

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PREVENTION DES RECHUTES PARMI LES SOLDATS ET MARINS GUERIS DE LA TUBERCULOSE

(Suite)

Par S. Adolphus KNOFF,¹

*Docteur en médecine des Universités de Paris et de New York.
Professeur de Phtisiothérapie à l'école de Médecine Post-
Graduate. Membre de l'Académie de Médecine de New
York. Ancien capitaine du Corps Médical de
l'armée des Etats-Unis.*

L'HYDROTHERAPIE

Le deuxième moyen à employer pour aider nos soldats et marins tuberculeux est l'hydrothérapie. Avant de commencer la

1. Voir No de juillet du *Bulletin Médical*.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

LABORATOIRE COUTURIEUX
18. Avenue Hoche - Paris

Traitement LANTOL
— PAR LE —

**Rhodium B. Colloïdal
électrique**

Ampoules de 3 c'm

cure de l'hydrothérapie sur un sujet quelconque, on devra toujours s'informer s'il a l'habitude d'employer l'eau froide sur tout le corps; si oui, on lui demandera si c'est l'ablution, la douche, ou l'immersion dans l'eau, et à quelle température.

Si le malade a l'habitude de bain froid ou de la douche au lever, il doit en continuer la pratique très régulièrement, mais il doit aussi, chaque fois, s'assurer que la réaction est parfaite.

Dans le cas où l'individu ne se serait jamais servi d'eau froide sur le corps il faudra procéder graduellement, sous forme d'ablution, le matin ou le soir, les fenêtres fermées et dans une chambre confortablement chauffée. N'oublions pas un détail important au réveil il faut ramener aussitôt les couvertures au lit afin de conserver la chaleur accumulée durant la nuit. Ceux qui n'ont pas de chambre de bain située près de la chambre à coucher peuvent procéder de la façon suivante :

Le matin, avant de se lever, le malade fera placer près de son lit un bassin contenant environ vingt centimètres de profondeur d'eau à une température de quarante degrés centigrades ¹. L'eau froide à la température voulue sera placée dans un petit bassin sur une table à hauteur ordinaire près du grand bassin. L'individu sortant du lit se tiendra debout nu, les pieds dans l'eau chaude. Il prendra une grosse éponge trempée dans l'eau froide, qu'il pressera en la plaçant sur la nuque, puis sur la gorge, ensuite sur l'épaule gauche, puis sur la droite, de façon à ce que tout le corps soit baigné. Le malade se séchera rapidement et retournera au lit maintenu chaud au lever, ou réchauffé, le soir, pour assurer la réaction. Si l'ablution a lieu le matin, le patient restera au lit environ dix minutes, puis se lèvera et procédera à sa toilette. Le soir, le malade aura soin d'ouvrir ses fenêtres avant de se mettre au lit.

1. Equivalent à 110° Fa.

On commencera avec de l'eau à la température d'environ 30°,² et on diminuera graduellement tous les 3 ou 5 jours 2 ou 3°, jusqu'à ce qu'on arrive à 5°, qui est la température moyenne de l'eau venant des tuyaux.³

Quel est l'effet de cette hydrothérapie sur l'individu guéri de la tuberculose? La peau de ces personnes est souvent sèche et sans vitalité. L'effet du bain froid, par sa réaction, active la circulation du sang et de la lymphe dans la peau. Les poumons sont aidés dans leur pouvoir ou action excrétoire. L'hydrothérapie, qui donne une tonicité plus grande au système cutané, devient ainsi un adjuvant à l'aérothérapie, car elle permet au malade de pouvoir supporter plus facilement le froid. Les nerfs de la peau, à cause de leurs relations avec les nerfs qui ont pour fonction de contrôler les fonctions du corps et de transmettre aux centres les sensations recueillies à la surface, ont une mission importante; s'ils fonctionnent bien, l'action reflexe est de plus en plus normale. C'est que les systèmes circulatoires, respiratoires, digestifs et vasomoteurs bénéficient largement de l'hydrothérapie judicieusement appliquée.

Si pour une raison ou une autre l'application de l'eau froide n'est pas praticable, on ferait bien d'exposer à l'air le thorax nu, dos et poitrine. En même temps, on frictionnera vigoureusement avec une serviette rude jusqu'à ce que le sujet éprouve une sensation de chaleur agréable.

S'il fait soleil, on peut faire de l'*héliothérapie*, en exposant à ses rayons la poitrine d'abord, puis le dos, ayant toujours soin de tenir la tête à l'ombre ou protégée par un grand chapeau. On devra cesser l'exposition au soleil dès que la sensation de chaleur cesse d'être agréable ou donne mal à la tête. Les bénéfices de

2. (85° Fa.)

3. (41° Fa.)

l'héliothérapie judicieusement appliquée sont connus et appréciés par tous les phtisiothérapeutes.

LE RESPIRO-THERAPIE

On ne devrait jamais employer les exercices respiratoires pendant la période active de la tuberculose. Avec des cas guéris ou presque guéris, ayant quitté le sanatorium, c'est-à-dire avec lésions non actives, nous pouvons procéder sans crainte avec la gymnastique pulmonaire; mais pour être bien sûr de ne pas faire de mal, dans les cas douteux, on procède graduellement.

L'exercice le plus simple est celui qu'on peut faire au lit, sur une chaise, en automobile, ou pendant une promenade au dehors sans attirer l'attention. On élève les épaules et on fait un mouvement de rotation en arrière pendant l'inspiration; on reste dans cette position pendant quatre secondes et on expire en reprenant la position première.

Quand le premier exercice sera parfaitement contrôlé, on devra commencer à exécuter le second. Il s'exécute de la façon suivante: devant une fenêtre ouverte ou en plein air on se tient debout dans la position militaire dite de l'attention, les talons rapprochés, le corps droit et les mains sur les hanches; on ferme la bouche puis on fait une profonde inspiration (c'est-à-dire qu'on prend tout l'air possible pendant laquelle on élève les bras dans une position horizontale). On reste dans cette position durant quatre à cinq secondes en retenant l'air inspiré, puis, pendant l'expiration on ramène les bras dans la position originale. L'expiration doit être un peu plus rapide que l'inspiration.

Mesurés en secondes, les différents temps de cet exercice peuvent s'exprimer comme suit, inspiration 4, rétention 5, expiration 3. On doit assigner au malade à compter mentalement pendant ces différents temps pour qu'il s'habitue à les accomplir très méthodiquement.

Le troisième exercice s'exécute de la façon suivante: Les mains sont placées sur le thorax en avant, l'une au-dessus de l'autre, comme si l'on voulait ouvrir la poitrine, puis les mains, les bras et les épaules sont portés en arrière, les doigts restant fléchis, pendant que l'on fait une profonde inspiration. On compte cinq en frappant cinq fois sur la poitrine et, à la dernière seconde, on commence l'expiration en ramenant les mains dans la position originale. Cet exercice a l'avantage de pouvoir être exécuté aussi bien dans la position assise que dans le decubitus dorsal.

Le quatrième exercice consiste dans l'élévation des bras, de la position de l'attention à l'horizontale et de là au-dessus de la tête, pendant que l'on prend une inspiration; puis à pencher le tronc en arrière autant que possible tout en retenant sa respiration, à garder cette position pendant cinq secondes et, à la cinquième seconde, à reprendre la position première en expirant l'air inspiré. On doit se rappeler que pendant cet exercice les bras levés au-dessus de la tête doivent se toucher par les mains formant un cercle et que la réunion des index et des pouces doit former un triangle.

Le cinquième exercice met en jeu les muscles abdominaux ou, en d'autres termes, habitue à la respiration thoracique et abdominale. Pour arriver à ce but, on se place debout dans la position de l'attention avec les deux mains réunies par leurs faces palmaires de façon à ce que les pouces touchent le sternum. Pendant que l'on fait une profonde inspiration, on élève le diaphragme en donnant toute son attention à cet acte, et l'on élève, pendant ce temps, les mains jusqu'au menton en les tenant toujours appliquées contre le plan antérieur du tronc, puis on les retourne et on les élève au-dessus de la tête. On se courbe pendant quatre secondes en arrière après lesquelles on expire l'air en reprenant la position primitive.

Le sixième exercice respiratoire, que l'on pourrait appeler la

nage à sec demande plus de force et d'endurance. On ne doit l'entreprendre qu'après la pratique régulière et suivie des autres exercices, et quand l'amélioration de la respiration est devenue évidente. On prend, comme toujours, la position de l'attention et alors on allonge les bras en avant comme dans l'action de la nage, les mains se touchant par le dos. Pendant l'inspiration, on éloigne les mains l'une de l'autre jusqu'à ce qu'elles se touchent en arrière du dos; on tient cette position pendant quatre secondes pendant lesquelles on retient l'air inspiré, et l'on exhale en ramenant les bras dans la position initiale, prête à un autre mouvement de natation, ou, si l'on a fini, à la position de l'attention. Cet exercice plutôt difficile peut être rendu plus facile et plus effectif si on se lève sur les orteils pendant l'inspiration et si on se laisse redescendre pendant l'expiration.

On voit qu'avec ces cinq exercices, tous les muscles de l'économie, depuis les narines jusqu'aux orteils, sont mis en mouvement; la face seule ne doit pas se contracter et peut servir de preuve que l'exécution en est bien faite, car il ne faut pas oublier que ces exercices doivent être accomplis sans contractions inutiles et sans mouvements brusques.

Comme règle générale, dans les gymnastiques respiratoires on devrait se rappeler les maximes suivantes: Débutez par les exercices les plus faciles et ne continuez avec les autres que lorsque les premiers seront parfaitement contrôlés. Pratiquez 4 ou 6 de chaque exercice au grand air c'est-à-dire un de chaque toutes les demi-heures ou heures ou moins si ce n'est pas possible, 6 fois par jour, le matin et le soir.

A part les exercices déjà décrits, il en est un autre que les tuberculeux guéris et les enfants déjà grands peuvent ajouter à leur arsenal de moyens de défense par le développement de la poitrine et l'habitude d'inhaler la plus grande quantité possible d'air pur et frais. Cet exercice se fait comme suit: l'individu prend la po-

sition de l'attention, puis il inspire profondément pendant qu'il élève les épaules et les rejette en arrière, il garde cette position pendant quatre secondes, expire l'air inspiré autant que possible en reprenant la position originale et, avant de reprendre l'inspiration, il fait un second effort d'expiration en même temps qu'il tourne ses avant-bras en dehors et qu'avec ses bras il comprime sa poitrine de manière à en exprimer tout l'air possible. Le vide créé dans sa poitrine amène un acte involontaire d'inspiration très profonde et le gymnaste reprend tranquillement la position d'attention.

Pour établir la valeur de cet exercice nous rappelons ici que la respiration ordinaire entraîne le renouvellement de 500 cc. d'air à chaque respiration le premier exercice en fait inspirer 1500 cc. et ce dernier peut en faire expirer 1300 cc. Le deuxième effort expiratoire peut encore faire sortir 500 cc. de l'air résiduel, ce qui établit la valeur de cet exercice avant le travail, pendant le repos, après la fin de la journée ou chaque fois que l'on se trouve en plein air; et le résultat de ce dernier exercice respiratoire est l'hématose de 1800 cc.

Encore un mot sur la valeur de ces exercices respiratoires au point de vue de la prévention des rechutes parmi les malades guéris de la tuberculose. Nous pouvons tous nous tromper lorsqu'il s'agit de déterminer si la guérison est absolue. Nous conseillons de pratiquer graduellement les exercices respiratoires, et nous examinons, peu de temps après, la poitrine; nous pourrions alors constater s'il y a le moindre danger que la lésion devienne de nouveau active au cas où le malade recommencerait ses travaux physiques.

Et maintenant que nous avons étudié le traitement par les moyens physiques, il est naturel que nous nous demandions s'il n'y a pas quelque chose dans notre matière médicale qui puisse nous aider à rendre nos tuberculeux invalides guéris plus résis-

tants contre les rechutes. Je ne sais rien qui puisse être recommandé plus consciencieusement dans ce but, ou qui soit meilleur que le *chlorure de calcium*. Une fois que tous les moyens indiqués, masso-, hydro- et respiro-thérapie, ont été appliqués, que les médicaments indiqués ont été administrés pendant un certain nombre de semaines et que le patient est considéré comme protégé contre les rechutes autant qu'ont pu le faire la science médicale, l'éducation du malade, et ses soins personnels, il n'est pas moins nécessaire de lui choisir une occupation et un entourage susceptibles d'augmenter, pour lui, les chances de conserver sa santé. Cela constitue un problème en soi-même. Tout ce que je puis en dire ici c'est que, en général, plus les individus qui ont reçu le traitement des post-sanatoria, pourront être occupés en plein air, moins existera, pour eux, le danger d'un retour de la maladie. Cependant, nous devons nous rappeler qu'il y aura un bon nombre d'entre eux qui ne seront pas disposés, à cause de leur tempérament, ou ne seront pas capables, à cause de leur état physique, d'accomplir des travaux d'agriculture, ou d'horticulture, d'élever des volailles, de devenir charretiers, chauffeurs, marchands ambulants, ou contrôleurs dans les gares. On ne pourrait mieux choisir pour ceux qui ont eu l'entraînement nécessaire ou qui désirent occuper de semblables positions.

Mais il y aura des milliers d'hommes qui, avant d'entrer dans l'armée, avaient bien réussi dans des emplois nécessitant une vie renfermée pour laquelle ils avaient été préparés par des années de pratique et dans laquelle ils gagnaient facilement leur vie. Ceux-là voudront si possible, retourner à leurs anciennes occupations, et je suis porté à croire que cela peut être fait en toute sécurité dans bien des cas, pourvu que l'intérieur du bureau ou de l'atelier soit construit sanitairement, qu'il soit bien ventilé, et que l'individu mène, chez lui, la vie la plus hygiénique possible. Il est surtout important qu'il couche dans une chambre bien ventilée, les

fenêtres devront être grandes ouvertes et, autant que possible, il fera bien de se coucher sous une véranda, sous une tente placée dans le jardin, ou dans la cour. Pour ceux qui habitent les villes et demeurent dans des appartements, je suggère l'installation d'une tente fixée à la fenêtre, telle que j'ai eu le privilège de l'inventer pour les tuberculeux pauvres, obligés de se soigner chez eux. (*)

(*) Voici la description de la tente-fenêtre: L'individu, couche dans le lit placé parallèlement à la fenêtre, à la tête et les épaules sous cette tente où l'air de la chambre ne peut pénétrer. La disposition de l'appareil assure une ventilation presque parfaite. Les supports de la tente sont fixés au cadre de la fenêtre environ trois pouces plus bas que le milieu du châssis. Cet espace sert de passage à l'air chaud de la chambre et peut être réglé à volonté en abaissant le châssis. La tente elle-même se compose de quatre supports en acier recouverts d'une toile très forte, et fonctionne comme un auvent ordinaire. Une corde et une poulie, voilà tout le mécanisme servant à la lever ou à la descendre. La toile dépasse de beaucoup le bord inférieur de la monture d'acier et peut ainsi, s'adapter parfaitement au lit. Après s'être couché, le malade fait retomber la tente et il n'a qu'à fermer les persiennes pour se protéger de la pluie ou des regards curieux.

D'ailleurs, cette installation, peu visible au dehors, n'attire pas beaucoup l'attention du voisinage. On dispose le lit de façon à permettre au malade de se reposer sur le côté droit ou sur le côté gauche, selon ses goûts. La position parallèle du lit permet d'employer ce système dans les chambres très petites. Le morceau de celluloïd transparent placé dans l'ouverture d'un côté de la tente, permet à la garde-malade et aux parents de surveiller le patient, et à celui-ci, de voir ce qui se passe dans la maison. Il n'est pas prudent de fumer sous cette tente; outre que le celluloïd est très inflammable, l'état du patient en souffrirait. Il est très facile d'élever le lit au niveau de la fenêtre quand la chose est nécessaire; quatre blocs de bois ou quelques pouces de tuyaux de fer suffisent pour cela.

Ceux qui ne font usage de la tente que pendant la nuit peuvent la lever ou l'enlever complètement durant le jour.

En hiver, ce système donne au patient l'avantage de vivre au grand air sans que les personnes qui sont dans la même chambre aient à se plaindre du froid. C'est un avantage appréciable pour les familles pauvres qui ont un petit nombre de pièces à leur disposition. Les parents ont la satisfaction de constater que le malade ne manque pas d'air pur, et celui-ci est heureux de savoir qu'il ne diminue pas le confort des autres membres de la famille.

Dans les temps froids de l'hiver il faut mettre sur le lit un nombre suffisant de couvertures. Toutefois, leur pesanteur ne doit pas aller jusqu'à incommoder le malade. Dans les températures froides, le malade qui couche dans la "tente-fenêtre" doit revêtir un tricot de laine (sweater) et se couvrir la tête chaudement.

Certains malades se plaignent que la lumière du jour les éveille trop tôt le matin. On fera disparaître cet inconvénient en appliquant sur les yeux une voilette de fil noir. Disons, enfin, qu'en fermant la fenêtre et en levant la tente, le malade se trouve dans une chambre chaude où il peut faire sa toilette ou prendre son bain d'éponge.

Les dessinateurs, comptables, vendeurs, tailleurs ou cordonniers, feront rarement de bons fermiers, mais si les précautions que je viens de mentionner sont prises, ces hommes se porteront mieux et seront plus heureux lorsqu'ils pourront reprendre leurs anciennes occupations. Il y aura, il va sans dire, des exceptions, et, si les travaux du soldat dans la vie civile l'exposent à l'inhalation d'une grande quantité de poussière minérales et végétales, ou de gaz irritants s'il est soumis à des changements subits de température, ou travail de nuit ou à une dépense extraordinaire de forces physiques, il lui sera plus sage de choisir un autre moyen de gagner sa vie.

Enfin, on devrait insister sur un point: c'est que tout soldat renvoyé comme étant guéri, qu'il ait ou non reçu le traitement post-sanatorium, on devrait, dis-je, insister pour qu'il comprenne l'importance de se faire ausculter au moins tous les trois mois, durant les deux premières années qui suivront son renvoi du sanatorium, et, plus tard, tous les six mois, afin de se garantir contre tout retour insidieux de la maladie. Toute indisposition intercurrente ou maladie de n'importe quelle nature devra être considérée assez importante pour avoir de suite, recours à un médecin.

Le soldat tuberculeux guéri devra surtout faire attention durant les épidémies d'influenza ou de pneumonie (fluxion de poitrine). Il devra éviter les foules, prévenir la constipation. Il devra surtout éviter la fatigue. Qu'il suive la règle bien simple de ne jamais continuer un travail, soit mental soit physique, s'il est déjà fatigué par un travail manuel ou cérébral. Il ne devra jamais travailler jusqu'à l'excessive fatigue. Je suis fermement convaincu que les poisons de la fatigue sont, tout autant, quoique indirectement, responsables de la prévalence des maladies respiratoires, infectieuses, que le manque de soins, et la contamination par la toux ou les éternuements.

La visite médicale périodique du soldat, ancien tuberculeux,

licencié et guéri doit-elle être faite par le chirurgien du poste militaire le plus voisin, par un praticien civil, par un médecin spécialement qualifié, nommé par le gouvernement, ou par l'Etat-Major médical attaché aux institutions variées pour tuberculeux, sous la direction des divers gouvernements municipaux? Cette question sera soigneusement étudiée par les autorités respectives.

CONCLUSIONS

J'offre cette modeste contribution à votre gouvernement, au nôtre et au gouvernement français dans l'espoir qu'elle recevra la considération qu'elle mérite par les autorités qui ont la charge de réhabiliter nos soldats tuberculeux, non seulement parce que les idées exprimées et les conclusions auxquelles je suis arrivé sont le résultat d'un quart de siècle de pratique parmi les poitrinaires pauvres et riches à l'hôpital au sanatorium et dans mon cabinet de consultation mais aussi parce que mes suggestions et le plan ébauchés ont reçu l'approbation des plus hautes autorités médicales sur la tuberculose dans votre pays et dans le nôtre.

Enfin sera-t-il plus avantageux d'avoir un bâtiment séparé pour le traitement post-sanatorium des cas de tuberculose ainsi enrayée, parmi les soldats, ou bien donnera-t-on la préférence aux sanatorium où le malade a accompli sa cure? Cette décision sera prise par les autorités respectives. Quant à moi, je crois qu'une institution spéciale est préférable à cause de l'effet moral et psychologique que le changement aurait sur la patient. Mais quelle que soit la décision des autorités sur ce point, je suis convaincu de l'effet bienfaisant d'un traitement post-sanatorium tel qu'il a été ébauché dans les pages précédentes.

J'ose affirmer qu'à sa rentrée dans la vie civile, l'ancien tuberculeux, maintenant réhabilité, complètera, dans la communauté l'éducation reçue au sanatorium, post-sanatorium et profession-

nelle, qui aurait reçue de lui un individu plus heureux et plus satisfait.

Dans un article admirable, sur le sujet de la réhabilitation du soldat tuberculeux (Journal de l'American Medical Association, du 3 août 1918), Lieut.-Col. E. H. Bruns appuie sur la valeur d'une éducation professionnelle comme étant un moyen de remonter le moral du patient dans le sanatorium.

La physiothérapie (massage, hydrothérapie et exercices respiratoires) telle que décrite, par ses effets stimulants et toniques, aidera considérablement à créer un état de contentement physique et moral. En outre, l'ancien soldat aura acquis pendant son séjour au sanatorium une connaissance pratique de l'hygiène; il aura été mis au courant de tout ce qui peut tendre à la prévention de la tuberculose. Il aura appris à aimer le grand air, à respirer profondément; il fera usage de l'hydrothérapie, partout et toujours, c'est-à-dire, il emploiera l'eau froide extérieurement et intérieurement afin de conserver sa santé et ses forces. Il sera devenu l'ennemi d'habitudes qui propagent les maladies, telles que l'expectoration, les éternuements et la toux. Son entraînement militaire aura fait de lui un homme précis, apportant de l'ordre dans ses vêtements; sobre et industrieux. Comme soldat, il s'est battu pour la démocratie, afin que cette terre soit un endroit où l'on puisse vivre en sécurité, comme civil, il tâchera de rendre ce monde plus beau. De même qu'il s'est battu victorieusement contre l'arrogance d'un ennemi cruel qui s'imaginait être invincible, de même il luttera désormais contre l'ignorance et la maladie que l'on croyait aussi invincibles qu'autrefois. A ses lauriers, gagnés sur les champs de batailles, il ajoutera d'autres lauriers gagnés par son travail parmi les hommes, en temps de paix.

Furuncle—Anthrax—Acne,—etc.



LIQUIDE INJECTION COMPRIMÉS

STANNOXYL est reconnu par l'Académie des Sciences, l'Académie de Médecine, comme le spécifique réel, absolu et certain des maladies à Staphylocoques. DOCTEURS, prescrivez STANNOXYL.

CE N'EST PAS ORDINAIRE !

C'est ce que tous les Docteurs nous déclare
sur présentation du CITO-SERUM . . .

Que pensez-vous d'une préparation qui contient 0 gr. 30 de cacodylates et 0 gr. 001 de strychnine dans une seule injection ?

Le traitement rapide, prompt, certain, indolore et moderne de

L'ANEMIE, L'ANEMIE PERNICIEUSE, NEURASTHENIE.

Littérature, échantillon et liste de prix sur demande.

L'ANGLO FRENCH DRUG CO. Limited
Edifice Dandurand Téléphone Est 3710 Montréal.

J. E. LIVERNOIS, Ltée—QUÉBEC—Phone, 5215.

CARIE SECHE DE L'ÉPAULE ¹

—
Dr A. SIMARD, Prof. à l'Université Laval,
Dr J. CLOUTIER,, assistant du service chirurgical à l'Hôtel-Dieu.

La nature précise d'une affection articulaire est toujours nécessaire à connaître tant au point de vue pronostic qu'à celui du traitement à instituer.

De temps à autre, au hasard de la clinique se rencontrent des malades qui sortent de la banalité journalière et deviennent de ce fait intéressants et souvent instructifs. C'est à ce titre que je présente à votre bienveillante attention l'observation suivante qui a posé un diagnostic à faire et une indication de traitement à instituer.

Observation.—Il s'agit d'une jeune institutrice âgée de 21 ans et qui se dit malade depuis 14 mois. Elle s'aperçut alors que les mouvements qu'il lui fallait faire pour écrire au tableau noir provoquaient des douleurs dans son épaule droite. Au repos son épaule n'était aucunement douloureuse.

De mois en mois elle constata que les mouvements de son bras droit devenaient de plus en plus pénibles, parceque plus limités, et plus douloureux. De jour en jour son bras devenait plus faible pour employer son expression. Elle a toujours, paraît-il, été faible, anémique, anémie qui aurait augmenté à la suite d'une fièvre typhoïde survenue il y a 2 ans. Elle a été soignée pendant plusieurs années pour des douleurs articulaires multiples étiquetées rhumatismales par son médecin. Son père souffre de sciatique. Elle a toujours été irrégulièrement réglée. La malade a une bonne apparence générale quoique un peu pâle.

Examen.—Tous les organes semblent sains. Seule l'articulation de l'épaule droite est en cause. L'articulation scapulo-humé-

1. Travail lu à la réunion de la C. M. A., Québec juin 1919.

rale a une apparence assez particulière: Il y existe une déformation qui rappelle à première vue celle caractérisant la luxation scapulo-humérale i. e. un aplatissement considérable du moignon de l'épaule, en même temps qu'une saillie anormale de l'acromion. Le bras est en légère abduction et paraît fixé dans cette attitude. L'examen établit sans peine que la déformation qui frappe est due à une atrophie considérable des muscles péri-articulaires et spécialement du deltoïde.

L'exploration de l'articulation en l'abordant par les points les plus accessibles donne le résultat suivant: D'abord il n'existe ni épanchement ni fongosités articulaires. La tête humérale ne paraît pas déformée; mais d'un autre côté elle semble notablement diminuée de volume, ce que d'ailleurs une radiographie établit clairement.

La mobilité articulaire est sérieusement limitée. L'étude des mouvements passifs démontre que tous les mouvements sont excessivement réduits, avec des frottements articulaires que l'on développe de temps à autre. Maintenant les douleurs provoquées et spontanées sont peu intenses. Tout de même on réveille des douleurs en pressant 1^o en arrière de l'acromion; 2^o au niveau du sillon pectoro-delhoïdien; 3^o sur le parcours de la coulisse bicipitale.

La température est normale. Il s'agit évidemment d'une arthrite chronique avec ankylose incomplète de l'épaule. Mais de quelle nature sont ces lésions articulaires productives de cette ankylose. C'est la question qu'il s'agit de trancher: Plusieurs eventualités se présentent naturellement à l'esprit. Quelques-unes peuvent être immédiatement écartées, d'autres au contraire qui demandent à n'être pas traitées à la légère.

1.^o Les arthrites sèches déformantes, les arthrites myélitiques, qui en se développant, déforment l'articulation, se caractérisent par des mouvements articulaires anormaux, jusqu'à produire une

jointure ballante, présentent des symptômes cliniques justement l'opposé de ceux de notre malade et qui ne peuvent pas nous arrêter longtemps.

2° L'arthrite syphilitique toujours déformante et jamais ankylosante ne mérite pas non plus considération.

3° Ce n'est pas non plus une périarthrite de l'épaule, avec ses douleurs spéciales à l'endroit des traverses séreuses, ses craquements secs de bursite fibreuse, son absence d'atrophie importante, sa limitation de mouvements qui n'existe que lorsque, pour l'abduction par exemple, l'on veut dépasser 40° à 45°, l'absence de douleurs dans les petits mouvements articulaires et l'indolence au repos.

4° Ce n'est pas non plus l'arthrite fongueuse, variété banale de l'ostéo-arthrite tuberculeux, avec le gonflement notable de la région, l'augmentation de volume de la tête humérale, l'existence de liquide ou de fongosités dans l'articulation et dans la région péri-articulaire. Souvent la présence de l'abcès froid ou de la fistule révélatrice, les douleurs spontanées, enfin ses poussées subaigües de temps à autre. Tout cela manque chez notre malade. Ce n'est pas une arthrite tuberculeuse, variété fongueuse par conséquent.

5° Serait-ce par hasard une arthrite chronique rhumatismale? Ici il faut nous arrêter un instant. Notre malade est de souche arthritique, elle a été soignée pour des douleurs articulaires étiquetées rhumatismales, et qui ont duré. Pourtant, la lésion articulaire dont souffre notre malade ne présente pas ce caractère spécial d'être douloureuse spontanément, comme cela se voit toujours dans l'arthrite rhumatismale. De plus le rhumatisme chronique subaiguë ne s'accompagne pas d'une diminution de volume des extrémités osseuses, ni de cette atrophie, si accentuée, presque totale de tous les muscles de la région qui frappe. Ce n'est pas une arthrite rhumatismale.

Nous nous arrêtons au diagnostic de *carie sèche* de l'épaule, variété très spéciale de l'évolution de la tuberculose, maladie à marche lente (2 à 3 ans), dont toute la symptomatologie consiste dans une raideur de plus en plus accentuée des mouvements de l'articulation, avec douleurs très atténuées, marchant vers l'ankylose, tout en détruisant (à l'épaule en particulier) la tête humérale, l'usant avant sa soudure dans la glène et s'accompagnant toujours d'une atrophie totale des muscles péri-articulaires.

Les lésions anatomo-pathologiques consistent en de petites granulations fibreuses, dures, du volume d'un grain de plomb, se développant sous le cartilage diarthrodial, le décolle, l'ulcèrent, et se propagent ensuite à la synoviale et à la capsule. Dans la tête humérale l'évolution de cette tuberculose fibroïde produit une destruction du tissu osseux (ostéite rarefiante), creusant de petites cavités arrondies remplies de ces fongosités dures et fibreuses, à un degré plus avancé, la tête tend à disparaître et se trouve réduite à l'état de séquestre adhérent à la glène ou libre dans la petite cavité articulaire qui persiste encore.

Un fait est à noter cependant dans l'envahissement de cette carie dans la tête. C'est qu'elle s'étend rarement au trochite et au reste de l'extrémité supérieure de l'os.

Du côté de l'omoplate la glène est souvent intacte, d'ailleurs les lésions quand elles y existent ne sont jamais importantes.

C'est à cette variété d'ostéo-arthrite que nous avons à faire chez notre malade, et si nous l'avons dénommée tuberculeuse, variété carie sèche, c'est que sa nature a été démontrée sans qu'il soit possible de douter. C'est une manière d'être de la tuberculose, menant à l'ankylose les articulations qui en sont atteintes et se rencontrant sur certains résistants à l'envahissement du bacille de Koch, arthritiques presque toujours.

Le traitement, chez tous ceux dont la croissance est terminée est facile à poser. C'est la résection qui enlève le foyer tubercu-

leux, protégeant aussi l'individu et 2^o permet à l'articulation vouée à une ankylose totale de conserver des mouvements que le massage, l'électrisation, les mouvements passifs vont certainement assurer.

La résection a été pratiquée chez notre petite malade avec un plein succès immédiat et éloigné, la malade 3 mois après conservait une mobilité considérable de son articulation sans aucune douleurs.

Examen de la pièce : la tête humérale ne permettait aucun doute sur la nature de la lésion, *carie sèche*, avec des foyers d'ostéite rarefiante farcis de petits tubercules fibreux très caractéristiques.

— :000 : —

DISCOURS DE M. LE DOCTEUR A. VALLEE

Au Congrès de la Canadian Public Health Association

M. le Président,

Messieurs,

Dans son dernier roman M. René Bazin nous montre de façon charmante, l'Alsace moderne reprenant contact malgré ses doutes et grâce à son cœur et sa raison avec la France éternelle. C'est aussi quoiqu'on pense, ce qui s'est opéré chez nous, où nos gars chargés de gloire qui vaillamment ont défendu avec leurs frères canadiens anglais le drapeau et l'honneur ont en même temps rivé à jamais l'amour qui nous rattache au passé et, martelé l'entente qui nous ouvre l'avenir.

L'Angleterre et la France ont mêlé leur sang dans la lutte, de cette fusion sont nées l'éclatante victoire et la paix triomphante. Canadiens des deux races, nous devons, propagateurs désignés de deux mentalités et de deux idéals, faire en sorte que le contact établi au delà des mers se propage jusqu'ici. De l'alliance des caractères et de la conservation complète de leur personnalité naîtra forcément une nation plus forte, puisqu'elle saura dans un éclectisme national, emprunter à chacun ce qui le distingue, ce qui le caractérise, ce qui l'individualise, sans fermer la route à son développement naturel, sans étouffer ses aspirations, sans gêner ses mouvements. La coopération morale est nécessaire, au même titre que s'impose la coopération sociale, mais l'une ou l'autre ne comporte aucune abdication, et l'intellectualité, la formation différentes ne peuvent qu'apporter plus d'ampleur dans les réalisations.

Dans la période de reconstruction dont nous cimentons les assises, la science a sa place très large au point de vue matériel. Elle aura aussi son influence pour accentuer le raliement des peuples et des nationalités dont l'entente est indispensable aux succès et aux développements espérés. Impersonnelle et mondiale, dégagée de par son essence de tout esprit de parti, de toute conception mesquine, de toute théorie fantaisiste, puisqu'elle s'appuie essentiellement sur les réalités, la science constitue un point de contact en terrain neutre où peuvent se sceller les amitiés les plus durables, parceque sincères. Et si le savant, suivant en cela l'exemple des maîtres, ne peut abdiquer l'idée de la patrie pour laquelle il vit et les justes aspirations de la conscience nationale, du moins cherche-t-il, esprit ouvert et éclairé à mettre de côté le fanatisme et le préjugé qui font naître les froissements.

Aussi dans la vie nouvelle qui s'organise, le corps médical tout entier est-il en mesure de continuer partout et surtout chez nous, sur cette terre canadienne qui nous est chère, l'effort qui brise les

obstacles, le travail qui purifie les intentions, la coopération qui supprime les malentendus. Il lui appartient d'être dans la paix ce qu'il fut dans la guerre : un bataillon d'élite.

Ce bataillon d'élite, il est ici constitué de chefs et de soldats qui sous le même uniforme représenté par le titre de docteur, cachent fatalement des tempéraments divers, une formation différente, une mentalité presque divergente, un caractère, des aspirations, des goûts qui les distinguent. Mais ce bataillon d'élite comme la légion étrangère se réunit tout de même sous un drapeau qui est leur profession et marche en avant guidé par un idéal victorieux : faire progresser la science médicale pour soulager toujours les misères sans nombre.

De l'union globale de ces chefs et de ces soldats qui conservent individuellement l'empreinte de la petite patrie qu'est leur province, naîtra le prestige qui doit réjaillir sur la grande patrie qu'est le pays tout entier.

A ce caractère très spécial d'hommes de science, qui doit créer déjà un rapprochement, ne doit-on pas ajouter encore, la note générale de l'intellectualité qui impose des devoirs. N'avons-nous pas vu ailleurs, chez des peuples pourtant barbares et à jamais honnis, la puissance de l'union des intellectuels ? Si ceux qui vivent de l'esprit ne savent pas prêcher d'exemple, comment peut-on l'espérer du prolétaire dont l'activité en éveil cherche fatalement la lutte ?

Voilà déjà des raisons d'être au rapprochement médical que la Canadian Medical Association fête aujourd'hui à Québec, en même temps que le cinquantenaire de ses réunions dans cette vieille ville où elle est née.

En effet ce rapprochement ne s'apprécie pas seulement au point de vue sentimental et patriotique, il est fait aussi de résultats pratiques, en vue du développement scientifique médical lui-même.

Ne l'oublions pas, aucune race ne vient ici en inférieure. La supériorité est un patrimoine commun à tous les peuples qui veulent vivre, car tous les peuples qui veulent vivre entrent dans la lutte et les peuples qui luttent, maintiennent en même temps leur physique et leur moral.

Vous apportez, vous messieurs d'origine anglaise, cet esprit d'entreprise qui vous caractérise, cette ténacité qui vous honore, ce génie pratique qui vous fournit les réalisations promptes, ce succès que confère l'organisation matérielle, considérée aujourd'hui comme le facteur suprême et incontesté sinon incontestable. Ces moyens dont vous disposez naturellement ou par acquit, vous ont dirigé d'instinct vers le côté plutôt scientifique de la médecine, qui ne constitue pas toute la réalité.

Nous fournissons, au contraire, nous de souche française, la clarté reconnue du clair génie latin, les vues larges de la formation générale opposée à une spécialisation trop hâtive, l'humanisme naturel à notre mentalité, qui tout en permettant et en exigeant l'étude scientifique, préconise surtout le développement de l'art et veut laisser à la clinique la première place qui lui revient. Vous êtes chez nous des modernes, nous restons des classiques. Ne semble-t-il pas que depuis des siècles que dure la lutte entre ces deux groupes sans cesse renaissants de l'humanité, il y ait plus à attendre de l'union définitive de ces forces éparses et d'un éclectisme qui saura utiliser de chaque côté les bons aspects de la question.

Ce serait un moyen unique de créer ici une personnalité médicale supérieure. Faite de l'essence même de chaque caractère, elle tendrait forcément au surhomme dans l'art de guérir, dominant de toute sa hauteur les écoles qui là bas dans la plaine continuent la discussion. Cet idéal n'est pas possible à sa plus haute puissance, mais ne doit-on pas y aspirer dans la mesure de nos

forces, et donner ainsi droit de cité à la médecine canadienne dans le monde.

Rappelons que c'est un médecin le Dr G. Clémenceau qui a réalisé l'union sacrée au pays de France et grâce à ce succès local aboli les frontières entre les alliés, forcé hier la victoire et aujourd'hui signé la paix. Trouvons là notre exemple. Puisse la profession médicale canadienne prendre sa large part dans le nouvel essor. Pressant ses rangs comme le font à l'automne ces milliers d'oiseaux migrateurs qui se touchent des ailes pour vaincre la tempête, elle aidera de toute son énergie cette entente qui fera la force et la puissance de notre profession et de notre patrie pour les brillants lendemains qui datent d'aujourd'hui et dont l'aurore, voilé encore de nuages, se lève sur Versailles, éblouissant déjà l'univers entier.

—ooo—

NOTES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE

—

Le 28 mars 1919, à 7.30 heures du matin, Mademoiselle X... entre dans notre service à l'Hospice de la Miséricorde.

A son arrivée, nous la trouvons dans le coma, et les ambulanciers nous disent qu'elle vient de faire une crise d'éclampsie.

A peine l'avons nous placée sur le lit de travail qu'une seconde crise s'annonce. Le chloroforme n'est pas administré. Je n'ai, en effet, que le temps de saisir l'œuvre bouche, et de maintenir les mâchoires ouvertes pour éviter les morsures de la langue.

Cette crise dure quatre longues minutes et est suivie d'un coma absolu. A ce moment je fais le toucher, et constate une dilatation égale à une pièce de 5 sous, avec, comme présentation, une tête libre au détroit supérieur.

Une nouvelle crise survient à 8.35 heures du matin. Cette fois je donne le chloroforme à dose massive. Durée, deux minutes. Puis la malade retombe dans le coma.

Monsieur le Docteur Grondin, que j'ai averti pendant l'intervalle de ces deux premières crises, se rend à la Miséricorde, et à 9.35 heures A. M., nous produisons l'anesthésie complète.

La dilatation, qui est alors égale à une pièce de 25 sous, est complétée avec le dilatateur de Bossi. Cette opération dure près de vingt minutes.

La tête n'étant pas encore engagée, malgré les fortes contractions utérines, nous faisons la version qui est immédiatement suivie de la grande entraction.

L'enfant est un garçon pesant $7\frac{3}{4}$ lbs.

Il est alors 10 heures A. M.

La malade est très congestionnée, le pouls rapide, il y a ici indication de provoquer une abondante saignée. Aussi faisons nous la délivrance artificielle au bout de dix minutes; tout en étant prêts à intervenir si la perte sanguine se produit trop considérable.

A 10.15 heures nous donnons une douche intra-utérine et la malade est reconduite à la salle des accouchées.

A partir de ce moment nous administrons, régulièrement toutes les 3 heures, chloral et bromure, par la voie rectale. La dernière injection est donnée à 7.30 P. M., ce qui fait en tout 4 injections, comprenant une dose totale de 8 grammes de chloral et 8 grammes de Bromure.

A midi 35 minutes la malade a une quatrième crise qui dure 3 minutes. Le chloroforme est administré.

Une cinquième crise, plus courte celle-là, survient à 2.35 de l'après midi.

A 8.15 heures nous cathétérisons la malade et pouvons recueillir près de 150 grammes d'urines. Le matin une trentaine de grammes avaient été retirés de la sorte, l'analyse par la Méthode d'Esbach nous donnait entre 8 et 9 grammes d'albumine par litre.

Ce n'est qu'à 11 heures 15 minutes du soir que la malade sort de son coma. Toute la journée s'est passée sans qu'elle ait repris connaissance. Seuls des mouvements désordonnés et convulsifs, suivis de périodes comateuses complètes ont manifesté l'état de profonde intoxication où se trouve cette personne.

Le reste de la nuit se passe dans des alternatives de demi-coma, entrecoupées de périodes lucides.

Le 29 au matin la malade est consciente et calme. Il se manifeste chez elle une tendance invincible au sommeil. La température est alors de 97° F; je compte 100 pulsations à la minute, mais elles sont fortes et bien frappées.

Evidemment il y a une amélioration sensible qui ne cesse de s'accroître rapidement avec la prescription du régime lacté. Les maux de tête persistent encore quelques jours, quoique plus légers.

L'analyse des urines faite ce matin (3 avril) montre une notable diminution de l'albumine.

N. B.—Le 9 avril l'albumine est disparue complètement; les suites de couches sont on ne peut plus normales.

L'alimentation est reprise progressivement et le 12, grâce au traitement institué et à sa forte constitution, Mademoiselle X est parfaitement rétablie; elle commence même à se lever.

Louis G. LACASSE,

Interne de l'Hospice de la Miséricorde.

THERAPEUTIQUE

COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

Que faut-il faire au moment de la colique? Il est rare que l'on puisse espérer soulager les souffrances du malade au moyen de calmants administrés par la bouche. Les vomissements ne font presque jamais défaut, et l'estomac n'a pas le temps d'absorber les liquides qui y sont introduits. Cependant, s'ils font défaut, on peut recourir aux potions éthérées chloroformées, aux opiacées, etc.

Glycerine	}	30 grammes
Eau chloroformée		
Eau de tilleul	}	50 grammes
Sirop de chloral		

Pour soulager la soif extrême, conséquence de l'état gastrique, on peut faire boire le malade souvent et par petites quantités. Pour la même raison, à cette période, on ne peut souvent donner que des aliments liquides.

On peut aussi faire respirer au malade une petite quantité de chloroforme et d'éther :

Alcool.	4 grammes
Chloroforme.	8 grammes
Ether	12 grammes

Quelques gouttes sur un mouchoir.

Comme moyen externe, on peut employer les applications chaudes. (Serviettes chaudes, sacs de caoutchouc recouverts de flanelle et remplis d'eau chaude, cataplasmes laudanisés) moins souvent les applications froides; les applications de salicylate de méthyle, de pommade belladonnée, etc...

Les grands bains tièdes à 35° produisent souvent des effets calmants. Toutefois, les mouvements que l'on est obligé d'imprimer au malade, pour le mettre dans le bain, peuvent provoquer le retour de paroxysmes douloureux.

Le chloral en lavement est un excellent moyen analgésique; on fait prendre un lavement de 2 à 3 grammes de chloral dans un verre de lait additionné d'un jaune d'œuf. L'antipyrine administrée également en lavement peut être employée avec succès avec ou sans laudanum.

Eau bouillie.	125 grammes
Laudanum de Sydenham.	15 gouttes
Antipyrine.	2 grammes

On peut encore recourir aux suppositoires belladonnés:

Extrait de Belladone	} à 2 centigrammes
Extrait d'opium	
Beurre de cacao	2 grammes

4 dans les 24 heures.

Les injections souscutanées de morphine sont certainement le moyen le plus sur pour obtenir rapidement la cessation de la crise. Non seulement elles calment les douleurs mais encore en faisant cesser le spasme de l'uréthère, elles favorisent la migration du calcul dans la vessie. Il vaut mieux n'injecter qu'une faible dose, ½ centigramme avec atropine et répéter au bout d'une demie heure s'il y a lieu.

J. G.

AMIDON PARAFFINE

Par le Professeur DOUMER (de Lille)

L'administration, même abondante, de ferment lactique est le plus souvent inefficace si l'on n'a pas la précaution de lui fournir en même temps un aliment convenable, de l'amidon dans l'espèce, qui intensifie la fermentation lactique. Pour que cet amidon puisse arriver intacte dans les parties de l'intestin où il doit agir, M. Doumer a songé à en enrober les grains d'une couche de paraffine qui les protège. En faisant varier l'épaisseur de cette couche ou en se servant de paraffine fondant à différents degrés, il obtient un produit de digestibilité plus ou moins grande. En faisant varier l'épaisseur de la couche de paraffine ou le degré de fusibilité de cette dernière ou les deux à la fois, on peut préparer toute une gamme d'amidons plus ou moins attaquables par les sécrétions intestinales. Ainsi de l'amidon préparé avec une paraffine à 45° présente des grains dont la digestibilité variera de la digestibilité normale à une digestibilité à peu près nulle, si l'on fait varier le poids de la paraffine employée de 1/20 à 1/3 du poids de l'amidon enrobé. Un amidon préparé au 1/5 avec une telle paraffine se retrouve, au bout de plusieurs heures après l'ingestion, dans la moitié inférieure du tube intestinal du cobaye à des degrés divers d'attaque, notamment dans le gros intestin. C'est avec un tel amidon préparé au 1/5 qu'ont été faites les recherches cliniques qui seront exposées ailleurs.

—:o:—

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DU SHOCK HÉMORRAGIQUE PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SERUM

À 55°

Jusqu'ici le réchauffement par voie externe était seul utilisé. Or, M. Ch. Dunet, l'auteur de cet article s'est demandé ceci : n'est-ce pas plus logique de réchauffer un shocké par voie interne, et en particulier par la voie sanguine qui permet une diffusion extrêmement rapide et une répartition complète de l'élément injecté.

En effet, par voie externe, la diffusion de la chaleur est extrêmement lente par suite de la vaso-constriction périphérique généralisée. Le malade est brûlé superficiellement et n'est pas réchauffé intérieurement.

Partant de ce principe, M-Ch. Dunet, tente une série d'expériences, sur les accidents en état de shock hémorragique grave, et rationnellement en vient aux conclusions suivantes :

A. *Conclusions physiologiques.*—1° Il est possible d'injecter dans le courant sanguin, sans risques d'accident, des liquides portés à une température bien supérieure à celle de l'organisme.

2° La limite de tolérance semble se trouver entre les températures de 70° à 80°.

3° Le seuil de cette tolérance varie avec le lieu de l'injection. (Une injection poussée au niveau de la veine fémorale risque moins de provoquer un reflexe cardiaque qu'une injection faite au niveau de la jugulaire.

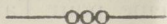
4° La température de 55° bien inférieure à celle qui peut être tolérée par l'organisme, n'entraîne pas la destruction des subs-

tances thermolabiles, et pour cette raison nous semble la température idéale.

B *Conclusions thérapeutiques.*—1° A la suite d'une hémorragie grave, tout blessé présente, en même temps qu'une diminution de la masse sanguine, un déficit sérieux de sa masse colorique.

2° La masse colorique injectée est immédiatement et intégralement utilisée.

3° L'injection intraveineuse d'un sérum porté à une température non préjudiciable à l'organisme (55°) remplit les deux buts thérapeutiques désirés: la masse sanguine est rétablie en même temps que la récupération colorique s'effectue. (*La presse médicale*. Jeudi, 12 juin 1919).



LE TRAITEMENT DES ARTHRITES PURULENTES PAR LA MÉTHODE DE WILLEMS



Jusqu'ici deux principes présidaient au traitement des arthrites purulentes: le drainage et l'immobilisation de la jointure malade aussi précoce et rigoureux que possible.

La méthode de Willem révolutionne cette vieille théorie classique et substitue à l'immobilisation une mobilisation active et immédiate.

La méthode comprend une arthrotomie simple et la mobilisation active et immédiate. Elle compte ainsi réaliser aussi parfaitement et à aussi peu de frais que possible le drainage de la synoviale.

Voici en deux mots comment cette mobilisation favorise l'évacuation du liquide intraarticulaire. Dans le cas d'un genre atteint d'une arthrite, si le blessé fléchit et étend la jambe sur la cuisse, on voit le pus s'évacuer en bavant ou en jet, à chaque mouvement,

par l'incision faite sur la face antérieure du genou. Et si les mouvements sont assez souvent répétés, aucune stagnation du pus ne pourra se produire.

Suivant Willem " la flexion exprime surtout les culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac tricipital tandis que l'extension vise surtout l'interligne.

Trois conditions cependant doivent être observées pour la réussite parfaite du procédé: l'arthrotomie doit être longue, elle doit être maintenue béante et les mouvements, très rapidement doivent atteindre leur plus grande amplitude.

Au genou l'arthrotomie classique pararotulienne convient parfaitement: si une seule incision suffit, c'est l'externe qu'il faut choisir. Au coude, on peut presque toujours se contenter de l'arthrotomie externe, de même pour l'articulation tibio-tarsienne. L'épaule sera ouverte en avant, le poignet en arrière, le long du bord externe de l'extérieur de l'index. En somme les incisions multiples sont exceptionnellement nécessaires.

Dans une arthrite purulente ainsi ouverte et mobilisée, la suppuration diminue progressivement et au bout d'un temps variable mais qui atteint toujours plusieurs semaines, elle est réduite à quelques gouttes, pour bientôt complètement tarir.

La mobilisation doit être active, c'est-à-dire faite par le blessé lui-même, car une mobilisation passive, ne faisant pas appel à la contraction musculaire ne saurait vider la synoviale.

Ces mouvements, quoi qu'on en pense, ne développent aucune douleur réelle, surtout s'ils sont souvent répétés et commencés dès le début.

En somme, conclue l'auteur de cet article, M. P. Chastenet de Géry, la méthode de Willem est d'une valeur incontestable et il est à souhaiter qu'elle obtienne bientôt dans la pratique la place à laquelle elle a droit. — (*La Gazette des hôpitaux*. Jeudi 19 juin 1919).

BIBLIOGRAPHIE

L'HERÉDITE MORBIDE. — Dr APERT, Médecin de l'Hôpital des Enfants malades. Un volume in-18 avec figures. Prix 4 fr. 75. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris. Envoi contre mandat-poste.

L'hérédité morbide est un facteur dont l'importance sociologique ne saurait être trop hautement affirmée. Les grands fléaux sociaux : tuberculose, syphilis, alcoolisme, sont néfastes, non seulement pour les individus qu'ils frappent et par les vies qu'ils fauchent, mais par les conséquences funestes qu'ils provoquent dans la descendance. Ils atteignent la race, ils vicient la source même de la nation. Toutefois l'hérédité morbide n'est pas fatale ; il est possible, quand on connaît le mécanisme des tares héréditaires, d'indiquer comment, dans bien des cas, on peut les éviter ou les pallier.

Dans ce livre, le Dr Apert montre comment l'hérédité ancestrale normale survit sous les modifications dégénératives que l'hérédité morbide a pu y superposer, et comment cette hérédité ancestrale est susceptible de reprendre le dessus, quand on provoque les conditions de milieu et de vie favorables. Médecin de l'hôpital des Enfants malades et Secrétaire général de la Société française d'Eugénique, l'auteur était bien placé pour ces études. Son livre sera très efficacement utile, non seulement aux personnes qui soupçonnent des tares morbides dans leur ascendance, mais encore à tous ceux que préoccupent l'élevage des enfants et l'avenir de la nation : pères et mères de famille, futurs époux, instituteurs, médecins, hommes d'Etat, administrateurs, sociologues, directeurs d'œuvres sociales et d'institutions de bienfaisance, tous

trouveront dans ce livre les indications les plus précieuses et les vues les plus suggestives.

Au moment où la jeunesse française a été si gravement éprouvée par la terrible agression qu'elle vient de repousser avec tant de vaillance, il importe qu'elle se reconstitue dans de bonnes conditions. Aussi ce livre vient-il à son heure. Contrairement à certaines craintes pessimistes, il montre que cette épreuve ne fera que mieux tremper la race, à condition toutefois que la lutte contre la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, et contre les tares dégénératives dont ils sont l'origine, soit menée, non pas à l'aveugle, mais avec la connaissance claire des résultats à obtenir et des procédés par lesquels il est possible de les obtenir. L'étude des conditions d'hérédité de chaque maladie permet de donner dans chaque cas particulier les indications les plus efficaces.

—:000:—

