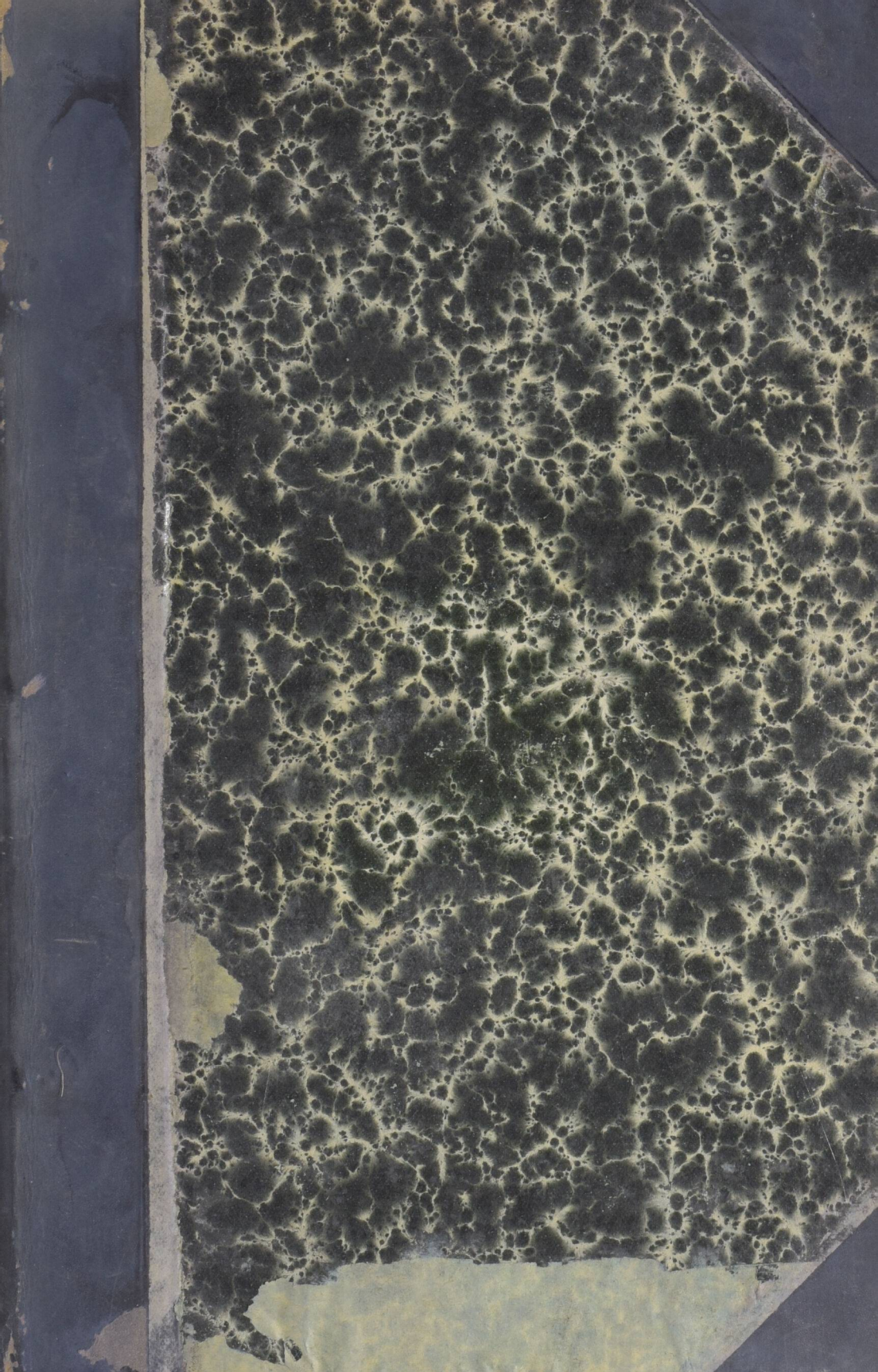




601-H-212-6

Bulletin Medical

DE QUEBEC.



DIRECTION SCIENTIFIQUE



MM. A. ROUSSEAU, prof. de pathol. gén. à l'Université Laval, et de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu. Doyen de la Faculté.

A. SIMARD, prof. de pathol. ext. à l'Université Laval, et de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

A. VALLEE, prof. d'anat. pathol. et de chimie à l'Université Laval. Anatomo-pathologiste de l'Hôtel-Dieu.

REDACTION

Rédacteur en chef: ALBERT JOBIN, 44, rue Caron, Québec.

Secrétaire: EDGAR COUILLARD.

Bibliothécaire: GEO. AHERN.

ADMINISTRATION

Dr GEORGES RACINE,

23, rue Sauvageau, Québec.



SOMMAIRE

JANVIER 1923

ARTICLES ORIGINAUX

Fausse Tuberculose Pulmonaire d'origine nasale....H. Pichette.....	1
Traumatisme du Rein—Observations.....Achille Paquet.....	5
Correspondance	10

REVUE DES JOURNAUX

Les Pyuries — J. L.....	12	Moyen simple pour injections intraveineuses	20
Traitement de l'Anémie par les aliments.....	14		
Les Huiles en Thérapeutique digestive.....	15	A propos du traitement de la scarlatine.....	21
Les nouvelles chimiothérapies. — Dr Pomaret	17		

THERAPEUTIQUE

Salicylate d'Alumine dans les diarrhées.....	22	Citrate de soude, sueur fétide des pieds	23
Les terreurs du sommeil chez les enfants	22	Odontologie	23
		In memoriam	24

NOTES D'OBSTETRIQUE

Tamponnement dans insertion vicieuse du placenta	25	La pituitrine dans présentation postérieure du sommet.....	26
--	----	--	----

NOTES DE PEDIATRIE.

Otite purulente latente du nourrisson.....	27	FORMULAIRE—Mal de Pott.....	11
Hydrocèle vaginale infantile.....	28	ALBUM MEDICAL	30
Adénopathie trachéo-bronchique	29	Les Livres — L. F. Dubé.....	32

PRÉPARATIONS COLLOÏDALES

Métaux colloïdaux électriques à petits grains.

Colloïdes électriques et chimiques de métalloïdes.

ELECTRARGOL

(Argent)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).
Ampoules de 25 cc. (2 par boîte).
Flacons de 50 et 100 cc.
Collyre en amp. compte-gouttes.
Ovules (6 par boîte).
Pommade (tube de 30 grammes).

Toutes les
maladies
infectieuses
sans
spécificité
pour l'agent
pathogène.

ELECTRAUROL (Or)

Ampoules de 1 cc. (12 par boîte).
Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).
Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).

ELECTROPLATINOL (Pt)

ELECTROPALLADIOL (Pd)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).

ELECTRORHODIOL (Rd)

Ampoules de 5 cc.
(Boîtes de 3 et 6 ampoules).

ELECTR-Hg (Mercure)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).

N. B. — L'
ELECTRARGOL
est également
employé dans
le traitement
local de
nombreuses
affections
septiques.

Toutes
formes de la
Syphilis.

ELECTROCUPROL (Cu)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).
Collyre en amp. compte-gouttes.

Cancer,
Tuberculose,
Maladies
infectieuses.

ELECTROSÉLÉNIOU (Se)

Ampoules de 5 cc. (3 par boîte).

Traitement
du
Cancer.

ELECTROMARTIOL (Fer)

Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).
Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).

Syndrome
anémique.

ARRHÉNOMARTIOL

(Fer colloïdal + Arsenic organique)
Amp. de 1 cc. (12 p^r boîte, et Gouttes)

COLLOTHIOL (Soufre)

Elixir — Ampoules de 2 cc.
(6 par boîte). — Pommade.

Toutes les
indications de
la Médication
sulfurée.

IOGLYSOL (Complexe iode-glycogène)

Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).

Cures iodée
et iodurée.

ELECTROMANGANOL

(Manganèse)

Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).

Affections
staphylo-
cocciennes.

1-45

LABORATOIRES CLIN

Agents pour le Canada: ROUGIER, FRERES, 210, rue Lemoine, Montreal.

Très utile en cas de troubles digestifs

"HORLICK'S"

(La Marque authentique)

Une nourriture qui peut être tolérée et assimilée en maintenant suffisamment les forces. Non irritante elle convient aux estomacs hyperacides et hyperchlordriques. Partiellement pré-digérée. S'adapte facilement aux besoins particuliers.

Echantillons adressés franco sur demande.

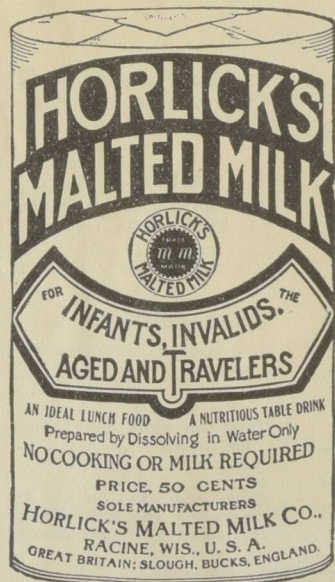
Horlick's Malted Milk Co.

RACINE, Wis.

SLOUGH, Ang.

MONTREAL, Can.

L'ORIGINAL



Méfiez-vous des contrefaçons.

BULLETIN MEDICAL

DE QUEBEC

JANVIER 1923

ARTICLES ORIGINAUX

Fausse Tuberculose Pulmonaire d'origine nasale....H. Pichette.....	1
Traumatisme du Rein—Observations.....Achille Paquet.....	5
Correspondance	10

REVUE DES JOURNAUX

Les Pyuries — J. L.....	12	Moyen simple pour injections intravei- neuses	20
Traitement de l'Anémie par les aliments.....	14		
Les Huiles en Thérapeutique digestive.....	15	A propos du traitement de la scarlatine.....	21
Les nouvelles chimiothérapies. — Dr Pomaret	17		

THERAPEUTIQUE

Salicylate d'Alumine dans les diarrhées.....	22	Citrate de soude, sueur fétide des pieds	23
Les terreurs du sommeil chez les en- fants	22	Odontologie	23
		In memoriam	24

NOTES D'OBSTETRIQUE

Tamponnement dans insertion vicieuse du placenta	25	La pituitrine dans présentation posté- rieure du sommet.....	26
---	----	---	----

NOTES DE PEDIATRIE.

Otite purulente latente du nourrisson.....	27	FORMULAIRE—Mal de Pott.....	11
Hydrocèle vaginale infantile.....	28	ALBUM MEDICAL.....	30
Adénopathie trachéo-bronchique	29	Les Livres — L. F. Dubé.....	32

NOS ANNONCEURS

J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	de 1 à 11
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	13
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	14
L'Anglo-French Drug Co., Montréal.....	15
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	16
Laboratoire du "Spectrol".....	16
Joseph Contant, 231, Notre-Dame Est, Montréal.....	17
Frank W. Horner, Limited, Montréal, Canada.....	17
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	18
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	19
Parke, Davis & Co., Walkerville, Ont.....	20
Hervay Chemical Co., Ltd.....	21
Casgrain & Charbonneau, Ltée.....	21
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	22
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	23
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	24
Henry K. Wampole & Co., Limited, Perth, Ontario.....	24
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	25
Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province de Québec	26
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	27
Bendages Herniaires de A. Clavierie.....	28
Laboratoire Genevriev, Paris.....	28
J. B. Giroux, Québec.....	28
Laboratoire Louvain, Lévis, Québec.....	29
J. B. Morin.....	29
The Arlington Chemical Co., Yonkers, N.-Y.....	30
J. E. Livernois.....	30
Od. Chem. Co., N.-Y.....	31
La Cie d'Imp. Commerciale.....	31
La Musique	31
Cie de Pougues, Paris	32
Laboratoire Couturieux, Paris.....	dans le texte
American Machinist	dans le texte
Laboratoires Clin.	couverture
Horlick's Malted Milk Co.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"

TIRAGE MENSUEL: 2,500 exemplaires.

Panglandine

Extrait opothérapique total comprenant:

Thymus, Ovaires, Rate, Duodénum, Hypophyse, Capsules
Surrinales, Thyroïde, Pancréas, Testicules, Foie,
Prostate — En proportions physiologiques.

Capsules kératinisées de 0 gr. 25.

Lantol

Rhodium Colloïdal électrique.

Ampoules isotoniques de 3 cc.

Maladies infectueuses — Septicémies.

En injections indolores, non toxiques.

2 à 3 par jour.

Stanion

Etain Colloïdal électrique.

En ampoules isotoniques de 3 cc. et en capsules.

Furonculose — Infections à Staphylocoque.

Heracléine

Extraits de Yohimba, Damiana Str. nux vomica.

Acanthea et phosphore de Zinz.

Association des plus actifs des toniques du système nerveux
aux doses thérapeutiques et sans l'adjonction d'aucun exci-
tant ou irritant.

Union Commerciale France-Canada
J. I. Eddé

Edifice New Birks, Montréal,

- - Tél. UP. 6671

FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES D'ORIGINE NASO-PHARYNGIENNE

Dr H. PICHETTE,

médecin de l'Hôtel-Dieu.

Les fausses tuberculoses pulmonaires peuvent être des mycoses, des sporotrichoses, des corps étrangers des voies respiratoires, des séquelles de gaz de guerre, etc. Ce sont des formes rares pour ne pas dire exceptionnelles, nous les laisserons de côté pour nous occuper uniquement des complications pulmonaires consécutives à des lésions ou à des suppurations du rhino-pharynx.

Si, comme on l'a dit : au point de vue des formes, le nez est au milieu du visage, au point de vue anatomique, il est à l'entrée des voies respiratoires. C'est la porte d'entrée toute ouverte pour les affections pulmonaires.

"Des même qu'il serait inadmissible d'entreprendre le traitement d'une affection des voies urinaires supérieures, sans se préoccuper d'abord de l'état de l'urètre et de la vessie, de même il n'est plus permis de traiter une affection persistante des voies aériennes inférieures sans s'inquiéter de l'état des voies aériennes supérieures, fosses nasales, pharynx, larynx." (H. Aloulker) (1)

Cette vérité banale, il est vrai, n'a cependant pas encore pénétré suffisamment dans l'esprit du praticien ; et cela tient, à ce que d'une part le médecin a des notions trop vagues sur la pathologie nasale. Il connaît bien en effet, le coryza, les végétations, les sinusites, mais c'est à peu près tout ce qu'il a conservé du cours de rhinologie. Le spécialiste d'autre part a des connaissances peu précises sur les affections pulmonaires ; trop souvent, ses investigations ne dépassent pas le champ de son spéculum. Dans bien des cas, l'importance des retentissements à distance des troubles des voies respiratoires supérieures lui échappe tout à fait ; là où il faudrait rechercher la maladie, il ne voit que le symptôme. C'est surtout depuis la guerre que l'attention des médecins a été attirée sur les fausses affections pulmonaires.

L'importance du diagnostic différentiel entre les affections du nez et celles du poumon, avec la tuberculose en particulier, apparaît très évidente, si nous examinons les statistiques que monsieur Rist a recueillies depuis quelques années. (2) Sur 180 soldats supposés tuberculeux examinés en révision, monsieur Rist a trouvé 52 tuberculeux et 128 non tuberculeux ;

(1) H. Aloulker—Monde Médical, janvier 1922.

(2) Monsieur Rist, leçon faite à l'Hôpital Laennec, novembre 1921.

sur ceux-ci 110 présentaient soit des laryngites, des trachéites ou des bronchites, soit des lésions nasales, rhinite, polypes, déviations, etc.

Une autre statistique portant sur 342 malades supposés tuberculeux nous montre que monsieur Rist a trouvé 40 tuberculeux, soit seulement 10% à peu près, 282 étaient de faux tuberculeux, et plus de 50% de ceux-ci présentaient des lésions du rhino-pharynx.

Monsieur Aloulker d'Alger a recueilli un certain nombre de faits du même ordre. (3)

Ces chiffres paraîtront peut-être exagérés à plus d'uns, mais si on considère qu'un bon nombre d'affections des fosses nasales et du pharynx peuvent se traduire par un ou plusieurs des symptômes qui caractérisent la tuberculose pulmonaire, on comprendra facilement la réalité des faits.

Ces symptômes communs sont la toux, les hémorragies, l'élévation de la température et enfin certaines modifications stéthoscopiques.

La toux.—La toux n'est pas exclusivement un symptôme de tuberculose ou d'affections du poumon; on l'observe très souvent en dehors de ces états. Elle peut être réflexe à point de départ nasal. Le point tussigène décrit par Lermoyez, au niveau de la muqueuse pituitaire est trop connu pour nous y arrêter bien longtemps. Les crêtes, les éperons, les déviations de la cloison, les queues de cornets, les polypes sont les causes habituelles de cette toux réflexe. En dehors du nez, l'hypertrophie des amygdales pharyngiennes et palatine, la grosse amygdale linguale qui vient irriter directement l'épiglotte, l'hypertrophie de la luette, doivent attirer particulièrement notre attention.

D'autre part, les affections sécrétantes du nez et du cavum déterminent de la toux, les sécrétions qui descendent d'en haut viennent irriter le vestibule laryngé.

Les hémorragies.—C'est peut être le symptôme qui prête le plus à l'erreur. Au cours des affections chroniques des voies respiratoires, il n'est pas rare d'observer des hémorragies plus ou moins abondantes à la suite de rupture de petites varices de la cloison, du voile du palais ou de la base de la langue. La présence de ces varices est très fréquente, nous en avons déjà observé un assez bon nombre; si l'hémorragie est légère, elle peut passer inaperçue, généralement cependant, elle est assez abondante et se traduit par quelques crachats sanguinolents. Parfois même ces varices siègent au niveau de la trachée, on a alors de véritables hémoptysies aérées, très difficiles du reste à différencier des hémoptysies pulmonaires.

(3) Aloulker—Annales de laryngologie 1909.

La fièvre.—C'est un symptôme qu'on observe plus rarement au cours des affections du rhino-pharynx, cependant il n'est pas exceptionnel.

On voit que le moindre coryza donne de la fièvre, et que toute infection chronique est capable de déterminer une instabilité thermique marquée surtout le soir.

Les sécrétions.—Les sécrétions du nez ne sont pas toujours expulsées au dehors par les narines ; elles tombent en arrière, le malade mouche dans son cavum. Ces paquets glaireux s'accumulent sur la paroi postérieure du pharynx surtout pendant la nuit, et le matin au réveil le sujet doit faire des efforts répétés pour les rejeter à l'extérieur. A une période plus avancée, ces sécrétions infectent le larynx, la trachée et les bronches, et à la rhino-pharyngite s'ajoutent une laryngite, une trachéite ou une bronchite chronique. Cette rhino-pharyngite est très fréquente, c'est la séquelle habituelle des végétations adénoïdes, des déviations de la cloison, des épines, des hypertrophies des cornets, etc.

Enfin, il faut signaler la sinusite et la rhinite atrophique comme affections qui entretiennent l'expectoration purulente.

Si une partie de ces sécrétions est expulsée au dehors, il en est une bonne partie qui est déglutie et résorbée ; il en résulte des troubles gastro-intestinaux ; l'appétit diminue, l'état général devient moins bon, l'inquiétude augmente surtout s'il s'agit de sujets hyperémotifs, déjà hantés par la phobie de la tuberculose.

On conçoit alors facilement qu'à un examen superficiel ces sujets puissent en imposer pour des tuberculeux. L'auscultation également peut fournir un certain nombre de signes qui peuvent porter à l'erreur. Chez les adénoïdiens et chez les sujets dont la respiration nasale est insuffisante, le thorax reste aplati et l'expansion pulmonaire déficiente.

Il est, dit Monsieur Sergent, dans une communication à l'Académie de Médecine, une catégorie assez grande de faux tuberculeux, c'est celle des insuffisants respiratoires. Ce syndrome physique est la conséquence de la diminution de la ventilation des sommets, et se traduit essentiellement par la diminution de la sonorité, la diminution des vibrations thoraciques, la diminution du murmure vésiculaire et de l'amplitude des mouvements respiratoires. Ce qui différencie ce syndrome purement fonctionnel, c'est sa bilatéralité alors que les insuffisances respiratoires lésionnelles sont le plus souvent unilatérales, ou du moins plus marquées d'un côté. é

Des ganglions ou des tumeurs du médiastin peuvent donner lieu à des souffles. Les hypertrophies ganglionnaires peuvent avoir leur point de départ aussi bien dans l'infection de la partie supérieure des voies aériennes, naso-pharynx, que dans l'infection broncho-pulmonaire.

Sergent, dans son étude sur les médiastinites, mentionne un syndrome pseudo-cavitaire dans la région hiliaire et l'explique par des scléroses du médiastin, des adénopathies ou des tumeurs(4). Enfin il y a certains cas où les choses sont beaucoup plus complexes, c'est lorsque l'infection bronchique se localise à un lobe pulmonaire et y persiste pendant un certain temps. C'est alors surtout qu'il faut avoir bien présentes à l'esprit les règles de l'auscultation. Si le poumon reste sonore, si les examens bactériologiques et radiographiques restent négatifs, il faudra se méfier et rechercher la cause de cette symptomatologie trompeuse en dehors du poumon.

Il va sans dire que les affections du nez et la tuberculose sont souvent associées, et c'est ce qui rend dans bien des cas le diagnostic extrêmement difficile.

Aussi la collaboration intelligente et désintéressée du médecin et du spécialiste est-elle utile, nécessaire même lorsqu'il s'agit de trancher un diagnostic trop souvent hésitant. Le rhinologiste et le médecin doivent en sorte se compléter l'un l'autre, ils éviteront de cette façon une foule d'erreurs de diagnostic, qui ont des conséquences énormes, tant au point de vue de l'individu qu'au point de vue de la société.

Septembre 1922.

Dr. H. Pichette.

(4)—Sergent—Etudes cliniques sur la tuberculose.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICÉMIES**

(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.

TRAUMATISME DU REIN

OBSERVATIONS PERSONNELLES.⁽¹⁾

Dr Achille PAQUET.

Les hasards de la pratique m'ont fourni l'occasion de traiter deux cas de traumatisme important du rein, que je suis heureux de rapporter devant la société Médicale de Québec. Si vous le voulez bien, avant de vous faire connaître ces deux observations, je vous donnerai quelques considérations sur les lésions traumatiques du rein.

Avant même la pratique courante de la cystoscopie et du cathéterisme des urétères, les classiques ont étudié et mis à point le processus de réparation des plaies du rein, que ces plaies soient une ecchymose sous capsulaire, ou une rupture de la substance rénale.

La réparation d'une blessure du rein se fait par une prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif interlobulaire au moyen de ramifications qui pénètrent les unes dans les autres, étranglant au besoin les petits caillots sanguins situés dans la plaie. Jamais la substance glomérulaire du rein ne se régénère pour jouir d'une activité fonctionnelle marquée, ni même les canalicules les plus altérés qui subissent une dégénérescence, celle-ci les fait se transformer en cylindres, s'éliminer ou disparaître.

Les glomérules qui ne sont pas détruits et sont situés près de la plaie rénale subissent une rétraction par les ramifications du tissu conjonctif et deviennent plus rapprochés. Il se fait une atrophie des tissus un peu comme dans la néphrite interstitielle.

Mais si une compensation doit se faire dans une partie de rein ou dans un rein complet, comme par exemple à la suite d'une néphrectomie, les glomérules augmentent de volume, les canalicules s'élargissent, les cellules deviennent plus larges et plus longues, c'est l'hypertrophie compensatrice qui s'établit.

Les traumatismes du rein comprennent les contusions, les plaies par instruments tranchants et piquants, les plaies par armes à feu.

Je passerai brièvement sur ces divisions pour mentionner que la contusion peut être légère et laisser la capsule propre du rein intacte. Ce sont des ecchymoses sous capsulaires, ou dans les parenchyme du rein qui ne donnent jamais lieu à une hémorrhagie importante.

(1)—Travail présenté à la Société Médicale de Québec (Déc. 1922).

La contusion est-elle importante, alors la capsule est déchirée, la substance du rein est aussi déchirée, et les conséquences sont plus ou moins sérieuses suivant que la substance rénale est plus ou moins brisée. Le rein peut présenter une ou plusieurs déchirures, presque toujours transversales ou obliques, à bords nets ou déchiquetés, à profondeur variable allant souvent jusqu'aux calices ou même au bassin et il se fait une hémorragie, le sang infiltre l'atmosphère adipeuse du rein et il s'en écoule par l'urètre.

Ces contusions du rein sont habituellement dues à un traumatisme qui agit par action directe, c'est une chute ou un choc sur la région lombaire, ou sur la paroi latérale ou antérieure de l'abdomen — telle que dans le cas de Melle D..... dont je vais vous donner l'observation.

Melle D... âgée de 18 ans, demeure à la campagne et fait le travail que nécessite la tenue d'une maison de cultivateur. Sa santé a toujours été bonne, son développement physique moyen.

Une nuit, voulant passer d'une chambre à l'autre ayant à la main une lampe à pétrole, elle n'a pas remarqué qu'il y a dans l'encadrement de la porte une planche haute de dix-huit pouces, une de ces barrières qui empêche les jeunes enfants de changer de pièce. Elle se frappe sur cet obstacle et tombe. Dans cette chute elle heurte de tout le poids de son corps la région antéro latérale et supérieure gauche de l'abdomen.

Elle est capable de se relever, de se mettre au lit seule, mais une douleur vive ne tarde pas à se faire sentir et augmente en intensité rapidement. Six heures après elle a une miction et remarque que l'urine est rouge comme du sang, et elle fait venir un médecin qui après examen songe à la possibilité d'une rupture du rein et à faire instituer un traitement chirurgical.

Je vois cette malade quatorze heures après l'accident. Elle présente un aspect de souffrance marquée, elle est pâle, ses muqueuses sont décolorées, elle se plaint d'une forte douleur dans tout l'hypochondre et la région lombaire gauche. Les mouvements respiratoires sont gênés, son pouls est accéléré facilement dépressible, le thermomètre marque 100°F. sous la langue.

Depuis l'accident elle a eu plusieurs mictions franchement sanguinolentes et je constate moi-même une proportion considérable de sang dans la dernière urine émise.

Je note à l'examen de la malade un gonflement diffus et marqué de l'hypochondre et une immobilité de la région.

La palpation de tout le côté gauche de l'abdomen est douloureuse. Il existe un certain degré de défense musculaire.

Il n'y avait pas de doute, j'étais en présence d'une jeune fille qui souffrait d'une rupture importante du rein gauche et l'indication d'une opération d'urgence existait.

J'organisai l'opération à domicile. Il ne fallait pas songer au transport de cette malade à l'hôpital qui était à dix-huit milles de la ville et l'hémorrhagie était trop importante.

Utilisant du mieux possible les ressources en telle circonstance je procédai à l'exploration de la loge rénale et du rein par l'incision lombaire.

L'atmosphère adipeuse du rein est infiltrée de sang et de caillots, et toute la loge rénale est remplie de sang coagulé que j'enlève rapidement, et j'arrive à isoler le rein qui présente une déchirure transversale intéressant presque tout son parenchyme, saignant abondamment. Je place une pince sur le pédicule, l'hémorrhagie est contrôlée et je peux examiner la large blessure du viscère qu'il faut nécessairement sacrifier.

L'opération est donc terminée par une néphrectomie et un drainage de la loge rénale.

Les suites opératoires furent normales. Après trois mois de convalescence cette jeune fille se marie, devient mère de famille et se porte très bien.

En examinant le rein in vitro je constate une déchirure transversale partant de son bord convexe et allant vers le hile intéressant tout le parenchyme, quelques calices et une partie du bassinet.

Cette déchirure n'était pas régulière, ses bords étaient taillés en zig-zags et certains fragments du rein étaient presque complètement détachés. Il n'y avait donc pas de possibilité de réparer par une bonne suture cette plaie trop étendue et trop irrégulière. Il fallait faire la néphrectomie, même ne sachant pas s'il existait un autre rein.

A part les contusions dans le chapitre des traumatismes du rein, il y a les plaies par instruments piquants et tranchants assez rares dans notre pays, parce qu'elles sont presque toutes dûes à une blessure par l'épée ou le fleuret, une baïonnette ou des instruments analogues.

Il y a aussi les plaies par armes à feu.

C'est en temps de guerre que ces plaies sont observées. De rares observations sont mentionnées dans la pratique civile.

Les éclats d'obus, les balles, les éclats de grenade ou de bombe d'avion sont les projectiles pouvant blesser le rein. Dans une forte proportion il y a blessure des organes voisins, soit le foie, soit la plèvre et le poumon, soit la rate, soit l'intestin, etc.

Ces diverses lésions présentent toujours un caractère de gravité. Celle-ci sera grande si l'intestin est perforé, le danger d'hémorragie sera à redouter dans les cas de plaies de viscères pleins tels que le foie, la rate, le rein dont le parenchyme est vasculaire.

Certaines plaies du rein peuvent être limitées et donner lieu à une hémorragie peu abondante susceptible de s'arrêter d'elle-même. D'autres quoique limitées sont plus importantes et font craindre des accidents graves tels que dans le cas suivant :

F.... âgé de 35 ans, gros et grand reçoit presque à bout portant une balle de revolver à gros calibre qui pénètre dans l'angle costo vertébral droit, perfore les masses musculaires, suit un trajet oblique d'arrière en avant, de dedans en dehors et de bas en haut et vient se loger dans la paroi thoracique antéro-latérale entre la dixième et onzième côte.

L'accident arrive vers huit heures p.m., le blessé marche quelques minutes, descend et monte un escalier et va se mettre au lit, et commence à ressentir de la douleur dans la région lombaire. La douleur augmente rapidement en intensité et en étendue, s'irradie à tout le thorax droit, à l'épaule droite et descend dans le côté droit de l'abdomen suivant l'urètre, et devient tellement forte qu'un grain de morphine donné en l'espace de quelques heures ne procure aucun soulagement. L'urine est sanguinolente dès la première miction.

Je suis appelé à voir ce blessé que je peux examiner exactement onze heures après l'accident. C'est un homme jeune encore, robuste, de taille au-dessus de la moyenne. Il peut à peine parler, sa respiration est courte à type costal supérieure, son diaphragme est immobilisé. Il existe un état de pâleur des téguments et particulièrement des muqueuses, le cœur bat à 120 et la température est à 100.2. A l'inspection de l'abdomen je note un gonflement diffus de l'hypochondre droit qui s'étend vers la région lombaire du même côté.

Ces régions paraissent absolument immobiles pendant les mouvements respiratoires et leur palpation réveille une douleur très aigue, les muscles sont tendus presque en contracture particulièrement dans la région sous-hépatique.

La sonorité thoracique est normale. La plaie d'entrée de la balle siège exactement au sommet de l'angle costo-vertébral, à un pouce en dehors le l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire. Une radiographie prise à ce moment me permet de voir un corps étranger ressemblant à une balle de gros calibre située dans la paroi thoracique entre la dixième et onzième côte sur la ligne mamellonnaire.

Dans son trajet la balle avait traversé d'une façon certaine le rein droit, lui avait causé une blessure importante donnant lieu à de l'hémorrhagie, l'espace périrénal contenait du sang et des caillots. Il fallait intervenir, l'indication était précise.

Le choix de l'incision pouvait être discutable. Fallait-il faire l'incision lombaire qui ne donne accès qu'au rein ou l'incision antérieure qui permet l'exploration de la cavité péritonéale en même temps que la loge rénale.

La direction de la balle et son trajet suivi pour venir se localiser dans la paroi thoracique au niveau du dixième espace intercostal m'assurait presque certainement qu'elle n'avait pas touché l'intestin. Après anesthésie du malade à l'éther, je procédai par l'incision lombaire à l'ouverture de la loge périrénale que je trouve remplie de caillots et de sérosité. Ma main introduite dans la loge libre les deux pôles du rein et le luxe en dehors. Celui-ci présente une perforation assez grande pour permettre l'entrée de mon pouce, siégeant au centre du viscère à un centimètre et demi de son hile et le traversant de part en part.

Les bords des orifices d'entrée et de sortie de la balle sont déchiquetés, noircis, parsemés de fissures étoilées et il s'en échappe une quantité notable de sang qui me font rejeter immédiatement l'idée d'un tamponnement, ce dernier peut-être aurait suffi à contrôler l'hémorrhagie, mais j'avais un doute sérieux, et je procédai à la néphrectomie et au nettoyage de la loge rénale.

Le feuillet antérieur de cette loge était déchiré et à travers cette ouverture je peux constater que le bord antéro-externe de la face inférieure du foie est légèrement brisé. Il ne vient pas de sang en quantité appréciable.

Un drainage à la gaze est placé dans la partie supérieure de la loge rénale et au contact du foie, un tube drain dans la partie inférieure.

Les suites opératoires furent compliquées de troubles pulmonaires heureusement peu graves, et quelques jours après le malade est hors de danger.

J'ai pu apporter cette pièce qu'il me fait plaisir de vous faire voir. Il est rare de rencontrer semblable lésion du rein, et même au cours de la récente guerre, les observations de ce genre ont été peu nombreuses.

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

CORRESPONDANCE.

CONGRES DE LA CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

Montréal, 15 décembre, 1922.

M. le Rédacteur :—

Les 12-13-14 juin 1923 se tiendront en notre ville les assises d'un congrès très important à plus d'un titre. La Canadian Medical Association qui chaque année, tient un congrès dans les villes principales du Canada, se réunira à cette occasion à l'Association Médicale de la Province de Québec.

Des visiteurs éminents d'Angleterre, des Etats-Unis et de France seront au programme qui consistera en cliniques hospitalières l'avant-midi et en assemblées générales l'après-midi. Banquet dans la soirée du deuxième jour. Tous les midis, lunch officiel où seront débattues les affaires professionnelles et où quelques hommes de marque prendront la parole. Différents comités sont déjà formés tels que le Comité des Dames, le Comité des Yeux, nez, gorge et oreilles, le Comité de la Canadian Radiology, les Comités d'Assistance et Protection. Il y aura parties de golf. Différentes maisons d'affaires présenteront des exhibits.

Les réunions se tiendront à l'Hôtel Mont-Royal où deux grandes et magnifiques salles ont été assignées aux organisateurs à titre gracieux.

Les perspectives permettent d'augurer de ce Congrès un excellent résultat et une réalisation de cette entente cordiale qui fera des médecins du Canada un corps compact, uni, à front unique quand il s'agira de la défense de nos intérêts professionnels.

Voici la composition des différents comités.

Comité d'organisation générale: — Dr L. de L. Harwood, Dr C. F. Martin, Dr W. G. Reilly, Dr P. Z. Rhéaume, Dr E. St. Jacques, Dr Geo. Hall, Dr B. G. Bourgeois, Dr A. T. Bazin, Dr S. Grondin (Québec), Dr R. Masson.

Secrétaires conjoints:—Dr J. U. Gariépy, Dr T. F. Tees.

Comité du Programme et des Impressions—*Présidents conjoints*:—Dr E. St Jacques, Dr A. T. Bazin, Dr D. G. Campbell.

Comité des Exhibits:—Dr Hector Aubry, Dr W. A. Dorion.

Comité de Transport:—Dr Geo. Hall.

Comité du Logement—*Président*:—Dr W. G. Reilly, Dr H. Reilly.

Comité des Fêtes et Divertissements—*Présidents Conjointes*:—Dr J. P. Décarie, Dr J. R. Fraser, Dr Raoul Masson, Dr Hector Aubry.

Comité des Inscriptions—*Président*:—Dr W. A. G. Bauld, Dr Mc-Callum, Dr E. Trottier.

Comité des Dames—*Président*:—Dr F. G. Finley, Mesdames F. G. Finlay, E. St-Jacques, B. G. Bourgeois, Raoul Masson, Harwood.

Comité de Réception:—Dr Alex. Hutchinson, Dr Rod. Boulet.

Comité des Finances:—Dr W. A. Dorion.

Le Secrétaire, J. U. GARIÉPY.

Mal de Pott.—Le traitement chirurgical continue à être l'objet d'articles et de rapports. Dans un excellent travail qui donne à la fois une critique des procédés en cours et un rappel des statistiques principales, Radulesco (2) (de Cluj) expose un procédé personnel de synostose vertébrale opératoire. Le chirurgien prélève un transplant sur une côte "parce qu'elle est à portée de la main", et parce que "d'après les observations faites, ce greffon prend beaucoup plus vite, ayant une vitalité beaucoup plus grande que celui prélevé sur le tibia". De plus, un tel greffon est malléable, s'adapte parfaitement aux courbes de la gibbosité et son prélèvement ne comporte aucun inconvénient.

Vingt-deux malades ont été opérés d'après cette technique avec des résultats satisfaisants en général, du point de vue esthétique d'abord, et aussi du point de vue des symptômes accessoires.

Radulesco a remarqué la disparition de la douleur, la résorption des abcès, l'amélioration de l'état général, la suppression des phénomènes d'irritation médullaire et des troubles de la statique. Il considère à juste titre que la synostose n'est en rien l'élément guérisseur, mais elle représente à ses yeux le moyen sûr et continu d'immobilisation rigoureuse des vertèbres malades qui amène la guérison.

UROLOGIE PRATIQUE

LES PYURIES.

L'urine renferme-t-elle du pus? D'où vient ce pus? Ce problème sémiologique, qui se pose quotidiennement au praticien, Pénot (de Blois), rappelle les principes permettant de le résoudre, dans les archives médico-chirurgicales de province, juin 1922.

—Pour examiner un urinaire, il faut le voir le plus longtemps possible après sa dernière miction et le faire uriner devant soi, de façon à avoir des *urines fraîches*. On ne doit pas tenir compte d'une urine apportée dans un flacon, d'une urine contenue depuis la veille dans un bocal; c'est une urine refroidie, infectée, où des substances ont précipité; c'est une urine morte. Il est indispensable d'avoir une urine vivante.

Avant de faire uriner, il est utile de faire une toilette du méat, du gland et de la vulve. Chez la femme, l'urine sortant de l'urètre lave l'entrée du vagin, entraîne des sécrétions vulvo-vaginales, parfois du pus, et des erreurs considérables peuvent en résulter. S'il y a doute, il est prudent de prélever directement l'urine dans la vessie, par cathétérisme.

Le malade urine dans 3 verres, le premier recevant le premier jet d'urine, le deuxième la plus grande partie de la miction, et le troisième le dernier jet. Chacun des 3 verres est examiné par transparence: qu'elle soit pâle ou qu'elle soit foncée (ceci dépendant de la concentration), l'urine normale est claire, transparente. Si l'urine est trouble c'est qu'elle est uratique ou phosphatique, ou qu'elle contient du pus.

—Les urines uratiques sont presque claires à l'émission; le refroidissement les trouble, par précipitation des urates. Chauffe-t-on l'urine, elle redevient limpide.

Les urines *phosphatiques* s'éclaircissent par l'adjonction d'un peu d'acide acétique.

Donc si la chaleur et l'acidification n'ont pas éclairci l'urine, c'est que son trouble est dû à la présence du pus. La réaction de Donné permet de contrôler cette présence: On laisse déposer l'urine acidifiée; on déconte, et on ajoute au dépôt un peu d'ammoniaque. La masse devient filante et "*s'étire*" comme de la colle, quand on la soulève avec un agitateur de verre.

On recherche toujours l'albumine dans les urines; mais il faut bien savoir que cette recherche n'est véritablement probante que si l'urine est claire. L'urine renfermant du pus contient forcément de l'albumine, par diffusion des substances protoplasmiques des leucocytes morts. Prendre

une pyurie pour de l'albumine simple est une erreur fréquente, et dont les conséquences sont parfois fâcheuses; c'est ainsi qu'on peut être amené à prescrire un régime sévère alors qu'il s'agit de tuberculose rénale au début et qu'un régime reconstituant serait nécessaire.

Quelle est la cause de la pyurie? Si le premier verre contient seul du pus, les autres restant clairs, il s'agit d'une pyurie initiale, signature d'une affection de l'urètre. Du pus s'écoule d'ailleurs, en dehors des mictions, soit spontanément, soit par pression de l'urètre d'arrière en avant, du périnée jusqu'au gland. Souvent, mais pas toujours, la pyurie urétrale est filamenteuse; par contre toute pyurie filamenteuse est urétrale.

Si le premier contient beaucoup de filaments, et les autres pas du tout ou très peu, il s'agit d'urétrite antérieure. Y a-t-il des filaments dans le premier et le troisième verre, pas dans le second—c'est qu'il existe à la fois des lésions de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur. Si le troisième verre contient seul des filaments, l'urètre postérieur et la prostate, le plus souvent les deux, sont malades.

Une *pyurie totale* répond à une lésion de la vessie ou des reins.

Dans la cystite, le pus est accumulé sur le trigone et sur le col; au début de la miction, le premier jet emmène un véritable bouchon de pus qui tombe dans le premier verre; le deuxième verre est plus ou moins clair; le troisième verre est très trouble. Cette pyurie à renforcement terminal est assez caractéristique d'une pyurie vésicale; le pus est collé par grumeaux sur les parois de la vessie; à la fin de la miction, la vessie se contracte, s'exprime comme une éponge, d'où pyurie terminale très accentuée.

D'une manière générale, cependant, il est difficile de savoir de par la seule épreuve des 3 verres, si le pus vient du rein ou de la vessie. Guyon conseillait de laisser l'urine "*déposer*" dans un bocal: si l'urine est claire au-dessus du dépôt la pyurie est vésicale; si l'urine est trouble, la pyurie est rénale. Mais la loi de Guyon est loin d'avoir une valeur absolue; il peut y avoir pyurie rénale alors que les urines surnageant le dépôt sont claires.

Une pyurie *intermittente*, par débâcles, caractérise une pyurie *rénale*; l'uretère malade se ferme de temps à autre, et l'on a alors des urines claires venant de l'autre rein.

Une pyurie *très abondante* vient du rein; il est rare qu'une cystite donne une grande quantité de pus.

Pyurie, pollakiurie, douleurs,—telle est la triade symptomatique des cystites. La pollakiurie signifie une diminution de la capacité vésicale. La douleur est aussi, un signe de réaction vésicale, et doit toujours être recherchée par l'exploration *bi-manuelle*, un doigt dans le vagin ou dans le rectum, la main opposée placée à plat sur le bas ventre. Cette pression est insupportable.

table dans la moindre cystite. (La pression sus-pubienne seule est au contraire, souvent insuffisante.)

La vessie "*crie*" sa douleur, tandis que le rein, au contraire, *sait "taire" la sienne*.

Il est vrai qu'une affection suppurée du rein s'accompagne très vite de cystite: la plupart des cystites sont secondaires à une lésion rénale.

Dans certains cas l'origine de la pyurie est facile à trouver: blennorrhagie, corps étranger vésical, rein gros et douloureux.

Cette origine reste-t-elle douteuse ?

Une exploration complète de l'appareil urinaire s'impose: cystoscopie, cathétérisme urétéral, radiographie.

Le rein étant en cause, quelle est la lésion ?

Parfois il s'agit d'une pyélonéphrite banale; souvent d'une lithiase infectée; très souvent d'une tuberculose rénale. C'est à la *tuberculose* qu'il faut toujours songer dans une pyurie; en maintes circonstances, on perd, sur des symptômes de cystite, un temps précieux à soigner la vessie, alors qu'un examen minutieux (cystoscopie, cathérisme urétéral, recherche du bacille de Koch, inoculation au cobaye) aurait d'emblée permis d'affirmer le diagnostic.

J. L.

("Journal des Praticiens", sept. 1922).

TRAITEMENT DE L'ANÉMIE PAR LES ALIMENTS.

Dans les anémies, la principale indication est remplie par la diététique et la médication ferrugineuse. On instituera donc un régime riche en aliments ferrugineux. Il est donc utile de connaître la valeur comparative des aliments en fer. Voici d'après Furst (Thérap. Mon., Sept. 1900), Haensel 1909, ce que contiennent en milligrammes d'oxyde de fer 100 grammes des aliments suivants réduits en cendres:

	Milligrammes
Sang de boeuf.....	9.79
Thé	9.29
Fraises	5.89
Salade	5.31
Oignons	4.53
Epinards, endives.....	3.35
Asperges, farine, seigle, pruneaux.....	2.7
Radis	2.34
Farines d'orge et de lentille.....	2.
Raifort, haricots verts.....	1.94

Jaunes d'oeuf, carottes.....	1.65
Pommes, figues.....	1.40
Farine de maïs.....	1.26
Pommes de terre.....	1.18
Farine de lentilles.....	0.86
Viande de boeuf.....	0.70
Farine d'avoine, café, airelle.....	0.67
Farine de blé.....	0.61
Blanc d'oeuf	0.57
Lait de vache.....	0.53
Lait de femme.....	0.25
Cacao	0.03

LES HUILES EN THERAPEUTIQUE DIGESTIVE.

On doit distinguer deux sortes d'huiles : d'une part les huiles minérales, dont le type utilisé est l'*huile de paraffine*, non absorbée par la muqueuse digestive ; d'autre part les *huiles végétales* qui sont ou peuvent être digérées et qui sont ingérées sous forme d'huile d'olives, d'huile de ricin, etc.

1°—*Huile de paraffine* : elle agit uniquement par ses propriétés physiques ; elle *lubrifie* le tube intestinal et les matières et, mêlée intimement à ces dernières, elle leur conserve leur consistance molle, que normalement elles perdent plus ou moins dans la traversée du colon.

C'est dans la *constipation simple* qu'elle trouve principalement son emploi, et par suite dans la *colite muco-membraneuse*, cette dernière se caractérisant, comme on sait, par des alternatives de constipation et de débâcles. L'huile de paraffine est indiquée également dans toute *stase intestinale chronique*.

On ne lui connaît pas de contre-indications, à condition qu'elle soit parfaitement purifiée, car elle possède une réaction acide qui peut à la longue irriter l'intestin ; d'un autre côté elle présente l'inconvénient, chez un grand nombre de malades, de suinter par l'anus, dans l'intervalle des selles. Ceci est dû à sa fluidité relative et il y a intérêt à n'utiliser que des huiles de paraffine de consistance assez épaisse.

On le prescrit à la dose de 1 à 3 cuillerées à soupe, que l'on fait prendre le matin à jeun et le soir au coucher.

2°—*Huile d'olives* : c'est la plus employée des huiles végétales non médicamenteuses, en raison de sa pureté et de sa plus grande stabilité. Elle ramollit le bol fécal et lubrifie la muqueuse intestinale.

C'est de plus un *cholagogue* ; elle active et augmente la sécrétion biliaire et c'est peut être par l'intermédiaire de celle-ci qu'elle possède en réalité des *propriétés laxatives*.

Le seul désavantage qu'elle présente est d'être souvent indigeste et de ne pas être tolérée par tous les estomacs. Son action sur le foie la fait utiliser dans la *lithiase biliaire*, par la bouche. Dans ce dernier cas, on peut la prescrire de la façon suivante (Chauffard) : de 50 à 100 grammes (progressivement en une fois, le matin à jeun ; à répéter 4 ou 5 jours consécutifs).

Comme *laxatif*, l'huile d'olive est prescrite *per os*, à la dose de 1 à 3 cuillérées à soupe le matin à jeun ; on a vu qu'on tend de plus en plus à la remplacer par l'huile de paraffine, pour ce mode d'administration.

Par la voie rectale, au lieu d'un grand lavement additionné d'huile, il est préférable de faire prendre le soir, au moment du coucher, un lavement de 3 à 4 onces d'huile d'olives, au moyen d'une poire caoutchouc ; le lavement est gardé toute la nuit pour permettre à l'huile de ramollir les selles et le plus souvent l'évacuation se fait le lendemain matin, sans difficulté ; ces petits lavements sont bien supportés et peuvent être répétés fort longtemps sans inconvénients.

3°—*Huile de ricin* : cette huile est surtout active par l'*acide ricinolique* qu'elle contient ; ce dernier n'est mis en liberté dans l'intestin qu'après action de la lipase pancréatique.

Elle est utilisée à petites doses, comme *laxatif*, dans la constipation simple, dans les *stases intestinales* chroniques, dans les *stases coecales* et enfin dans les *colites*, en raison de son faible pouvoir irrélatif sur l'intestin. Aussi son emploi peut-il être longtemps prolongé, à part ce fait que, les malades s'y accoutumant assez rapidement, elle devient inactive au bout d'un temps plus ou moins long et que, d'autre part, certains estomacs ne la tolèrent que difficilement. La seule vraie contre-indication est l'ingestion d'huile de ricin en même temps que l'extrait éthéré de fougère mâle, utilisé comme toénifuge ; l'huile est en effet un *dissolvant* de l'*acide filicique*, toxique pour l'organisme.

4°—*Huile de croton* : toxique et par conséquent dangereuse à doses même fort peu élevées, l'huile de croton est au *purgatif drastique*, presque complètement abandonné aujourd'hui ; à éviter à tout prix dans les *colites*, elle est rarement employée dans certains cas de *constipation opiniâtre*, à la dose de 1 à 2 gouttes dans un excipient huileux ; son action s'accompagne de coliques violentes.

G. Faroy,

(Extraits du "Progrès Médical", 22-4-1922).

LES NOUVELLES CHIMIOTHÉRAPIES ARSÉNIQUES ET BISMUTHIQUES DE LA SYPHILIS.⁽¹⁾

par le Dr. POMARET

Chef de laboratoire de la Faculté de Médecine à l'Hôpital Saint-Louis, Paris.

Dans cet article, l'auteur passe en revue les nouvelles médications arséniques et bismuthiques qui viennent de marquer un progrès considérable dans le traitement de la syphilis.

Deux faits essentiels se dégagent de cette étude :

1° A savoir que l'auteur se prononce en faveur, d'une part, de la voie intramusculaire pour l'emploi des arsenobenzènes et d'autre part des sels solubles de bismuth à n'utiliser que par la même voie.

Ces deux thèses sont appuyées par des arguments expérimentaux, toxicologiques et cliniques qui résument l'ensemble des travaux faits sur cette question à la Clinique de la Faculté à l'Hôpital Saint-Louis (Service du Professeur E. Jeanselme) et qui vont être passés en revue.

Chimiothérapie arsénicale.—

Il est aujourd'hui admis que l'action thérapeutique des arsenobenzènes ne s'exerce dans l'organisme, que par suite de leur transformation partielle en dérivés d'oxydation. A ce point de vue, les chaînes latérales réductrices formaldéhyde sulfoxylyate des corps du type 914 sont nuisibles et pour cette raison, le Prof. Jeanselme et M. Pomaret (Académie de Médecine, 2 novembre 1921) ont-ils préconisé l'emploi pur et simple de l'Amino-Arseno-Phénol à 40% d'Arsenic.

Ce composé qui représente la base du 606 est très actif par suite de la transformation facile "in vivo" en dérivés spirillicides, et une fois stabilisé en milieu organo alcalin, sous forme d'une solution titrant og. 12 par cent. cube, stérilisé en ampoules par la chaleur (Préparation 132 du Dr. Pomaret) se montre peu toxique, d'un maniement facile et s'injecte sans réactions locales dans les muscles fessiers sans aucune manipulation préalable.

(1)—Analyse d'un article paru dans le "Brazil Medico", No 31, 5 août 1922, page 76 et 83.

Les arguments qui justifient son emploi sont les suivants :

1°—activité considérable dans les spirilloses (cicatrisation du chancre syphilitique du lapin à la dose de Og, 0037 par kg) ;

2°—toxicité très faible et encore diminuée par le fait de son emploi par voie intramusculaire qui permet, de plus, d'introduire en un temps donné dans l'organisme plus de médicament actif que la voie veineuse ;

3°—absence de phénomènes de choc (crise nitritoïde). Cette dernière relève de floculations intra-vasculaires déterminées par les injections intra-veineuses d'Arsenobenzènes et ne se produit pas au moins avec le corps étudié ici, (Amino-Arseno-Phénol 132) injecté dans les muscles et n'exerçant pas de ce fait d'action cardio-vasculaire.

4°—arguments cliniques.—Avec l'Amino-Arseno-Phenol (132) connu aujourd'hui sous le nom d'*Eparseno* et fabriqué par les Etablissements Poulenc Frères, de Paris, on constate qu'après injection dans le muscle, le tréponème disparaît en moyenne en 3 ou 4 jours, aussi bien du chancre que des plaques muqueuses, après 2 injections à Og. 12, souvent même le lendemain d'une unique injection à Og. 12. Le chancre cicatrise en moyenne en 9 jours, les réséoles simples disparaissent en 4 à 10 jours, parfois avec réaction d'Herxheimer, les roséoles papuleuses florides, les plaques muqueuses hypertrophiques, les syphilides circinées squameuses palmaires, en moyenne en 13 jours. Sur les accidents tertiaires, l'action est rapide, dès les premières injections, les syphilides tuberculeuses s'affaissent et disparaissent, les gommès se comblent et cicatrisent.

Dans tous les cas de syphilis primaire, la réaction de Bordet-Wassermann est devenue négative, de mêmes dans les syphilis secondaires chez tous les malades qui ont reçu 2g. 80 du médicament, en moyenne de 13 jours. Si le malade est traité avant l'apparition des signes sérologiques, la séro-réaction reste définitivement négative(1).

Enfin cette médication intra-musculaire a permis d'obtenir des résultats thérapeutiques et sérologiques en des cas où les méthodes intraveineuses avaient échoué, soit par suite de l'intolérance des sujets à ce mode d'administration soit encore à cause de la ténacité d'accidents secondaires rebelles au traitement ou simplement de l'irréductibilité de la réaction de Bordet-Wassermann. Chez 41 malades qui s'étaient montrés intolérants aux médications intra-veineuses, le traitement intramusculaire par l'*Epars-*

(1)—A la période primaire de la syphilis, le traitement comporte l'injection de 20 ampoules d'*Eparseno*; à la période secondaire 20 à 25 et pour les traitements on fait des séries de 15 à 20 ampoules. Les injections à 1cc. soit Og. 12 sont répétées tous les 2 ou 3 jours, et à 2 cc. tous les 4 ou 5 jours. On les fait dans les muscles de la région fessière haute.

sensu, a été remarquablement toléré, notamment chez onze sujets coutumiers de la crise nitritoïde, bien que l'on n'ait jamais fait usage de l'adrénaline; chez deux intolérants d'emblée à la médication intraveineuse, intolérance traduite par des crises nitritoïdes violentes, hyperthermie de plusieurs jours, avec état grave et même érythrodermie secondaire, le traitement a pu quelques jours après ces incidents être continué par la médication intramusculaire et consolidé par des cures ultérieures sans aucun signe d'intolérance; il en a été de même chez nombre de sujets atteints de lésions organiques (cardiaques, rénales, pulmonaires, etc.) prohibitives des médications intra-veineuses, au moins à doses élevées.

Ces conclusions générales sur les propriétés de l'Éparseno résument les publications de MM. le Prof. E. Jeanselme et M. Pomaret, Marcel Bloch (Soc. franç. de Dermatol. et Syphilig., 6 avril 1922, et Presse Médicale, mai 1922) qui, en dernière analyse concluent que l'Amino-Arseno-Phénol (132 du Dr Pomaret) injecté dans le muscle assure à doses égales d'arsenic, des résultats thérapeutiques et sérologiques pour le moins équivalents à ceux de la médication intraveineuse, avec le minimum de toxicité et sans avoir à craindre de crise nitritoïde. Il permet de plus le traitement arsenical intensif chez nombre d'intolérants aux médications intra-veineuses.

Chimiothérapie Bismuthique.—

Le Bismuth est définitivement entré dans la thérapeutique de la syphilis à la suite des travaux de Sazerac et Levaditi. Les premiers sels utilisés (Tartro-bismuthate) étaient insolubles et se présentaient en suspension huileuse. Sous cette dernière forme le mode d'emploi du bismuth est peu commode et donne lieu à de fortes réactions locales (nodosités, douleur, etc). Aussi le Prof. E. Jeanselme et ses élèves (Soc. Dermatol. et Syphil., 12 janvier 1922) ont-ils préconisé l'emploi du Tartro-bismuthate de Potassium et de Sodium soluble en solution aqueuse glycosée, tirant Og. 10 par c.c., ce produit ou *Luatol* de Poulenc permet d'éviter l'accumulation médicamenteuse dans les masses musculaires et secondairement les accidents buccaux (stomatite, gingivite, etc.) déterminés par les sels insolubles.

Le *Luatol* s'injecte dans les muscles fessiers à la dose de Og. 10 (1 c.c.) tous les deux jours, on pratique 15 à 20 injections de la sorte.

Sous cette forme soluble, le Bismuth exerce une forte action thérapeutique sans phénomènes accumulatifs, si un incident survient, il suffit d'interrompre la médication pour le voir cesser alors qu'avec les sels insolubles on ne peut rien en ce cas.

L'activité thérapeutique du Luatol, se manifeste par la rapide disparition du tréponème des lésions, dans un cas il avait disparu dix heures après la première injection, dans quatre autres cas, sa présence n'a pas été constatée au-delà de la 50ème heure. La cicatrisation du chancre se fait rapidement, les roséoles florides généralisées disparaissent après la 2ème injection, les éruptions papuleuses, psoriasiformes ou acnéiformes se montrent plus lentes à rétrocéder, l'assèchement des éléments suintants s'opère en quelques jours, l'affaissement des lésions est plus tardif. Une éruption secondaire consistant en syphilides les unes infiltrées, les autres ulcéreuses a abouti à l'affaissement et à la cicatrisation en une vingtaine de jours.

En résumé, l'action anti-tréponémique du tartro-bismuthate soluble est certaine, ses effets sur les lésions primaires et secondaires sont généralement très rapides.

Principes du traitement Arseno-Bismuthique de la syphilis.—

A. Sezary et M. Pomaret (Progrès Médical, 25 février 1922) ont préconisé dans les traitements d'assaut de la syphilis l'association arseno-bismuthique obtenu par simple mélange dans la seringue au moment de l'emploi de l'Eparseno et du Luatol qui viennent d'être précédemment étudiés. L'injection se fait par voie musculaire et est répétée deux fois par semaine. Par cette technique qui réalise une puissante synergie médicamenteuse on évite les accidents buccaux (stomatite) que peut produire le bismuth seul, elle joint à l'action tréponémicide de l'un et l'autre produit, le pouvoir remarquable qu'ont les arsenobenzènes de réduire en peu de temps, la réaction de Bordet-Wassermann.

La médication arseno-bismuthique agit avec une extrême rapidité sur les lésions cutanées, enfin elle trouve une indication majeure chez les malades arseno résistants, qui sont rapidement blanchis par quelques injections du produit mixte.

MOYEN SIMPLE POUR FACILITER LA TECHNIQUE DES INJECTIONS INTRA VEINEUSES.

Les praticiens se sont bien rendu compte de la difficulté qu'ils rencontrent assez souvent, dans l'exécution des injections intraveineuses chez les sujets gras où les veines se cachent dans le tissu adipeux et ne peuvent pas être mises en évidence après l'application du lien constricteur au-dessus du coude.

Le moyen que je veux indiquer ici et que j'ai appliqué maintes fois fa-

cilite d'une manière frappante la technique des injections intraveineuses.

Après avoir appliqué la constriction au-dessus du coude, on fait l'application de la bande d'Esmarch, qu'on enroule comme pour une amputation, en commençant par l'articulation du poignet et en finissant à quelques centimètres de l'endroit où l'on veut faire la ponction de la veine.

Par ce moyen très simple, les veines du pli du coude sont mises en évidence, même chez les sujets qui, après l'application de la seule constriction habituelle, on ne réussit pas à les mettre dans des bonnes conditions pour faire les injections intraveineuses.

Par la méthode que j'indique, les veines du pli, invisibles et insensibles au doigt, prennent une turgescence rigide et fixe, et il est impossible de s'égarer avec la pointe de l'aiguille et de manquer la veine.

Au lieu d'employer la bande d'Esmarch on peut la remplacer par la bande en crêpe de Velpeau, ou même par une simple bande de tissu.

Le moyen est tellement simple et efficace que je ne puis m'abstenir d'exhorter mes confrères à l'essayer, et ils seront parfaitement contents.

(Melun, de Bucarest, *La Pr. Méd.*, août 1922.)

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA SCARLATINE (*Analyse*).

Le Dr Baratoux dans le "Journal de Médecine de Paris" vante beaucoup l'avantage de traiter la scarlatine par l'essence d'*encalyptus*, suivant la méthode de Milne. Elle consiste à frictionner avec cette essence tout le corps, depuis le cuir chevelu jusqu'à la plante des pieds, 2 fois par jour pendant 4 jours, les six jours suivants on ne fait qu'une seule friction. Quelques gouttes suffisent pour chaque portion d'un membre; et il faut commencer ce traitement dès le début.

Le Dr Baratoux affirme qu'avec ce traitement on constate: disparition rapide de la rougeur, amendement de l'état général, absence de desquamation et des complications habituelles de la scarlatine, et surtout abréviation de la durée de la maladie, puisqu'au 11e jour le malade peut sortir, tandis qu'autrement il doit garder la chambre un mois et plus.

On ne doit pas négliger les soins de la gorge. Les lavages au salicylate de soude, l'emploi des pastilles de rénaline, à base d'anesthésine et d'adrénaline, serviront à désinfecter la gorge et à diminuer rapidement la douleur de la gorge.

De plus on a soin de vaporiser un peu d'essence d'*ensalyptus* dans la chambre du malade, et de faire porter aux personnes vivant dans l'atmosphère du malade un petit linge sur lequel on a versé 10 à 12 gouttes d'essence.

THERAPEUTIQUE

SALICYLATE D'ALUMINE DANS LES DIARRHÉES.

Dans "Le Progrès Médical" (mars 1922), le Dr Rochas recommande beaucoup le salicylate d'alumine dans le traitement des diarrhées aiguës ou chroniques, soit des nourrissons, soit des adultes.

Dans les cas rebelles, tenaces, qui auraient résisté à tous les médicaments usuels (opium, camphre, tannin, talc, craie préparée, phosphate de chaux, bismuth, etc.), le Dr Richas a réussi.

Il est à remarquer chez les enfants comme chez les nourrissons, le Dr n'a jamais observé le plus léger trouble, ni le moindre phénomène d'intolérance, ce qui est une preuve de l'inocuité de cette médecine.

Les diarrhées chroniques bénéficient de cette médication tout comme les diarrhées aiguës. Elle est particulièrement efficace dans les diarrhées des tuberculeux, surtout chez les commençants. Les résultats sont plus inconstants chez les tuberculeux avancés.

Le solicylate d'alumine s'emploie sous plusieurs formes : en nature ou en comprimés, et se donne à la dose de 2 à 4 grammes par jour chez l'adulte, ou de 0.50 chez l'enfant.

LES TERREURS DU SOMMEIL CHEZ LES ENFANTS.

(Carrigues, *Le Monde médical*, 15 mai 1922).

La cause même de ce syndrome ne peut guère être précisée; il peut survenir en pleine santé apparente, au début ou au cours des affections les plus diverses, assez souvent à l'occasion de troubles dyspeptiques.

Il est particulièrement fréquent entre 2 et 6 ans, survient pendant le sommeil profond, fréquemment en pleine nuit; ordinairement unique dans une nuit, il se répète à intervalles irréguliers. L'accès en lui-même, à début brusque, est caractérisé par un état d'anxiété intense avec hallucinations visuelles, oniriques, terrifiantes, le petit malade ne s'éveillant, en général, que lorsqu'il est terminé, au bout d'un quart d'heure environ, pour s'endormir d'un sommeil calme.

Le diagnostic se fait le plus souvent d'après le récit des parents; s'il permet de reconnaître l'affection causale, il orientera de ce fait le traitement, sinon on pourra recourir à l'hydrothérapie tiède, au bromure à petite dose, sans négliger le traitement pédagogique du petit peureux. L'auteur signale les heureux effets de la lumière bleue comme calmant.

CITRATE DE SOUDE (Soc. méd. des hôp. de Lyon, 13 juin, 1922).

M. J. Lépine administre le citrate de soude à la dose de 2 à 6 grammes par jour dans les états congestifs, chez les arthritiques et uricémiques et dans les troubles congestifs de la ménopause. Le médicament peut être administré longtemps sans inconvénient et améliore nettement la circulation.

SUEUR FETIDE DES PIEDS (Sabouraud).

Badigeonnages quotidiens, puis de plus en plus espacés, d'acide chromique à 2 pour 100 contre l'éphidrose plantaire. Laisser sécher sans essuyer.

ODONTOLOGIE

Antisepsie buccale par l'iode — (CARLES, de Bordeaux).

Faire usage de la solution :

Teinture d'iode	20 gr.
Iodure de potassium.....	1 gr.

En verser I à III gouttes dans un quart de verre d'eau tiède et avec ce mélange se rincer minutieusement la bouche. L'eau supportera d'autant plus de gouttes qu'elle sera plus chaude.

Si on se servait de teinture d'iode seule elle serait dissociée par l'eau, l'iode se séparerait, et se fixant, localement sur les muqueuses, déterminerait une saveur désagréablement tenace.

Avec l'iodure de potassium tout change. L'iode reste toujours dissous et sa saveur devient douce et supportable. A cause de cette dissolution, il pénètre dans les parties de la bouche, se fixe temporairement sur les muqueuses et répand pendant un quart d'heure ou plus des vapeurs sensibles à l'odorat des voisins.

Les sujets doués d'une excellente denture à qui ces lotions sont conseillées déclarent que par ce moyen, les dépôts de nitrite sur les dents sont fort diminués. Et il semble prouvé que quiconque emploie régulièrement ce moyen, le soir surtout au moment de se coucher peut voir une carie assez rapidement guérir.

L'iode ioduré ne jaunit pas les dents, même après plusieurs mois d'usage. En exagérant même fortement les doses, la couleur jaune de l'iode fixé au milieu buccal ne serait que bien éphémère.

IN MEMORIAM

A une assemblée spéciale de l'Association médicale d'Arthabaska, tenue à Princeville, sous la présidence du Dr A. J. Boisvert, il a été proposé par le Dr Rouleau, secondé par le Dr Poulin, tous deux de Victoriaville, que l'inscription suivante soit faite au procès verbal :

"L'Association Médicale d'Arthabaska a appris avec chagrin la mort du Dr P. A. Garneau, de Princeville, l'un de ses plus anciens membres.

"Tout en déplorant la perte douloureuse de leur collègue, les membres de cette association désirent exprimer à la famille en deuil leurs plus vives sympathies et leurs plus sincères condoléances."

(Signé) *Dr. J. R. Raymond,*
Secrétaire de l'Ass. Méd. d'Arthabaska.

FEU LE DR LORD.

Au cours du mois de Décembre 1922, les médecins de Québec avaient la douleur de perdre un de leurs confrères, le Dr P. Lord. Celui-ci, à peine âgé de 57 ans, mourait subitement d'une angine de poitrine.

Comme le Dr Garneau, de Princeville, le confrère Lord est mort en travaillant.

Il avait passé la nuit auprès d'une femme en couches; et ce ne fut que péniblement, avoua-t-il, qu'il put finir sa besogne. Il flageolait sur ses jambes. En effet ce ne fut qu'en titubant qu'il put se rendre à son logis. Il se jeta sur son lit pour se reposer.... Ce fut le repos éternel.

Le "Bulletin" offre ses sympathies à la famille en deuil.

R. I. P.

FEU LE DR L. M. MOREAU.

En la paroisse de l'Islet est décidé le 13 janvier 1923, à l'âge de 66 ans, le Docteur Louis Michel Moreau. Il avait donné 40 ans de sa vie aux soins des malades; il en fût aimé. Estimé de ses confrères, il les représenta au Bureau de Médecine de 1908 à 1912.

Il est mort subitement dans une crise d'angine de poitrine.

Toutes nos condoléances à la famille Moreau.

R. I. P.

NOTES D'OBSTETRIQUE

LE TAMPONNEMENT INTRA-UTERIN COMME TRAITEMENT
DES HÉMORRHAGIES DANS L'INSERTION VI-
CIEUSE DU PLACENTA.

Dans un travail présenté au Congrès des médecins de langue catalane à Tarragone, le Dr. Ribas a préconisé ce traitement.

C'est dans les cas où persistent les hémorrhagies, malgré l'emploi de tous les moyens qu'on utilise en pareil cas, qu'est indiquée la provocation de l'accouchement, par l'emploi du tamponnement intra-utérin. Celui-ci a les mêmes indications que le ballon de Champetier de Ribes. Quand celui-ci nous manque pour une cause ou pour une autre, on a alors recours à ce moyen.

Dans les malades que j'ai assistées, dit-il, le tamponnement intra-utérin m'a prêté de grands services, car l'hémorrhagie, qui menaçait la vie de la malade, s'est arrêtée et au bout de quelques heures, l'accouchement spontané s'est produit, le plus souvent. Nous l'emploierons seulement dans les cas où, ayant employé déjà tous les moyens pour arrêter l'hémorrhagie, comme le repos et les irrigations vaginales chaudes, — celle-ci persiste encore; et quand nous voyons qu'en continuant, non seulement pourrait mourir la mère, mais aussi se produire la mort du fœtus.

Pour le faire, il faudra placer la malade en position obstétricale, en faisant une bonne antiseptie de ses voies génitales et plaçant après une valve antérieure et une autre postérieure; on prendra la lèvre antérieure du col de l'utérus avec une pince de Museux; sous le contrôle de la vue, nous prendrons avec une pince utérine un peu de gaze mouillée avec de la teinture d'Iode pour toucher le col et la muqueuse vaginale. Si le col est fermé, avec les bougies de Hegar, nous le dilaterons jusqu'à ce qu'il permette le passage de la pince et de la gaze.

Une fois cela fait, on prend l'extrémité d'une bande de gaze avec une pince longue et courbée en l'introduisant à travers le col jusque dans l'utérus.

Avec des bandes successives on fait une couronne autour de l'orifice interne du col de manière qu'elle reste située entre la face interne de l'utérus et la face externe du placenta et des membranes.

Une fois ce tamponnement utérin fait, on place l'extrémité des bandes de gaze dans le vagin.

Avec ce tamponnement non seulement on arrête l'hémorrhagie mais encore nous assistons quelques heures après à l'expulsion du tampon, et l'accouchement spontané a lieu. Si après 12 heures, la chose ne s'est pas faite, on recommence un second tamponnement après une désinfection préalable des voies génitales.

L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE DANS LES VARIÉTÉS POSTÉRIEURES DE PRÉSENTATION DU SOMMET.

(Léon Pouliot.—Revue franc. de gyn. et d'obst., Mars 1922, page 129)

Rien ne semble plus justifié que de recourir aux ocytociques dans les accouchements en O. I. D. P., dont l'expérience quotidienne relève la lenteur désespérante. Tarnier, dans son traité, écrit que ces accouchements durent, en moyenne, quatre à cinq heures de plus que ceux en O. I. G. A. : il semble bien que chez les primipares, la différence soit beaucoup plus considérable. Ce qui les caractérise, en effet, c'est qu'ils sont longs à toutes les périodes : longs à l'effacement, parce que les douleurs sont rares, courtes, et peu efficaces ; lents à la dilatation, parce que la tête mal fléchie transmet mal à l'orifice cervical l'effort des contractions utérines ; lents, enfin, à la période d'expulsion parce que le sommet, retenu dans l'excavation, appuie mal sur les releveurs et qu'il s'en suit à la fois un retard de la rotation et une insuffisance du réflexe d'effort.

Pouliot conseille dans les O. I. D. P. d'intervenir par l'hypophyse dès que le travail se ralentit, et de ne pas attendre que la malade ait atteint un certain degré de fatigue qui rend quelquefois l'utérus incapable de réagir au médicament. Faut-il s'occuper du degré de dilatation ? Non, dit Pouliot, la seule condition requise, c'est que le segment inférieur de l'utérus soit souple et mince.

La dose à injecter, d'après-lui, serait une ampoule d'un centimètre cube d'hypophyse Choay aussi bien chez la primipare que chez la multipare (contrairement à l'opinion de Delestre qui n'admet que le tiers de cette dose chez la primipare). Peu lui importent les réactions très vives déterminées fréquemment par cette dose : il les combat par la narcose chloroformique qu'il pousse au besoin jusqu'à la résolution.

L'échec d'une première dose contre-indiquerait formellement l'administration de doses nouvelles ; lorsqu'au contraire la première a été efficace mais que son action est épuisée, on peut en faire une seconde et même une troisième en laissant entre elles, au moins, une heure d'intervalle.

La médication hypophysaire réveille presque instantanément les contractions déficientes, chez les multipares, l'accouchement en O. I. D. P. est presque toujours rapide et facile ; il est parfois d'une rapidité déconcertante. Chez les primipares, les résultats sont moins constants et moins immédiats ; ils sont néanmoins très appréciables : la durée du travail est notablement amoindrie. La plupart des applications du forceps, naguère

si fréquentes sur le sommet en postérieure sont évitées. Dans les rares cas, où l'on doit intervenir, on peut substituer l'application en prise directe à la vulve, à l'application dans l'excavation en prise transversale ou oblique; plus de transformation, souvent incomplète, de la variété postérieure en transverse, plus de flexion de la tête à compléter, plus de tour de spire, et, dans les positions droites plus de décroisement des branches de forceps.

Les insuccès de l'hypophyse dans les O. I. D. P. tiennent la plupart du temps, à un emploi trop tardif du médicament: de même que, dans l'asystolie, le coeur n'obéit pas toujours à la digitaline, de même certains utérus, par trop surmenés, ne réagissent plus au coup d'éperon hypophysaire.

NOTES DE PEDIATRIE.

OTITE MOYENNE PURULENTE LATENTE DU NOURRISSON

M. R. Rendy (de Lyon) au Xe Congrès International d'Otologie (Paris, juillet 1922) a dit que l'immense majorité des médecins et un grand nombre d'otologistes ignorent que 85 à 95 pour 100 des nourrissons présentent à l'autopsie une otite moyenne purulente alors qu'ils n'ont jamais eu d'écoulement d'oreilles pendant la vie. Ces faits ont été mis en évidence par Troeltsch (1858) et confirmés par de nombreux travaux ultérieurs. L'auteur, sur 19 autopsies faites dans le service de M. Chatin, a trouvé 18 fois la caisse du tympan et l'antré pleins de pus, soit dans 94 pour 100 des cas. La confrontation détaillée des protocoles d'autopsie et des observations cliniques permet de conclure, contrairement à l'opinion classique de la plupart des pédiatres, que cette otite latente n'est pas un épisode surajouté insignifiant, une complication agonique d'une maladie préexistante, mais bien une infection locale pouvant avoir un retentissement général. Si dans quelques cas, elle peut causer à elle seule la mort du nourrisson, il est certain qu'elle la provoque en aggravant une maladie antérieure, (gastro-intestinale ou broncho-pulmonaire).

L'otite latente constituant un véritable abcès fistulisé dans le tube digestif, il s'ensuit que tout nourrisson, qui en est atteint, est exposé aux dangers de la pyophagie. Cette affection devra donc être recherchée systématiquement par la fonction aspiratrice (M. Renaud) et la paracentèse, et aura d'autant plus de chances de guérir qu'elle aura été dépistée et d'une façon plus précoce.

(“La Presse Médicale”, août 1922).

HYDROCELE VAGINALE INFANTILE

L'hydrocèle vaginale des nouveaux-nés et nourrissons est une affection congénitale fréquente qui se traduit par le gonflement unilatéral ou bilatéral du scrotum. Ce gonflement est mou, pseudo-fluctuant, indolore, sans aucun caractère inflammatoire. En l'examinant à travers l'éclairage d'une bougie ou d'une allumette, on constate sa transparence et sa position autour du testicule. La grosseur est mate et irréductible, se distinguant ainsi de la hernie inguinale qui lui est parfois associée et peut lui succéder.

Peu à peu, le gonflement scrotal, parfois énorme, diminue, le liquide se résorbe, et la glande séminale se dégage de l'atmosphère liquide qui la masquait. En quelques mois, l'hydrocèle vaginale a disparu spontanément.

Outre l'hydrocèle vaginale ordinaire, de beaucoup la plus commune, on constate, parfois, plus tard, une tuméfaction arrondie et ovalaire, siégeant au-dessus du testicule, d'un seul côté, sur le cordon, plus ou moins haut, vers le canal inguinal. C'est l'hydrocèle enkysté du cordon, dont la résorption spontanée peut également se faire, sans intervention sanglante.

1° Dans l'hydrocèle vaginale des nouveaux-nés et nourrisson, on s'abstiendra de toute intervention chirurgicale : pas de ponction évacuatrice, pas d'injection irritante (alcool, teinture d'Iode).

2° Dans l'hydrocèle inflammatoire de la seconde enfance, reliquat d'une irritation plus ou moins intense de la tunique vaginale, on pourra être autorisé à fonctionner et à injecter quelques gouttes d'alcool à 60°, ou d'eau iodée :

Iode	0gr. 50
Iodure	1 gramme
Eau bouillie	30 grammes

Maintenir l'enfant au lit pendant quelques jours.

3° On peut faire sur la grosseur scrotale, une fois par semaine des pulvérisations d'éther.

4° Chez les nouveaux-nés, la simple protection des bourses suffira ; on poudrera avec talc stérilisé pour éviter les érythèmes et les érosions ; on relevera le scrotum, et on attendra sans impatience la résorption du liquide.

5° Contre l'hydrocèle enkystée du cordon reliquat de vaginalite se développant tardivement sous forme de kyste, les chirurgiens préconisaient autrefois l'extirpation. Mais il n'est pas rare de voir l'hydrocèle enkystée guérir spontanément comme la précédente.

6° Pour faciliter cette résorption on fera des applications quotidiennes de compresses de gaze imbibées de

Chlorhydrate d'ammoniaque5 gr.
Eau bouillie150 gr.

Ce pansement humide, maintenu avec du taffeta gommé et bande, assurera la guérison en peu de jours. — J. Comby (Press. Méd., 19 août, 1922).

ADENOPATHIE TRACHEO-BRONCHIQUE CHEZ LES ENFANTS :

Contribution à la symptomatologie.

Si chez un enfant bien portant on écarte les 2 bras horizontalement et que l'on pratique la percussion superficielle des 2 creux axillaires, immédiatement en arrière de la paroi antérieure, c'est-à-dire en arrière du pectoral, on obtient le même son des 2 côtés. Par contre, en cas d'hypertrophie des ganglions bronchiques, on constate, du côté correspondant, une matité plus ou moins accentuée, en l'absence de tout signe anormal à l'auscultation.

Cette matité axillaire ne fait jamais défaut dans les cas où il existe d'autres modifications à la percussion, telle que matité entre les 2 omoplates. Mais ce qui en fait surtout l'intérêt, c'est qu'elle peut aussi s'observer à l'état isolé, comme signe le plus précoce de l'adénopathie bronchique, précédant ou moins 2 ou 3 mois d'autres manifestations. Dans cet état isolé, la matité axillaire se rencontre beaucoup plus fréquemment au cours des 2 ou 3 premières années de la vie que chez les enfants plus âgés.

N'ayant pas de tuberculose à sa disposition le Dr L.-M. Martinson cherche à vérifier la valeur du signe en question par la radioscopie. Et de fait, celle-ci confirme le diagnostic.

(L. Cheinesse, Pres. Méd., août 1922.)

FORMULES DIVERSES

Comment enlever les taches de bougie sur les étoffes ?

Mouillez la tache avec de l'esprit de vin ; laissez évaporer l'alcool, la bougie deviendra pulvérulente, secouez alors et brossez ; la tache aura disparu.

ALBUM MEDICAL

En attendant que la Législature nous accorde un *tarif médical*, il nous reste la loi naturelle qui permet au médecin d'exiger des honoraires raisonnables, et qui oblige le client honnête à payer ce qu'il doit.

* * *

Quand il s'agit de fixer les honoraires du médecin, une règle généralement reconnue comme équitable, est la suivante : tenir compte des trois conditions suivantes : d'abord et surtout du service rendu, ensuite de la position financière du client, et enfin de la valeur du médecin.

* * *

Le médecin ne spéculé jamais sur la maladie, il ne traite le malade que par nécessité et dans l'intérêt de ce malade, mais il a droit à la juste rémunération des soins qu'il donne.

* * *

Le médecin consciencieux doit réclamer d'autant plus énergiquement son juste salaire, qu'il ne pousse jamais *inutilement à la consultation*, à la visite ou à l'intervention. De même ne doit-il jamais prescrire des traitements et ordonner des médicaments que dans la stricte mesure où cela est nécessaire.

* * *

Les réflexions ci-dessus nous sont inspirées par une certaine réclame immorale faite par un fabricant d'appareils électriques. Dans sa notice on lit les phrases suivantes qui sont une excitation peu déguisée à l'exploitation du malade. En voici l'échantillon contre lequel tout médecin doit être en garde :

“Quand vous recevez un malade, dit cette circulaire, en général après l'avoir questionné et ausculté, vous lui donnez une ordonnance et vous ne le revoyez plus ou longtemps après à moins d'un cas grave. Résultat pécuniaire : une consultation.

“Supposez que vous avez dans votre cabinet un de nos appareils de haute fréquence, non seulement vous donnez à votre patient un traitement nouveau, mais encore vous le tenez, car comme c'est vous qui appliquez ce traitement et non lui-même, il est obligé de revenir et c'est 6, 10 ou même 20 consultations, suivant le cas traité, que vous touchez.”

* * *

“*Primum non nocere*”, écrit Doyen comme sous titre aux “droits et devoirs du chirurgien”.

* * *

Reclus voudrait inscrire sur les murs de nos salles d'opérations :

“Retourne le couteau sept fois dedans ta main avant que de tailler
“dans la peau du prochain”.

* * *

J. Fiolle écrit dans la *Pr. Méd.* (mars 1918) : “L'ère des opérateurs
“brillants capable d'étourdir l'assistance par des tours de force semble au-
“jourd'hui révolue.”

* * *

Pauchet (dans le *Bull. de la Soc. de Méd.*, juin 1921), rappelle énergiquement ce rôle du médecin dans le pronostic des interventions. “La perfection de la technique entre pour la plus grande part dans le succès des interventions, mais ce facteur reste insuffisant, et une grande part des résultats sont fonction d'un diagnostic bien posé, de soins et de préparatifs bien compris.”

* * *

Le malade a un droit impérieux à l'innocuité des actes exécutés. Dans certains cas l'acte opératoire est insignifiant et les suites dépendent presque entièrement des précautions prises : telle est l'ablation de l'adénome prostatique.

* * *

Le chirurgien devra commencer par connaître ce que vaut son sujet, sa résistance, son coefficient de vitalité, en examinant à fond la fonction de ses divers organes, systèmes et appareils.

* * *

La vraie science pour être heureux, c'est d'aimer son devoir et d'y chercher son plaisir.

—Madame de Motteville.

LES LIVRES par L.-F. Dubé.

Causeries sur l'Hygiène : par le docteur Hector Palardy, D.H.P., 1 vol. de 352 pages. Le syndicat des Imprimeries du Saguenay. Prix : \$1.50.

Trente-trois belles causeries sur l'hygiène par un inspecteur sanitaire distingué, un travailleur, à la plume alerte et bien française, ne peut manquer d'attirer l'attention de la profession médicale et du public.

On y trouve tout un cours suivi et savamment lié, et on ne peut vraiment lire un chapitre sans désirer de connaître le suivant.

Ces causeries, bien qu'elles s'adressent au public, ne peuvent laisser le médecin indifférent.

Il y trouvera une documentation précieuse pour donner des causeries sur tous les sujets susceptibles d'intéresser en hygiène.

Le public, par une foule de comparaisons bien choisies et d'exemples appropriés, pourra facilement comprendre les sujets un peu arides qu'un tel ouvrage ne peut éluder. Depuis toujours, nous ne cessons de dire et redire qu'il faut faire, en hygiène, l'éducation du peuple.

Voici une belle occasion qui devra agir également par ricochet. Et comment donc ?

Tout simplement en aidant ; gouvernements, service provincial d'hygiène, pouvoirs publics, associations, etc., à la diffusion de ce volume, non seulement vous instruisez le peuple, mais vous encouragez un des vaillants de la petite phalange des piocheurs. Palardy le mérite a bien des titres. Que les pouvoirs publics qui ont en main les destinées de notre province, de notre pays, n'hésitent pas. Jamais les deniers du peuple ne peuvent être mieux placés. Surtout que l'on n'attende pas que l'auteur des *Causeries* reçoivent de l'étranger l'éloge et l'encouragement que la province lui doit.

Tout le monde doit lire les *Causeries* de Palardy.
