

PAGES

MANQUANTES

Travaux Originaux

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA FIXATION DU REIN

Par le DR ARTHUR SIMARD, professeur d'anatomie pratique et médecine opératoire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

La gravité du rein mobile n'est plus discutable à l'heure actuelle. Non pas que la mobilité rénale, si fréquente, puisque près de 15% des femmes en sont atteintes, présente toujours le même indice de gravité. Non plus que l'on ne doive prétendre avec Lawson Tait que tout rein mobile soit nécessairement malade, mais la gravité des symptômes qui en sont souvent la conséquence, complications d'ordre mécanique, comme l'étranglement rénal, l'hydronéphrose intermittente avec ses complications possibles de nature infectueuse, pyélonéphrite et pyonéphrose, troubles nerveux, affections des organes digestifs, lui fait, de droit, prendre rang parmi les affections sérieuses de la pratique médicale journalière.

Certes, un bon nombre de femmes qui ont un rein mobile ou flottant, n'en souffrent pas, n'en ont jamais souffert et en ignorent même l'existence.

C'est que, cette anomalie ne constitue pas généralement à elle seule, une entité morbide.

La mobilité rénale n'est pas tout en l'espèce. Elle peut être le symptôme prédominant, soit par les phénomènes douloureux qu'elle provoque directement, les troubles nerveux et digestifs qui l'accompagnent, soit encore par les complications

rénales rendues possibles par cette mobilité même. D'autre part, le rein mobile n'est qu'un simple accident, un élément d'une maladie générale, l'insuffisance physiologique des tissus suivant la théorie de la dégénérescence congénitale mise de l'avant par M. Albarran.

L'entéroptose tiendrait ici la première place.

Il faut avoir ces notions bien présentes à l'esprit lorsqu'il s'agit de juger du meilleur parti à prendre dans l'ordonnance du traitement de cette grave affection que le temps et l'âge du malade n'améliorent pas.

Les femmes, en raison de la moindre profondeur de la loge rénale et de son évasement à sa partie inférieure (Déletzine & Volkoff), peut-être du port d'un corset serré, de l'influence des grossesses fréquentes et à intervalles rapprochés qui produisent une flaccidité de la paroi avec diminution de la pression intra-abdominale dont l'influence sur la fixité du rein a été expérimentalement démontrée par Déletzine & Volkoff, représentent près de 90% des malades souffrant de mobilité rénale.

C'est la douleur qui attire le plus souvent l'attention des malades et les amène à consulter.

Or, rien de plus variable que les manifestations symptomatiques du rein mobile. En pratique, trois formes peuvent assez bien se caractériser suivant le syndrome qui joue le premier rôle. La forme douloureuse: une douleur localisée existe au niveau de la fosse lombaire, douleur sourde accompagnée ou non de diverses irradiations souvent le long de l'urètre, exaspérée à l'époque des règles, assez forte parfois pour simuler une péritonite aigue que Diettel a désignée sous le nom de d'étranglement rénal. Ces crises douloureuses ne sont pas généralement dues à une simple congestion rénale. Elles ont été attribuées avec raison à de l'hydronéphrose intermittente par occlusion de l'urètre, occlusion due à des adhérences anormales ou au con-

traire à une laxité des attaches urétérales à la sortie du bassin, soit à l'existence d'une branche anormale de l'artère rénale sur laquelle l'urètre vient s'étrangler (Legueu) etc., etc.

C'est l'oblitération temporaire par couture, plicature de l'urètre qui est l'élément important dans la production de ces crises douloureuses d'hydronéphrose intermittente avec tout le cortège symptomatique à grand fracas si caractéristique.

À côté de ces formes diverses où la douleur joue un rôle prédominant, se placent celles où, avec des manifestations douloureuses du côté du rein, on note une série de symptômes ressortissants d'un affaiblissement accentué du système nerveux tels que : troubles sensitifs divers, faiblesse musculaire, céphalalgie, névropathies sensorielles. C'est la forme dite neurasthénique dans laquelle l'élément nerveux prime le déplacement rénal.

Ces malades appartiennent à la grande classe des dégénérés mentaux, névropathes avérés, hystériques souvent chez lesquels la mobilité rénale n'est qu'un épiphénomène accessoire de leur état général.

Enfin, la troisième catégorie comme la forme neurasthénique se rattache à la première par des manifestations douloureuses du côté du rein, mais présente comme caractère particulier l'existence de troubles digestifs variés, rebelles au traitement habituel : dyspepsie flatulente, dilatation de l'estomac, entérite muco-membraneuse, etc. C'est ici que l'on rencontre l'entéroptose sous toutes ses formes, sur laquelle Glénard a tant insisté : chute de l'estomac, du colon, ptose du paquet intestinal, relâchement des moyens de soutien de l'utérus, etc., etc. Cette division des malades est bien un peu schématique et si elle est utile pour le classement, elle est loin d'être arbitraire. Car en clinique, entre le simple rein mobile produisant par son déplacement quelques douleurs sourdes, ou mieux une gêne perçue de temps à

autre et celui qu'accompagne la longue théorie des troubles nerveux et stomacaux, il y a place pour une foule d'intermédiaires qui ne peuvent être classés que par la prédominance de tel ou tel symptôme en particulier.

Néanmoins, elle est d'un grand secours dans la discussion du traitement qu'il convient d'instituer pour tout malade souffrant de mobilité rénale.

Tout rein mobile est-il justiciable d'une intervention sanglante ?

Certès non. Quand il n'est pas douloureux et n'occasionne aucun trouble, il ne réclame pas de traitement. Si le rein mobile n'est qu'un simple élément d'une entéroptose bien caractérisée le traitement médical est de mise.

Pour maintenir le rein en place on a lancé bien des ceintures dont les plus connues sont celles de Glénard et de Tuffier.

Ce qu'il faut savoir, c'est qu'elles remplissent généralement, assez mal l'indication. Non seulement elles peuvent provoquer des douleurs abdominales, mais elles ne seraient pas inoffensives pour la glande rénale. Menge a constaté dans 15 cas du sang et de l'albumine dans les urines. Et puis il faut bien l'admettre, dans l'effort, même dans la position debout les bandages avec pelote ne maintiennent pas le rein dans sa loge. En fin de compte le meilleur bandage serait une simple ceinture abdominale qui soutiendrait la paroi affaiblie.

Si les appareils quelqu'ils soient ne produisent pas la cessation des douleurs on est autorisé à intervenir.

Il est bien entendu que pour tous les cas où il s'agit d'un rein douloureux, ou sujet à des crises d'hydronephrose intermittente l'intervention ne se discute pas. Car la gravité du rein mobile est un fait indéniable aujourd'hui, et comme l'inocuité de l'opération bien conduite est aussi un fait établi, on peut fort bien assurer que là où un bandage réussit la fixation sera encore

préférable vu qu'elle mettra le malade à l'abri des complications toujours possibles avec le port d'un bandage.

Non pas que l'opération guérisse tous les cas. Le plus grand nombre des malades souffrant d'accidents douloureux dus à la simple mobilité rénale seront certes guéris, mais pour ceux qui ont des accès d'hydronéphrose intermittente la fixation mettra bien un terme aux accès douloureux d'hydronéphrose, mais le rein trop souvent touché par les accès successifs de distention et de rétention ne recouvrera pas son intégrité anatomique et ne fonctionnera pas normalement (Tuffier).

Il faut savoir aussi que les troubles digestifs sont moins souvent guéris que les accidents douloureux.

Les plus tenaces à disparaître sont les troubles nerveux ; le terrain névropatique étant la grande pierre d'achoppement de tout traitement.

En résumé dans la grande majorité des cas c'est au traitement chirurgical qu'il faut avoir recours.

Un procédé idéal de fixation doit assurer la *solidité* des adhérences et ne pas être *nocif* pour la glande rénale.

Les procédés qui comportent comme partie essentielle le passage de fils suspenseurs à travers la substance rénale ont tous le désavantage de faire un traumatisme, des lésions de la substance noble, petites ecchymoses, avec dégénérescence comme suite, des traînées de tissus fibreux détruisant la substance glomérulaire. Ces traumatismes peuvent provoquer l'oligurie, l'anurie et parfois l'albuminurie et la cylindrurie. Il est vrai que ces conséquences ne se produisent pas ordinairement, ni immédiatement ni médiatement, mais il suffit que cela puisse se produire quelquefois comme cela d'ailleurs se produit pour affirmer que la transfixation rénale n'est pas exempte de nocuité. D'ailleurs, des expériences sur des animaux font voir que la transfixion du viscère faite avec fil pour le soutenir, produit

une altération des glomérules, ce qui n'est pas négligeable en l'espèce, et si on en croyait le Prof. Joseph Ruggi de Bologne on provoquerait une sécrétion interne excessive pouvant expliquer les phénomènes douloureux qui persistent après fixation en même temps les phénomènes du côté du système nerveux, mais ceci n'est que pure théorie bien entendu.

Le fait cependant que l'on trouve après fixation au moyen de fils [de l'albumine et de la cylindrurie, quelquefois du sang, est une preuve que ce procédé n'est pas parfaitement inoffensif pour la substance rénale.

L'opération pratiquée par Senn et Deaver procure, à n'en pas douter, des adhérences solides et assure ainsi une fixité réellement indiscutable. Cependant ce procédé qui consiste, comme tous les chirurgiens le savent, à entourer le rein décortiqué de la capsule graisseuse, de bandes de gaze afin d'obtenir une granulation étendue et ensuite une cicatrisation solide n'est pas à l'abri de la critique. A part le fait de la cicatrisation secondaire toujours longue, ce procédé laisse souvent après guérison des douleurs dans la région rénale ce qui n'est pas un résultat dont on doive se louer. Mais voilà qui est plus sérieux encore. Le tissu fibreux très dense, résultat de la cicatrisation secondaire, englobe le rein, parfois l'étrangle et produit des adhérences urétérales avec coutures fixes qui ont déjà nécessité la néphrectomie.

Si la solidité de fixation qu'il procure est définitive et plus certaine que par les procédés de soutien par des fils, il a contre lui le fait sérieux de produire dans la suite des lésions de circulation rénale et souvent de l'écoulement de l'urine qui en font un procédé aucunement inoffensif et partant inférieur.

Penrose et Beyea de Philadelphie ont proposé en 1901 un nouveau procédé dans le but d'obvier aux inconvénients des autres méthodes.

Il se recommande, par sa simplicité d'exécution, son innocuité vis-à-vis du rein et par la solidité de la fixation qu'il procure.

Il consiste essentiellement en ceci : incision lombaire de préférence celle de Guyon, ouverture du feuillet postérieur de l'aponévrose périrénale de Gerota-Zuckerkanndl bien étudiée par Glantenay et Gosset, décapsulisation graisseuse, excision de préférence, pour empêcher que le feuillet adipeux vienne se placer entre la capsule propre et le carré lombaire, puis, sortie du rein par l'ouverture de l'incision. On passe alors à travers la peau, et la masse musculaire, un tube à drainage assez volumineux (No 21 à 22) d'un côté de l'incision, puis on choisit au pédicule rénal, dans le fascia périrénal antérieur, un endroit au dessous du bassin et vaisseaux, (un centimètre au-dessous) pour y faire passer le tube que l'on ramène de l'autre côté de l'incision à travers muscles et peau. Le pôle inférieur du rein se trouve ainsi embrassé par un lien en caoutchouc. On fait la même manœuvre pour le pôle supérieur, en passant un autre tube à un centimètre au-dessus du pédicule rénal, Les deux pôles du rein se trouvent ainsi embrassés par deux liens qu'il ne s'agira que de fixer pardessus la peau pour maintenir la capsule propre du rein en contact immédiat avec les muscles pour y faire ses adhérences. La plaie est alors fermée par deux plans de sutures, un pansement aseptique est appliqué et pardessus on noue les tubes deux par deux.

Les tubes sont enlevés au 21^e jour, sans aucune difficulté, temps suffisant pour donner aux adhérences une solidité qui ne demande plus de soutien.

On peut voir que le procédé est simple, maintenir par deux tubes temporaires le rein en place pendant qu'il fait ses adhérences. Le but est de faire adhérer le rein, et les différents procédés ne visent qu'à le soutenir pendant que les adhérences se

forment et acquièrent de la solidité. Je n'ai pas à insister sur la simplicité de cette intervention et en même temps sur son innocuité.

Ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est que ce procédé ne comporte ni lésions du rein par le passage de fils à travers les éléments nobles comme dans les procédés de fixation classiques, ni les dangers inhérents à la méthode de Senn—Deaver et analogues qui par la production d'une cicatrisation secondaire toujours très rétractile et qu'il est impossible de limiter comme étendue, risque d'étrangler le rein dans une gangue fibreuse, de produire des adhérences urétérales trop souvent suivies de conséquences sérieuses.

C'est ce procédé que nous avons employé chez 8 malades dont nous présentons les observations.

Sans être aussi enthousiaste que Beyer Johnson et autres qui citent une série ininterrompue de succès, nous croyons que ce procédé mérite de prendre rang parmi les bonnes méthodes de fixation et qu'il se recommande par son innocuité vis-à-vis de la glande rénale.

Nous apportons 8 observations qui légitiment, ce nous semble, une opinion favorable.

Six de nos malades qui souffraient de rein flottant ont été guéries et se maintenaient en bon état après une année. L'une, obs. III, a été classée comme un insuccès. Nous devons dire qu'elle avait été l'une de nos premières opérées et que nous avons peut-être trop demandé à la méthode. Au lieu de maintenir le rein en position par deux tubes suspenseurs, un seul fut employé au pôle inférieur, ce qui avait paru être suffisant, malheureusement le rein a évolué sur son axe transversal et s'est fixé dans une mauvaise position. Réopérée un an après, le rein fut trouvé fixé, abaissé et placé obliquement de dehors en dedans, de volume et de consistance normale, apparemment sain. L'autre

malade, obs. VII, une névropathe avérée, avec une ptose intestinale évidente n'a pas bénéficié longtemps de la fixation de son rein déjà gros et sujet à des crises douloureuses très fréquentes. Elle revint plusieurs mois plus tard, avec son rein notablement augmenté de volume, hydronéphrotique, très douloureux, redevenu flottant. Une néphrectomie fut jugée nécessaire.

En résumé, chez six malades le résultat fut parfait. Il ne serait pas juste de mettre au passif de la méthode la malade dont le rein fut insuffisamment fixé, c'est le chirurgien qui doit en porter la responsabilité. L'obs. VII est un insuccès qui aurait peut-être été difficilement évité avec les autres méthodes, à cause de l'augmentation rapide du poids du rein et de l'existence d'un relâchement manifeste des tissus de soutien des organes abdominaux, mais ce n'est que de l'hypothèse et le fait brutal c'est la reproduction rapide de la mobilité.

Maintenant quel bénéfice ces malades ont-elles retiré de l'intervention chirurgicale ? Toutes avaient accusé l'élément douleur comme symptôme principal les amenant à réclamer une intervention. Quatre malades qui avaient des crises d'hydronéphrose intermittente se maintenaient en excellente condition après un an. Sur les trois malades, chez lesquelles les troubles du côté des organes digestifs jouaient le premier rôle, deux furent considérablement améliorées, l'autre n'eut qu'une amélioration temporaire, obs. III. Si les douleurs disparurent après une seconde intervention les troubles stomacaux et nerveux n'en persistaient pas moins quelques mois après. La malade qui fait le sujet de l'obs. VII, type neurasthénique, dégénérée ne fut nullement améliorée même par la néphrectomie. Les douleurs rénales seules disparurent mais elle continua à souffrir comme par avant. Ces résultats ne présentent rien de spécial, ils ne sortent pas de l'ordinaire. D'ailleurs là n'est pas le point

spécial de ce travail. La valeur du procédé de Beyea est seule en question.

Est-il destiné à détrôner les autres procédés, nous croyons qu'il serait à l'heure actuelle téméraire de le prétendre. L'opinion ne sera vraisemblablement formée sur sa réelle supériorité que lorsqu'il aura subi l'épreuve du temps et de l'expérience d'un plus grand nombre. Pour le moment, sa simplicité, son innocuité s'imposent. En est-il de même de la solidité de fixation qu'il doit assurer, c'est le point important qu'il s'agirait de trancher. Nous sommes porté à croire que bien conduite cette méthode doit pouvoir donner ce qu'elle promet, et en cela elle se place sur un pied d'égalité avec les méthodes courantes.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

I— Mlle L... 24 ans. Souffre depuis 5 ans, douleurs abdominales pendant la marche avec maximum dans l'hypocondre droit, crises douloureuses fréquentes, troubles stomacaux, intestinaux et neurasthéniques.

Rein flottant presque dans la fosse iliaque droite. Urine normale. Opérée par la méthode de Beyea, nov. 1903. Résultat très bon. Revue l'année suivante en très bon état de santé.

II— Mme S... 46 ans, 5 enfants, consulte pour des crises de douleurs siégeant dans le flanc droit. L'une d'elles fut traitée pour de l'appendicite. Etat général bon. Rein flottant et douloureux. Opéra. juin, 1903. Revue 8 mois après, résultat parfait.

III— Mme J. L... neurasthénique, troubles stomacaux, rein flottant, douloureux, opérée 1903, un seul tube, insuccès. Réopérée quelques mois plus tard, le rein est trouvé fixé, en position basse, obliquement de haut en bas de dehors en dedans. Neurasthénie et troubles stomacaux persistent.

IV— Mme G... 26 ans, 3 enfants, rein mobile, crises de douleurs, légers troubles digestifs, Névropathe opérée. mars 1903, résultat très bon. Revue 10 mois après opération, rein bien fixé. Etat général très amélioré.

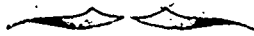
V— Mme N... 34 ans, 4 enfants, rein mobile, troubles stomacaux, débilité générale, douleurs continuelles. Opéra. avril. 1904.

Résultat bon. Revue plusieurs mois après, santé générale très améliorée, rein fixé, non douloureux.

VI— Mme T. . . 38 ans, un enfant, neurasthénie, rein mobile, douloureux au moment des règles, ordinairement gêne dans la région lombaire, digestions laborieuses, opéra. mars 1904, douleurs disparues, état général meilleur, troubles stomacaux persistant mais très améliorés, rein solidement fixé, n'a pas donné de ses nouvelles depuis.

VII— Mlle V. . . 28 ans, névropathe dégénérée, rein flottant douloureux, troubles digestifs profonds, opération avril 1904, rein de consistance molasse plus gros que normalement albumine. Résultat immédiat, rein fixé, état général nullement modifié. Revue un an après, rein très gros, douloureux, albumine; néphrectomie, troubles nerveux et stomacaux persistent.

VIII— Mme C. . . 29 ans, 2 enfants, état général bon, léger trouble nerveux, système digestif peu touché, crise d'hydro-néphrose intermittente, rein mobile, op. déc. 1904, résultat bon et se maintenant quelques mois plus tard.



LA LACTO-GLOBULINE COMME ALIMENT

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

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

UTERUS FIBROMATEUX COMPLIQUÉ DE GROSSESSE MYOMECTOMIE.

Par le Dr A. Marois professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

L'observation suivante que je dois à l'obligeance de M. le Dr Paquet me permet de présenter aux lecteurs du Bulletin Médical, un cas intéressant de mon service à l'Hôtel-Dieu.

Madame D. âgée de 38 ans, se présente au mois de septembre dernier pour une tumeur douloureuse de l'abdomen. Mariée depuis 11 ans, elle a eu un enfant il y a 10 ans, dont l'accouchement long et laborieux a duré près de 48 heures; à la suite il y a eu injection puerpérale. Elle est restée au lit pendant 4 semaines. Un ans après, la malade a eu une fausse couche de deux mois; rien de particulier n'a été remarqué à ce moment. Menstruée pour la première fois à 14 ans, elle perdait pendant 3 ou 4 jours en quantité normale, avec douleur, deux jours avant et tout le temps de l'écoulement. La menstruation a toujours été régulière, apparaissant toutes les 4 semaines. Dernières règles au milieu de juin 1905, rien de particulier. Depuis son mariage, elle a eu un peu de leucorrhée intermittente.

Rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Histoire de la maladie.— Au commencement d'août 1905 elle avait des nausées le matin quand elle était à jeun; elle s'est aperçue à ce moment que ses seins augmentaient de volume et que la pression sur le mamelon faisait sortir quelques gouttes de cholostrum. Vers la fin de ce même mois elle a commencé à éprouver de la douleur dans les reins et le bas-ventre, douleur inconstante, le plus souvent calmée par le repos.

du lit, et s'irradie dans les membres inférieurs. Cette douleur a augmenté graduellement depuis ce temps et elle est tellement intense aujourd'hui que la malade ne peut plus ni marcher ni s'asseoir ; elle se tient constamment sur le dos et immobile, car le moindre mouvement réveille ou exagère la douleur. Au mois de septembre, son médecin l'a examinée et lui a trouvé une tumeur et c'est sur son conseil que la malade est venue à l'hôpital. Depuis lors la tumeur est devenue perceptible à la malade elle-même et elle nous affirme qu'elle augmente rapidement.

Le plus souvent ses selles sont diarrhéiques et fétides. Elle souffre d'hémorrhoides. Les mictions sont fréquentes, 2 ou 3 la nuit, 7 ou 8 le jour, et parfois douloureuses. L'examen ne fait trouver rien d'anormal dans les urines.

La température est à 99° le soir et normale le matin. Le pouls est petit et rapide, 105 à 110 à la minute.

Son appétit a considérablement diminué et elle ne prend guère que du lait, car les autres aliments lui causent de la douleur à l'estomac ; aussi a-t-elle maigri beaucoup.

A l'inspection du ventre on remarque une tumeur évidente uniformément développée, occupant le milieu de l'hypogastre. Au palper elle est renitente et lisse dans sa moitié supérieure mais en bas, à l'entrée du bassin on touche des bosselures qui se constatent encore mieux par le toucher vaginal combiné au palper. Par cet examen il est facile de les percevoir, occupant le côté droit, appuyées sur le détroit supérieur, dures, fixes, ayant des rapports intimes avec la tumeur principale. En outre la muqueuse vaginale, est bleuâtre violacée, le col de l'utérus, situé très-haut, près de la symphise pubienne est un peu ramolli.

Les culs de sac latéral gauche et postérieur sont complètement libres.

Le *diagnostic* utérus fibromateux compliqué d'une grossesse nous a paru assez facile à faire. L'arrêt brusque de la mens-

truation chez une femme bien réglée, les nausées, l'hypertrophie des seins et la sécrétion du cholastrum, la couleur violacée de la muqueuse vaginale et le ramollissement du col, le développement rapide de l'utérus forment un ensemble de signes capables de donner une quasi-certitude de grossesse.

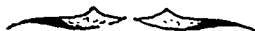
Quand aux fibromes, la présence de masses dures faisant corps avec l'utérus survenant chez une femme de 38 ans dont l'accouchement antérieur s'est fait avec de grandes difficultés et qui a eu dans la suite une fausse couche *sine causas* qui n'a pas eu de grossesse depuis ce temps, établit une grande présomption en cette faveur.

Que fallait-il faire? Laisser la malade dans cette position jusqu'au terme de sa grossesse ou intervenir immédiatement. Ou autrement les fibromes qu'elle porte forment-ils un obstacle sérieux au développement de la grossesse et à l'accouchement?

Il n'y a pas de doute qu'en laissant la grossesse suivre son cours sans aucune intervention, cette malade était exposée soit à un accouchement prématuré et par conséquent à la mort à peu près certaine de son enfant, ou la grossesse arrivant à son terme normal, les fibromes vu leur situation sur la face antérieure de l'utérus en arrière du pubis auraient été un obstacle infranchissable pour l'accouchement par les voies naturelles.

L'état de souffrance dans laquelle était la malade lui a fait accepter l'intervention avec reconnaissance. L'abdomen ouvert j'ai trouvé un utérus grande d'à peu près 4 mois $4\frac{1}{2}$ mois, deux fibromes sous-péritoneaux dont l'un de la grosseur du poing et l'autre un peu plus petit étaient situés sur le segment inférieur et antérieur de l'utérus à droite de la ligne médiane en arrière du pubis—Ces deux fibromes auraient certainement été un obstacle insurmontable à l'accouchement à terme.— J'ai pu faire avec la plus grande facilité une myomectomie ou énucléation de ces deux fibromes. Un troisième petit fibrome pédiculé situé vers

le fond de l'utérus a aussi été enlevé.— Les suites opératoires n'ont présenté rien d'anormal. La grossesse a continué son cours et la malade a quitté l'hôpital aussi bien rétablie que son état pouvait le permettre et convaincue qu'elle pourrait grâce à notre intervention, jouir de la présence d'un enfant longtemps désiré.



LES TRAITEMENTS DES ENTÉRITES, par le Dr M. JOUAUST
1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné : 1 fr. 50. (*Actualités médicales.*) Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Le travail du Dr JOUAUST a pour objet de passer en revue les multiples traitements qu'on a opposés aux Entérites de manière à dégager celui qui s'applique le mieux à chaque modalité de la maladie. Les régimes alimentaires sont tout d'abord longuement passés en vue, régime lacté, végétarien, carné, régimes de Lenbe, de Bouchard, de Mathieu, de Soupault, de Combe, de Bourget, etc.

Viennent ensuite les traitements médicamenteux contre la constipation ou la diarrhée, et contre le spasme et la douleur ; puis les traitements par les agents physiques (lavages' hydrothérapie, de massage, ceinture) enfin le traitement chirurgical.

Les chapitres suivants traitent de la psychothérapie, de l'isolement et des cures d'air, puis des stations thermales françaises (Plombières, Luxeuil, Châtel-Guyon, Aichy et étrangères, enfin de l'électrothérapie.

Ce petit volume des Actualités médicales est une excellente mise au point de la question et des traitements préconisés par les praticiens les plus autorisés dans une maladie de plus en plus fréquente.

Analyse

TUBERCULOSE RÉNALE. — DIAGNOSTIC ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

ALBARRAN " Presse Médicale " 6 Oct.

1. *La tuberculose rénale, primitive ou secondaire, est le plus souvent unilatérale.*— Pour faire cette affirmation l'auteur se base sur des constatations d'autopsie, malades morts de tuberculose rénale et sur des documents cliniques. Il a revu en outre et examiné soigneusement un grand nombre de malades néphrectomisés pour de la tuberculose, aujourd'hui bien portants.

Il a recueilli sur d'autres et étudié séparément l'urine des deux reins. Cette statistique porte sur un nombre considérable de cas et d'après ces chiffres on pourrait dire que au moment où le chirurgien voit les malades la proportion des cas avec lésion unilatérale est de 90 pour 100. En réalité la proportion est d'au moins 85 pour cent.

2. *La tuberculose rénale conduit fatalement à la destruction du rein; elle ne guérit spontanément que par rétrécissement ou oblitération de l'uretère.*—Preuves fournies par les mêmes méthodes d'investigation. Habituellement nous voyons les malades de deux à quatre ans après le début de leur maladie; certains peuvent vivre huit, dix ans et davantage. Il ne faut pas s'illusionner et croire à une guérison quand il n'y a qu'une survie.

3. *La maladie présente un danger extrême pour le malade*—La guérison spontanée constitue une curiosité pathologique. La généralisation de la tuberculose vient tôt ou tard à se produire ; elle se localise à la vessie, à l'autre rein, puis au poumon.

4. *La néphrectomie donne d'excellents résultats dans la tuberculose rénale.*—Au total, les statistiques donnent une mortalité de 7 pour 100—celle d'Albarran ne donne que 3 pour 100. Les résultats éloignés sont très satisfaisants—sur 35 malades 5 sont morts 5 mois, 3 ans, 4 ans après la néphrectomie. La guérison de la cystite est certaine et rapide quand les lésions sont légères—grande amélioration quand les ulcérations sont étendues.

Contre-indications : 1° Bilatéralité des lésions ; 2° Mauvais état général ; 3° Rein unique.

Il est dangereux d'intervenir quand les lésions sont étendues aux deux reins, si l'intégrité fonctionnelle de l'un des deux n'est pas intacte. La tuberculose pulmonaire est une contre-indication sérieuse mais non absolue. Il faut toujours s'assurer avant d'opérer qu'il n'y a pas un rein unique.

Importance d'un diagnostic précoce et précis.—Les malades se présentent le plus souvent pour des troubles de la miction : fréquence, douleurs, urines troubles et d'une couleur pâle particulière, sans aucune cause capable d'expliquer la cystite qui ne cède pas aux traitements habituels. D'autres fois il n'y a qu'irritation vésicale, la capacité vésicale est peu ou pas diminuée et la fréquence de la miction n'est pas en rapport avec la capacité du réservoir comme dans la vraie cystite. D'autres fois les symptômes vésicaux manquent, mais l'urine est trouble. Parfois il n'y a que des hématuries spontanées, non modifiées par le mouvement et le repos, souvent indolores ou vaguement douloureuses. L'état général s'altère.

Examen soigneux du malade : palper les reins, les urètres,

l'épididyme, la prostate, les vésicules séminales; exploier la vessie au cystoscope. Rechercher les bacilles de Koch dans les urines aussitôt après leur émission.

Dans une urine purulente l'absence de microorganismes est un signe de présomption pour la tuberculose-

L'inoculation d'urine au cobaye a une valeur absolue.

Il faut savoir en outre quel est le rein malade. Il y a des cas où il n'existe pas de douleur rénale ou urétérale spontanée ou provoquée et les reins ne sont pas augmentés de volume. Les procédés qui étudient les urines réunies des deux reins ne peuvent donner une certitude sur l'absence de lésions d'un des deux reins. Pour séparer les urines il convient d'employer le cathétérisme urétéral de préférence aux séparateurs intra-vésicaux. C'est une méthode plus sûre, peut-être moins compliquée qui permet de recueillir de l'urine des deux reins une série d'échantillons successifs.

En possession de ces données, le chirurgien peut de bonne heure préciser le diagnostic, établir sur des bases solides le pronostic opératoire et épargner au malade les redoutables dangers de la temporisation.

ALBERT PAQUET.



LE SANMETTO DANS LES AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES.

J'ai eu les meilleurs résultats de l'emploi du SANMETTO dans les affections génito-urinaires.

Cannelton, Ind.

DR C. T. HENDERSHOT,

Diplômé en 1897.

Revue des Journaux

MEDECINE D'URGENCE

Le traitement des ictères

C'est surtout en présence d'un ictère qu'il convient de rechercher la cause. S'agit-il d'un ictère catarrhal, d'un ictère lithiasique? Ou au contraire, une maladie grave est-elle en jeu? Dès le premier jour, le médecin doit se prononcer. Aux sollicitudes du malade il répondra par une formule affirmative. Cela guérira sûrement. Vis à vis de l'entourage des réserves, comme il est toujours nécessaire, apporteront quelques réticences à l'expression du jugement. La phrase de Trousseau est classique: "Il en est de l'ictère, comme de l'épanchement pleural. On ne peut jamais dire quelle en sera la terminaison." Un diagnostic précis permet toutefois une indécision moindre. (*Nouvelles consultations* de H. Huchard, Paris 1904).

Le médecin commence par interroger les antécédents. Le malade a-t-il eu des *coliques hépatiques*? Faite d'accès francs, a-t-il présenté des signes de colique hépatique fruste? Parfois on ne trouve dans les antécédents que des douleurs plus ou moins aiguës occupant le creux épigastrique et des crampes d'estomac. Ces crampes ont-elles été suivies d'une teinte subictérique de la conjonctive? Tous ces renseignements, en témoignant d'une lithiase ancienne, sont d'un grand secours.

L'ictère a fait suite à un embarras gastrique. On ne trouve pas d'antécédents de lithiase. C'est un *ictère catarrhal* qui, sans doute, est en jeu. Seulement avec ce diagnostic d'ictère catarrhal, la question se pose. Cet ictère restera-t-il bénin?

Entre l'ictère catarrhal le plus simple et l'ictère grave, tous les intermédiaires trouvent jour. S'il s'agit d'un enfant, la bénignité est probable. L'ictère grave est exceptionnel à cet âge. M. Chauffard (*Traité de Méd.* 2e édit. 1902, p. 104) n'en cite que deux cas au-dessous de dix ans.

A l'âge adulte, c'est autre chose. Montrons-nous circonspects. D'abord l'ictère peut se transformer en ictère grave. L'état gravidique et puerpéral de la femme crée une prédisposition à la gravité; de même la syphilis, l'alcoolisme, la fièvre typhoïde, les maladies infectieuses. Chez tout sujet débilité qui a subi une intoxication ou une infection antérieure, ce pronostic doit être réservé; chez le vieillard, il faut user d'une prudence plus grande encore. Un ictère persistant qui ne relève ni de la lithiase ni d'un catarrhe nettement infectieux des voies biliaires, doit être tenu pour suspect. Un cancer nodulaire couve peut-être sous roche.

Ajoutons que l'ictère peut se prolonger sans que le pronostic soit désespéré. Il existe un *ictère catarrhal prolongé*, lié à une simple angiocholite, parfois à une obstruction calculuse du cholédoque. L'angiocholite et l'obstruction calculuse du cholédoque peuvent guérir spontanément. Il faut savoir attendre. Dans un exemple cité par M. Dieulafoy, la guérison n'est survenue qu'au bout de 155 jours. Si l'ictère s'accompagne de fièvre, le pronostic s'assombrit quelque peu. Le médecin n'oubliera pas, en pareil cas, la possibilité des rechutes. Il existe une forme d'ictère infectieux à rechutes, décrit à tort sous le nom de maladie de Weil; la maladie n'est pas spéciale, elle indique simplement un degré d'infection plus accusé qui, dans certains cas, a pu conduire à la mort.

Avant de conclure à un ictère catarrhal prolongé, le praticien doit interroger avec soin son malade et examiner l'état de sa vésicule. Les signes d'embarras gastrique du début ont-

ils fait défaut, la maladie s'est-elle installée insidieusement sans prodromes définis, il faut se tenir sur ses gardes. Si, les jours suivants, la vésicule s'hypertrophie, si le doigt la perçoit sous forme d'une saillie globuleuse située à la face inférieure du foie en dehors du muscle grand droit, un point d'interrogation se pose. Ne s'agirait-il pas d'un néoplasme? La vésicule est en effet le plus souvent scléreuse et atrophiée dans l'obstruction calculuse (loi de Courvoisier et Terrier), distendue et perceptible à la palpation dans les *cas de cancer*: cancer des voies biliaires, de l'ampoule de Vater, du pancréas. Un conseil à ce sujet. Apportons de la douceur à l'examen de la vésicule. L'an dernier l'un de nous avait vu en ville un malade chez lequel un ictère foncé venait de faire suite à de violentes douleurs rénales qui duraient depuis trois mois. La vésicule, au bout de quelques jours d'ictère, était devenue très grosse. Il s'agissait probablement d'un cancer du pancréas. L'exploration pratiquée par deux chirurgiens éminents amena une perforation immédiate de la vésicule. Des douleurs très vives, des vomissements survinrent. La région de la vésicule s'empâta; le ventre devint ballonné, le pouls petit et rapide. La mort survint moins de vingt-quatre heures plus tard. Les chirurgiens avaient évité toute brutalité dans l'examen, mais ils avaient eu affaire à une vésicule infectée sans doute et friable qui s'était rompue sous leurs doigts.

Les ictères dont nous avons parlé jusqu'à présent sont les plus fréquents. Il y en a d'autres. L'ictère survient parfois chez un sujet relativement jeune (moins de 40 ans); il s'accompagne d'un gros foie lisse et sans bosselures. La rate est volumineuse et dure. L'ascite fait défaut. En plus les selles sont colorées. Il faut songer à la *cirrhose hypertrophique biliaire* de Hanot, c'est-à-dire à une angiocholite ascendante liée à un processus infectieux d'origine intestinale.

Au lieu d'être lisse, si le foie est inégal et bosselé et s'accompagne d'ascite, il peut s'agir d'un *cancer nodulaire*. La compression par les marrons cancéreux porte en pareil cas sur les canaux biliaires et reste stationnaire jusqu'à la fin. M. Chauffard a vu chez une vieille femme, un ictère simple en apparence être le symptôme initial d'un cancer primitif nodulaire à évolution rapide.

En regard de ces formes désespérées, plaçons une forme curable; la *syphilis*. Celle-ci produit l'ictère à la *période secondaire*; cet ictère simple ne diffère en rien de l'ictère vulgaire; seul le déterminisme étiologique lui confère une place à part. Plus tard, à la période tertiaire, l'ictère peut se montrer également; mais il reste en général moins prononcé qu'à la période secondaire. Un foie hypertrophié, irrégulier, sillonné de dépressions profondes, une ascite abondante s'observent concurremment. La triade symptomatique de l'ictère, du gros foie bosselé et de l'ascite ne veut donc pas forcément dire cancer. Il peut s'agir d'une *syphilis scléro-gommeuse*.

Un mot sur les *ictères graves*. Ils sont primitifs ou s'imposent à titre d'accidents secondaires à une affection hépatique antérieure. Méfions-nous des accidents généraux graves: céphalée, insomnie, agitation nocturne qui surviennent chez des ictériques. Une langue sèche et rôtie, un pouls petit et rapide sont du plus mauvais augure. L'apparition de phénomènes nerveux chez un ictérique ne signifie cependant pas toujours ictère grave. Il peut s'agir de délires hépatiques simples. L'an dernier l'un de nous a soigné un malade atteint de cirrhose hypertrophique d'origine alcoolique. Il avait du subictère, du météorisme abdominal, de l'ascite commençante. À plusieurs reprises et à la suite d'un régime alimentaire trop abondant (trop de pain) ou de fatigue physique, il présenta des phénomènes inquiétants: délire, agitation, bredouillement dans les paroles. Quelques

jours de régime lacté remettaient les choses en état. La différenciation des délires hépatiques et de l'ictère grave peut être assez malaisée. On se rappellera que dans l'ictère grave l'examen des urines fournit des renseignements précieux. Elles sont diminuées de quantité, l'urée en 24 heures peut tomber à quelques grammes, l'albumine est constante. Dans les délires hépatiques les signes urinaires sont bien moins accentués.

Une place est réservée dans les ouvrages classiques aux *ictères hémaphéiques*. Ces derniers sont des ictères très atténués; ils colorent la peau en jaune paille, n'ont pas de reflets verdâtres, ne s'accompagnent pas de prurit, ni de décoloration des fèces. Les urines renferment, comme dans l'ictère ordinaire, soit du pigment biliaire normal, mais ce dernier à doses extrêmement faibles, soit des pigments modifiés (urobiline, pigment rouge brun, urochroms, indol, scatol) qui donnent par addition d'acide nitrique une coloration brun acajou. Les malades atteints d'ictère hémaphéique ne se préoccupent pas en général de la coloration de leurs téguments; c'est surtout l'entourage qui est frappé de l'altération progressive des traits. La maladie se développe lentement, insidieusement. Il faut se méfier des sujets dont le teint change, devient blême et terreux, se sillonne de varicosités au niveau de leurs pommettes. Une cirrhose, un cancer peuvent être en jeu. Un examen sérieux est nécessaire. La question des cirrhoses fera l'objet d'un prochain article. Nous ne nous y arrêtons pas aujourd'hui.

II

Auprès d'un malade atteint d'ictère, le médecin ne peut toujours poser un diagnostic immédiat. Certaines formes d'ictère catarrhal, d'ictère calculieux ne laissent place à aucun doute. Seulement, en clinique, la grande clarté ne baigne pas toujours la nature d'un mal. En tout état de cause, il faut prescrire un traitement.

Le régime lacté sera ordonné : il offre le double avantage d'augmenter la diurèse et de diminuer la toxicité de contenu intestinal. Toutes les 4 heures, 260 gr. 300 gr. de lait, mêlés de quelques cuillerées d'une eau alcaline, cette dernière dilue les matières grasses contenues dans le lait. La quantité de lait prise dans les 24 heures sera de 1 litre $\frac{1}{2}$ environ pour les premiers jours. C'est un tort de vouloir à toute force faire absorber la quantité de 3 litres réglementaire. Les malades ont de l'inappétence, digèrent parfois mal le lait. Vouloir lutter contre leur instinct et les obliger à des absorptions trop considérables de lait est souvent aggraver le trouble digestif et partant le trouble des fonctions biliaires. Une eau alcaline légère (Vittel, Martigny) est d'ordinaire bien acceptée. Elle favorise la sécrétion biliaire et ne fatigue pas le malade. Quelques infusions aromatiques (mélisse, anis), du petit lait pourront être adjoints. Les infusions de boldo passent pour exercer une action cholagogue : infusion de feuilles ; 2 gr. par jour, en deux tasses. En sorte qu'on pourra régler le régime de la manière suivante : toutes les deux heures, alternativement, soit un verre d'eau de Vittel, de petit lait ou une infusion de mélisse ou de boldo, soit une tasse de lait mêlé de quelques cuillerées d'eau alcaline.

Comme médicament, on n'en prescrira qu'un : un laxatif léger. Les sels neutres purgatifs rendent à cet égard des services journaliers. Inutile d'administrer une purgation forte : elle fatigue. Mieux vaut se contenter de faibles doses prolongées plusieurs jours : à jeun, une cuillerée à café de sulfate de soude ou de sel de Seignette dans un verre d'eau de Vichy.

Nombre d'auteurs emploient le calomel. Nous n'y avons pas recours. M. Chauffard (*communic. or.*) le considère comme peu efficace.

Les adultes, d'ailleurs supportent le calomel moins bien que les enfants. En dépit des succès relatés, il ne nous semble pas

indifférent d'introduire dans l'organisme un médicament qui, bon ou mal éliminé, peut donner lieu à des phénomènes d'intoxication mercurielle. Le malade a déjà de l'intoxication biliaire. Chez certains sujets prédisposés (Obs. de Mignon, Camescasse, etc., *Soc. Théor.* 1897, 1898), ou dans certaines conditions encore mal déterminées, le calomel peut ajouter une intoxication médicamenteuse à l'intoxication de la maladie. M. Chanfard a vu un cas de gastrite suraigue à la suite de l'administration du calomel. Le malade avait pris du bouillon deux heures après son calomel, et la transformation en sublimé s'était opérée. Autant s'en tenir à des remèdes qui, eux, toujours restent inoffensifs. Nous ne parlerons pas des antiseptiques intestinaux : naphтол, bétol, salol. Ces médicaments sont irritants et de plus, comme les naphтоls, s'absorbent en partie et s'éliminent sous forme de produits solubles : naphтол-sulfates de soude, de potasse. Ces composés empruntent les éléments minéraux qui les constituent : soufre, potasse, aux tissus de l'organisme. Il en résulte une déminéralisation des tissus, un affaiblissement, parfois une cachexie d'origine médicamenteuse. L'antisepsie interne par naphтоls comptera comme une des fâcheuses erreurs du temps présent.

A côté du régime lacté et des laxatifs, les lavements. Ceux-ci peuvent être donnés chauds ou froids. En cas de coliques concomitantes, on préférera le lavement chaud ($\frac{3}{4}$ de litre à 1 litre); s'il n'existe pas de douleurs, on s'en tiendra au lavement froid : 1 litre matin et soir, gardé cinq à dix minutes. Ces lavements, provoquent la diurèse, augmentent la tension artérielle, valent le système porte. Dans les cas d'ictère catarrhal, traités par cette méthode, on a vu la désobstruction biliaire s'opérer quelque fois en deux, trois et cinq jours.

Le laxatif matinal pourra être continué huit jours et interrompu ensuite huit jours. Dans les huit jours d'interruption,

on prescrira des agents excitateurs de l'activité hépatique ; salicylate et benzoate de soude. Le benzoate de soude est préférable, il est mieux supporté par l'estomac et ne provoque pas d'irritation rénale :

Benzoate de soude..... 1 gramme
P. 1 paquet.

Un paquet à midi et 6 heures dans un peu d'eau de Vittel. La bile de bœuf recommandée comme cholagogue n'est pas acceptée de tous ; loin de fluidifier la bile, elle la rend au contraire plus épaisse. On pourra donc s'en abstenir. Le benzoate de soude remplit mieux l'indication thérapeutique.

Au bout de 8 jours, interrompre et revenir au laxatif du matin, ou bien on remplacera ce dernier par des pilules cholagogues : une à 9 heures du soir.

Aloès pulvérisé.....	o gr. 06
Evonymine.....	o — 03
Gomme gutte.....	o — 02
Extrait de jusquiame.....	o — 01
Savon médicinal.....	g. s.

P. 1 pilule.

Ou bien :

Evonymine.....	o gr. 05
Podophyllin.....	} o — 01
Extrait de belladone.....	
Savon médicinal.....	p. s.

..P. 1 pilule.

L'adjonction du savon a pour avantage de permettre de couper aisément les pilules en deux si l'action est trop énergique.

Les lavements seront continués ; seulement, le malade augmentera peu à peu son régime alimentaire. Il continuera de boire environ $\frac{1}{2}$ litre de lait, consommera, en plus, par jour,

deux bouillies au lait, pourra prendre en plus des pâtes (nouilles, macaroni sans fromage, des purées de légumes). Dans l'ictère catarrhal simple au lieu du lait, M. A. Robin (*Journal des Praticiens*, 1905 no. 2) ordonne dès le début des pâtes et des légumes.

Une règle spéciale entoure le traitement de l'*ictère syphilitique*. Dans le cas de syphilis tertiaire, alors que le diagnostic reste hésitant entre le cancer nodulaire et la syphilis sclérogommeuse, on usera du traitement spécifique. Pour l'ictère syphilitique secondaire, il convient de se montrer réservé. D'abord, cet ictère est exceptionnel ; il ne se distingue en rien de l'ictère catarrhal ordinaire ; on commence donc par le traitement de l'ictère catarrhal. Si celui-ci se prolonge sans amélioration, alors seulement, et si toutes chances penchent en faveur de l'origine spécifique, on institue le traitement mercuriel (Chauffard).

L'ictère se prolonge ; voilà plusieurs semaines que cela dure sans amélioration. Le médecin fera bien de provoquer une consultation. Sans doute, il ne s'agit peut-être que d'un ictère catarrhal prolongé ; seulement mieux vaut ne pas porter à soi seul la responsabilité d'une situation douteuse quant à ses fins. En attendant, on aura eu à combattre d'autres symptômes : un, surtout, qui irrite le patient et provoque ses plaintes incessantes. Nous voulons dire, le prurit.

Les traitements abondent ; tant que les voies biliaires ne sont pas désobstruées, le soulagement produit est précaire. Les bains alcalins (100 à 150 gr. de sous-carbonate de soude pour bain quotidien à 35° de 10 minutes de durée), les douches chaudes en pluie de 3 à 4 minutes de durée (celles-ci, chez les malades peu affaiblis et qui peuvent sortir), les lotions chaudes bi-quotidiennes au coaltar (une cuillerée à soupe par litre), d'alcool camphré à $\frac{1}{4}$, de vinaigre phéniqué à $\frac{1}{4}$, de sublimé à

172000, d'ichtyol à 10 p. 100, de chloral à 20 p. 1000, amèneront quelque calme. Après la lotion, saupoudrer sans essuyer avec une poudre inerte :

Poudre de talc.....	100 grammes
Menthol.....	0 gr. 50

Ou bien :

Poudre d'amidon.....	60 grammes
Carbonate de bismuth..	} 20 —
Oxyde de zinc.....	

Si le prurit persiste, badigeonner le corps avec le mélange suivant, 2 à 3 fois par jour.

Ichtyol.....	10 grammes
Alcool.....	} 30 —
Ether sulfurique.....	

Pondrer ensuite.

Ou bien :

Glycérine....	60 grammes
Chloroforme.....	20 —

Pondrer ensuite.

Nous n'avons pas tiré grand avantage du glycérolé tartrique (1 gr. d'acide tartrique pour 30 de glycérolé d'amidon). Quant au glycérolé phéniqué (1 gr. pour 30 de glycérolé d'amidon), il faut faire attention : l'acide phéniqué peut s'absorber et donner lieu à des accidents toxiques.

Les applications de pommades au naphthol (1727), au menthol (1 p. 50), recouvertes ensuite d'une épaisse couche de poudre inerte, peuvent également fournir quelques résultats. Lorsqu'il existe des lésions de grattage, on usera de l'emmaillotement humide avec des compresses imbibées d'eau bouillie, de tilleul, de guimauve, entourées de taffetas gommé et renouvelées toutes les 3 ou 4 heures.

Le praticien doit posséder des cordes multiples à son arc. Le malade s'impatiente, Il faut varier la médication. Si l'ictère persiste et qu'un calcul soit en jeu, on songera à un envoi à une station balnéaire (Vichy). Le traitement hydro-minéral reste sans effet. Faut-il proposer une intervention chirurgicale ? Parfois celle-ci sera, sous forme de laparotomie exploratrice, le seul moyen de faire le diagnostic. En tout état de cause, il est très difficile de spécifier la date à laquelle il faut intervenir. Ewald (*Les indicat. des interv. d'urgence*, par le Pr Schlésinger) conseille de ne pas attendre au delà d'un mois. Ce terme n'est pas assez reculé. Sans doute, avec le temps, les chances de guérison diminuent. Seulement, on peut très souvent tarder plus longtemps dans une maladie dont le rétablissement spontané n'est pas impossible. L'essentiel est de ne pas intervenir chirurgicalement sur les organismes affaiblis et qui ont été atteints d'hémorragies répétées.

Dans le cas de tumeur, les interventions chirurgicales n'amènent le plus souvent qu'une amélioration temporaire. La cholécystentérostomie a été recommandée dans les cas de cancer du pancréas ; l'opération est mauvaise. Les voies biliaires ne tardent pas à s'infecter et la mort survient.

La cirrhose hypertrophique biliaire a été également l'objet de tentatives opératoires. On s'est dit : cette forme de cirrhose est liée à une infection chronique des voies biliaires ; pratiquons un drainage des voies biliaires, l'infection disparaîtra. Les résultats semblent jusqu'à un certain point justifier cette assertion. A l'aide de la cholécystotomie simple, M Delagènière (du Mans) a obtenu une survie de cinq ans ; M. Schwartz a noté également une amélioration (*Long. franc. de chirurg.*, 17 au 24. act. 1904). Seulement ces tentatives ne sont pas assez nombreuses pour autoriser un jugement. En attendant le praticien se contentera, dans la cirrhose hypertrophique biliaire, du traitement médical

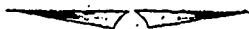
qui consiste essentiellement dans le repos et le régime lacté. La cure thermale (Vichy) ne procure que des résultats douteux ; les cholagogues restent sans effet. Le calomel conseillé par Hanot aux doses de 0 gr. 05, l'huile d'olive aux doses de 100 à 150 gr. ne se réclament d'aucune amélioration évidente.

Si des signes d'ictère grave se montrent, il ne faut pas désespérer du premier coup. Nombre de malades ont guéri. Le traitement suivant a donné des succès à M. Chauffard : deux litres de lait par jour, et le matin un lavement évacuant suivi à une heure d'intervalle d'un lavement d'eau salée (250 gr. à 7 0/00 qui est gardé). Comme alimentation, le malade absorbe en outre quotidiennement 100 gr. de foie de porc pulvé dans un peu d'eau. L'agitation est calmée par l'enveloppement dans des draps mouillés chauds (eau à 38° ; y plonger le drap, l'exprimer, y étendre le malade, refermer le drap sur lui et recouvrir d'une couverture de laine, trois quarts d'heure de temps). L'enveloppement est répété matin et soir. On peut encore user non de bains froids, qui sont mal supportés, mais de bains frais—28° à 30°, de 10 minutes à un quart d'heure de durée deux à trois fois par jour. La guérison d'un ictère grave est toujours une bonne aubaine. Le praticien pourra conserver quelque espoir tant que la diurèse et le chiffre d'urée ne seront pas tombés à des taux trop bas. Une quantité qui ne dépasse pas de 4 à 5 gr. d'urée est d'un fâcheux pronostic.

En résumé, le traitement de l'ictère sera d'abord général : laxatifs et régime lacté.

Le traitement spécifique sera institué dans les cas de syphilis tertiaire, lorsqu'on hésite entre le syphilis et le cancer nodulaire. Pour l'ictère syphilitique secondaire, on attendra avant de recourir à la médication mercurielle ; une cure thermale sera ordonnée quand il est certain qu'une tumeur maligne n'est point en jeu.

Quant aux interventions chirurgicales, elles se sont couvillées qu'en dernier lieu. Donnant d'excellents résultats dans les icères calculeux, elles restent douteuses d'action dans les cirrhoses hypertrophiques biliaires et n'amènent qu'une sédation passagère des accidents dans les cas de tumeur.— H. HUCHARD et CH. FIESSINGER.



Technique du traitement de la Luxation congénitale de la branche
par le Dr F. CALOT chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'hôpital de l'Oise et des départements. 1 volume grand in-8°, avec 205 figures dans le texte et 5 planches hors texte en photocollographie. (MASSON ET CIE, Editeurs), Prix : 5 fr.

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche est à l'ordre du jour.

Cette maladie, incurable il y a quelques années à peine, peut être guérie couramment aujourd'hui non pas seulement par les orthopédistes, mais même par tous les médecins de bonne volonté, au même titre qu'une luxation traumatique quelconque, pourvu toutefois qu'on prenne les enfants à 2, 3, 4, 5 ans.

Mais il manquait jusqu'à ce jour aux praticiens un guide sûr et facile à suivre, leur permettant d'aborder ce traitement sans crainte de s'égarer.

Le livre que voici vient combler heureusement cette lacune, avec son texte clair et précis et ses figures extrêmement nettes.

L'auteur indique d'abord la manière de reconnaître la luxation dès les premiers pas de l'enfant. Puis, abordant le traitement, il décrit dans dans une première partie technique tout ce qu'il faut savoir faire pour soigner une luxation congénitale de la hanche : c'est-à-dire la préparation de la réduction par l'extension préalable, puis la réduction proprement dite avec ses diverses manœuvres et enfin le maintien de la réduction ; dans la 2^e partie clinique, il passe en revue les divers cas cliniques qu'on peut rencontrer : luxation au-dessous de 7 ans ; luxations de 7 à 11 ans et de 11 à 15 ans ; luxation doubles, etc., et dit la manière de se conduire dans chaque cas. Suivent des observations de malades appartenant à chacune de ces catégories, avec les photographies et les radiographies de ces malades avant et après le traitement.

Il est certain que, grâce à ce livre, seront désormais soignés et guéris de nombreux malades qui, ne pouvant pas aller au spécialiste, n'auraient jamais été soignés....

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Présidence de Monsieur le docteur Paquin.

M. le docteur D. Pagé : " Voici des notes que j'ai déjà communiquées à l'Association Médicale Canadienne, au sujet du trachome, maladie dont sont affectés certains immigrants et qui menace de se propager.

Comme on le sait le trachome est caractérisé par des granulations siégeant surtout à la paupière supérieure et produisant successivement des déformations de la paupière du panus et de la cécité.

Parmi ces causes on mentionne la prédisposition individuelle mais surtout le mauvais état sanitaire qui favorise la contagion. Plusieurs auteurs affirment qu'en 1803, après l'évacuation de l'Égypte, l'armée anglaise importa et propagea le trachome en Angleterre ; l'Australie fut infectée par des immigrants et la contagion se répand dans la classe aisée. La maladie est depuis longtemps épidémique en Russie et en Autriche.

Le trachome débute sommairement avec des apparences de conjonctivite banale. Voilà pourquoi il est nécessaire que la loi s'en occupe pour circonscrire dès le début les pays infectés. En 1899, les États-Unis commencent à prendre des mesures pour se protéger contre les immigrants. Le Canada suivit cet exemple en 1902, mais ce n'est qu'en 1904 que le gouvernement prit le contrôle direct de cette nouvelle quarantaine placée sous la direction du docteur Bryce. Si les malades sont porteurs de lésions récentes, et qui paraissent devoir guérir dans un

temps raisonnable, on les traite dans un hôpital spécial. Dans le cas contraire ils sont déportés.

Cette loi paraît avoir mis beaucoup d'entraves à l'importation de ces individus. Cependant elle n'est réellement efficace que depuis qu'elle étend son action aux passagers de première et de seconde comme aux passagers d'entrepont, aux immigrants continentaux comme à ceux qui viennent d'Angleterre. Cela améliore aussi la position du médecin de l'hôpital vis-à-vis du gouvernement, des compagnies de transport et du peuple.

L'hygiène joue un grand rôle dans le traitement qui varie nécessairement avec chaque cas ; outre les séances chirurgicales nous faisons faire des injections antiseptiques douces par des infirmières expérimentées. Les résultats sont bons ; cependant il doit y avoir des récidives et nous aimerions à en être informés."

M. le docteur R. Boulet, de Montréal : " Personne ne peut parler du trachôme d'une manière plus compétente que monsieur le docteur Pagé, car il en a rencontré un grand nombre de cas. L'œuvre à laquelle il consacre son temps est humanitaire et patriotique car le trachôme se répandait rapidement chez nous et notre situation serait devenue aussi mauvaise que celle de l'Irlande qui a 26% de ces cas.

Il y a quinze ans cette maladie était très commune dans le pays ; pendant dix ans il y eut diminution puis recrudescence depuis quatre ou cinq ans. A mon dispensaire j'en ai vu jusqu'à trente cas en un jour, surtout chez les colporteurs syriens. J'avais alors demandé à la Société Médicale de Montréal d'intervenir auprès du gouvernement d'Ottawa afin de faire cesser cet état de choses. L'action du gouvernement a produit des résultats excellents au point que l'on se prend à désirer de pouvoir faire pour les autres maladies, ce qui a été fait pour le trachôme.

M. le docteur Pagé : " Il y a eu une grande amélioration

depuis que les anglais ou les français infectés sont soumis à la loi commune. Le grand nombre des immigrants atteints me porte à croire que les médecins inspecteurs de là-bas ne font pas un examen sérieux. Il faut se méfier de toutes les conjonctivites rebelles et déprimer les culs de sac pour voir s'il n'y a pas de granulations.

M. le docteur Sirois, de St-Ferdinand : " S'il nous arrive un colporteur trachômateur, quelle conduite tenir dans les campagnes? "

M. le docteur Pagé : " Vous ne pouvez mieux faire que de le mettre à la porte. "

M. le docteur Jobin : " Je suis très heureux de voir autant de confrères étrangers à la ville assister à cette séance, et je prie monsieur le secrétaire d'en faire une mention spéciale au procès verbal. "

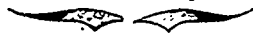
M. le docteur Paquin : " Les autorités de l'Archevêché, ayant actuellement entre les mains un volume en voie de publication sur l'alcoolisme seraient heureuses d'avoir l'opinion d'un comité des membres de la Société Médicale de Québec, sur le sujet ; je vous prie donc de suggérer des noms. "

Sur la proposition de messieurs les docteurs Simard et Jobin, messieurs les docteurs Brochu, Marois, Fortier et Dorion sont chargés de s'occuper de cette question.

La séance est levée à dix heures et dix minutes.

Le Secrétaire

F. X. J. DORION, M. D.



BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Patron : HIS MAJESTY KING EDWARD VII, K. G., F. R. C. P.,
F. R. C. S.

The 74th Annual Meeting will be held at Toronto, Canada, on
Tuesday, Wednesday, Thursday, Friday and Saturday,
August, 21st, 22nd, 23rd, 24th and 25th, 1906.

PROGRAMME

President.—George Cooper Franklin, F. R. C. S. Eng.,
L. R. C. P. Lond., Surgeon, Leicester Infirmary, Leicester.

President-elect.—Richard Andrews Reeve, B. A., M. D.,
LL. D., Dean of University of Toronto Faculty of Medicine.

Chairman of Council.—Henry Wm. Langley Browne, M.
D., Ch. B., F. R. C. S. E., Consulting Surgeon, West Bromwich
District Hospital.

Treasurer.—Hy. Radcliffe Crocker, M. D., F. R. C. P.,
Physician Skin Department, University College Hospital,
London.

An address in Medicine will be delivered by James Barr,
M. D., F. R. C. P., F. R. S. E.

An address in Surgery will be delivered by Sir Victor
Horsley, F. R. C. S., F. R. S.

An address in Obstetrics, will be delivered by X X X.

*The Scientific Business of the Meeting will be conducted in
twelve sections, as follows, namely :*

ANATOMY and PHYSIOLOGY.—President: Professor Bertram
Coghill Alan Wingle, M. D., F. R. S. Cork.

Vice Presidents.—Dr A. B. Macallum, Toronto ; Dr Alex.

Primrose, Toronto; Dr J. Wesley Mills, Montreal; William Frederick Haslam, F. R. C. S., Birmingham.

Hon. Secretaries.—Dr C. B. Shuttleworth, Toronto; Dr Gawnshaw Cleland, Toronto; William Barnet Warrington, M. D., 69, Rodney Street, Liverpool.

DERMATOLOGY.— President: Notman Walker, M. D., Edinburgh; Dr Graham Chambers, Toronto; Dr Harry B. Anderson, Toronto; Dr James Galloway, London; Ernest Solly, M. B. Harrogate.

Hon. Secretaries :—Dr D. King Smith, Toronto; Dr Donald MacGillivray, Toronto; John Campbell Rankin, M. B., 38, University Road, Belfast.

LARYNGOLOGY.— President: J. Dundas Grant, M. D., London.

Vice Presidents :— Dr George R. McDonagh, Toronto; Dr H. S. Birkett, Montreal; John Masintyre, N. B. Glasgow; Hugh. Edward Jones, M. R. C. S., Liverpool.

Hon. Secretaries :— Dr David J. Gibb Wishart, Toronto; Dr Geoffrey Boyd, Toronto; Francis James Steward, M. S., 133 Harley Street, London.

MEDICINE.— President: Sir Thomas Barlow, Bart., K. C. V. C., M. D., London.

Vice Presidents :—Dr Alex. McPhedran, Toronto; Dr James Stewart, Montreal; Alex. Napier, M. D., Glasgow; Wm. Calwell, M. D., Belfast.

Hon. Secretaries :— Dr Robert D. Rudolf, Toronto; Dr John Taylor Fotheringham, Toronto; Robert Hutchison, M. D., 22 Queen Anne Street, London, W.

OBSTETRICS and GYNAECOLOGY.— President: A. H. Free-land Barbour, M. D., Edinburgh.

Vice Presidents :—Dr J. Algernon Temple, Toronto; Dr

Adam H. Wright, Toronto; Dr Wm. Gardner, Montreal; T. Arthur Helme, M. D., Manchester.

Hon. Secretaries :— Dr Frederick Fenton, Toronto; Dr Kenneny D. McIlwraith, Toronto; Cuthbert Lockyer, M. D., 117a, Harley Street, Loudon, W.

OPHTHALMOLOGY.— President: Robert Marcus Gunn, F. R. C. S., London.

Vice Presidents :— Dr Geo. Herbert Burnham, Toronto; Dr John W. Stirling, Montreal; Joseph Nelson, N. D., Belfast; Arnold Lawson, F. R. C. S., London.

Hon. Secretaries :— Dr James M. Maccallum, Toronto; Dr Duncan McLennan, Toronto; Frank Pearson Skeffington Cresswell, M. B., Cardiff.

PAEDIATRICS.— President: George Alexander Sutherland, M. D., London.

Vice Presidents :— Dr H. T. Machell, Toronto; Dr Allan M. Baines, Toronto; Otto Jackson Kauffmann, M. D., Birmingham; Donald John Armour, P. R. C. S., London.

Hon. Secretaries :— Dr E. Stanley Ryerson, Toronto; Dr Joseph S. A. Graham, Toronto; Ralph Vincent, M. D., 1 Harley Street, London, W.

PATHOLOGY and BACTERIOLOGY.— President: Professor J. G. Adami, M. D., F. R. S., Montreal.

Vice Presidents :— Dr J. J. MacKenzie, Toronto; Dr W. T. Connell, Kingston; Dr Ingersell Olmstead, Hamilton; Professor Robert Fraser Calder Leith, M. B., Birmingham.

Hon. Secretaries :— Dr Gideon Silverthorn, Toronto; Dr Harold C. Parsons, Toronto; Charles Powell White, M. D., London.

PSYCHOLOGY.— President: Wm. Julius Mickle, M. D., London.

Vice Presidents:— Dr N. H. Beemer, Toronto ; Dr Charles N. Clarke, Toronto ; Chas. Caldecot, M. B., Redhill ; Landell Rose Oswald, M. B., Gartnavel.

Hon. Secretaries:— Dr A. T. Hobbs, Guelph ; Dr Goldwin Howland, Toronto ; William Frederick Farquharson, M. D., Carlands, Carlisle.

STATE MEDICINE.—President: Dr F. Montizambert, Ottawa ; Vice-President: Dr Charles Sheard, Toronto ; Dr Peter H. Bryce, Ottawa ; Hon. Dr Pyne, Toronto ; Sydney Monckton Copeman, M. D., London. Hon. Secretaries: Dr J. Langrill, Hamilton ; Herbert Timbrell Bulstaode, M. D., London.

SURGERY.—President: Professor Irving H. Cameron, Toronto. Vice-President: Dr Fred. LeM. Grasset, Toronto ; Dr Francis G. Shepherd, Montreal ; Dr A. B. Atherton, Frederickton, N. B. ; Dr T. N. Holmes, Chatham, Ontario. Hon. Secretaries: Dr H. A. Beatty, Toronto ; Dr Frederick G. Marlow, Toronto ; Sinclair White, F. R. C. S., Rammoor, Sheffield.

THERAPEUTICS.—President: Professor David W. Finlay, M. D., LL. D. Aberdeen ; Vice-Presidents: Dr John L. Davison, Toronto ; Dr A. E. Blackader, Montreal ; Sir Alan Reeve Manby, C. V. C., M. D., East Rudham ; Professor J. Rose Bradford, M. D., F. R. S., London. Hon. Secretaries: Dr V. Henderson, Toronto ; Dr C. P. Lusk, Toronto.

HONORARY LOCAL SECRETARIES. — Dr F. N. G. Starr, Medica' Building, Toronto ; Dr J. J. MacKenzie, Medical Building, Toronto ; Dr J. Gibb Wishart, Medical Building, Toronto.

COMMITTEE PATHOLOGICAL MUSEUM: Dr J. J. Mackenzie, Toronto, Chairman ; Dr Maud Abbott, Secretary ; Dr Gordon Bell, Winnipeg ; Dr W. T. Connell, Kingston ; Dr A. R. Gordon, Toronto ; Dr J. A. McGregor, London, Ontario.

EXHIBITION COMMITTEE. — Dr Arthur Jukes Johnson, Toronto, Chairman; Dr T. D. Archibald, Toronto, Dr W. A. Young, Toronto, Secretaries.

HONORARY LOCAL TREASURER. — Prof. J. F. W. Ross, Toronto.

TORONTO ARRANGEMENTS COMMITTEE. — Dr Geo. A. Bingham, 68 Isabella Street, Toronto; Dr C. J. C. C. Hastings, 258, Wellesley Street, Toronto; Dr A. A. MacDonald, 341, Bloor street W., Toronto; Prof. J. J. MacKenzie, Medical Laboratories, Toronto; Dr Alex. McPhedran, 151, Bloor street, W., Toronto; Dr R. B. Nevitt, 46 Bloor street W., Toronto; Dr R. A. Reeve, President Elect, 48, Bloor street E., Toronto; Dr F. N. C. Starr, 112, College street, Toronto; Dr J. Algeron Temple, 333 Bloor street W., Toronto; Dr D. J. Gibb Wishart, 47 Grosvenor street, Toronto.

RECEPTION SUB COMMITTEE — Chairman: Dr I. H. Cameron. Secretaries: Drs A. Primrose and W. F. Clarke; Drs N. H. Beemer, G. H. Burnham, W. Harley Smith, W. Britton, R. S. Stephenson, J. T. Gilmour, C. E. Clarke, A. B. Macallum, Dr Price Brown.

FINANCE SUB COMMITTEE.—Chairman: Hon. Dr R. A. Pyne. Secretary: Dr Wm. Goldie; Drs Chas. Sheard, C. Trow, J. T. Duncan, Alex. Davidson, W. J. Greig, Ald. A. Lynd, Ald. John Noble and Dr J. F. W. Ross, ex-officio. G. S. Cleland, Ald. W. S. Harrison.

EXCURSION SUB COMMITTEE. — Chairman: Dr N. A. Powell. Secretary: Dr C. P. Lusk, Dr W. H. Pepler, Drs C. J. Wagner, W. J. Wilson, A. O. Hastings, H. A. Bruce, G. R. McDonagh, W. J. McCollum, J. O. Orr, J. W. Peaker, C. Gilmour, T. McKensie.

TRANSPORTATION SUB COMMITTEE.— Chairman: Dr B.

L. Riordau. Secretaries ; Dr H. A. Beotty and Dr Geo. Elliott, W. P. Caven, W. H. Harris, H. W. Aikins, J. H. McConnell, J. C. Patton, S. M. Hay, H. Hunt, A. D. Watson, Forbes Godfrey.

DINNER SUD COMMITTEE. — Chairman : Dr F. L. M. Crasett. Secretaries : Dr H. A. Parsons and C. J. Copp. Drs Allan Baines, D. C. Meyers, E. W. Spragge, R. J. Dwyer, R. T. Noble, G. A. Peters, H. C. Burritt, C. L. Starr, J. E. Elliott.

SUB COMMITTEE IN CHARGE OF EXHIBITS.—Chairman : Dr A. Jukes Johnson. Secretaries : Dr W. A. Young and Dr T. D. Archipald. Drs James Spences, John Caven, John Hunter, T. F. McMahon, R. B. Orr, C. E. Stacey, B. S. Milner, T. H. Stark, A. J. Harrington.

PRINTING, AND PUBLISHING SUB COMMITTEE. — Chairman : Dr A. H. Wright. Secretaries : Dr J. N. E. Brown and A. J. MacKenzie. Drs J. T. Fotheringham, C. H. Foster, E. E. King, John Ferguson, W. H. B. Alkins, D. King Smith, H. B. Anderson. E. R. Hooper, J. J. Cassidy.

LOCAL ENTERTAINMENT SUB COMMITTEE. — Chairman : Dr H. Crawford Scadding. Secretary : Dr R. S. Hutchison. Drs J. L. Davidson, J. J. Palmer, A. R. Garratt, Allan Shore, J. N. Henwood, B. E. Hawke, J. B. Thorburn, Wm. Oldright, G. S. Ryerson, W. McKeown.

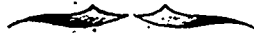
HOTELS ANÉ LOGINGS SUB COMMITTEE. — Chairman : Dr H. T. Machell. Secretary : F. A. Clarkson. Drs H. J. Hamilton, A. C. Hendrick, C. B. Smith, J. H. Rowan, G. H. Carveth, S. Johnson, E. A. McCullough, R. J. Wilson, J. S. Hart, R. Griffith, E. H. Greene, C. R. Sneoth, C. A. Hodgetts.

MEMBERSHIP SUB COMMITTEE. — Chairman : Dr R. W. Bruce Smith. Secretary : Dr W. H. Cronyn (Rosedale), G. E. Smith, W. B. Thistle, C. O'Reilly, S. Johnson, D. M. Anderson,

Jas. Caven, T. A. Todd, Thos. Wylie, Paul Scott, Helen MacMurphy.

Corresponding Members of the Membership Sub Committee :

Critish Columbia, Dr O. M. Jones, Victoria. Dr S. J. Tunstall.—*Saskat*, Dr W. D. Ferris, Edmonton.—*Alberta*, Dr J. D. Lafferty, Calgary.—*Manitoba*, Dr F. R. England, Winnipeg. Dr R. S. Thoreton, Deloraine.—*Quebec*, Dr John MacCrae, McGill, Montréal. Dr A. Marois, Quebec.—*New-Brunswick*, Dr Murray Macfaren, St. John.—*Nova-Scotia*, Dr John Stewart, Halifax.—*Prince Edward Is.* Dr Jenkins, Charlottetown.—*Ontario*, Dr. Forbes Godfrey, Mimico, Dr W. S. Bond, Eglington, Dr A. H. Perfect, Toronto Junction, Dr W. J. Charlton, Weston, Dr W. Walters, East Toronto.—*Ottawa*, Dr R. W. Powell.—*London*, Dr H. A. MacDallum.—*Kingston*, Dr Jas. Third.—*Hamilton*, Dr. A. E. Malloch. *Brantfort*, J. A. Marquis.—*Peterboro*, Dr T. C. Meal.—*Woodstock*, Dr A. B. Welford.—*St. Chatarines*, Dr W. Ratcliffe.—*Niagara Falls*, E. T. Kellam.—*Paris*, Dr W. Burt.—*Sault Ste. Marie*, R. J. Gibson.—*Owen Sount*, T. H. Middlebro.—*Collingwood*, J. L. Bray—*Midland*, R. Raikes.—*Belleville*, W. J. Gibson.—*Orillia*, W. Gilchrist.



Formulaire du Praticien

LES SOLUTIONS POUR INJECTIONS INTRA- UTERINES

Les liquides pour injections intra-utérines sont de composition variée. M. Fabre (de Lyon) (*Acad. de Méd.*, mai 1905), recommande l'eau térébenthinée :

Eau stérilisée.....	}	1 litre
Essence de térébenthine.....		15 cc.
Alcool à 92°		

Lorsque l'infection tend à se généraliser, l'auteur conseille en plus la térébenthine administrée à l'intérieur, par les voies digestives et sous-cutanées : 4 gr. en capsules et 2 gr. par voie sous-cutanée. La formule pour injections sous-cutanées est la suivante :

Eau salée stérilisée à 7/1000.....	}	1 litre
Essence de térébenthine.....		5 cc.
Alcool.....		

200 cent. cubès de cette solution représentent exactement 1 gr. d'essence de térébenthine.

Nous n'oserions trop conseiller cette dernière médication. Prise par la bouche, l'essence de térébenthine délabre l'estomac ; injectée sous la peau, elle est fort douloureuse. En injections intra-utérines, c'est autre chose.

Le liquide térébenthiné semble pouvoir être employé sans

inconvenients. Il prendra place à côté des solutions préalablement utilisées :

Liqueur de Labarraque	50 grammes
Eau distillée.....	1.000 —

Ou bien :

Permanganate de potasse.....	2 gr. 50
Eau distillée...;.....	300 —

Deux cuillerées à soupe par litre d'eau bouillie. — Chaque cuillerée renferme 0 gr. 012 ½ de permanganate.

L'eau oxygénée recueille nombre d'adhérents. Seulement comme son emploi risque de favoriser la production d'embolies gazeuses, on ne l'emploie guère avant le quatrième jour, et à ce moment, crainte que quelques bulles gazeuses ne restent dans l'utérus, on fera suivre l'injection d'eau oxygénée d'un lavage avec 400 ou 500 gr. d'un autre antiseptique. La solution d'eau oxygénée est employée tiède et coupée de moitié d'eau (*Th. de Cattier, 1902*).

Le sublimé aux doses de 0 25 par litre, n'a jamais donné d'accidents toxiques entre les mains de M. Budin (*Budin et Demelin, Man. d'Acc., 1904*). Ce dernier attribue la constante innocuité des lavages ainsi faits à l'emploi de sa sonde qui assure le retour aisé du liquide.

On peut encore utiliser l'eau boricuée (30 p. 1.000), gomeuolée (2.50 p. 1.000).

A la *Maternité Tarnier*, M. Budin emploie volontiers les solutions iodées :

Iodé métalloïde.....	2 grammes
Iodure de potassium.....	4 —
Eau stérilisée.....	1 litre

(solution faible)

Ou bien :

Iode Métalloïde.....	3 grammes
Iodure de potassium.....	6 —
Eau stérilisée.....	1 litre
(solution forte)	

L'inconvénient de des solutions iodo-iodurées est de causer parfois quelques cuissons vulvaires. Il faut rejeter l'emploi de la teinture d'iode, car elle est douloureuse par l'alcool qu'elle contient. La technique est très simple. On lave d'abord l'utérus avec de l'eau bouillie, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. On fait ensuite passer deux litres de la solution iodo-iodurée, et un lavage d'eau bouillie terminal débarrasse la cavité vaginale des excès d'iode qui pourraient s'y accumuler.



ÉTUDES SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES

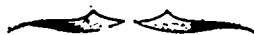
PAR FR. GUERMONPREZ (DE LILLE)

Notes recueillies et mises en ordre par les Docteurs J. GUILLOUX, L. EISSENDECK, J. FAIDHERBE, A. DAVID, L. MERVEILLE et AD. PLATEL.— Un volume in-8° de 1550 pages, avec 235 figures dans le texte.—Paris, 1906 ; J. Roussel, éditeur. PRIX : broché, 25 fr. ; cartonné, 27 fr.

L'ouvrage est un véritable livre, et non un manuel, ou un répertoire d'idées courantes. Ce qui domine c'est l'unité de vues avec des expressions variées. L'idée fondamentale prétend harmoniser par ce traitement tous les éléments anatomiques du membre fracturé ; et c'est ce qui forme la ligne directrice depuis le moment de l'accident jusqu'à l'achèvement du traitement. Les chapitres sont écrits par différents auteurs ; il en résulte des tendances diverses et personnelles pour exprimer des principes, qui ne varient pas. C'est comme une école, où tout se tient avec la juste part laissée aux initiatives individuelles, et sans jamais se confondre avec les pratiques adoptées ailleurs. On s'étonne de rencontrer de nos jours une École, qui se tient à part autour d'une personnalité : ce n'est point banal : et cette considération suffit pour attirer l'attention sur un livre, qui traite la question des fractures des membres d'une manière qu'on ne trouve nulle part.

Les 32 chapitres sont inégaux. Plusieurs sont courts et se rapportent aux points les moins controversés ; d'autres sont très étendus, parce qu'on y rencontre des questions nouvelles ou du moins reprises et refondues de fond en comble. C'est, en effet, la première fois que l'on tente, sous cette forme, une sorte de répartition entre les soins traditionnels donnés aux fractures et ceux du massage et de la mobilisation qui passent pour des innovations. D'importantes recherches historiques acquièrent une portée pratique par leur rapprochement de plusieurs observations très moderne ; et une critique impitoyable conduit le lecteur à se faire une opinion nouvelle. Dans cette controverse, rien n'est bouleversé ; mais la routine est combattue sans cesse ; le sens clinique est recherché comme argument suprême. C'est donc une École, qui n'a rien de didactique, rien que l'on puisse résumer. C'est bien une école pratique, à laquelle aucune ressource moder-

ne ne reste étrangère. On y voit la répartition entre la mobilisation et l'immobilisation, entre le massage et les appareils inamovibles. Parmi les chapitres les plus curieux sont ceux de la thermothérapie et de la mécanothérapie, qui sont devenus des moyens nécessaires auprès des victimes des accidents du travail. C'est la première fois qu'un ouvrage de chirurgie donne cette documentation avec tant d'abondance et de précision. Les deux derniers chapitres sont entièrement nouveaux ; ils se rapportent à la rééducation des mouvements et spécialement à la reconstitution de la marche chez les boiteux. De nombreuses observations et plus de deux cents gravures viennent à l'appui d'un enseignement donné depuis 30 ans dans une ville très industrielle où les ressources cliniques ne manquent pas. Un répertoire alphabétique facilite les recherches du praticien en fournissant la réponse aux problèmes si difficiles et si nombreux de la chirurgie moderne des accidents du travail pour les fractures des membres.



Québec, 25 Novembre 1905.

Le Bulletin Médicale, Québec:

Monsieur le Rédacteur,

Je vois par votre livraison de septembre, (Communication du Dr. Laurendeau) que l'on peut se procurer le BROMYDRATE DE SCOPOLAMINE d'une maison de Montréal à raison de \$1.50 par tube de 5 grs.

Nous gardons ce produit de la maison Merck et notre prix de vente n'est que de 75c. par tube ; Je crois que vous devriez publier la présente lettre afin que vos lecteurs sachent qu'à Québec, il existe une Maison qui peut leur fournir tout produit nouveaux sans pour cela exiger des profits exagérés.

Je demeure votre serviteur

J. E. LIVERNOIS

LES INJECTIONS D'IODIPINE

Dans le traitement des arthrites mono-articulaires chroniques.

Communication faite à la Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles

M. MAYER rend compte des résultats favorables obtenus par M. Depage dans six cas d'arthrite chronique mono-articulaire, grâce aux injections massives d'iodipine. Deux cas sont relatifs à des tumeurs blanches de la hanche guéries en deux mois environ ; les quatre autres observations ont trait à une coxalgie, suite de fièvre typhoïde, et trois arthrites rhumatismales localisées à un genou, après un rhumatisme généralisé.

Dans tous ces cas, M. Depage a fait injecter journellement ou tous les deux jours 10 à 20 cent. cubes d'iodipine à 10 p. c. ou à 25 p.c. ; les douleurs ont rapidement disparu et la guérison a été obtenue sans ankylose. On sait que l'iodipine est une combinaison organique de l'iode avec l'huile de sésame, en proportion telle que 20 cent. cubes d'opine à 25 p. c. contiennent 5 grammes d'iode.

Les injections d'iodipine—à condition que l'échantillon soit jaune clair et non brunâtre, ce qui fait supposer la présence d'iode libre—sont indolores, non irritantes et ne produisent jamais d'intolérance ni d'iodisme même à hautes doses : Feibes; d'Aix-la-Chapelle, a injecté sans inconvénients 50 grammes par jour de la combinaison à 25 p. c. pendant vingt-cinq jours (soit 1,250 grammes = 312,5 grammes d'iode!).

L'iodipine a été préconisée dans tous les cas où l'on recommande les iodures : la bronchite, l'emphysème, le goître, les psoriasis, la syphilis tertiaire, la cyphilis cérébrale, les périostites syphilitiques, le tabes, le rhumatisme chronique, les arthrites déformantes, les poussées congestives articulaires avec épaississement des ligaments, la névrite sciatique, etc.

M. Mayer a observé un effet très rapide dans un cas de psoriasis et dans un cas d'artério-sclérose syphilitique avec polyadénite : en quelques jours il a vu disparaître des ganglions indurés du volume d'un œuf.

Cette action résolutive à l'égard des tissus de sclérose paraît due au développement d'une mononucléose intense autour du foyer d'injection et à de la leucocytose mononucléaire sanguine, ainsi que l'ont montré les recherches de l'abbé et Lortat.

A ce point de vue, il est peut-être préférable, dans les arthropathies chroniques avec épanchement, d'injecter l'iodipine tout près des foyers nœuds, comme l'ont proposé Schuster et Feibes, au lieu d'injecter dans la fesse, comme on le fait ordinairement.

Le prix peu élevé des flacons d'iodipine ne vient heureusement pas en restreindre l'emploi. La combinaison à 10 p.c. doit être préférée à cause de l'instabilité relative des flacons à 25 p.c.

L'absence des symptômes d'iodisme, malgré les fortes doses administrées journellement, est dû probablement à l'absorption très lente de l'iode la combinaison avec l'huile de sésame étant assez fixe : on retrouve couramment l'iode dans l'urine encore un mois après la dernière injections et Feibæ a même pu l'y décèler après 402 jours. Accessoirement l'iodipine peut servir à contrôler la motilité de l'estomac : comme elle ne se décompose ni dans la salive ni dans le suc gastrique, van Spanje a proposé d'administrer 1.6. gramme d'iodipine dans du lait chaud et de rechercher l'apparition de l'iode dans la salive, qui indique le passage de l'iodipine dans l'intestin et sa décomposition par la bile, normalement, la réaction survient au bout d'une heure ; elle est retardée dans les cas de paresse gastrique et manque si les voies biliaires sont obstruées.

M. HANNECART pense que l'on pourrait employer l'iodipine dans les cas d'actinomyose, où il sagit précisément de faire absorber de grandes quantités d'iode

M. RENÉ VERHOOGEN a employé, avec un succès inégal, l'iodipine dans le rhumatisme chronique secondaire, c'est-à-dire consécutif aux atteintes du thumatisme articulaire aigu. Il faut injecter, dans tous les cas, de fortes doses, jusqu'à 20 cent. cubes du médicament à 10 p. c. La consistance huileuse de l'iodipine occasionne un frottement très marqué le long des parois de l'aiguille creuse, ce qui nécessite l'emploi d'aiguilles d'assez fort calibre.

D'autre part, l'iodipine se décompose lentement dans les milieux organiques ; en cas d'urgence, dans la syphilis cérébrale par exemple, il faut donc employer simultanément l'iodipine et l'iodure, quitte à supprimer l'emploi de ce dernier après une quinzaine de jours.

M. GERRARD observe en ce moment plusieurs malades soumis aux injections d'iodipine ; il a obtenu une guérison complète dans un cas de rhumatisme tuberculeux du genoux avec ankylose ; les résultats obtenus dans le rhumatisme chronique sont moins probants. Les injections ont été pratiquées sous la peau, au pourtour des articulations malades, mais à doses faibles. (2 à 3 cent. cubes par injection).

M. MAYER.— Il est nécessaire d'employer les hautes doses ; les avantages des injections périarticulaires ont été signalés récemment.

M. HANNECART.— N'y a-t-il aucun danger de provoquer des embolies ?

M. MAYER.— Pas plus qu'avec les autres injections similaires ; il faut prendre soin de ne pas piquer un vaisseau.

