissements si fréquent après la chloroformisation.

*La tuberculose et les dents cariées.*—L'on ignore beaucoup trop que les dents cariées renferment souvent des bacilles de Koch, et que ceux-ci peuvent facilement passer à travers les lymphatiques et gagner les ganglions lymphatiques cervicaux, et de là, envahir les sommets des poumons. Il faut donc éviter toute négligence et faire traiter les dents cariées avant qu'il soit trop tard. Comme prophylaxie il est bon de consulter un bon dentiste une ou deux fois l'an.

*La ventilation de la chambre à coucher.*—D'après Lawson Tait, la tête du lit doit être placée près d'un mur intérieur. Si la chose est impossible, le plafond et le mur, sur une espace correspondant au lit, doivent être couverts d'une draperie fixée légèrement au mur dans le but d'empêcher la formation de chûtes d'air refroidi au contact du mur extérieur qui est froid, et qui sans cette précaution tomberait sur la personne endormie. C'est de cette façon que beaucoup de rhumes se contractent, et bien des bronchites fatales chez le vieillard aussi bien que chez l'enfant pourraient être prévenues à l'aide de cet expédient. On ne doit pas non plus placer au lit entre une fenêtre aux joints mal clos et le courant d'air d'une porte. La chambre peut assez facilement être ventilée pendant le sommeil en ouvrant légèrement la fenêtre, lorsque toutes les autres ouvertures de la pièce sont bien closes.

*La banane.*—Les bananes qui poussent dans presque toutes les contrées tropicales, sont très nutritives et représentent un aliment presque complet. Elles contiennent plus de 25 p. c. de matières organiques assimilables. Suivant Humboldt, elles sont 48 fois plus nutritives que les pommes de terre. Crickton-Campbell a constaté que la banane est 25 fois plus nutritive que le meilleur pain de froment. Les analyses de Thomas montrent la présence, dans la farine de banane, de 9.01 p. c. Il est préférable de se servir de l'amidon des fruits verts, car en mûrissant l'amidon se transforme en sucre. Au Vénézuëla la farine de banane est donnée comme nourriture aux enfants ; elle est également utile pour les adultes convalescents, les nourrices, etc., et sert d'aliment excellent pour les personnes qui souffrent de l'estomac. Dans l'Amérique Centrale, la Colombie, le Vénézuëla, la farine de banane est préparée sur une large échelle et est vendue sous le nom de musarine. Cette farine peut servir comme celle du froment, sauf à préparer le pain, car il n'y a pas de gluten. On a proposé diverses formules pour des préparations diététiques de banane. Une cuillerée à café de cette farine, dans une tasse de chocolat ou cacao, facilite la digestion de ces boissons.

## BIBLIOGRAPHIE

**Femme et nurse**, par le docteur SÉVERIN LACHAPELLE, professeur de pathologie générale et de pédiatrie à l'Université Laval, directeur médical de la Crèche des Sœurs de la Miséricorde. 1 vol. in-16.

L'auteur a voulu faire œuvre utile et il y a réussi. Depuis quelques années, on a fait des efforts constants et généreux pour améliorer le sort des jeunes enfants dont le chiffre de la mortalité est très élevé. C'est une œuvre qui s'inspire d'un beau sentiment de philanthropie. Et pourtant la tâche n'a pas été facile : il a fallu combattre des préjugés dont les racines puissantes datent de plusieurs générations. Heureusement, l'alarme est donnée, et des œuvres sérieuses, comme la *Goutte de lait* par exemple, sont venues vulgariser au sein des populations rurales les notions d'hygiène élémentaire dans l'alimentation du nouveau-né.

Le docteur Lachapelle a voulu synthétiser, dans un livre facile à lire, les connaissances utiles que les mères de familles et les nurses pourront et même devront appliquer, à l'occasion, au bénéfice de leurs nourrissons. L'auteur reçoit l'enfant à sa naissance, trace les règles de l'alimentation aux différents âges, et le suit jusqu'à l'adolescence en écartant, à chaque phase nouvelle, les maladies qui lui sont propres, soit par une hygiène préventive, soit par une médication appropriée. C'est ainsi que plusieurs chapitres sont consacrés au régime lacté pour l'enfant de un à douze mois. Dans ce premier chapitre, cependant, la maternisation du lait est considérée un peu trop comme une méthode aléatoire. Je ne suis pas de l'avis des auteurs sur lesquels on s'appuie pour nier les bons effets de ce genre d'alimentation. Les français ne connaissent pas ces méthodes et leurs critiques reposent sur des vues purement théoriques. C'est, sans aucun doute, une méthode qui donne des résultats magnifiques et quelquefois inespérés ; j'ai vu des cas qui ont fait ma conviction. C'est, évidemment, une méthode d'exception ; elle ne vaut pas l'allaitement maternel, mais elle vaut mieux que les autres méthodes à cause des garanties qu'elle offre et des résultats qu'elle donne.

Dans la deuxième partie l'auteur fait une revue rapide des maladies des enfants : L'hérédité, le poulx, la fièvre, les maladies éruptives, le ruma-tisme, la chorée, la coqueluche, la tuberculose, la grippe, le croup, les principales maladies de la peau y sont traités à un point de vue spécial.

Une dernière partie est consacrée à la médication infantile.

L'auteur a étudié un certain nombre de médicaments dont l'usage est reconnu et approuvé en thérapeutique infantile.

C'est un livre utile qui aidera le praticien comme la femme et la nurse.

J.-A. LESAGE.

---

**Dr SAMUEL BERNHEIM.**—**La tuberculose et la médication créosotée** (1 vol in-8° de 320 pages, Paris, 1901).

Cet ouvrage est divisé en deux parties bien distinctes : 1° dans la première est traitée la question de la créosote et de son principal élément actif : le gâfacol ; 2° dans la deuxième partie du volume sont étudiés, les uns après les autres, tous les polyéthers de la créosote.

Après avoir démontré que la créosote n'est pas un spécifique de la tuberculose au sens vrai du mot, l'auteur déclare que cet agent médicamenteux exerce cependant une action des plus énergiques sur le terrain tuberculeux. Le fait est incontestable et il est démontré expérimentalement et cliniquement que l'organisme bacillaire subit une transformation sous l'influence de l'agent de Reichenbach. Malheureusement, on n'a jamais pu définir la dose maxima tolérée de la créosote : cette dose maxima varie d'un malade à un autre.

de telle sorte qu'on est obligé de commencer par des doses minimales et d'augmenter graduellement chez tout phthisique. Même en agissant avec cette extrême prudence, on peut encore provoquer des accidents, à cause du produit lui-même. En effet il n'existe pas une *créosote*, mais de *nombreuses variétés de créosotes* qui sont essentiellement variables et comme teneur chimique et comme effet thérapeutique. "La créosote, dit M. Bernheim, est un composé difficile à manier, à cause de son inconstance, de sa causticité, de son état d'intolérance, de son instabilité".

Avec le gâïacol, on a déjà un produit chimiquement mieux défini, sans cependant être absolument constant. Les recherches faites avec ce produit ont démontré qu'il était moins efficace que la créosote elle-même, et qu'il n'était guère mieux toléré par l'organisme des tuberculeux.

En lisant cette première partie, on est tenté de croire que l'auteur est systématiquement opposé à la médication créosotée. Il n'en est rien. Il a apprécié à sa juste valeur l'efficacité de la méthode intensive, mais il estime qu'on expose par elle trop souvent le malade à des accidents, quelquefois graves. En est-il de même avec les polyéthers? Ces combinaisons créosotées bien définies au point de vue chimique, mieux préparées que l'ancienne créosote, ne doivent-elles pas se substituer à elle et former le véritable arsenal de la thérapeutique antibacillaire?

Il y a très nombreux ces polyéthers ou sels de créosote et M. Bernheim les passe successivement en revue pour en faire une étude détaillée. Nous ne pouvons le suivre dans tous les chapitres où foisonnent des faits expérimentaux, cliniques et thérapeutiques. Contentons-nous de parler de quelques-uns.

Le carbonate de créosote est un médicament excellent qu'on peut administrer à très haute dose même chez les enfants. Par lui, on peut facilement saturer l'organisme de créosote conformément à la théorie de Guttmann. Toutefois, cette combinaison créosotée renferme un acide faible qui n'a aucune action sur la transformation du terrain hypoaacide du tuberculeux. Or, d'après les recherches les plus récentes, ce qu'il faut obtenir par un médicament antibacillaire, c'est encore moins la saturation du torrent sanguin par la créosote que la transformation du terrain tuberculeux (hypoaacide) en terrain arthritique (hyperacide). Ce résultat on ne peut guère l'obtenir qu'avec un acide puissant tel que l'acide phosphorique.

C'est pour cette raison, que l'auteur, poursuivant les recherches déjà entreprises par d'autres expérimentateurs, a démontré expérimentalement et cliniquement qu'on peut réaliser cette transformation organique avec le phosphate de créosote. C'est, d'après lui, le médicament de choix dans le traitement de la phthisie. Il agit autant par l'acide phosphorique, que par la créosote et l'auteur rapporte dans son livre un très grand nombre de cas de tuberculose pulmonaire, dont la marche a été heureusement influencée par des injections sous-cutanées de phosphate de créosote. Ce produit, qui n'est ni toxique, ni caustique, est facilement toléré, et la dose maxima en est connue. Son action est à longue portée, ce qui veut dire qu'il est utile de temps à autre de suspendre le traitement, pour permettre à l'organisme saturé d'éliminer l'acide phosphorique et la créosote.

Après le phosphate et le tannophosphate de créosote, l'auteur examine successivement la valeur thérapeutique d'autres composants, tels que le valériannate, le camphorate, le cacodylate de gâïacol, le gâïaforme, et qui insiste particulièrement sur l'efficacité du créosoforme employé dans les affections tuberculeuses chirurgicales.

Puis, sous forme de chapitre de conclusion de son livre, M. Bernheim revient encore une fois sur l'importante question de la transformation du terrain hypoaacide du tuberculeux en terrain hyperacide, résultat qu'on ne peut guère obtenir qu'avec les combinaisons phosphorées de la créosote.

Ce livre jettera un peu de lumière dans la thérapeutique de la phthisie. Très documenté de faits expérimentaux et d'observations cliniques, il intéressera vivement le praticien.

**Formulaire des médicaments nouveaux pour 1902**, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris.— Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux.— 1 vol. in-18 de 322 pages, castonné.— (Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris.— Prix, 3 francs).

L'année 1901 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux: le *Formulaire* de BOCQUILLON-LIMOUSIN est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1902 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier: *Agurine*, *Amyle* (*Salicylate et Valrianate d'*), *Apo-codéine* (*chlorhydrate d'*), *Azimol*, *Bismyose*, *Calaya*, *Calcinol*, *Camphorates*, *de créosote*, *de gaiacol*, *de pyramidon*, *Chinol*, *Chloralothoforme*, *Cru-rine*, *Dymal*, *Eosolate de quinine*, *Eupyrine Fortoïne*, *Gabianol*, *Glycosolvol*, *Hermophényl*, *Ichtargane*, *Ichtoforme*, *Iodolène*, *Iodopyrine*, *Lécithine*, *Lygo-sine*, *Lysoforme*, *OËtol*, *Sanatogène*, *Sapodermine*, *Sapolane*, *Sidonal*, *Tan-nate de créosote*, *Tannocréosoforme*, *Thiopyrine*, *Triferrine*, *Tyratol*, *Yohimbine*, *zomol*, et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que: *Aïrol*, *Benzacétine*, *Caodylate de soude*, *Caféine*, *Chloralose*, *Cocaïne*, *Eucaïne*, *Ferripyrene*, *Formol*, *Glycérophosphate*, *Ichtyol*, *Iodol*, *Kola*, *Levure de bière*, *Menthol*, *Pipérazine*, *Ré-sorcine*, *Salypirine*, *Salophène*, *Somatose*, *Strophantus*, *Trional*, *Urotropine*, *Vanadate de soude*, *xéroforme*, etc.

Le *Formulaire* de BOCQUILLON-LIMOUSIN est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés: synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, mode d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

**Radiothérapie et Photothérapie**, par le Dr L.-R. RÉGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-16 de 95 pages, cartonné (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillièrè et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Depuis les origines de la médecine, l'influence bienfaisante de la lumière solaire a été empiriquement reconnue et utilisée; depuis environ un siècle seulement, des données positives ont été acquises sur son mode d'action. L'utilisation curative de la lumière artificielle remonte à peine à quelques années.

Après un rapide exposé de l'action physiologique de la lumière et des rayons X, le Dr Régnier étudie l'héliothérapie et surtout l'électro-photothérapie; il décrit les divers appareils inventés pour les bains de lumière artificielle et leurs effets physiologiques. Puis il passe aux indications thérapeutiques de la photothérapie et de la radiothérapie; il montre l'utilisation de la chaleur radiante lumineuse dans les maladies par ralentissement de la nutrition, dans les maladies des organes respiratoires et dans les affections génito-urinaires ou chirurgicales; il étudie l'action de la lumière froide, de la lumière colorée et des rayons actiniques dans les maladies nerveuses, les fièvres éruptives et le lupus.

Il termine par l'étude de la radiothérapie.