

Montréal-Médical

Paraissant le 15 de chaque mois.

HYGIÈNE.—MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUE.—THÉRAPEUTIQUE.

*Tout travail spécialement écrit pour notre journal sera analysé
et publié s'il y a lieu.*

SOMMAIRE

	PAGES
Prospectus	1
La Chirurgie à l'Hôtel-Dieu durant le XIXème siècle, par sir William Hingston	2
Considérations générales sur la maladie et ses indications, par le docteur Fuster	7
L'acidité urinaire, par Beunat	14
Le Croup (200 cas d'intubation), par Shurly	18
La chirurgie gastrique, par Munro	21
Traitement de la scarlatine, par Jacobi	23
Traitement des pneumonies et des broncho-pneumonies grippales	25
Traitement de la néphrite aiguë "a frigore"	27
Le salicylate de méthyle dans la colique hépatique	28
Hygiène du tuberculeux	29
Les forces curatives dans la nature	31
Nouvelles	33

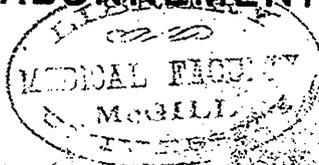
Tout ce qui concerne la rédaction ou l'administration doit être adressé au

DOCTEUR D. E. LCAVELIER,

532, RUE SHERBROOKE,

MONTRÉAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT, \$1.00 par an.



PROSPECTUS

Montréal-Médical, né à terme, vivant et viable, est un produit, du siècle nouveau répondant au besoin de la profession.

Cédant aux sollicitations pressantes d'un grand nombre de médecins demandant la publication d'une revue thérapeutique, nous répondons avec plaisir à leur appel.

Le *Journal d'Hygiène*, la *Revue de Médecine et de Chirurgie* et la *Clinique* étant disparus, ces trois mortalités ont laissé des vides qu'il faut combler.

Notre journal sera pratique par la forme de sa toilette, pratique par le fond de ses écrits, pratique par ses conseils.

Le praticien trop occupé pour faire de longues études entendra ici la parole autorisée des Maîtres de la Science, les Professeurs et les Cliniciens de nos Universités.

Tout travail sera succinctement résumé, fortement condensé comme ces tablettes qui contiennent tous les sels que renferment un bœuf; ce suc scientifique sera donc très nourrissant. Aussi, nous vous en servirons avec discrétion et à petites doses.

"L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE", "LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE PRATIQUE", puis "LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE" feront tour à tour le sujet de nos travaux.

Le sublime rôle du médecin étant de guérir, nous donnerons à la Thérapeutique une attention toute spéciale.

Assurés du gracieux accueil que vous ferez à notre journal, veuillez, cher confrère, agréer nos meilleurs souhaits et nos plus sincères remerciements.

LA RÉDACTION.

MONTREAL-MEDICAL

LA CHIRURGIE A L'HOTEL-DIEU DURANT LE XIX^e SIÈCLE

PAR SIR WILLIAM HINGSTON

Clinique du 18 février.

MESSIEURS,

Avant que ce siècle nouveau apporte à la chirurgie de nouvelles découvertes, arrêtons-nous un instant pour jeter un rapide coup d'œil sur ce que les chirurgiens ont fait dans notre institution durant le siècle dernier. Messieurs, autrefois la chirurgie était un domaine sacré du médecin; aujourd'hui les rôles sont bien changés, et l'art chirurgical, dans sa marche victorieuse, embrasse presque toute la médecine. Je dis l'art, je dois plutôt dire la science chirurgicale, car la chirurgie cérébrale par la connaissance étendue qu'elle exige touchant l'anatomie, la physiologie, la nature des tissus pathologiques et surtout par le pronostic positif qu'elle porte très souvent sur le résultat de son intervention, est certainement devenue une science, une science presque exacte.

Si l'on consulte les statistiques de l'Hôtel-Dieu, l'on voit que les progrès ont été rapides et datent de bien peu de temps. En 1810 cette institution ne recevait que 550 malades; en 1900 elle a donné asile à 2,500; de ce nombre le chirurgien a eu sa large part. En consultant le tableau des affections chirurgicales, vous verrez qu'une des premières trépanations fut faite ici avec succès. Un jeune homme de vingt-trois ans, résidant dans une province voisine, souffrait depuis vingt années d'une hémiplegie droite avec contracture à la suite d'une fracture du pariétal. Les expériences de Horsley et Ferrier sur le cerveau des singes pour

déterminer les centres moteurs nous encouragèrent à faire l'opération. Après l'application de ce trépan et l'ablation d'une esquille d'un pouce et demi de longueur pénétrant dans la substance cérébrale, la contracture disparut immédiatement, et quelques semaines plus tard le patient, satisfait du résultat, quittait l'hôpital, pouvant se servir de son bras. Nous n'étions alors qu'à l'aurore de la chirurgie cérébrale ; aujourd'hui presque tous les chirurgiens ont à leur actif des cas de trépanation. Comme vous le voyez les trépans sont maintenant modifiés pour permettre d'enlever une plus large couronne osseuse. Peu de temps après cette première intervention, une jeune fille se présente, se plaignant depuis longtemps d'une céphalalgie intense qu'elle localisait si bien que nous n'avons pas hésité à faire une exploration crânienne qui nous révéla l'existence d'un polype. Débarrassée de cette petite tumeur, la malade quelques jours après partit complètement guérie. Une opération que vous trouverez souvent rapportée dans nos registres, c'est la thoracoplastie. Les succès obtenus dans l'empyème chronique m'encouragent à vous conseiller de ne pas laisser ces malades devenir albuminuriques ou dans un état de cachexie supurative. Si l'empyème cesse de se rétrécir, si la suppuration reste abondante, opérez, faites comme vous avez eu l'occasion de voir souvent, et hier encore par M. le Dr Merrill, faites une large résection des arcs costaux suivie de lavage à l'eau phéniquée ou boriquée. Vous favoriserez ainsi la rétraction thoracique et votre malade aura reçu tous les soins nécessaires pour guérir.

Une opération qu'on fait très fréquemment aujourd'hui et que vous rencontrerez rarement dans nos annales, c'est la laparotomie pour "appendicite". Depuis le mémoire de Reg. Titey, de Boston, en 1886, sur le rôle de l'appendice, toute une révolution s'est opérée concernant la pathogénie et le traitement des affections inflammatoires de la fosse iliaque droite. Si nous avions opéré tous les malades qui furent envoyés ici pour appendicite, le nombre aurait été beaucoup plus élevé. Avant de faire le diagnostic d'appendicite, éliminez avec grand soin toutes autres affections de cette région et n'oubliez pas les trois symptômes caractéristiques donnés par M. le professeur Dieulafoy : "Douleur fixe. Hyperesthésia cutanée. Défense musculaire". Votre diagnostic étant fait, quel traitement allez-vous choisir ? Ici, contrairement à ce que l'on fait dans cer-

tains hôpitaux de la République voisine, le chirurgien n'est pas intervenu dans tous les cas. N'oubliez pas que Osler, de Baltimore, MacBurney, de New-York, Roux, de Lauzanne et bien d'autres sont d'opinion que près des $\frac{2}{3}$ de ces malades guérissent sans opération. Quand faut-il intervenir ?—Étant en présence d'une première attaque, vous avez observé attentivement durant trois ou quatre jours les symptômes de la maladie qui au lieu de diminuer ou de rester stationnaires augmentent d'une manière appréciable ; la tuméfaction devient plus grande, la douleur plus vive, la température plus élevée ; ouvrez la cavité abdominale, réséquez l'appendice s'il se présente, mais ne prolongez pas votre opération par une recherche dangereuse. Si vous trouvez un foyer purulent, il n'y a pas à hésiter ; il faut lui donner issue le plus tôt possible. Contentez-vous d'ouvrir le foyer et de le drainer avec une mèche de gaze iodoformée que vous laisserez en place durant 48 heures. Faut-il opérer "à froid" ? Si le malade n'a jamais parfaitement guéri et ressent un embarras, douleur ou du malaise dans la fosse iliaque droite ; si vous constatez un noyau induré et que le sujet, après quelques mois, souffre d'une nouvelle poussée aiguë vous pouvez laisser passer cette période et opérer "à froid", parce qu'une appendicite à rechutes est souvent prête à se perforer et à entraîner rapidement la mort.

Messieurs, les connaissances nouvelles qu'apporte l'expérience concourent quelquefois au changement d'opinions. C'est ce qui est arrivé pour le mode de traitement des calculs de la vessie. Les anciens élèves de l'Hôtel-Dieu n'ont vu que la taille, aujourd'hui vous ne voyez ordinairement que la lithotritie. L'opération de Bigelow, appelée "litholapaxie", a triomphé. Elle consiste à broyer le calcul tout entier dans une même séance et en faire l'évacuation immédiatement.

Cette méthode donne d'excellents résultats, mais il y a d'importantes règles à suivre. Votre malade est endormi, vous dirigez votre lithotriteur à la recherche de la pierre située à droite ou à gauche; quelquefois dans le trigone vésical; l'ayant saisie, n'exécutez pas le broiement sur place, mais ramenez l'instrument vers la ligne médiane et faites quelques mouvements de rotation pour vous assurer de ne pas avoir pincé la muqueuse; puis vous tentez de réduire le calcul en fragments infiniment petits pour qu'ils puissent passer dans cette sonde éva-

évacuatrice. Une précaution importante est de ne jamais comprimer trop fortement cette poire en caoutchouc remplie de liquide, car ayant en main une véritable pompe foulante et aspirante, si, par une forte pression, vous produisez une trop grande dilatation vésicale, la douleur intense qui en résulte, éveille presque votre malade avant la fin de l'opération. Une faible compression de la poire est suffisante pour produire un courant qui agite tous les graviers brisés et les entraîne au dehors dans ce récipient que vous voyez annexé à l'appareil.

La litholapaxie est bien la méthode que vous devez choisir pour le traitement des calculs vésicaux ; mais il ne faut pas ignorer la taille hypogastrique et la taille périnéale à laquelle vous serez obligé d'avoir recours chez les jeunes enfants et aussi chez l'adulte si la pierre est trop grosse ou trop dure, ainsi que dans les cas de cystites à colonnes fongueuses très saignantes ; la taille est alors préférable : vous débarrassez rapidement l'organe sans froisser la muqueuse, et la vessie au repos est guérie d'une cystite concomitante.—Messieurs, au commencement du siècle dernier, en 1809, MacDowell, du Kentucky, faisait connaître au monde chirurgical une opération qui a, peut-être, causé plus de mal qu'elle a concouru à faire de bien : je veux parler de l'ovariotomie. Après une période d'insuccès, vint le brillant rapport de Spencer Wells et de Thomas Keith, qui donna naissance à une multitude de spécialistes ; puis, sous l'impulsion puissante de l'antisepsie presque tous les chirurgiens ont eu à leur crédit un certain nombre d'ovariotomies. Si de graves raisons pathologiques avaient toujours justifié cette opération, le nombre de femmes sortant de l'hôpital du chirurgien pour entrer dans le cabinet du médecin aurait été bien moins élevé. Ici nous avons toujours opéré, à une période avancée, des troubles organiques de l'ovaire, et la mortalité, durant ces dernières années, n'a été que de 4 pour 100. La statistique moins favorable du début était due aux énormes kystes que nous étions obligés d'enlever et à l'état anémié des malades épuisés. Nous avons opéré souvent des kystes pesant 60 livres, quelques-uns 80 livres et même 115 livres. Actuellement, on ne voit plus de cas semblables ; car le diagnostic étant plus précis et il n'est plus permis de dire qu'il faut faire la laparotomie que lorsque le kyste est devenu, par son volume, un motif de gêne excessive pour les malades, ou une cause im-

minente de danger pour la vie. Dès qu'une tumeur progressive de l'ovaire est bien reconnue, il faut l'enlever. L'opération, au début, est bien moins grave, l'incision est petite et vous n'avez pas souvent d'adhérence à déchirer ; vous épargnez à votre malade les dangers d'inflammation ultérieure, de la rupture ou de la torsion du pédicule, tous deux également rares, et d'après certains auteurs, dont je ne partage pas l'opinion, le danger de la transformation néoplastique en tumeur maligne. Comme vous voyez, nous nous sommes toujours fait un devoir de suivre attentivement tous les progrès de la chirurgie moderne, et nous nous sommes permis de faire de nouvelles tentatives.—La néphrectomie n'était pas encore connue et, en 1868, ayant à traiter un cas de cancer du rein, nous avons fait l'ablation du rein. Une seconde néphrectomie, faite un peu plus tard, pour un cas d'hydronéphrose, nous donna un meilleur résultat, car, quelques semaines après l'opération, le patient quittait l'hôpital complètement guéri. Aujourd'hui la néphrotomie, simple incision du rein, est plus recommandée que la néphrectomie ; mais comme le diagnostic médical est souvent impossible à faire, vous devez juger durant l'opération de la conduite à tenir ; n'oubliez pas que le chirurgien doit toujours être prêt à agir selon les indications pathologiques.

(A suivre.)

Lord Anson a payé mille cinq cents piastres (\$1,500) pour le privilège de publier cette ordonnance contre le rhumatisme articulaire chronique. nous, nous vous la donnons pour vingt-cinq sous.

Soufre, 1 once.

Crème de tartre, 1 once.

Rhubarbe, 4 drachmes.

Gomme de Gaïac, 1 drachme.

Miel, 16 onces.

Mélez parfaitement bien.

Dose : Deux cuillerées à soupe dans un verre de vin blanc et d'eau chaude, le soir au coucher et le matin au lever.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA MALADIE ET SES INDICATIONS

PAR LE DOCTEUR LOUIS FUSTER

“Placer l'étude de la Nature dans l'examen et la contemplation du Mouvement, c'est se montrer habile observateur des phénomènes. Mais observer et présenter les principes inertes des choses, c'est vouloir dire des mots et soulever des discussions. J'appelle inertes les principes qui enseignent de quoi les choses se composent et en quoi elles consistent, mais qui ne disent rien de la puissance et des moyens qui les réunissent.” (1).

Cette grande pensée exprime admirablement l'état de la médecine actuelle. Les études de laboratoire, les recherches des infiniment petits comme éléments étiologiques de toutes les maladies, ont absorbé tellement les praticiens que l'observation clinique est presque abandonnée aujourd'hui. On poursuivait une chimère en voulant créer d'un côté une classification des remèdes, de l'autre une classification des maladies. L'idéal semblait se résumer dans la découverte d'un microbe spécifique et, systématiquement, on s'obstinait exclusivement à rattacher de vive force à cette idée particulière tous les faits dont la masse s'augmente depuis plusieurs siècles. Les esprits les plus distingués se sont jetés dans cette voie unique qui les écartait totalement de la médecine pratique, c'est-à-dire de la médecine elle-même.

Loin de nous la pensée de contester les réels services rendus à la prophylaxie par la bactériologie. L'hygiène générale, la chirurgie y ont beaucoup gagné, mais en médecine proprement dite, les résultats ont été jusqu'ici bien médiocres. L'agent pathogène une fois trouvé, la thérapeutique se proposait de le combattre et l'antisepsie devenait de droit la base de tous les traitements.

L'idée première était fautive, car on ne comprenait pas la Maladie, et on s'acharnait après un microbe, oubliant totalement que l'organisme vivant ne se plie pas devant nos lois conventionnelles. Les phénomènes mesurés et calculés *in vitro* ne

(1) Bacon, *Pensées sur la nature des choses*, t. III, p. 88.

peuvent être imposés à la Nature. L'Être vivant, en effet, contient en lui des Forces plus puissantes que tous les agents thérapeutiques, et la réaction, *maladie*, ne saurait être atteinte directement par une application antiseptique.

Et, en supposant qu'on pût détruire d'un seul coup le microbe, dit pathogène, que resterait-il encore dans l'organisme ? La maladie elle-même tout entière.

Dans ce cas, il est vrai, la cause première n'existant plus, tout tendrait vers la normale, et la manifestation réactionnelle s'éteindrait peu à peu, sous l'action des Forces harmoniques de la Nature, soutenues et dirigées par le médecin.

Ainsi, après une fracture, l'élément causal n'est plus, mais le processus de réparation qui se produit alors, constitue, pour nous, la maladie. De même, un traumatisme d'un ordre tout autre, physique ou moral, en troublant d'une façon quelconque les rapports qui existent à l'état de santé, entre les Forces biologiques, ou entre leurs points d'application, de même ce traumatisme, à action passagère, pourra amener une manifestation réactionnelle, une maladie. De même encore, lorsque un agent pathogène, microbe, élément physique ou chimique, influence climatérique, traumatisme, etc., agira d'une façon continue, la maladie se développera successivement et se prolongera jusqu'à ce que cet agent soit détruit, ses produits neutralisés, les troubles réparés, ou jusqu'au moment où l'organisme aura subi la loi de l'accoutumance.

Supprimer la cause est évidemment un but très rationnel, mais nos moyens directs sont souvent insuffisants, et, heureusement, notre intervention dans ce sens n'est pas toujours absolument nécessaire. L'organisme sait se défendre, et nous n'avons qu'à le soutenir, qu'à provoquer, favoriser cette réaction par une médication appropriée.

Le rôle des toxines, microbiennes ou autres, a pris une importance capitale qui, de jour en jour, s'accroît encore.

Les recherches des savants se multiplient dans ce sens, mais il ne faut pas oublier que Brieger et Baer en arrivent à cette conclusion que la toxine représente "un groupement atomique inconnu en chimie" et que, d'autre part, Courmont dit aussi: "Peut-être les soi-disant toxalbumines ont-elles des propriétés vitales qui les placent au-dessus des matières amorphes!"

Quel est alors le laboratoire qui a préparé et qui préparera les

antitoxines diverses, éléments importants de la médecine nouvelle ?

Quelles sont les Forces que l'on mettra en jeu pour obtenir ces réactions complexes, qui donnent ces produits, devant lesquels l'analyse recule ?

L'organisme vivant lui-même et les grandes Forces biologiques :

N'est-ce pas le principe fondamental de la sérothérapie ?

N'est-ce pas là, partiellement, le phénomène que les anciens désignaient sous la formule "Nature Médicatrice".

Bon gré, mal gré, il faut en revenir à la cellule, à l'unité vivante.

Il est intéressant de constater que bon nombre de ces agents dits spécifiques vivent normalement chez l'homme sans rien produire au point de vue pathologique. Il en résulte que sous une influence extérieure mal déterminée, ces éléments prennent de la virulence et donnent lieu à la maladie. Ceci démontre que par eux-mêmes ils sont insuffisants et que par conséquent la cause vraie est plus générale. En effet, si nous prenons une affection épidémique, et si nous regardons le nombre de ses manifestations pathologiques, nous sommes obligés d'admettre que la valeur réelle d'une cause spécifique est très relative, et que la forme de la maladie peut en être presque complètement indépendante.

Notons bien ce fait essentiellement important : la maladie est parfois indépendante de sa cause initiale.

La thérapeutique est ainsi appliquée sans tenir compte des étroites considérations anatomo-pathologiques ou bactériologiques.

A ce point de vue donnons un exemple démonstratif :

Du jour où l'on a découvert le bacille d'Eberth on a fait de la fièvre typhoïde une maladie spécifique à localisation gastro-intestinale. Le traitement rationnel consistait, avant tout, à faire l'antisepsie du tube digestif puisque c'était là que siégeait l'élément pathogène.

Quels ont été les résultats ? Il a fallu revenir franchement à l'hydrothérapie, à la quinine, etc., c'est-à-dire qu'on a négligé totalement le microbe lui-même.

De plus, aujourd'hui, des bactériologistes contestent la valeur du bacille d'Eberth en faveur du coli-bacille. La fièvre

typhoïde a repris son rang de maladie générale par intoxication sans doute, et à l'aide d'un traitement tonique, d'un traitement tendant à rendre à l'organisme sa puissance de réaction, on guérit la grande majorité des malades. Nul doute que, dans un avenir prochain, on ne dispose d'un sérum qui viendra lutter directement ou indirectement contre les toxines typhiques. Dans tous les cas, ce ne sera jamais qu'un élément du traitement de cette maladie.

Pour la tuberculose, malgré la connaissance complète du bacille de Koch, on n'a rien obtenu en pratique. Les inhalations, l'injection de substances antiseptiques, les injections de sérum ont été sans résultats sérieux ; et la clinique est impuissante quand elle se perd dans la thérapeutique faussement rationnelle. Notre observation, quant au sérum anti-oxique, s'applique encore à cette maladie.

On a trop longtemps oublié que la médecine, science d'observation, étudie d'une part les phénomènes exprimant la vie, et les organes qui servent à les manifester ; d'autre part, les moyens qui peuvent aider au rétablissement normal de ces phénomènes, de ces organes, modifiés sous des influences diverses.

L'organisme vivant est donc un ensemble complexe de Matière et de Forces inhérentes, qui président au développement, à la conservation de l'Être lui-même.

Ces Forces indéfinissables et cependant nettement perceptibles, absolument en dehors de tout calcul, de toute mesure, sont les propriétés de la matière vivante. Elles sont la base réellement active de toute action ou réaction utile ou nuisible.

Les deux éléments Force et Matière, aux influences réciproques, constituent le milieu dans lequel se passent tous les phénomènes de la Santé, de la Maladie et de la Guérison.

L'idée de santé ne peut être prise en valeur absolue, car "vivre c'est résister", comme l'a dit si justement Sallevert de Foyolle : et dans cette conception de lutte, on retrouve l'idée d'instabilité, de variation possible suivant des circonstances multiples plus ou moins imprévues.

Ces considérations nous conduisent maintenant à étudier la maladie. Et d'abord, il importe de la définir : *c'est la manifestation de la résistance de l'organisme troublé dans son fonctionnement normal par des causes diverses.*

La maladie est essentiellement individuelle.

Les causes *efficientes primordiales* sont évidemment en dehors de l'individu lui-même. Elles tiennent au climat, aux intempéries, à certaines infections, au milieu social où vit le malade. Dans ce dernier groupe nous faisons entrer la profession et les accidents qu'elle entraîne, l'hygiène, les habitudes, les excès, les préoccupations matérielles et morales, etc.

A ces grandes causes s'en ajoutent d'autres que nous appellerons *causes secondes*, parmi lesquelles nous citerons l'âge, les toxines microbiennes dues à des microbes étrangers ou à ceux qui, vivant normalement chez nous, sont devenus virulents, les prédispositions héréditaires, etc.

Toutes ces causes sont rarement simples. Le plus souvent elles sont associées de façons très diverses.

Les causes premières sont permanentes ou passagères.

Dans le premier cas il peut arriver que l'organisme, suivant une loi d'accoutumance mal formulée mais nettement observée, s'habitue à ces conditions spéciales qui deviennent son milieu.

Il en résulte un type physiologique nouveau présentant ce caractère particulier attaché aux habitants de certains pays, aux individus exerçant certaines professions, etc., etc.

D'une manière générale on voit que ceux qui ont résisté à ces causes premières gardent l'empreinte de l'influence *profonde et continue* qui s'étend à une famille, à un groupe, à une race entière parfois.

Il se produit une réaction organique latente, une usure plus grande des Forces radicales, d'où une diminution des Forces vives de l'individu et, par suite, une susceptibilité plus grande à l'égard des autres agents pathogènes.

Si la cause primordiale est passagère, les troubles produits dans les fonctions ou dans les éléments organiques peuvent être plus ou moins profonds, et donneront lieu à des manifestations symptomatiques variables.

C'est alors que nous voyons intervenir les causes *secondes* dont l'action peut être *capitale* et qui viennent compliquer en l'aggravant plus ou moins le processus déjà provoqué. La réaction organique, c'est-à-dire la maladie, augmente d'intensité. Tous les systèmes entrent en jeu, tous les éléments sont déviés de leur rôle normal pour prendre rang dans cette lutte souvent désordonnée. Les déchets organiques n'étant pas éliminés ont une influence toxique de plus en plus considérable, la Vie elle-

même, ainsi privée de tout, n'est plus soutenue ; les Forces biologiques perverses s'épuisent et la mort peut succéder.

Cette évolution de la maladie nous montre les indications qui se posent impérieuses et formelles : soutenir et diriger les Forces organiques lorsque, affolées, elles amènent une réaction exagérée ou intempestive ; faciliter les évacuations en les régularisant ; diminuer et neutraliser les toxines ; soigner les organes particulièrement lésés, toujours dans le but d'aider la Nature dans son œuvre de réparation. Tels sont les principes généraux complexes qui, pour nous, forment la base de l'art médical, et c'est grâce à eux qu'on a toujours le droit d'espérer, quelles que soient les lésions des organes. Nous ne saurions nous faire illusion sur les difficultés de leur application, car comment saisir les véritables indications au milieu des symptômes multiples à expression bruyante et tumultueuse qui souvent enveloppent la maladie ? Comment les remplir ?

Aujourd'hui on s'égare dans la recherche d'un diagnostic précis, d'un nom à mettre sur un ensemble de symptômes qui constituera une entité morbide. Parfois on s'en tient à un examen microscopique, à une réaction chimique, et il n'est presque pas nécessaire de voir le malade pour dire ce qu'il a et instituer un traitement.

Et cependant quel est le médecin qui n'a pas été frappé, en comparant les phénomènes généraux des maladies infectieuses, par l'analogie des réactions organiques ?

Que de fois on a remarqué que la même cause produisait des effets différents, et que des causes différentes produisaient des phénomènes semblables ! Qui peut nier le rôle prépondérant de l'organisme dans les actions et réactions ? Il ne faut pas croire que nous repoussons les examens pratiqués dans les laboratoires, ils font partie des procédés d'exploration qui permettent aux cliniciens d'apprécier particulièrement les réactions organiques et, à ce titre, ils conservent une valeur réelle. Nous attendons encore davantage des études de laboratoire qui nous laissent espérer des résultats pratiques immenses. Mais il ne faut pas s'en tenir à une seule voie. L'expérimentation doit éclairer la clinique dont elle est elle-même l'expression voulue et dirigée dans tel ou tel sens.

Dans les ouvrages classiques on ne trouve aucune idée générale pratique pouvant servir de guide au jeune médecin. On

enseigne la physiologie, la pathologie, la thérapeutique comme des parties distinctes indépendantes les unes des autres.

On a pris les manifestations des maladies, et par des arrangements plus ou moins ingénieux, on a créé des espèces morbides classées, cataloguées et souvent localisées en un point précis de l'organisme.

On a tout compliqué en multipliant les formes, les variétés pathologiques, dans des schémas descriptifs qu'on ne saurait découvrir au lit des malades et qui, comme le dit Récamier, "n'expriment pas plus les individualités morbides, que les descriptions anatomiques ne donnent une idée de la figure, de l'expression des personnes".

L'élément étiologique, l'anatomie pathologique captivent à un tel point le médecin qu'il ne peut voir la maladie elle-même et qu'il fixe le traitement d'après de vaines conceptions théoriques, aussi précises qu'une réaction chimique.

On cherche le microbe, on cherche la lésion, et les altérations des tissus et des organes sont considérées à tort comme les seules sources d'indication.

On demande aux remèdes une action mécanique ou chimique dans le but d'atteindre directement les organes lésés, et on ne songe pas assez à utiliser les Forces organiques qui dérivent des gigantesques Forces Biologiques Universelles, et dont l'influence s'exerce jusque dans l'intimité la plus profonde des phénomènes vitaux.

Tant qu'on ne comprendra pas ce qu'est réellement la maladie, tant qu'on s'entêtera dans la recherche exclusive de l'absence même des causes, tant que la thérapeutique s'adressera à des unités morbides artificielles, tant que le médecin ne voudra voir dans la Maladie, dans la Vie elle-même que des réactions chimiques, l'Art médical ne pourra utilement profiter des travaux immenses, des découvertes intéressantes que toutes les Sciences mettent au service de l'Humanité.

Le docteur Moncorvo rapporte 290 guérisons en 10 jours de petits malades souffrant de coqueluche, traités à toutes les 4 heures par une application sur la glotte d'une solution de Résorcine à 2 pour 100.

L'ACIDITÉ URINAIRE

En urologie pratique, la notion de l'acidité urinaire a une grande importance ; elle éclaircit le diagnostic et permet au médecin d'asseoir le traitement sur des bases rationnelles. L'urine normale est acide ; quand elle est alcaline à l'émission, c'est qu'il y a un trouble pathologique. L'affaiblissement de l'acidité est un renseignement utile au médecin, de même que son relèvement indique que le but du traitement est atteint. Avant de déterminer les variations de cette acidité, il faut s'entendre sur ce qu'on est convenu d'appeler "acidité normale". On sait que l'urine varie de composition et, par suite, d'acidité d'un moment à l'autre de la journée ; les anciens distinguaient l'urine du sommeil de celle de la digestion ; urine potus, urine cibi, urine sanguinis.

A. Bernard choisissait pour type moyen l'urine de l'abstinence ; sans doute, elle n'a pas subi l'influence du régime alimentaire, ni celle de l'exercice corporel, mais l'état d'abstinence constitue un état presque pathologique, puisque l'animal, quel qu'il soit, vit aux dépens de sa propre substance. Il vaut mieux prendre pour type d'urine normale celle qui est émise le matin, au réveil ; sa composition représente le mieux les déchets nutritifs d'ensemble n'ayant subi aucune influence extra-physiologique (régime, boisson, exercice) pouvant en modifier l'expression.

En pratique, l'analyse urologique porte sur le volume d'émission des 24 heures. Rapporier les dosages des éléments normaux, en particulier l'acidité, au volume d'émission, c'est prendre pour terme de comparaison un élément des plus variables ; en effet, chez un même sujet, le volume d'urine émis dans une journée, varie dans des limites assez étendues. M. Joulie fait remarquer que ce qui varie le moins chez un sujet en bonne santé, c'est l'ensemble des matières fixes que l'eau tient en dissolution ; il est donc préférable de rapporter l'acidité à ces éléments solides excrétés, qui mesurent l'intensité des échanges nutritifs et représentent les véritables déchets nutritifs.

Pour la détermination de l'acidité, M. A. Joulie propose un

nouveau procédé qui consiste dans l'emploi d'une solution de sucrate de chaux, titrée par rapport à la solution déci-normale d'acide sulfurique. L'acidité est rapportée à l'extrait solide de l'urine ou plutôt à l'excès de densité E de l'urine sur l'eau. Supposons que la densité de l'urine observée soit de 1022 à + 19° ; à cette température, un litre d'eau pèse 998 gr. 46, c'est-à-dire 1 gr. 54 de moins qu'à + 4° ; donc à la température observée, un litre de cette urine pèse 22 + 1,54 = 23,54 de plus qu'un litre d'eau.

Si d'autre part l'acidité A est représentée par 1,7225, on aura pour le rapport cherché.

$$\frac{A}{E} = \frac{1,72,75}{23,54} = 0,073$$

Il convient de multiplier la valeur de A par 100 pour éviter les décimales ; le rapport $\frac{A}{E}$ devient alors égal à 7,3.

M. Joulie fait remarquer que le rapport est indépendant de la proportion d'eau et aussi de sa température. En effet, les variations de ces deux éléments, eau et température agissent dans le même sens sur les deux termes A et E du rapport. Si la proportion d'eau augmente, l'acidité et la valeur de E diminuent d'autant ; le rapport ne change donc pas. Si la température diminue, la densité et l'acidité augmentent ; le rapport $\frac{A}{E}$ reste invariable.

Le procédé de M. Joulie est à la fois plus sensible, plus précis, plus pratique que le procédé classique.

Si, d'après ce dernier, on sature l'urine par une liqueur titrée de soude et que l'on s'arrête au moment où le liquide bleuit le tournesol, on obtient un chiffre trop faible ; mais si l'on pousse la saturation jusqu'à ce que l'urine ne rougisse plus le tournesol, le chiffre obtenu est plus fort. Le moment précis où l'opérateur doit s'arrêter entre ces deux extrêmes est difficile à déterminer ; de là résultent des divergences notables pour la même urine.

Les variations de l'acidité urinaire correspondent aux variations de l'acidité des humeurs et du sang.

L'urine dérive du sang par dialyse vénale. Le sang est, il est vrai, alcalin de réaction, puisqu'il bleuit un papier rouge de tournesol ; mais ses propriétés chimiques sont essentielle-

ment acides ; les sels acides qu'il contient sont le phosphate monosodique et le bicarbonate sodique ; il contient aussi du gaz carbonique à l'état libre ; en présence de Co^2 ne pourraient exister des phosphates ou des carbonates neutres. Si donc le sang est réellement acide, il n'est pas étonnant que l'urine, qui en provient, le soit également. C'est au phosphate acide de soude qu'est due cette réaction de l'urine ; d'autres, composés à fonction acide, s'éliminent en même temps, mais n'interviennent que pour une faible part dans la réaction (acide urique, lactique, sarcolactique).

Le mélange de phosphate, acide de soude et de bicarbonate laisse passer à travers le rein le premier de ces sels ; ils sont très solubles et dialysables tous les deux. La faible quantité de bicarbonate alcalin qui, provenant du sang, passe dans l'urine, ne peut s'y maintenir, car, en présence d'un excès de phosphate, le bicarbonate se transforme ; Co^2 devient libre et la soude se combine au phosphate monosodique pour le transformer en phosphate bisodique.

L'hyperacidité de l'urine accuse l'hyperacidité dite "organique" par Gantrelet ; on dit qu'une urine est hyperacide quand le rapport $\frac{\text{A}}{\text{E}}$ est supérieur à 4,5 ; au-dessous, elle est hypoacide. M. Joulie considère comme normales toutes les acidités comprises entre 4 et 5.

L'hyperacidité est la caractéristique de la plupart des maladies chroniques relevant de l'arthritisme.

"L'humanité tourne à l'aigre, a dit Marchal de Calvi ; la grande diathèse est l'acidisme."

Cette diathèse hyperacide (dyscrasie acide de Bouchard) a pour causes physiologiques :

1° Le manque d'exercice. Toute diminution dans l'exercice entraîne un amoindrissement des oxydations intraorganiques, par suite de la diminution de l'hématose et de la vitesse circulatoire. Les produits incomplètement oxydés, dérivés soit des albuminoïdes, soit des hydrocarbures, sont des acides que le sang entraîne et que le rein élimine.

Pendant le sommeil, les oxydations sont aussi ralenties, tout excès dans le repos entraîne fatalement une augmentation de l'acidité urinaire.

2° L'alimentation. Quelle que soit la nature des produits alimentaires amenés en excès dans le sang, leur transformation

sera incomplète si l'oxygène, agent comburant, est en proportion insuffisante pour les brûler; la conséquence est l'accumulation dans le sang d'acides organiques que l'urine doit éliminer.

3° Le climat. Les facteurs principaux du climat sont la température et l'état hygrométrique; la pression extérieure n'agit qu'indirectement.

La surface cutanée excrète surtout des produits acides.

Tout ralentissement de cette fonction, soit par abaissement de la température, soit par saturation de l'air ambiant, agit en augmentant l'acidité du sang.

Certains agents thérapeutiques ont aussi pour effet d'augmenter l'acidité urinaire. Les uns, tels que les acides minéraux, ont une action directe; les autres agissent d'une manière indirecte, en absorbant l'oxygène nécessaire à la transformation des aliments et, par suite, en rendant incomplètes les combustions organiques (huiles, etc.)

Enfin, l'hérédité peut créer l'hyperacidité organique.

(A suivre.)

Un mélange d'eau oxygénée et de glycérine en application trois fois par jour sur la peau des scarlatineux, stimule la nutrition dermique, diminue considérablement la durée de la desquamation et détruit la virulence des pellicules.

* * *

Une pommade d'acide pyrogallique à 1 ou 2 pour cent est une excellente application contre l'eczéma chez des enfants.

* * *

Guérison des jeunes hernies :

Extrait fluide d'Hamamelis, $\frac{1}{2}$ once.

Sulfate de zinc, 35 grains.

Cocaïne, 2 grains.

Eau distillée, 1 once.

5 à 20 gouttes en injection dans l'anneau déterminerait une irritation capable de fermer l'ouverture après la 4ème ou 5ème opération.

LE CROUP ET L'INTUBATION

PAR B. R. SHURLY, R. S. M. D. (1)

L'ancienne méthode d'expectation dans le traitement de la diphtérie laryngée a donné une mortalité de 90 pour 100; même avec le secours de l'intubation, d'après les observations de 5,546 cas, la mortalité atteignait encore le chiffre élevé de 69,5 pour 100. Aujourd'hui, qui dit croup dit sérum antidiph-térique, et donne une bien forte espérance de guérison, puisque la mortalité est réduite à 20 pour 100. Dans une première série de 100 cas de croup que je publiais l'an dernier, je ne fus pas aussi heureux puisque je rapportais 69 guérisons et 39 morts. J'ai l'honneur de vous présenter une autre série de 100 cas de diphtérie du larynx, tous traités avec le sérum et par l'intu-bation dont 80 succès et 20 morts.

Les leçons prises à l'école de l'expérience m'ont donc permis d'obtenir un gain vital de 19 p. 100. Ce résultat favorable doit être attribué à l'administration du sérum à doses crois-santes dès le début de l'affection. Il ne faut pas craindre d'in-jecter une trop grande quantité de sérum, car souvent l'opéra-tion sera évitée par ce mode de traitement. Je fus assez heureux de n'avoir que cinq décès sur 31 malades nécessitant l'intuba-tion. Généralement, le pronostic est favorable si l'opéré survit quarante-huit heures après l'intervention. Chez les enfants au-dessous de trois ans la mortalité est de 29 p. 100; après la troi-sième année la mortalité n'est que de 12 p. 100. Le plus sou-vent ce sont les complications pulmonaires qui entraînent la mort.

Le problème de la contagion n'est pas sans intérêt. Il est bien remarquable de voir que les enfants habitant les rues pavées en bois sont moins fréquemment affectés de diphtérie que ceux qui résident et jouent le long d'une rue remplie de pous-sière ou chargée d'humidité; ces derniers souffrent ordinaire-ment d'un état catarrhal des muqueuses respiratoires bien favo-rable à la culture du bacille Klebs-Loeffer. Dans tous les cas,

(1) Résumé succinct d'une conférence faite devant la Société Médicale de Détroit.

le calomel fut le seul remède donné. Les inhalations de vapeur m'ont toujours paru très efficaces ; elles lubrifient les muqueuses et rendent plus facile le rejet des membranes. L'importante question de savoir quand il faut opérer, reçoit une réponse différente dans chaque cas particulier. En présence de ces petits malades, il ne faut pas oublier que les efforts respiratoires entraînant l'extension des membranes, sont une grande dépense de force et causent souvent une broncho-pneumonie ou une congestion pulmonaire mortelle. La durée moyenne de l'intubation dans mes deux cents observations n'a pas été plus de trois jours. Cependant, dans six cas il fut nécessaire de laisser le tube en place beaucoup plus longtemps. Deux malades ont porté le tube durant neuf jours, un pendant dix jours, le quatrième mourut le septième jour ; un autre conserva le tube durant treize jours, le sixième malade ayant souffert d'un œdème du larynx causé par un tube trop gros fut obligé d'en porter un plus petit durant vingt-trois jours. Dans un cas le tube fut avalé et fut rejeté deux jours après par l'intestin, sans aucune douleur.

Nous nous sommes toujours servis, avec satisfaction, d'une pommade à l'alun pour faciliter l'introduction du tube.

Quant aux difficultés de l'alimentation durant l'intubation, l'usage du cachéter nous a toujours donné de bons résultats et souvent nous enlevions le tube pour quelques heures. Après de longues années d'expérience dans le traitement du croup par l'intubation et les nombreux succès obtenus, nous pouvons difficilement comprendre pourquoi Goodalle, de Londres, écrit que dans "la majorité des cas l'intubation est une opération longue qui doit être rejetée" et il conseille la trachéotomie. Nous sommes aussi étonné d'entendre S. Gee dire que dans le croup l'intubation n'est pas une méthode rationnelle et proclamer que "la trachéotomie est l'unique remède"; il nie la valeur des statistiques pour déterminer le mérite des deux opérations et le plus grand succès de l'intubation, dit-il, c'est lorsque le tube passe par le rectum.

Eh bien, messieurs, ce scepticisme absolu, ces idées si diamétralement opposées aux nôtres, en ce qui concerne une des plus grandes découvertes de la chirurgie américaine, ne changera certainement pas notre manière de voir. De ce côté-ci de l'Atlantique nous cherchons surtout à obtenir des résultats favora-

bles et aucune théorie n'a chance de vivre parmi nous si les succès ne répondent pas à son application. Aussi, un mode de traitement qui, comme l'intubation, possède à son crédit un si grand nombre de guérisons, n'est pas près de disparaître.

TABLEAU INDIQUANT LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT AUX DIFFÉRENTS AGES.

Première Série.—100 Opérations.

AGE.	Nombre de cas.	Guéris	Proportion pour 100
De 1 à 2 ans.....	16	9	56.25
“ 2 à 3 ans.....	23	11	47.9
“ 3 à 4 ans.....	20	16	80
“ 4 à 5 ans.....	15	12	80
“ 5 à 6 ans.....	11	10	90
“ 6 à 8 ans.....	10	7	70
“ 8 à 10 ans.....	5	4	80

Seconde Série.—100 Opérations.

AGE.	Nombre de cas.	Guéris.	Proportion pour 100.
De 3 mois à 2 ans.....	18	12	66.23
“ 2 à 3 ans.....	16	12	75
“ 3 à 4 ans.....	19	18	94.7
“ 4 à 5 ans.....	15	12	80
“ 5 à 6 ans.....	13	10	76.9
“ 6 à 8 ans.....	14	12	85.5-7
“ 8 à 12 ans.....	5	4	80

Nous pouvons donc conclure qu'aujourd'hui, avec le sérum et l'intubation, nous possédons le traitement idéal du croup diphtéritique.

En apportant certaines perfections dans l'hygiène publique et privée, nous parviendrons bientôt à réduire le chiffre de la mortalité de cette terrible maladie à moins de 5 pour 100.

LA CHIRURGIE GASTRIQUE

Le rôle du chirurgien dans la thérapeutique des affections de l'estomac grandit en rapport direct des succès obtenus dans ses nombreuses et hardies tentatives.

S'il est un phénomène qui réclame une intervention chirurgicale, c'est sans contredit celui de la sténose. Un rétrécissement, un étranglement est un phénomène d'ordre exclusivement mécanique, définitivement constitué, contre lequel aucune médication ne peut lutter avec avantage. Il existe une barrière infranchissable et indestructible, il faut la tourner ou la supprimer : c'est là le triomphe de la chirurgie. "Ainsi donc, toute sténose cicatricielle de l'estomac, médiogastrique ou pylorique est justiciable de la chirurgie et de la chirurgie seule". Quel procédé faut-il choisir ? La dilatation digitale du rétrécissement imaginée par Loreta a donné, entre les mains de Barton et Mintz, une mortalité de 40 p. 100. A la suite de cette opération, en apparence bénigne, la déchirure d'une artère des parois produisait une hémorragie mortelle, ou une fissure des parties fibreuses du rétrécissement provoquait une péritonite fatale. Les malades qui ne succombaient pas, ne recevaient qu'une amélioration passagère, car la récurrence était la règle générale. Ainsi la dilatation pylorique de Loreta, dangereuse, ne pouvant laisser espérer un résultat satisfaisant, est abandonnée de tous les chirurgiens. La "pyloroplastie", qui consiste à sectionner le rétrécissement parallèlement à son axe et à réunir les lèvres de l'incision perpendiculaires au conduit, doit être réservée aux sténoses cicatricielles ou spasmodiques. Elle est dangereuse dans tout rétrécissement néoplasique, parce qu'agissant alors sur des tissus malades les sutures ne peuvent être efficaces. Ce n'est donc que dans les cas où le diagnostic est parfaitement assuré que l'on peut songer à recourir à la pyloroplastie. Mais avant l'opération le diagnostic médical est toujours incertain, pendant l'opération il est souvent impossible, disait, hier, M. Tuffier, à la Société de Chirurgie, de déterminer, pièces en mains, la nature des lésions, même après l'intervention il est encore très difficile de savoir à quoi on a affaire. Or chaque fois qu'il y a doute, il

faut choisir un autre procédé. Dans les cas où le diagnostic paraissait évident la pyloroplastie a donné à Doyen une mortalité de 16 p. 100; entre les mains de Marion, dans 29 pour 100 des cas les résultats furent déplorables : si le malade ne succombait pas la sténose reparaisait. Rendons cette opération absolument inoffensive en ne faisant qu'une section du sphincter sans toucher à la muqueuse, c'est-à-dire sans ouvrir l'estomac, et réservons-la pour les cas d'intolérance gastrique, tels que les vomissements incoercibles de la grossesse ou de l'hystérie. La pylorectomie, la résection totale ou partielle de la sténose pylorique, est l'opération idéale qui séduit le chirurgien. On supprime l'obstacle, on rétablit le cours normal des aliments, on laisse au malade la fonction stomacale dans son intégrité, le but est atteint. Malheureusement, de grandes difficultés viennent rendre aléatoire l'exécution de ce merveilleux programme. Ce n'est qu'au prix d'une opération laborieuse, longue et dangereuse que l'on peut séparer l'estomac du duodénum et réunir ensuite celui-ci de petit calibre avec celui-là, de grandes dimensions. C'est multiplier les points de suture et, par suite, les chances de ruptures ou de fissures toujours mortelles. Le collapsus à la suite d'une opération longue chez des sujets déjà affaiblis, la péritonite aiguë apportait 50 p. 100 de ces malades.

Aujourd'hui une technique perfectionnée nous donne une statistique plus favorable. Rydygiel a rapporté dernièrement plusieurs succès à l'actif de la pylorectomie. Un cas, entre autres, qui nécessita une grande résection de l'estomac et de la tête du pancréas, le malade revu dix-neuf ans après l'intervention, jouit d'une parfaite santé. Reclus a fait l'an dernier l'ablation du pylore et le résultat fut excellent. La mortalité serait bien diminuée si l'on n'attendait pas "in extremis" pour proposer l'opération à des sujets épuisés et anémiés.

DR MUNRO.

La cantharide crée une néoformation de cellules jeunes et de cellules lymphatiques ; elle provoque la levée en masse d'une nouvelle armée phagocytaire en même temps que l'accroissement du pouvoir bactéricide des humeurs. Elle serait donc indiquée dans (Terrand, Charrin, Debove) les maladies infectieuses.

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE ET DE SES COMPLICATIONS

Un des pédiatres les plus sagaces, M. JACOBI, a exposé devant l'Académie de médecine de New-York ses idées sur le traitement de la scarlatine et de ses complications. Cette communication fort intéressante mérite d'être reproduite *in extenso*.

Dans la scarlatine légère, les mesures hygiéniques sont le point essentiel du traitement. La chambre du malade sera maintenue à une température constante tout en étant bien aérée. Le régime alimentaire devra être léger. On administrera le calomel pour prévenir l'auto-intoxication et on pratiquera sur la peau des onctions avec des substances grasses. Le malade gardera longtemps le lit pour éviter autant que possible les complications rénales qui peuvent si facilement survenir sous l'influence du moindre froid, même dans les cas les plus légers de scarlatine.

L'emploi des moyens modérateurs de la fièvre est souvent nécessaire, car il arrive qu'une température, même peu élevée, est mal supportée, surtout à la période initiale de l'affection. Dans ces cas, le bain chaud ou des doses modérées d'alcoolature d'aconit peuvent rendre des services. Quant aux médicaments antipyrétiques proprement dits, tels que l'antipyrine, l'acétanilide et la phénacétine, on fera bien de s'en abstenir. De temps à autre, on pratiquera des lotions sur toute la surface du corps au moyen d'une éponge imbibée d'un mélange d'alcool et d'eau. C'est là un excellent moyen contre l'hyperthermie. M. Jacobi rejette l'emploi de la quinine, attendu que ce médicament provoque facilement des troubles gastriques.

Dans les cas graves de scarlatine, on commet souvent, d'après l'orateur, la faute de ne pas recourir à des médications assez énergiques. La complication principale dans les cas de ce genre est l'affection pharyngienne. L'angine scarlatineuse ne doit pas être traitée par des applications médicamenteuses locales qui déterminent si facilement des lésions de l'épithélium malade, mais simplement au moyen d'injections nasales, de solutions faibles d'acide borique ou de sublimé. Les abcès ou phlegmons d'origine ganglionnaire qui se forment parfois dans

le cours de la scarlatine exigent une incision précoce, suivie de curage, afin d'enlever autant que faire se peut, tous les tissus mortifiés. La cavité de l'abcès est tamponnée ensuite avec la gaze salicylée. La tarlatane iodoformée ne doit pas être employée à cause de la possibilité de l'absorption de l'iodoforme et de l'irritation par cette substance. La gaze phéniquée ne convient pas non plus parce qu'elle produit la coagulation des liquides organiques avec lesquels elle est en contact. L'incision des abcès scarlatineux ne doit pas être pratiquée sous le chloroforme, le malade étant généralement trop affaibli pour pouvoir tolérer cet anesthésique.

L'otite moyenne est une complication importante de la scarlatine qu'on peut éviter en traitant l'affection pharyngienne au moyen d'injections nasales. Les complications articulaires de la scarlatine (rhumatisme scarlatineux) sont justiciables du salicylate de soude. Le bruit de souffle cardiaque perçu au cours de la scarlatine est souvent attribué à une endocardite. Il est d'origine myocardique et se produit par suite de la dégénérescence des fibres musculaires du cœur sous l'influence de la fièvre. Dans le traitement de cette complication cardiaque, il faut s'abstenir de l'emploi de la digitale et se borner à l'usage de l'opium et aux applications de glace sur la région du cœur.

Pour combattre certains symptômes nerveux, on pourra recourir à la phénacétine, si le bain chaud ou les enveloppements chauds se montrent insuffisants. La chorée post-scarlatineuse, due à une embolie cérébrale ou à l'anémie, sera traitée symptomatiquement ou bien suivant les indications causales. La méningite serait toujours une conséquence de la complication pharyngienne, ce qui montre à nouveau combien il est important de bien soigner cette dernière affection. Les troubles moteurs post-scarlatineux seront traités par le repos physique et intellectuel.

Rien ne devra être négligé pour éviter la production de la néphrite. Si cette complication survient, l'enfant gardera le lit, prendra un bain chaud tous les matins et il lui sera interdit de sortir de sa chambre jusqu'à ce que les symptômes morbides se soient complètement dissipés. Dans le traitement de la néphrite, le calomel rend aussi des services en exerçant une action favorable à la fois sur l'intestin et sur les reins. Les cas les

plus malins de néphrite scarlatineuse sont ceux où il n'y a pas d'anasarque, car alors il existe, à la place de celle-ci, de l'œdème du cerveau.

Contre les convulsions urémiques, l'on administre le chloroforme ou bien la morphine, cette dernière toujours associée à l'atropine ou à l'hyoscyamine. La pilocarpine et la trinitrine peuvent être également utiles, mais doivent être données avec précaution. L'emploi de la digitale doit être rejeté.

Enfin, le meilleur traitement de la néphrite chronique consiste, pour M. Jacobi, dans l'usage interne de l'iodure de potassium et du sublimé, qu'on administre alternativement.

TRAITEMENT DES PNEUMONIES ET DES BRONCHO-PNEUMONIES GRIPPALES.

Dans une première période on observe une simple congestion pulmonaire grippale, préparant le terrain à l'infection secondaire par le pneumocoque, le streptocoque, le pneumobacille. Dans les formes bénignes de ce processus congestif et bronchitique, M. Villard associe l'ipéca à dose vomitive aux purgatifs salins. Il administre également l'ipéca à dose expectorante en position. Ainsi se trouvent simultanément réalisées: l'antiseptie intestinale, l'antiseptie bronchique, l'anémie du poumon. 2° Dans les formes plus graves, à foyers congestifs étendus, à bronchites très intenses; dans le fluxion de poitrine, vraie polycongestion grippale, on obtient une action thérapeutique plus énergique en associant le vésicatoire à la médication précédente. Si l'état des reins interdit la révulsion cantharidienne, on doit recourir largement aux ventouses scarifiées, et même aux applications de sangsues chez les enfants et les sujets pusillanimes.

A la période de pneumonie et de bronchopneumonie confirmées, la toxémie domine le tableau clinique et crée le danger immédiat. Elle se traduit par trois symptômes majeurs qui sont l'asthénie, le teint plombé, l'asphyxie capillaire. Ces trois signes, presque toujours précoces, sont d'une constatation précieuse. Existants toujours à la période d'état, ils peuvent apparaître au stade congestif initial, permettant alors, avec la visco-

sité croissante des crachats, de prédire à coup sûr l'infection pulmonaire ultérieure. Dès qu'ils apparaissent, même en l'absence des phénomènes caractéristiques d'auscultation, il faut employer *exclusivement* la triade thérapeutique suivante: 1° la saignée; 2° les injections sous-cutanées de sérum artificiel stérilisé de Hayem; 3° les enveloppements froids.

1. La saignée est rarement contre-indiquée, même chez les personnes âgées. On soustrait d'habitude 200 à 300 grammes de sang. Si c'est nécessaire, ne pas craindre de la renouveler deux à trois fois chez les sujets vigoureux profondément intoxiqués. L'émission sanguine constitue une véritable émission toxique; elle tonifie la fibre cardiaque par action mécanique et élimination toxique; elle diminue l'asthénie, provoque la diurèse.

2. Immédiatement après la saignée injection de sérum égale à la quantité de sang soustraite. Dans la journée renouveler deux ou trois fois ces injections à dose moindre, 100 à 150 grammes chaque fois. Ces injections opèrent le lavage simultané du sang et du milieu interstitiel, provoquent une stimulation énergique et continue, éveillent la diurèse.

3. Suivant la gravité des cas, on met en œuvre les enveloppements froids thoraciques ou le procédé du drap mouillé, pratiqués toutes les trois heures. Abaissements thermique, effets eupnéiques, polyurie, en sont les résultats heureux presque immédiats.

4. A la période aiguë cette triade thérapeutique doit être intégralement appliquée. A la période de résolution, surtout de résolution lente, dans les convalescences traînantes avec toxémie persistante, pratiquer seulement les injections de sérum. Celles-ci favorisent la résorption des exsudats, activent la phagocytose, préviennent les complications tardives telles que: abcès du poumon, gangrène, dilatation bronchique, polynévrites, appendicites.

5. A la phase de pneumonie et de broncho-pneumonie confirmées, en dehors des agents thérapeutiques indiqués simultanément à la triade, du fait des méiopragies antérieures (alcoolisme, cardiopathies, paludisme), les médicaments sont en général plus nuisibles qu'utiles.

Résultats de ce traitement:

- 140 malades ainsi traités donnèrent 125 guérisons.

DR ARNOLDI.

TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE AIGUE A FRIGORE.

Après l'infection grippale et durant l'épidémie de scarlatine que nous avons, la néphrite aiguë *a frigore* est des plus grands dangers auxquels sont exposés ceux qui ont souffert de ces maladies.

L'indication principale est de lutter contre la congestion rénale, se traduisant par une diminution du taux des urines. Avant tout, il faut pratiquer une révulsion énergique au niveau du rein, les communications intimes, existant entre les vaisseaux de la peau et les vaisseaux du rein, assurent le succès certain de cette médication.

Toutes les fois que le sujet est suffisamment sanguin et résistant, il faut appliquer, au niveau du rein, huit à douze sangsues, et avoir soin, par un trait tracé au crayon dermatographique, d'indiquer l'endroit où elles doivent être placées. Il ne faut pas craindre de laisser saigner le malade; à cet effet on applique sur les piqûres des cataplasmes bien chauds qui seront de bons adjuvants pour l'écoulement sanguin et la décongestion. Enfin, au bout de deux heures en moyenne, on arrête l'écoulement sanguin bien que, si le malade est résistant, il puisse être continué durant quatre à cinq heures.

Si l'entourage s'oppose formellement à l'emploi des sangsues, on peut recourir aux ventouses scarifiées qui donnent le même résultat. Enfin, si le malade est très anémié, si la famille s'oppose à toute émission sanguine, on peut employer les ventouses sèches ou les pointes de feu; mais, toutes les fois qu'on le peut, il faut avoir recours aux sangsues et aux ventouses scarifiées. Grâce à ces médications, le taux des urines est rapidement augmenté et la décongestion diminuée d'une façon notable.

On peut en même temps employer le traitement décongestif à distance, et M. Lemoine fait toujours purger ses malades, et cela pour deux raisons: il décongestionne leur intestin et les désinfecte en même temps. Comme purgatif, il faut rejeter ceux qui sont absorbés par osmose et s'éliminent par les reins, tels les purgatifs salins. On donnera par conséquent de l'huile de ricin à la dose de 20 à 30 grammes selon les individus.

Ce n'est pas encore tout. Si les urines ne sont pas assez abon-

dantes, s'il survient en même temps quelques symptômes tels que céphalée, courbature persistante, il ne faut pas hésiter à faire une injection de sérum artificiel de 400 à 500 grammes.

A ces soins fondamentaux il faut joindre quelques précautions supplémentaires. Il faut faire boire abondamment le malade, lui donner des eaux alcalines ou de l'eau pure qu'on peut rendre agréable, en y ajoutant soit un peu de sirop de groseille ou de grenadine. Le malade doit boire ses trois litres d'eau par jour.

Les eaux alcalines sont utiles dans ces cas, car les alcalins jouent un rôle décongestif très notable dans les congestions rénales. On peut donc donner encore du benzoate de soude à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour, en trois paquets. Si la fièvre est violente, s'il existe des symptômes d'infection rénale, on peut associer le salol au benzoate de soude.

DR TRUDEL.

LE SALICYLATE DE METHYLE DANS LA COLIQUE HEPATHIQUE.

Par M. le Dr CHAMBARD-HÉNON

Après avoir esquissé l'histoire de la question depuis 1877 et jusqu'à nos jours, l'auteur présente trois observations très détaillées de malades ayant de la lithiase biliaire incontestable, toutes trois ayant fait des saisons à Vichy,—ayant montré de la poussière lithiasique ou de petits calculs dans leurs selles, et ayant souvent des crises de coliques hépatiques. Jamais l'action bienfaisante du salicylate de soude n'a manqué de se produire. Dès que les premiers prodromes de la crise se faisaient sentir, vite on administrait 0 gr. 50 centigr. de salicylate de soude de quatre heures en quatre heures et la diète lactée. Au bout de trois jours, toute menace avait disparu. Dans le cas d'une crise hépatique très violente, survenue chez une malade âgée de soixante-dix-huit ans, M. Chambard-Hénon a pratiqué l'application du salicylate de méthyle sur la peau. L'état de la malade s'était amélioré d'une façon inespérée. Ce résultat, qui l'avait frappé, amena tout naturellement l'auteur à appliquer ce traitement aux trois malades dont les observations sont don-

nées par l'auteur avec forces détails. Il résulte de l'étude que M. Chambard-Hénon a faite sur l'action du salicylate de méthyle que :

1° Pour bien réussir, il faut appliquer le remède le plus tôt possible, dès que le patient déclare qu'il sent une certaine pesanteur dans l'hypocondre droit, dès que l'on constate du gonflement du foie et la région de la vésicule un peu douloureuse.

2° On peut sans inconvénient appliquer des doses de 6 à 8 grammes en vingt-quatre heures. On badigeonne et l'on applique par-dessus une large feuille de gutta-percha laminée.

3° Le soulagement commence à se faire sentir une demi-heure après le début de l'application ; il est très marqué au bout d'une heure.

4° Cette médication n'a pas les inconvénients de la piqûre de morphine, le salicylate de méthyle ne fatigue pas les malades, comme le salicylate de soude.

5° Les cas observés et traités par l'auteur lui paraissent encourageants ; il se propose donc d'appliquer cette méthode de préférence au salicylate de soude, sauf, en cas d'insuccès, à revenir au vieux traitement (piqûre de morphine, chloral, inhalations de chloroforme).

HYGIÈNE DU TUBERCULEUX.

1. Tout tuberculeux doit vivre à la campagne, vouloir guérir et le vouloir longtemps.

2. Le malade qui se traite avec soin et avec plaisir guérira dix fois plus rapidement que celui qui se soigne avec indifférence.

3. La confiance en son médecin, et l'espérance en sa guérison sont les deux premières conditions du succès du traitement suivi.

4. Le tuberculeux doit éviter toute fatigue, toute anxiété, toute discussion passionnée, toute émotion trop vive.

5. Durant l'hiver, il ne doit sortir qu'une heure après le lever du soleil. Excepté les jours de pluie ou de grand vent, le malade vivra au grand air, reposant en position confortable dans une chaise longue ou dans un hamac, la tête protégée contre la chaleur au soleil, mais le reste du corps exposé aux rayons lumineux.

6. Toujours respirer par le nez et faire régulièrement de la gymnastique pulmonaire, indiquée par le médecin.

7. Eviter la poussière comme la pluie et l'humidité, et tous les endroits où l'air n'est pas pur, tels que les théâtres, les concerts, les assemblées, les édifices publics, les hôtels.

8. Faire régulièrement une promenade hygiénique selon les règles prescrites. Mais ne jamais marcher étant mal disposé, fatigué ou si la température du corps est à 100° F. ou au-dessus.

9. Propreté parfaite de sa personne et de ses vêtements. Porter des bas en laine, conserver toujours les pieds chauds et secs, ne jamais porter des sous-vêtements en chamois, mais en laine ou en lin selon l'habitude.

10. Ne jamais séjourner dans une chambre trop chaude. Durant l'hiver la température des appartements doit varier entre 65° et 68° F. Ne pas chauffer avec un poêle à l'huile.

11. Laisser ouvertes toute la journée les fenêtres de la chambre à coucher et même un peu toute la nuit, après habitude ; ne pas demeurer dans cette chambre durant le jour.

12. Le tuberculeux doit se coucher à neuf heures, avoir au moins neuf heures de sommeil et se lever que bien reposé.

13. Il ne doit pas avaler son expectoration, ne jamais tousser à table, ne jamais cracher dans son mouchoir ou aux endroits où les crachats peuvent se dessécher, mais toujours dans un crachoir de poche contenant une solution antiseptique. Il doit couvrir sa bouche de son mouchoir lorsqu'il tousse ou éternue.

14. Le tuberculeux ne doit jamais embrasser personne sans précautions spéciales, et le moins souvent possible, car la maladie est contagieuse.

15. Les dents doivent être très propres et brossées après chaque repas. Gargarisme et vaporisation nasale matin et soir.

16. Prendre chaque semaine deux bains tièdes salés suivis d'une friction énergique avec une toile de lin.

17. Ne pas fumer et ne prendre aucune boisson alcoolique sans ordonnance du médecin.

18. Les repas doivent être pris très régulièrement. Suivre une diète abondante, nutritive et variée.

19. Manger très lentement, sans boire ni parler.

20. Le lait, les œufs, et le bœuf doivent être les mets favoris du tuberculeux qui veut guérir.

DR KNEIPP.

LES FORCES CURATIVES DANS LA NATURE.

Dès l'antiquité la plus reculée, la médecine savante ou populaire s'est efforcée à découvrir dans la nature de nouvelles forces curatives ou médicatrices. Pendant longtemps, l'insuffisance des connaissances positives a rendu ces efforts stériles. L'ignorance à cet égard a duré jusqu'à la seconde moitié du XVIII^e siècle et à l'aurore même du XIX^e. La biologie générale et la science de la santé humaine en particulier, malgré les développements de la critique scientifique sur d'autres points, étaient restées le domaine de l'hypothétique, du fantastique et du merveilleux.

Le scepticisme et l'incredulité, introduits dans la pensée moderne par Voltaire, Diderot et les philosophes du 18^e siècle, n'ont été vraiment qu'une faible entrave à la floraison des doctrines de Suedenborg et de Mesmer et aux succès de Gasner, de Cagliostro et des thaumaturges dont les cures miraculeuses procédaient de pratiques secrètes, de rites pseudo-religieux, de passes et d'incantations magnétiques. Ce n'est qu'avec le 19^e siècle que l'étude naturelle de l'homme et du monde a entrée dans la voie de l'analyse scientifique, sévère et exacte. Trois sortes de progrès ont, à notre époque, affirmé cette saine méthode.

Grâce aux conquêtes de la physiologie, grâce à la manière rigoureusement objective dont elles ont été appliquées par Charcot et son école, et grâce à l'étude du système nerveux de l'homme, le voile, derrière lequel se dérobaient quelques-uns de ces mystères, s'est entr'ouvert et l'étude du "magnétisme animal" et de l'hypnotisme, sortant des limbes de l'hypothèse et du merveilleux, est venue prendre dans la famille des sciences de la nature la place qui lui convient. En second lieu les découvertes de Pasteur, de Lister, de Koch, de Metchnikoff et de microbiologistes ont déterminé une véritable révolution dans nos idées sur la genèse des maladies et sur leur nature; elles ont ouvert de nouvelles voies à la science de la prévention et du traitement des maux de l'humanité. Le monde des infiniment petits, le monde des micro-organismes pathogènes s'est révélé à notre vue, de larges horizons se sont ouverts dans le champ de

la thérapeutique et la "prophylaxie" entre en scène avec le premier rôle sur le théâtre de l'hygiène publique et privée.

Enfin, la connaissance de l'atmosphère, de la lumière, de l'eau, du sol, dans leur rapport avec la vie et le bien-être de l'homme, est entrée dans une ère nouvelle. Chaque jour les principes de l'hygiène pénètrent davantage dans la conscience des peuples civilisés. On en peut citer pour preuve les mouvements publics en faveur des mesures sanitaires. Les progrès de la médecine contemporaine se résument presque entièrement dans l'hygiène ; cela est vrai non seulement au point de vue des exigences prophylactiques, mais encore au chevet du malade.

Les conditions spéciales dont les malades sont entourés dans le traitement chirurgical ou dans la pratique obstétricale constituent la garantie du succès et sont une vivante démonstration du rôle de l'hygiène préventive. D'autre part, les méthodes actuelles du traitement de la "tuberculose", par exemple, confirment également la valeur de l'hygiène comme facteur curatif. Notre temps ne s'est pas seulement signalé par la découverte de nombreux spécifiques d'efficacité certaine (antipyrétiques, analgésiques, sérums antimicrobiens) ; il a fait aussi une large place aux méthodes curatives hygiéniques et diététiques. Sans doute l'arsenal pharmaceutique s'est enrichi de moyens précieux ; mais, somme toute, la thérapeutique des médicaments, loin de prendre de l'extension, a perdu beaucoup de terrain. On a abandonné la plupart des médicaments anciens. En revanche, la sphère d'action des méthodes physiques de traitement s'est largement agrandie. De cette manière, la médecine empirique et allopathique, en réaction de laquelle le 18ème siècle a vu naître la naïve doctrine des homéopathes, est entrée dans son déclin ; elle cède la place à une thérapeutique nouvelle, armée de toutes les connaissances modernes et forte du soutien de sa puissante alliée : l'hygiène.

(A suivre.)

MM. Laprès et Lavergne, photographes, réunissant en un seul tableau évalué à près de mille piastres toutes les photographies des médecins du district de Montréal, prient ceux qui n'ont pas encore posé de bien vouloir se présenter le plus tôt possible.

NOUVELLES

CONVENTION MÉDICALE A OTTAWA.

Jeudi, le 14 février 1901, tous les médecins de la Puissance du Canada étaient invités par Son Excellence le Gouverneur-Général à se rendre à Ottawa pour discuter sur les meilleurs moyens à prendre pour enrayer la marche toujours envahissante du "fléau pulmonaire".

Une centaine de médecins ont répondu à l'appel.

Après trois séances de longues et intéressantes délibérations, les propositions suivantes furent adoptées :—

1°. Que les gouvernements, les municipalités, les sociétés fraternelles travaillent de concert à empêcher la propagation de la tuberculose qui augmente d'un cinquième le chiffre des décès.

2°. Que les Conseils d'Hygiène rendent obligatoire la déclaration d'un cas de tuberculose, qu'ils ordonnent de faire une inspection régulière des bâtisses publiques, des usines, des ateliers, des collèges, des théâtres, etc., etc., et de tous les endroits où se trouvent souvent réunies un grand nombre de personnes.

3°. Que de grandes précautions doivent être prises afin que le lait ou la viande ne soit pas la cause de la maladie.

4°. Que les immigrants venant habiter notre pays soient examinés avant leur départ afin qu'ils ne viennent pas ici augmenter le nombre des tuberculeux.

5°. Qu'il est de la plus haute importance et de la plus grande nécessité de construire des "Sanatoriums" dans les endroits les plus favorables à la guérison de ces malades.

6°. Qu'un comité central portant le nom d'"Association canadienne pour la lutte contre la propagation de la tuberculose" soit formé dans le but :

1. De travailler à instruire le peuple sur les moyens à prendre pour se préserver de cette maladie ;

2. D'encourager la formation de sociétés locales pour lutter contre la tuberculose ;

3. D'aider toutes œuvres locales par des conseils, des conférences, des brochures, etc. ;

4. De représenter aux gouvernements que, dans l'intérêt social de notre nation, ils doivent concourir à la création de "Sanatoriums" pour les tuberculeux.

Membres du comité exécutif.—Ontario : Dr Barrick, Toronto ; Québec : Dr Roddick, M.P., Montréal ; Colombie-Anglaise : Dr Navy, Victoria ; Territoires du Nord-Ouest : Dr Bain, Prince-Albert ; Manitoba : Dr MacDonald, Brandon ; Nouvelle-Ecosse : Dr Sinclair ; Nouveau-Brunswick : Dr Daniels, St-Jean ; Ile du Prince-Edouard ; Dr McNeill, Charlottetown.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL.

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR HERVIEUX.

Séance du 29 janvier.—M. LE SAGE présente un travail très élaboré sur le résultat du traitement de la fièvre typhoïde à l'Hôpital Notre-Dame par les bains froids. Les médicaments donnés furent l'acide borique et le benzo-naphtol, puis diète aux bouillons peptonisés et au lait *présentés* aux malades à toutes les deux heures ; car, dit-il, le typhique ne demande pas. Résultat obtenu : La mortalité qui, dans cet hôpital, était de 10 à 14 p. 100 fut réduite à 2 p. 100 pour cette série de malades.

M. LE CAVELIER fait remarquer que ce même traitement n'a pas donné le même succès à nos confrères de l'Hôpital Victoria ; car la mortalité a varié entre 7 et 9 p. 100. Entre les mains de certains médecins des hôpitaux américains, le résultat n'a pas été plus satisfaisant. Il rapporte qu'une vingtaine de typhiques furent tous traités avec succès par une diète lactée absolue et l'eau chloroformée à dose d'une cuillerée à soupe à toutes les deux heures. Il cite Stepp, de Nuremberg, qui dit qu'avec ce traitement, au début de la maladie, il n'a jamais vu, dans 130 cas, la température assez haute pour justifier l'usage des bains froids.

M. DUBÉ parle de l'action favorable des bains froids sur la température et de l'effet tonique sur la cellule nerveuse qui réagit mieux contre l'infection.

M. R. DE CORRET traitant de la *septicémie puerpérale*, rap-

pelle, en termes choisis, quo généralement la grande cause de l'infection est une *main septique* soit celle de la malade, du mari ou du médecin. Il insiste donc sur la nécessité d'une désinfection *parfaite* des doigts avant de faire le toucher vaginal. Ayant fait un grand nombre d'accouchements après avoir visité des cas de maladies contagieuses : Scarlatine, typhoïde, érysipèle, etc., il n'a jamais eu d'infection ; d'ailleurs, ajoute-t-il, la *septicémie puerpérale* n'est pas plus abondante durant le temps d'épidémie d'affections contagieuses.

Séance du 12 février.—M. LASNIER, dans une brillante conférence sur le chancre mou, rappelle la découverte du microbe spécifique par Ducrey, de Naples, en 1839, conseille de négliger le caractère d'induration pour faire le diagnostic et d'attacher beaucoup plus d'importance aux signes optiques suivants du chancre mou ou *plutôt du chancre simple* :

- 1° Forme moins régulière ;
- 2° La tendance à creuser, à détruire le derme, les bords taillés à pic, décollés, surplombants ;
- 3° La coloration jaune pyoïde ;
- 4° Absence de membrane ou de croûte adhérente ;
- 5° La rapidité, la facilité, l'abondance de l'épanchement qui se produit à la surface quand on exerce un frottement sur celle-ci.

Comme traitement, il préconise une pâte au chlorure de zinc 1 partie, oxyde de zinc 9 parties, en application locale durant 24 heures, renouvelée au besoin.

MM. MERCIER et LECAVELIER font remarquer que, pour le diagnostic différentiel, non seulement l'induration a peu de valeur, mais qu'aussi les signes optiques sont bien modifiés par les cautérisations faites par le malade. Malgré les apparences physiques, il ne faut pas trop tôt faire le diagnostic: il est préférable de s'enquérir de la date et de la nature du coït suspect et d'examiner l'état ganglionnaire de l'aîne avant de se prononcer.

M. PARIZEAU présente un rapport très intéressant sur 10 malades souffrant de rein mobile, chez lesquels il a fait la néphropexie. Le résultat éloigné fut très satisfaisant dans tous les cas, excepté chez une hystérique qui n'a reçu aucune amélioration. Il conseille d'abord à "la" malade,—car 87 p. 100 des reins flottants s'observent chez les femmes,—de porter une

ceinture avec pelote rénale. L'opération s'impose si les symptômes fonctionnels persistent ou s'aggravent : douleurs, crises gastriques, nervosisme, hystérie. L'intervention n'est pas grave, dit-il, la mortalité n'est que de 1 pour 100, mais le travail est long ; il faut, à travers une petite ouverture, aller chercher le rein profondément caché, aviver la face postérieure sur une étendue d'un pouce, passer quatre ou cinq sutures et ne fermer l'incision qu'après hémostase parfaite pour obtenir une guérison par "première intention". Quant à la fréquence du rein droit mobile, chez la femme, M. PARIZEAU fait remonter la cause au port du corset qui, comprimant le colon et le foie, chasse le rein ailleurs, puis à la grossesse qui fait perdre au rein un point d'appui en entraînant une dégénérescence des muscles de l'abdomen.

M. DEMERS, partageant l'opinion de Lanceraux, qui a fait 20,000 autopsies, croit que très souvent la luxation rénale est due à un traumatisme. Il a fait opérer plusieurs de ses patients ayant un rein mobile et a vu disparaître des crises d'asthme et d'urémie dont souffraient ces malades avant l'opération.

M. DUBÉ conseille l'opération si les troubles gastriques graves menacent la nutrition générale et émet la théorie de l'amaigrissement comme cause de la luxation rénale ; le rein, dit-il, ne reposant plus sur un coussin adipeux se déplace plus facilement.

M. MERCIER apporte, à l'appui de cette théorie, le fait que dans les Indes, où l'usage du corset est inconnu, on a constaté que les femmes souffraient souvent de rein flottant. Avant d'intervenir, il faut bien observer la malade, plusieurs cas opérés lui ont donné d'excellents résultats ; d'autres, une amélioration passagère, et quelques-uns furent plus mal après l'opération.

M. LASNIER a vu au *London Hospital* la néphropexie faite avec succès en deux temps. Fixation du rein puis pansement profond à la gaze iodoformée en place durant huit jours.

M. HERVIEUX croit que la ptose rénale observée plus fréquemment du côté droit est due à une cause anatomique et que la *loge* rénale de ce côté est moins bien fermée que celle du côté gauche. Il fait observer que la crise gastrique coïncide souvent avec l'époque de la menstruation et que l'opération ne guérit pas toujours ces malades, car dans 25 p. 100 des cas opérés, les symptômes deviennent plus graves.