

PAGES

MANQUANTES

MEMOIRES

ANALGÉSIE CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE PAR INJECTION SOUS-ARACHNOÏDIENNE LOMBAIRE DE COCAÏNE

Par M. le Docteur A. MAROIS, de Québec.

Depuis une couple d'années l'emploi de la cocaïne en injection sous-arachnoïdienne lombaire comme substitut à l'anesthésie générale dans les opérations qui se pratiquent au-dessous du diaphragme a attiré l'attention du monde médical. Je crois intéresser les membres du congrès en leur faisant connaître les résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu de Québec par cette méthode d'analgésie. Mes observations sont au nombre de cent, quelques unes sont dues à l'obligeance de mes collègues, les autres me sont personnelles. On attribue généralement à Bier d'avoir le premier en 1899 préconisé cette méthode, mais dès 1885 Léonard Corning neuro-pathologiste de New-York rapporta, dans le New York Medical Journal, un cas d'anesthésie complète de la moitié inférieure du corps par injection sous-arachnoïdienne de cocaïne. C'est cependant sans contredit à Tuffier, chirurgien de l'Hôpital Beaujon à Paris, que revient le mérite d'avoir rendu pratique ce nouveau mode d'analgésie. Ici en Canada, Monsieur le Dr Ahern a été le premier à employer ce nouveau procédé; c'est à l'Hôtel-Dieu de Québec que mon collègue et ami a pratiqué avec succès la première injection intra-rachidienne pour la cure chirurgicale de l'appencicite.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La méthode que j'ai suivie est celle indiquée par Tuffier

dans la Semaine Médicale du 16 mai 1900 p. 167. Pour pratiquer ces injections je me suis servi d'une seringle stérilisable, de deux centimètres cubes de capacité, l'aiguille a 9 centimètres de longueur et le biseau est taillé court. La solution de cocaïne est au titre de 2 0/0 et doit être soigneusement stérilisée. Cette stérilisation est une des difficultés de la méthode. Je fais préparer dans un laboratoire la solution cocaïnique, et chaque dose à injecter est mise dans une ampoule de verre fermée à la lampe, ce qui permet de conserver la solution plus longtemps.

La technique opératoire proprement dite est la suivante. Le malade est assis les bras portés en avant. On aseptise la région lombaire par un savonnage à la brosse et un lavage à l'alcool ou à la solution de bichlorure de mercure au 2000e. On localise les points les plus élevés, des crêtes iliaques, on les réunit par une ligne transversale, cette ligne correspond à l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire. L'index gauche appliqué sur cette apophyse, on dit au malade de se courber en avant ce qui a pour effet de produire un écartement de un centimètre et demi entre les lames vertébrales de la vertèbre reperée et de la vertèbre sous-jacente. On dit alors au malade de ne pas bouger, qu'on va le piquer, qu'il sentira peu de chose, si le malade est trop craintif on peut faire à l'endroit où l'on doit introduire l'aiguille, une injection de cocaïne, ou mieux, on anesthésie la partie avec du chlorure d'éthyle.

L'aiguille seule préalablement stérilisée que l'on saisit entre le pouce et l'index de la main droite est introduite à un centimètre de la ligne épineuse un peu en dehors et en bas de l'index qui repère l'apophyse. L'aiguille chemine sans grande résistance à travers la peau, les muscles sacro-lombaires, elle pénètre dans l'espace interlamellaire puis dans le canal rachidien à travers le ligament jaune. La sortie goutte à goutte d'un liquide clair, jaunâtre, liquide céphalo-rachidien, indique que l'aiguille

est arrivée dans l'espace sous-arachnoïdien. Si au lieu d'un liquide clair, l'aiguille laisse s'écouler du sang ou un liquide teinté de sang, il faut retirer un peu son aiguille et généralement le liquide devient clair. Il arrive quelquefois qu'au lieu de pénétrer immédiatement dans le canal rachidien, l'aiguille aille buter sur le bord des lamelles, il suffit de changer la direction de la pointe de l'aiguille sans la sortir complètement de la peau pour obtenir l'écoulement du liquide rachidien.

On conseille pour ne pas faire varier la pression intra-rachidienne, de laisser s'écouler autant de gouttes de liquide rachidien que l'on doit injecter de solution de cocaïne. A ce moment la seringue stérilisée, chargée de deux centimètres cubes de solution cocaïnique à 2 0/0, est adaptée à l'aiguille et l'injection est poussée lentement de façon à être complète en une minute. On injecte généralement les $\frac{3}{4}$ du contenu de la seringue, ce qui représente 3 centigrammes de cocaïne.

L'injection terminée on retire rapidement l'aiguille et on obture l'orifice de la peau avec du collodion iodoformé, on laisse le malade assis pendant 2 ou 3 minutes et on le met ensuite en position chirurgicale.

On note la minute précise où l'injection est finie et on attend, en posant au malade des questions sur les sensations subjectives qu'il éprouve. Après un laps de temps qui dans nos observations, a varié, suivant les sujets, entre 4 à 10 minutes. (Pendant ce temps, au procédé aux préparatifs de l'opération savonnage, lavage, aseptie du champ opératoire), le patient accuse des picotements, de l'engourdissement dans les pieds, puis dans les jambes une sensation de lourdeur, à partir de cet instant, on explore la sensibilité de la région opératoire et on opère.

RÉSULTATS DE L'INJECTION. PHÉNOMÈNES QUI L'ACCOMPAGNENT OU QUI LUI SUCCÈDENT

C'est, avons nous dit, après un laps de temps qui varie entre

4 à 10 minutes que les résultats commencent à se manifester. Le patient accuse des picotements, des fourmillements, de l'engourdissement dans les pieds, puis dans les jambes. Progressivement la sensibilité à la douleur disparaît ; la sensibilité au contact seule persiste. Quelquefois on remarque un tremblement plus ou moins accentué des membres inférieurs.

L'analgésie commence par l'extrémité distale des membres inférieurs et envahit ensuite, rapidement, les membres inférieurs, le bassin, puis les lombes et la région ombélicale, elle remonte le plus souvent jusqu'au thorax. Cette analgésie est complète-absolue. Au cours de l'opération, les patients interrogés accusent seulement une sensation de contact.

La durée de l'analgésie est en général de une heure à une heure et demie. Elle suffit pour les interventions les plus laborieuses.

L'analgésie s'accompagne ou est suivie d'un certain nombre de phénomènes qu'il est important de signaler et d'étudier car on a prétendu qu'ils sont assez pénibles pour qu'on doive leur préférer ceux qui résultent de l'anesthésie cérébro-spinale par le chloroforme ou l'éther. Ces phénomènes que l'on rencontre dans à peu près 80 0/0 des cas sont : 1° Un léger malaise général. 2° quelquefois des nausées et des vomissements.

Le malaise est caractérisé par un engourdissement des membres inférieurs, par une certaine anxiété respiratoire, par de la pesanteur épigastrique.

Les nausées sont fréquentes et elles souvent annoncées par de la pâleur de la face.

Les vomissements peuvent se manifester par exception cinq minutes après l'injection ; en général, ils apparaissent de la 1^{re} à la 15^e minute et se répètent rarement plus de 3 ou 4 fois.

APRÈS L'ANESTHÉSIE

Pendant la journée qui suit l'opération, les malades sont en

général dans un calme complet et l'état dans lequel ils se trouvent ordinairement n'est pas un des résultats les moins intéressants de la méthode. Le seul incident rare est constitué par des vomissements ordinairement peu abondants 4 ou 5 heures après l'anesthésie. Cependant je dois avouer que chez trois de mes malades les vomissements ont été répétés et persistants.

A la fin de l'après-midi, ou dans la soirée, apparaît le symptôme le plus désagréable et le plus fréquent, la *céphalgie*. Elle existe environ dans 40 à 50 0/0 des cas.

La *céphalée* post opératoire débute généralement 6 à 8 heures après l'opération, elle occupe la région frontale ou la région occipitale. Elle peut continuer pendant la nuit et en général chez 90 0/0 des malades elle a presque disparu le lendemain. Elle persiste cependant quelquefois pendant plusieurs jours.

L'élévation de température est le seul phénomène remarquable de la période post opératoire, cette élévation n'est pas très considérable 100° 101°. Elle se rencontre dans à peu près 45 0/0 des cas, et 12 à 14 heures après l'opération la température descend à la normale.

Les causes de cet accidents sont fort obscures. Il ne s'agit pas d'infection ou d'intoxication traumatique, d'après Tuffier il est probable que la cocaïne agit sur les centres thermogènes de l'économie.

Accidents tardifs. J'ai eu occasion de revoir quelques uns de mes opérés après plusieurs mois, pas un n'a présenté un symptôme quelconque, cérébral ou spinal.

DES MOYENS DE REMÉDIER OU PLUTÔT DE PRÉVENIR LES DIVERS INCIDENTS QUI ACCOMPAGNENT OU SUIVENT L'ANALGÉSIE.

Les nausées et les vomissements qui sont de beaucoup les symptômes les plus pénibles sont d'après mon expérience considérablement diminués ou même prévenus en augmentant la dose de cocaïne injectée. Après l'injection de 3 centigrammes de co-

caïne l'opération peut se faire souvent sans que le malade éprouve des nausées et des vomis.

La céphalalgie devient un symptôme négligeable, si au moment de l'injection rachidienne de cocaïne on fait comme l'a indiqué le Dr Stone de New-York, une injection hypodermique 1/200 d'hydrobromate d'hyoscine.

ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE

L'emploi de la cocaïne en injection rachidienne est appelé à rendre les plus grands services en obstétrique. Sous son influence les contractions utérines deviennent indolores et sont au mieux perçus par la malade dans la première demi-heure qui suit l'injection. Après ce temps à chaque tranchée la parturiente éprouve une sensation de pesanteur dans l'abdomen qui l'avertit que l'utérus se contracte. Les contractions utérines reviennent à intervalles réguliers, toutes les trois ou quatre minutes.

DOSIS. — L'injection d'un centimètre cube d'une solution à 2 0/0 détermine une analgésie complète qui persiste à peu près deux heures. Chez les primipares l'injection doit être faite lorsque la dilatation du col est à peu près complète chez la multipare au début du travail.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRACTIQUÉES SOUS L'ANALGÉSIE

PAR INJECTION INTRA-RACHIDIENNE DE COCAÏNE

Membre inférieur

PIED:	{	Arthrodèse et Anastomose tendineuse pour déviation du pied, 1.
	{	Curettage du pied pour osteite tuberculeuse, 6.
	{	Ablation d'épithélioma surface plantaire du pied, 1.
	{	Réséction du gros orteil, gangrène, congélation, 1.
JAMBE:	{	Curettage du tibia pour osteite tuberculeuse et ostéomyélite, 4.
	{	Amputation des deux jambes, accident de chemin de fer, 1.

GENOU :	{	Excision d'hygroma prérotulien, 1.
	{	Arthrotomie pour synovite fongueuse, 1.
CUISSE :		Cuvettage femur pour tuberculose et ostéomyélite, 4.
ANUS	{	Incision et grattage d'un abcès tuberculeux de la
ET		marge de l'anus, 1.
RECTUM :	{	Dilatation anale, 6.
	{	Hémorroïdes, excision au thermo-cautère, 12.
	{	Extirpation du rectum, cancer, 1.
PENIS :	{	Amputation de la verge, cancer, 1.
	{	Uretrotomie interne, rétrécissement, blennorrhagie, 3.
VESSIE :		Cystotomie suspubienne pour calcul et tumeur, 2.
HERNIE :		Cure chirurgicale, 9.
APPENDICITE :		Abcès appendiculaire, 4.
	{	Amputation du col de l'utérus et curettage, 6.
	{	Curettage, 8.
	{	Cancer utérin, curettage et thermo-cautère, 2.
ORGANES	{	Vaginisme, 1.
GENITAUX :	{	Corporrhaphie antérieure et périnéorrhaphie, 4.
	{	Laparotomie, pour péritonite tuberculeuse, 2.
	{	Accouchement, 12.
	{	Sciatique, 6.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Les injections sous-arachnoïdiennes lombaires de chlorhydrate de cocaïne produisent une analgésie parfaite de toute la portion sous diaphragmatique du corps.

La durée de cette analgésie est suffisamment longue pour permettre toutes les interventions quelles qu'elles soient sur les régions qu'elle occupe.

Les phénomènes qu'on observe, soit au cours de l'analgésie, soit dans les heures qui suivent, ne paraissent présenter aucune gravité et les phénomènes sont à peu près nuls si l'on suit exactement le procédé que je viens d'indiquer.

L'analgésie limitée, par injection intra-rachidienne de cocaïne est applicable dans les cas où l'anesthésie générale, par le chloroforme et par l'éther est employé.

Je crois cependant qu'il ne faut l'appliquer, ni aux enfants ni aux hystériques.



LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ VÉSICALE, LA CYSTITÉ ET L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Il y a déjà plusieurs années que j'ordonne le SANMETTO, à côté des médicaments usuels, aux malades atteints d'irritabilité vésicale, de cystite et d'hypertrophie prostatique. L'emploi du SANMETTO était suivi de meilleurs résultats que n'importe quelle autre médecine. Il va sans dire que l'usage du SANMETTO ne m'a pas empêché de faire de lavages de la vessie dans des cas spéciaux, mais je le répète, le SANMETTO, dans ces maladies, est supérieur à tous les autres médicaments.

Évansville, Ind.

Dr B. J. WEEVER.

OBSERVATION

BLESSURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE PAR INSTRUMENT TRANCHANT

Les hasards de la clinique ont amené dans notre service de l'Hôtel-Dieu un malade intéressant à plus d'un point de vue.

Il nous est envoyé pour une blessure de l'artère fémorale gauche.

A son entrée à l'Hôpital le 25 septembre 1903, Joseph Jolicoeur est pâle, émacié, très faible, avec un pouls rapide, misérable et une température de 100° f.

C'est un célibataire âgé de 27 ans, qui ne représente d'intéressant dans ses antécédants qu'une blessure accidentelle de l'abdomen par balle pour laquelle il a subi la laparotomie.

On constate à l'inspection un gonflement énorme des 2/3 inférieurs de la cuisse gauche intéressant surtout la région antéro-interne.

La peau est rouge, chaude, tendue, douloureuse et au 1/3 moyen de la région interne, on remarque une plaie de la grandeur d'une pièce de 100 sous remplie de caillots gris noirâtres.

Il nous raconte l'histoire suivante. Dans les premiers jours du mois d'Août, en dépouillant un agneau, le couteau fit une échappée et vint s'enfoncer dans sa cuisse gauche. A ce moment, il était assis sur son talon, le membre dans l'abduction. Une hémorrhagie formidable s'en suivit. Aussitôt qu'il fut debout, le sang s'arrêta.

Durant les premiers jours, rien d'important à noter. Le 4e et

Observation présentée à la Société Médicale de Québec par M. le Dr. Arthur Simard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

le 15e jours, de fortes hémorragies apparurent soudainement. Comme il se sentait faiblir de jour en jour, miné par une fièvre persistante, souffrant de plus en plus de sa cuisse alors très tuméfiée, sur l'avis de son médecin, il s'est décidé à venir réclamer les soins d'un chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée à l'Hôpital il reçut 1/40 strychnine et un enveloppement humide au sublimé à 1/6000. Dans la soirée du 25, date de son admission, une hémorragie se produisit qui nécessita le changement des garnitures du lit et du pansement.

Il n'avait pas eu d'hémorragie depuis au-delà de 15 jours ; mais les transports en voiture, en chemin de fer, en bateau puis dans l'ambulance étaient certes suffisants pour déplacer le caillot obturateur.

Le 26 au matin, il est anesthésié avec le mélange Éthier 2 et Chloroforme 1 ; une ligature élastique est placée à la racine de la cuisse; la désinfection de la peau est faite d'abord avec du (sulfur starch) qui produit un decapage complet, puis au savon et au sublimé. 500 grammes de la solution saline sont donnés pendant que l'on intervient.

Une incision de 12 centimètres est menée à la face interne de la cuisse ce qui permet d'extraire 2 litres de caillots à tous les âges. Les muscles et la peau sont disséqués par cet hématome depuis le milieu de la cuisse, face interne, jusqu'au niveau de l'articulation du genou.

L'immense lit de l'hématome vidé et lavé, on aperçoit une blessure de l'artère fémorale un peu au-dessus de son entrée dans le canal de *Hunter*. Cette blessure est large comme une pièce de 5 centins.

2 ligatures sont placées circonscrivant la blessure. Après une désinfection minutieuse, la cavité est bourrée à la gaz stérile, puis un pansement compressif est appliqué.

Tout va bien jusqu'au 10 octobre. La plaie est presque fer-

mée, la température est normale depuis le lendemain de l'opération ; le membre est resté chaud sans fourmillements, aucun trouble de la nutrition.

Le 10, une hémorrhagie insignifiante se produisit.

Le 14, nouvelle hémorrhagie cette fois très abondante. Le sang est rouge, la partie interne de la cuisse très tendue, le patient souffre horriblement, la température est à 102°, le pouls à 120. On applique aussitôt la bande élastique ; le malade est anesthésié avec le mélange et M. le Dr. Marois qui avait pris charge du service, pratique avec nous le débridement de la plaie et va à la recherche de la nouvelle ouverture. Comme cette recherche s'annonce très laborieuse, nous décidons de faire, au préalable, une ligature de l'artère à la base du triangle de Scarpa loin du foyer où existe à n'en pas douter une infection lente.

La ligature faite l'hémorrhagie n'est pas complètement arrêtée et alors en poursuivant les recherches dans le fond de la plaie on découvre l'artère qui présente une petite ouverture au-dessus de la ligature primitive qui a très bien tenu.

L'artère est disséquée sur une assez grande étendue et ligaturée. Une désinfection attentive du foyer est faite, puis pansement à la gaz stérile et compression.

La température est revenue à la normale, l'état général du patient s'est sensiblement amélioré, l'appétit est excellent, la plaie guérit rapidement, aucun trouble circulatoire ni de nutrition.

Nous pouvions croire que l'odyssée était terminée, quand le 4 novembre, sans raison, une nouvelle hémorrhagie s'est produite, cette fois se faisant jour à travers la cicatrice à la base du triangle.

M. le Dr Ahern qui avait alors charge du service fit une intervention d'urgence.

Pendant qu'un aide, le doigt dans l'ouverture de l'artère, arrête l'écoulement sanguin, une dissection du vaisseau est faite sur une longueur de 10 centimètres au-dessous et au-dessus de la plaie artérielle et une ligature est jetée ainsi que sur plusieurs collatérales. Le sang venait de bas en haut et la brèche artérielle était située au-dessous de la ligature faite à la base du triangle. Pour plus de sécurité, l'iliaque externe est aussi ligaturée après résection du bout déjà ligaturé antérieurement.

Tous les ganglions sus et sous cribiformes manifestement augmentés de volume sont extirpés.

L'examen de l'artère fait par M. le Dr. Mayrand a donné comme résultat; endartérite infectueuse légère, les autres tuniques normales.

Les suites ont été simples et cette fois le résultat définitif. Aucun trouble circulatoire ni trophique ne s'est manifesté.

Le 23 décembre le patient était guéri et sa jambe en légère flexion par retraction musculaire était redressée par nous, sous anesthésie, et quelques jours plus tard il laissait l'Hôpital en excellente condition pour aller à la campagne continuer les séances de massage destinées à assouplir ses articulation et son système musculaire.

Le patient a donné, le 10 janvier, des nouvelles de son état qui continue à s'améliorer

Ce malade est intéressant à plus d'un point de vue. D'abord, il n'est pas mort d'hémorrhagie au moment de l'accident comme cela arrive ordinairement lorsqu'un gros vaisseau est lésé, et la raison est ici facile à trouver. C'est le changement dans le parallélisme de la plaie artérielle et de celle de la peau et des tissus sus-jacents.

Lui-même d'ailleurs l'explique très clairement. Le sang sortait abondamment tant qu'il fut dans la position acroupie la cuisse dans l'abduction, mais du moment qu'il s'est levé, qu'il a allongé son membre, le sang a cessé de couler par la plaie cu-

tamée pour se répandre dans son membre et former un énorme hématome qui a agi dans la suite comme tampon obturateur. C'était heureux car, comme tous les chirurgiens le savent, les plaies *incomplètes* des artères sont de beaucoup plus graves que les *complètes*.

Une plaie *complète* donne lieu à une hémorrhagie qui a moins de chance d'être mortelle, vu que l'hémostase spontanée peut se produire avec plus de facilité. Qu'arrive-t-il en effet lorsqu'un gros vaisseau artériel a été coupé complètement? Les deux bouts se rétractent avec force dans la gaine par leur élasticité naturelle qui est toujours en état de tension, et l'écartement des deux bouts se chiffre à plusieurs centimètres. Non seulement il y a rétraction violente des deux bouts, mais il y a, ce qui est mieux encore, une *contraction* dont l'effet immédiat est le rétrécissement du calibre de l'orifice artériel, d'où comme conséquence une diminution très marquée dans le débit de l'écoulement sanguin. On comprend facilement que la coagulation du sang se trouve ainsi beaucoup facilitée.

Au contraire, dans les larges plaies transversales *incomplètes* la languette de tissu qui reste entre les deux bouts, fait obstacle à la rétraction et à la contraction. La plaie reste béante et l'hémostase spontanée a beaucoup plus de difficulté à se produire.

Une ligature temporaire à la racine de la cuisse suivie, à brève échéance, de l'exclusion de la plaie artérielle par deux ligatures aurait certes dû être faite, mais il faut compter toujours avec les circonstances. Joseph Jolicœur vivait loin des médecins et surtout travaillait chez un particulier qui croit posséder le *don d'arrêter le sang* ce qui explique pourquoi il n'a pas consenti à une intervention. Ce n'est que l'aggravation des symptômes, la déperdition des forces, la répétition des hémorrhagies, l'augmentation du volume de sa cuisse, les douleurs lancinantes qui lui semblaient augmenter en intensité, qui l'a engagé à écou-

ter les conseils de son médecin et venir réclamer des soins à l'Hôpital.

La suture artérielle qui mérite d'être tentée dans les plaies longitudinales des gros vaisseaux n'était pas de mise ici, vu que la blessure était transversale.

Un autre fait intéressant qui se dégage de cette observation c'est la septicité de la plaie qui a eu plusieurs semaines pour s'établir et qui, malgré une désinfection rigoureuse, n'en a pas moins continué à évoluer sourdement sans manifestation réactionnelle générale ni locale.

L'infection a poursuivi tranquillement son œuvre et provoqué deux hémorragies secondaires par ulcération artérielle et infecté les ganglions sus- et sous-cribriformes. Les deux ligatures ont certes été responsables pour une bonne part de l'ulcération de la paroi artérielle en diminuant sa résistance devant l'infection par la compression des vasa vasorum. C'était à prévoir, mais en présence d'un danger imminent, il fallait passer outre.

L'examen anatomo-pathologique de l'artère faite par notre excellent confrère et ami M. le Dr. Mayrand a d'ailleurs démontré des lésions d'endarterite infectieuse.

Un autre fait qu'il importe de faire remarquer, c'est l'absence des troubles circulatoires en particulier le froidissement du membre et la gangrène corollaire trop souvent obligé de la ligature de l'artère fémorale. Il est vrai que nous n'avons pris de renseignements pour le temps écoulé depuis l'accident, jusqu'à l'entrée du malade à l'Hôpital ; mais ce qui est certain c'est que la circulation collatérale avait dû augmenter d'importance pendant cette période pour expliquer le simplicité des suites opératoires après les ligatures ou mieux l'exclusion quasi complète de la voie fémorale.

Car la ligature de la fémorale pour plaies n'est pas une in-

intervention bénigne, loin de là et trop souvent la gangrène du membre en est la conséquence dans une proportion qui varie suivant les statistiques de 25 à 35 0/0. Ici la circulation collatérale insensiblement développée par la gêne circulatoire apportée par l'énorme hématome de jour en jour plus volumineux et en tension dans les tissus distendus au maximum a permis à la voie iliaque interne de suppléer suffisamment et d'être à la hauteur de la situation lors des interventions.

Notre malade est sorti guéri en décembre, non sans avoir cependant subi, sous l'anesthésie, un redressement de son membre que la rétraction des muscles sclérosés avait placé en demi flexion. Du massage, des mouvements passifs et actifs achevèrent son rétablissement définitif.



Le "SANMETTO" dans l'Urethrite et l'Incontinence d'urine

Ayant eu d'excellents résultats avec l'emploi du "SANMETTO" dans les maladies génito-urinaires, je suis convaincu que ce remède possède des propriétés curatives depuis que je l'ai employé dans le cas d'un garçon âgé de 22 ans qui souffrait d'une rebelle urethrite accompagnée d'incontinence. Le malade avait préalablement consulté deux ou trois médecins sans résultat, et me demanda de le guérir ou sinon de ne rien prescrire pour lui. Je lui prescrivis la formule suivante :

R

Huile santal, 3ij

Sanmetto g. s. ad 3iv

mx.

Sig.

Un dragme toutes les 4 heures.

En même temps repos au lit et diète appropriée au cas. Dans dix jours il était bien et ne présentait plus aucun symptôme des troubles précédents. A l'avenir je connaîtrai le spécifique pour ces cas là. J'ai toujours obtenu de bons résultats, de l'emploi du "SANMETTO."

WYATT C. HATCHER, M. D.

Brunswick, Georgie.

CHRONIQUE MÉDICALE

CHALEUR vs FROID

DANS L'INFLAMMATION LOCALISÉE

Malgré la révolution que les théories microbiennes ont apportée dans l'étiologie de l'inflammation, et bien que nous devions admettre en principe l'antiseptie comme base de toute médication destinée à combattre les phénomènes infectieux locaux, il est toujours vrai que les applications externes jouent encore un rôle important dans le traitement de toute inflammation localisée.

Mais on est loin d'être d'accord sur l'effet de ces applications quant à leurs propriétés techniques. Ainsi étant donnée une inflammation quelconque, faudrait-il y mettre du froid ou du chaud ?

En d'autres termes, puisque inflammation veut dire infection selon le langage médical moderne, est-ce que des applications froides ou chaudes sur une partie inflammée, c'est-à-dire infectée, peuvent atténuer en quelque façon l'action du microbe ou de sa toxine ? Ou bien, ces mêmes applications, grâce à leur température, peuvent-elles venir en aide à l'organisme dans ses moyens de défense contre l'ennemi de ses cellules, en activant de quelque manière les phénomènes de la phagocytose.

À ne considérer que ces deux phases de l'inflammation : attaque des microbes, et défense des éléments phagocytaires, on ne voit pas bien ce que peut faire une vessie de glace ou un sac d'eau chaude pour influencer dans un sens quelconque l'issue du combat, séparés qu'ils sont du champ de bataille par une épaisseur de tissu plus ou moins considérable.

Une intervention idéale dans ces cas serait sans doute d'introduire au milieu du champ d'action des deux combattants, une substance capable de venir en aide aux leucocytes, ainsi qu'aux cellules fixes des tissus en englobant ou détruisant les agents pathogènes. Mais en l'état actuel de nos connaissances, il n'existe pas encore de remède doué d'une telle puissance, réserves faites toutefois en faveur de la méthode oxygénée (Thiriar) qui vient de donner des résultats surprenants contre le furoncle et l'anthrax.

On se contente donc de faire de l'antiseptie de surface, c'est à dire qu'on essaye de détruire les agents microbiens par des substances plus ou moins germicides sans songer que ces mêmes solutions sont peut-être aussi nocives aux cellules défensives qu'à leurs ennemis.

Puis si le médecin est un partisan du froid et qu'il pense enrayer la marche de l'inflammation, il prescrivera de la glace, ou des enveloppements froids ; ou bien s'il est encore ce qu'on appelle dédaigneusement *un arriéré*, il fera mettre des cataplasmes ! ou mieux, il prescrivera force compresses chaudes.

Cependant, disons de suite; que si l'une ou l'autre méthode doit concourir au même but, il serait bon de consulter un peu les préférences du patient, ou du moins choisir celle, qui en toute saison, se trouve toujours à la portée de tous, et est de plus, d'application si facile, c'est-à-dire la chaleur.

Pour se faire une idée un peu claire de la question, il faudrait d'abord se rendre compte de l'action de la chaleur et du froid sur la circulation d'une partie quelconque de l'économie ; car ce ne peut être qu'un effet accélérateur ou modérateur du courant sanguin qu'on a en vue par l'une ou l'autre méthode, puisqu'on ne peut prétendre influencer autrement le combat qui se livre entre microbes, leucocytes et cellules épithéloïdes.

Donc, il paraît que le froid appliqué sur les tissus produit

deux sortes d'effets. Il y aurait d'abord un resserrement des vaisseaux capillaires avec diminution de l'irrigation sanguine, qui serait suivi après un temps plus ou moins long (cela dépendrait je suppose de l'intensité de l'application) d'une dilatation vasculaire avec réplétion sanguine de ces mêmes vaisseaux, véritable réaction de fatigue. Mais on ne dit pas si cette réaction secondaire est dans tous les cas permanente, et si les capillaires ne finissent pas par se fatiguer de nouveau d'être ainsi en dilatation, pour revenir sans plus de façon à leur état de contraction moyenne primitive.

En outre, il est certain que le froid produit un abaissement de la température locale. Bécлар s'exprimait ainsi : " L'immersion dans l'eau froide d'une partie éloignée du centre circulaire peut abaisser la température de plusieurs degrés. De là ajoute-t-il, l'action considérable exercée sur la nutrition des parties de l'économie par des applications froides." Et j'ajouterai, action d'une intensité aveugle, car on ne sait pas toujours jusqu'à quel point on provoque l'abaissement de la température par une application de glace. En passant, je dirai que cette diminution de chaleur cadre mal avec la réaction secondaire citée plus haut concomitante d'une circulation sanguine exagérée, car, ne l'oublions pas, "le sang doit être considéré comme le distributeur ou le repartiteur de la chaleur animale." (C. Bernard.)

D'un autre côté, l'action de la chaleur sur les tissus est essentiellement emolliente. Elle gonfle et imprègne les parties sous-jacentes et ne les crispe pas comme l'eau froide. D'après Jeannel, le seul émollient serait l'eau chaude, attendu que l'action émollissante est nécessairement liée à l'hydratation des tissus.

Elle produit en outre une congestion modérée permanente de la circulation capillaire, pourvu qu'on n'élève pas trop la température du liquide, auquel cas, l'eau chaude devient modé.

ratrice de la circulation locale, et peut même devenir hémostatique.

En résumé, l'eau chaude, les applications chaudes, produisent donc des phénomènes locaux identiques à ceux que l'organisme met en jeu dans son processus de défense contre l'inflammation localisée. Chaleur, humidité, avec irrigation sanguine exagérée, voilà les trois phénomènes que la nature met au service des éléments défenseurs de toute partie de l'économie attaquée par les agents pathogènes. Car ne l'oublions pas, la chaleur surtout, est l'élément indispensable de toute activité vitale.

S'il en est ainsi, pense-t-on, en soustrayant de la chaleur au moyen d'applications froides ou glacées sur une partie inflammée, réussir à contrecarrer l'action néfaste des agents microbiens, tout en venant en aide aux éléments défensifs de l'économie ? Cela me paraît douteux. Car d'une part, les microbes sont peu influencés par le froid, et il y en a des espèces qui supportent une température extrêmement basse sans perdre aucunement de leur vitalité.

D'un autre côté, les éléments défenseurs de l'économie : cellules du tissu conjonctif, leucocytes du sang, se trouvent mal sous une basse température, et doivent perdre, il me semble, de leur vigueur combative.

Réclus en France, s'est fait le partisan des traitements locaux à l'eau chaude, et après les avoir expérimentés dans un grand nombre d'inflammations superficielles et glandulaires : lymphangites, phlegmon circonscrit ou diffus, panaris, furoncle, anthrax, etc., dit ceci :

“ Les pansements chauds, outre leur pouvoir franchement antiseptique, ont l'avantage de limiter l'inflammation et de circonscrire les foyers purulents, lorsqu'ils ne jugulent pas la suppuration, ce qu'ils font le plus souvent.”

Il ajoute qu'il a eu des succès étonnants dans le traitement

de toutes ces affections par l'eau chaude, et qu'il a ainsi prévenu nombre d'interventions chirurgicales jugées tout d'abord inévitables.

A part leur emploi dans l'infection localisée, les applications froides ou chaudes ont encore un autre champ d'action que je veux seulement indiquer ici sans discuter leurs mérites respectifs dans ces cas. Contre l'inflammation de certains organes centraux tels que le poumon, la plèvre, l'intestin, l'appendice, on continue à y avoir recours, de confiance, par routine, pour contenter le malade ou son entourage, ou bien seulement pour faire quelque chose.

Mêmes dans ces affections quelques-uns croient encore bon de faire précéder les applications chaudes d'une révulsion plus ou moins énergique, sinon d'un vésicatoire à la contharide au grand scandale des partisans du froid, qui ordonneront énergiquement dans ces cas, une vessie de glace ou un sac d'eau froide. D'autres ne croient à rien de tout cela. Ce sont des expectants, des abstentionnistes. Ils assistent, impassibles au combat qui se livre dans l'organisme. Ils font une thérapeutique qui déguise mal leur inaction, et attendent, comme dans l'appendicite, que le couteau du chirurgien vienne trancher la cause de tout débat, ou que la nature se charge elle-même de la guérison, ce qui arrive quelquefois, même souvent, n'est-ce pas? Qui a raison?

Toute cette vieille médication [qu'une expérience séculaire avait introduite dans la pratique : *cataplasmes, mouches noires, fomentations ventouses*, etc., etc., doit-on mettre tout cela au rancart, et pour jamais! Doit-on ne parler que glace, bains froids et maillot humide?

Si le monde, selon certaine théorie, doit finalement se convertir en un glaçon; si les habitants de la Terre doivent un jour voir le Soleil leur refuser la chaleur essentielle aux actes vitaux. Eh bien! commençons donc par refroidir nos malades; glaçons-

les. S'ils en reviennent, et qu'ils vivent encore à cette époque éloignée, ils nous béniront certainement de les avoir habitués un peu à un tel changement de température!

Je terminerai par ces paroles que le Dr Robin prononçait il a quelques années, lors d'une communication à l'Académie de Médecine de Paris. Dernier chevalier du vésicatoire contre la Pneumonie, il venait de lui revendiquer une place dans l'arsenal thérapeutique moderne:

" Au moment où s'écroule la vieille médecine, il était bon de montrer que telle médication employée par nos devanciers méritait de survivre, et que la science moderne pouvait sans fausse pudeur admettre certaines pratiques qu'une expérience longue et patiente avait popularisées."

DR. L. V. VÉZINA.

St-François de Montmagny.

—ooo—

LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ ET L'INFLAM- MATION DE LA VESSIE, DES VOIES URINAIRES ET DANS LES TROUBLES PROSTATIQUES.

Quand mon attention fut attirée pour la première fois sur le SANMETTO j'en ai eu une bonne idée parce que les principes qui le composent le recommandent pour le traitement de l'irritabilité et de l'inflammation de la vessie, des voies urinaires, des troubles prostatiques et d'autres affections semblables. Le SANMETTO se présente dans un véhicule agréable et sous une façon élégante, uniforme et sure. Les expériences cliniques ont données raisons à ma première idée et justifiées les applications répétées que j'en ai faites

St. Louis, Mo.

DR. I. N. LOVE,

Diplômé en 1872, etc.

OBSERVATION D'UN CAS DE DYSTOCIE GÉMELLAIRE.

Le 19 janvier, je suis appelé à la Maternité, par mon interne, Mr. P. Richard, pour examiner une femme en travail depuis 1. heure du matin. Il a diagnostiqué une grossesse gémellaire par le toucher et le palper : une tête est engagée et l'autre est dans la fosse iliaque droite. Le toucher pratiqué à 5. heures lui a fait reconnaître un col complètement effacé.

Il est 7½ heures, lorsque je vois la malade pour la première fois, je fais immédiatement le palper qui est rendu difficile par les contractions utérines.

Le ventre est volumineux et tendu. On sent, en effet, une tête engagée dans l'excavation, et, dans la fosse iliaque droite, une masse volumineuse, dure, mobile, très proéminente qui n'a pas cependant au toucher la régularité d'une tête ; le côté droit de la masse donne plutôt la sensation d'une épaule.

A gauche de la ligne médiane on sent une autre épaule.

Le palper de la partie supérieure de l'ovoïde utérin ne donne aucun résultat satisfaisant.

A l'auscultation on entend un bruit fœtal qui s'étend de la fosse iliaque gauche à celle du côté opposé sans zone de silence, au contraire le maximum se trouve presque sur la ligne médiane.

Nous comptons en même temps (mon interne et moi) les pulsations cardiaques. La première fois, je compte 142 pulsations à droite et lui 144 à gauche. Nous recommençons cette petite expérience à trois reprises différentes et nous trouvons chaque fois 144 de chaque côté. Le palper nous permet donc d'affirmer

une O. I. G. P. Je pratique enfin le toucher et à travers un col dont la dilatation a atteint la grandeur d'une pièce de 25 sous. Je constate que la tête engagée a son grand diamètre dans le diamètre transverse du bassin, occiput dirigé à gauche.

La suture sagittale et la fontanelle post. sont toutes deux aisément perceptibles, malgré l'intégrité des membranes qui sont appuyées presque directement sur la tête, à tel point qu'on a cru un moment qu'elles s'étaient rupturées prématurément.

Le toucher bi-manuel donne ici le premier signe important d'une grossesse gémellaire : (la distance considérable qui sépare le col du fond de l'utérus, tous les autres signes font défaut.

Nous n'avions pas moins cependant de fortes présomptions d'une grossesse gémellaire, et cela malgré la position O. I. G. P. qui plus que toute autre, expose à des erreurs. A 10 heures la dilatation a atteint la grandeur d'une pièce de cent sous.

A partir de ce moment, le travail progresse avec une extrême lenteur, la suture occupe toujours le diamètre transverse ; on donne à plusieurs reprises des injections vaginales chaudes.

La dilatation n'est complète qu'à 10 heures p. m.

Les membranes sont rupturées artificiellement.

Au toucher la suture sagittale occupe enfin le diamètre oblique gauche. A 11 heures p. m. la tête n'a pas bougé.

Nous décidons d'intervenir par une application de Forceps ; on administre du chloroforme et nous faisons comme toujours une application régulière, avec le Forceps Tarnier.

L'extraction est des plus simples ; la tête terminée d'abord son mouvement de rotation et est amenée à la vulve.

Le Forceps est désarticulé et enlevé au moment où le diamètre sous-occipito bregmatique va franchir la vulve. Comme le périnée est menacé et que l'extraction doit être rapide on fait une incision en lambda renversé.

Il suffit alors de quelques pressions avec le doigt pendant

l'intervalle des contractions pour terminer le dégagement. Le bras droit est relevé sur le cou de l'enfant, ce qui nous permet de l'abaisser avant le dégagements des épaules.

L'application du forceps et l'extraction du fœtus ont duré environ minutes.

Le cordon est sectionné entre deux pincés.

Je vais immédiatement à la recherche du second fœtus, qui se présente en O. I. D. P. Je rupture les membranes et l'expulsion naturelle prend à peine 10 minutes.

La délivrance est effectuée 15 minutes après la sortie des deux fœtus par la méthode mixte de Pinard, le palper ayant fait constater le décollement du placenta accompagné d'une légère hémorrhagie, et le toucher la présentation de sa surface fœtale dans le segment inférieur de l'utérus.

Les deux placentas sont distincts et accolés.

Ils sont complets ainsi que les membranes.

Ainsi se termine un travail qui a duré 23 heures, avec une période de dilatation de 21 heures.

Poids des Enfants : $\left\{ \begin{array}{l} \text{Le 1er } 8 \text{ lbs.} \\ \text{Le 2e } 6 \text{ lbs.} \end{array} \right.$

Le second fœtus naît en état d'asphyxie mais est ranimé après quelques minutes de frictions et de respiration artificielle.

Je tiens simplement à faire remarquer dans cette observation, intéressante à plus d'un titre, la difficulté du diagnostic de grossesse gémellaire.

En effet les deux fœtus se présentaient superposés. Le plus volumineux, celui dont la tête était engagée, occupait la partie antérieure de l'utérus, recouvrant complètement le second le rendant ainsi inaccessible au palper et à l'auscultation.

La masse proéminente qui occupait en partie la fosse iliaque droite, qui pouvait être si facilement prise pour une tête, était

donc réellement constituée par le plan antérieur du premier fœtus soulevé par la tête de son *confrère*.

La preuve ; c'est que la tête de ce dernier présentait au niveau de la suture temporo-pariétale droite, un enfoncement d'un centimètre et demi de profondeur.

Les anomalies de mécanisme du premier accouchement se trouvent maintenant facilement expliquées et il me semble inutile d'insister.

Enfin disons pour terminer que l'application du Forceps fut ici doublement opportune : 1° Nous avons suivi le précepte classique qui dit : Dans une grossesse gémellaire, pendant la période d'expulsion vous ne devez pas attendre aussi longtemps que pour l'accouchement simple.

2° Nous avons répondu à une indication que nous ne pouvions que soupçonner : la *souffrance* du second fœtus qui, né asphyxié, malgré la rapidité du travail, aurait fatalement succombé.

DR. S. GRONDIN,

Professeur de Tocologie.

LE SANMETTO DANS LA PROSTATITE, LA CYSTITTE, LE DIABÈTE, LA BLENNORHAGIE ET L'IMPUISSANCE

Le SANMETTO m'a rendu des services signalés dans plusieurs maladies génito-urinaires, comme de la prostatite, la cystite, la blennorrhagie, l'impuissance et le diabète. Avec un grand plaisir je signe le certificat attestant l'efficacité de ce médicament merveilleux dans le traitement de toutes les maladies génito-urinaires. Dans ma pratique il a été d'un grand succès. Les médecins ignorant son efficacité devraient faire une expérience de ce médicament, et bientôt ils se rendraient compte de ces grandes qualités curatives dans toutes les affections rebelles des reins et de la glande prostatique.

Vincennes, Ind.

DR. T. L. LEE.

ANALYSES

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NÉPHRITES

Par M. le Prof. JABOULAY (1)

Néphralgie et albuminurie. — Rein volumineux ; néphrite probablement unilatérale. — Traitement chirurgical des néphrites. — Raisons physiologiques expérimentales. — Opérations : néphropexie, néphrotomie, néphrolyse, néphrocapsulectomie. Les résultats. — Physiologie de la guérison. — Rôle du sympathique.

MESSIEURS,

Ce n'est pas peut-être sans quelque étonnement que vous avez vu couchée au n^o 21 de la salle Saint-Pierre une malade atteinte d'une affection considérée, jusqu'à ce jour, comme exclusivement médicale. Notre thérapeutique a pu paraître à quelques-uns trop osée, à d'autres illogique. Les résultats obtenus nous permettront de répondre aux uns et aux autres. Dans sa marche progressivement envahissante, la chirurgie va à la conquête de nouveaux domaines. Ce n'est pas assez des droits acquis déjà sur le traitement de bon nombre d'affections du tube digestif ou de ses annexes ; ce n'est pas assez de toute la chirurgie des centres nerveux, nouvelle venue et déjà puissante, la chirurgie a le droit aujourd'hui de tenter contre certaines affections, purement médicales, encore, une thérapeutique rationnelle, pathogénique et souvent efficace.

L'histoire clinique de notre malade, les résultats obtenus par le traitement chirurgical méritent d'arrêter votre attention.

Dans les antécédents héréditaires on ne relève rien de bien saillant. Son père et sa mère fait preuve l'un et l'autre d'une certaine longévité ; ils ont succombé à des affections indéterminées. Cette femme appartient à une famille de sept enfants dont quatre actuellement sont vivants et bien portants ; trois autres sont morts ; le premier d'une affection hépatique s'étant accom-

(1) Leçon recueillie par M. P. Cavallon, interne du service.

pagnée d'ictère, le second d'apoplexie, le troisième à la suite d'un accident.

L'hérédité collatérale ne nous permet pas davantage de retenir de fait saillant.

La santé de notre malade a été très bonne jusqu'à ces trois dernières années. Dans son enfance, elle a subi seulement une atteinte légère de rougeole. La scarlatine l'a épargnée. La menstruation s'est établie à 13 ans ; et depuis ses règles ont toujours été régulières. Elle se marie à 20 ans. Quatre accouchements normaux. Des quatre enfants deux succombaient en bas âge, le premier de diphtérie laryngée, le second à la suite d'accidents convulsifs.

Jamais cette femme n'a présenté d'infection dans son appareil génital ; jamais elle n'a souffert d'aucune maladie générale.

Cependant, il y a trois ans, elle commençait à éprouver des sensations de tiraillement et de pesanteur dans sa fosse rénale droite ; ces douleurs, assez sourdes, survenaient le soir après une station debout prolongée ou l'exécution de travaux pénibles. Souvent, le lendemain, les urines prenaient une teinte rouge brique ; en laissant déposer dans un vase on apercevait au fond de celui-ci un dépôt de sable de coloration rouge, jamais on n'y a découvert de concrétion ou de calcul vrai. Les jours qui suivaient ces décharges manifestement uratiques, les phénomènes douloureux paraissaient s'amender, les urines revenaient à la coloration normale.

Pendant deux ans ces symptômes se sont maintenus avec une certaine irrégularité dans leur apparition et leur intensité. Jamais la malade n'a ressenti la douleur violente de la vraie colique urétérale ; jamais non plus les urines n'ont eu de caractère nettement hématique. Mais cette femme établit une relation très nette entre l'apparition des douleurs et l'élimination de sable rouge dans les urines.

Il y a *quinze mois*, on pratiquait l'examen chimique des urines et on y constatait la présence de l'*albumine*.

Depuis, les périodes douloureuses se sont rapprochées, sans modifier en rien leur caractère ; actuellement tout travail est de-

venu impossible, tant à cause des douleurs lombaires que de la dyspnée que fait naître un effort quelque peu prolongé.

Cette malade entre salle Saint-Pierre le 15 juin. C'est une femme de 41 ans, qui présente tout l'aspect extérieur de la santé. Il ne s'en faudrait point tenir à cette première impression.

La malade s'inquiète surtout de ces douleurs, dont on peut lui faire préciser le siège. La fosse lombaire droite est pesante; il n'existe d'irritation ni dans les grandes lèvres, ni dans l'épaule ni au creux épigastrique. Le décubitus dorsal, tout comme les applications chaudes, apporte un grand soulagement. En second lieu, elle se plaint de l'irrégularité des excrétion urinaire; la présence d'albumine et de sable dans les urines n'est pas sans l'inquiéter également.

Par contre, le tube digestif paraît indemne. La langue est humide, non saburrale; l'appétit conservé, les digestions faciles les selles régulières: le toucher rectal négatif.

La percussion et la palpation du rein droit, pratiquées par la méthode bimanuelle, est douloureuse, et provoque immédiatement la mise en tension de la paroi abdominale. Quand celle-ci est vaincue, on peut sentir une masse à pôle inférieur arrondi, mobile avec les mouvements respiratoires. Cette tumeur se déplace quand la main postérieure cherche à lui imprimer des mouvements de propulsion antérieure. La pression entre les deux mains provoque des réactions douloureuses. La pression exercée par l'extrémité des doigts sur le trajet de l'uretère est également ressentie.

Si l'on percute l'abdomen en avant de cette masse, on constate une sonorité parfaite.

La fosse rénale ne présente rien d'anormal.

Le toucher vaginal reste absolument négatif. Il n'existe pas même de leucorrhée.

L'examen du système nerveux central ou périphérique est également négatif.

Le système cardio-vasculaire, au contraire, mérite de nous retenir un instant. Le pouls sans être accéléré est vibrant, de tension élevée.

Le cœur bat dans ce cinquième espace en dehors de la ligne

manclonnaire. L'impulsion transmise à la paroi est vigoureuse. L'auscultation de cet organe fait entendre un premier bruit prolongé, douant par instant, à la contraction cardiaque, la physionomie d'un rythme de galop. Le deuxième bruit est frappé fortement. Le système veineux ne présente pas de lésion apparente.

Les poumons sont sains, de sonorité normale partout. Aux bases, particulièrement à droite, on perçoit à la fin de l'inspiration quelques râles fins. La malade ne tousse pas.

Cependant il existe un certain degré de dyspnée d'effort.

Les organes des sens ne présentent pas plus de troubles fonctionnels que de lésion anatomique.

Nous avons fait recueillir chaque jour les urines émises ; leur quantité n'a pas eu de variations notables.

Cette malade élimine 300 à 900 grammes d'une urine assez fortement teintée.

Jamais nous n'avons pu y constater la présence de ce sable rouge que nous signalait la malade. Par contre, un dépôt de mucus y est constant.

L'épreuve de l'acide azotique et de la chaleur après acidification acétique préalable y décèle l'albumine. La liqueur de Fehling n'est pas décomposée par l'ébullition en sa présence.

Nous avons fait doser l'urée régulièrement et chaque jour ; la quantité d'urée éliminée n'a jamais excédé 9 grammes par litre.

La recherche de l'albumine a été faite sur les urines du jour et de la nuit ; sur les urines émises, la malade s'étant tenue debout ou étant restée au repos ; toujours le résultat a été positif.

Enfin nous avons fait injecter sous la peau 1 centimètre cube de solution de bleu de méthylène ; une demi-heure après l'injection le bleu apparaissait dans les urines. Cette élimination se prolongeait pendant plus de quarante-huit heures, tantôt sous l'aspect de bleu, tantôt sous forme de chromogène.

Toutes ses recherches sur les urines ont été faites la malade étant mise au régime lacté exclusif. Les constatations restaient identiques après dix-huit jours de ce régime.

Nous avons enfin pratiqué la séparation des urines, ave

notre appareil et nous n'avons pas pu, pour des raisons de temps, avoir une séparation précise. La malade s'est refusée à un second examen.

En somme, Messieurs, il vous faut retenir de cet exposé symptomatique les douleurs lombaires ; les troubles urinaires constitués par l'oligurie, l'albuminurie, l'hypoazoturie, l'élimination prolongée du bleu ; la constatation dans la région lombaire d'une tumeur ; les phénomènes circulatoires, hypertension et galop.

A quel organe pourriez-vous rapporter cette symptomatologie ?

La tumeur de la fosse lombaire, par ses caractères propres, paraît bien appartenir au *rein*. Sa forme régulière, son pôle inférieur arrondi, son peu de mobilité par les mouvements respiratoires, sa mobilisation antérieure connue sous le nom de ballottement rénal, permettent de l'affirmer. Le ballottement rénal n'a pas cependant la valeur presque absolue que lui donnent vos classiques. Un foie basculé, reposant en arrière sur un rein augmenté de volume, donne bien aussi le ballottement. Je vous rappele, à ce sujet, le malade couché au n° 35 de la salle Saint-Sacerdos. Nous attacherons plus d'importance à la sonorité que l'on pouvait mettre en évidence au-devant de la tumeur ; bien que l'on puisse voir le côlon distendu s'insinuer en avant du foie et donner lieu au même phénomène.

Ce ne pouvait pas être le *foie*, en raison de l'absence de tout ictère dans les antécédents, ou de phénomènes digestifs secondaires. La tumeur était trop profondément située ; il aurait fallu lui supposer un siège sous-hépatique. Les tumeurs du foie sont plus mobiles avec la respiration.

Nous admettons d'autant mieux le siège rénal de cette tuméfaction que les symptômes fonctionnels appellent l'attention sur cet organe.

La douleur décrite par la malade, ne semble pas être due à quelque affection de la colonne dorso-lombaire. Son siège est trop latéral pour cela. D'ailleurs, on peut faire fléchir la malade sans difficulté ou douleur. Le tassement de la colonne par percussion sur les épaules n'est pas douloureux.

On ne saurait penser à une douleur hépatique, sans irradiation scapulaire ou épigastrique; sans ictère consécutif.

Il ne faut pas vous arrêter davantage aux diagnostics de rhumatisme de la paroi ou de lumbago, qui ne sont souvent que des diagnostics de façade. Un lumbago ordinaire ne persiste pas au-delà de quelques jours.

Il s'agit à n'en pas douter d'une affection rénale.

A quoi devez-vous penser ?

Une tumeur maligne ? Mais un néoplasme tue en moins de trois ans, en tout cas il aurait, au bout de ce temps, acquis un volume considérable, des hématuries se seraient produites, des troubles de compression auraient fait leur apparition, avec l'œdème des membres inférieurs.

Une tuberculose ? Mais cette femme est encore vigoureuse, elle n'a jamais présenté aucun signe de tuberculose larvée, ses urines n'ont jamais été ni purulentes, ni hématiques. Aucun phénomène de cystite n'est venue la gêner. Après trois ans, une tuberculose rénale a déjà lésé plus gravement un rein; souvent elle a envahi sans sa marche descendante les voies urinaires inférieures. L'examen bactériologique des urines est resté négatif à plusieurs reprises.

Reste it, Messieurs, la lithiase ou la néphrite.

En faveur de la lithiase, il y a le syndrome douloureux et l'élimination de sable racontée par la malade. Les douleurs n'ont jamais eu le caractère de coliques vraies; elles ont été plus lombaires qu'urétérales. La région était plus endolorie que vraiment douloureuse. Quant aux sables urinaires, nous n'avons jamais pu en constater la présence même microscopique; il y a lieu de croire que la maladie a confondu son dépôt uratique avec le précipité de mucus qui occupait le fond de son vase.

Il s'agit donc d'une *néphrite*. Je vous rappelle l'albuminurie, la diminution de la quantité des urines et de leur teneur en azote, l'élimination retardante et irrégulière du bœu, les douleurs lombaires ainsi que l'augmentation de volume du rein droit. Joignez à cela l'hypertension et le galop, vous aurez plus qu'il n'en faut pour appuyer votre diagnostic.

Que fallait-il faire à cette malade ?

Depuis quinze mois déjà elle avait épuisé tous les bénéfices de la révulsion sous ses multiples modalités ; le régime lacté restait sans effet sur son albuminurie et ses douleurs. Son avenir nous paraissait singulièrement. C'était une malade mise en moindre résistance, menacée d'urémie pour la moindre cause, en tout cas condamnée à quitter la vie active. Nous avons le pouvoir de faire mieux et nous l'avons opérée.

Cette intervention devait être d'abord exploratrice, permettant de vérifier l'état de sa glande normale et de son bassinnet ; ensuite curatrice, qu'il se soit agi de lithiase torpide ou de néphrite.

Le 3 juillet nous faisons endormir cette malade à l'éther et nous pratiquons l'incision lombaire ordinaire.

Une atmosphère adipeuse abondante entourait le rein ; la capsule propre adhère à la graisse périrénale par des tractus très vasculaires qu'il nous fallut sectionner entre deux pinces. Le rein libéré de ses adhérences fut attiré dehors, et nous pûmes vous montrer une glande augmentée de volume, de coloration grisâtre. La capsule fibreuse était déformée par des adhérences cicatricielles qui la fixaient au parenchyme. Après incision, on constate qu'elle est très épaisse. Nous décapsulons complètement non sans difficulté et nous réséquons complètement cette fibreuse.

Le rein saigne fort peu. L'opération a été des plus simples. L'exploration du bassinnet l'a montré vide de tout calcul.

Les suites opératoires furent excellentes ; la température n'a jamais dépassé 38°, le lendemain la malade urinait 300 grammes d'urine rouge très albumineuse ; le surlendemain, le taux des urines croissait progressivement pour atteindre 1,200 grammes le dixième jour après l'intervention. Dès le huitième jour la quantité d'albumine diminue ; puis on ne constate l'albumine que dans les urines du soir après la station debout ; enfin, le douzième jour, l'albuminurie avait complètement disparu. En même temps, l'urée passait progressivement à 12 gr. 50 par litre. Le syndrome urinaire avait complètement disparu, les douleurs lombaires n'existaient plus (1).

(1) La malade a été revue en septembre 1901, la guérison est parfaite.

Nous avons fait reprendre l'alimentation ordinaire. L'albuminurie n'a pas reparu. Vous pouvez considérer cette malade comme guérie, elle a pu revenir à sa vie ordinaire sans fatigue. Retenez donc qu'une albuminurie datant de quinze mois, s'accompagnant de néphralgie, d'augmentation de volume du rein droit, a été guérie par la capsulectomie faite sur cette glande.

Vous vous demanderez, Messieurs, comment la décapsulisation et la capsulectomie améliorent ou guérissent les néphrites médicales.

Le, puis longtemps nous avons eu l'attention attirée sur le rôle de la capsule fibreuse inextensible.

Dès 1893 nous demandions dans des services de médecine des maux de Bright pour tenter sur eux l'incision de la capsule fibreuse ; nous pensions agir en délivrant l'organe d'une constriction qui l'étouffe et gêne sa circulation sanguine. Personne ne voulut alors nous confier un brightique et nous recueillîmes plus de sourires que de malades.

Depuis, d'autres chirurgiens plus heureux sont arrivés à cette conception non plus en partant d'idée théorique, mais frappés par les résultats heureux obtenus par l'incision de la capsule faite par erreur chez des néphrétiques. Harrison, Israël, Pousson, Rowsing, Edebolhs enregistrent des succès surprenants. Harrison propose délibérément l'incision de la capsule dans les néphrites aiguës, comparant le rein congestionné à l'œil atteint de glaucome aigu. Pousson conduit l'assimilation plus loin ; pour lui, la néphrite chronique devient le glaucome chronique.

Mais c'est Edebolhs qui, le premier, attribue un rôle nouveau à la capsule fibreuse. Non seulement elle comprime l'organe, mais encore elle isole le régime circulatoire de la glande des circulations de voisinage ; le rein ne peut pas, grâce à elle, leur demander secours quand il se meurt d'anémie. Enlevez la capsule, et la glande contractera des adhérences utiles, vasculaires, qui apporteront au rein les vaisseaux jeunes et vivants, ils redonneront à la partie sécrétante une vitalité nouvelle.

Ceci, messieurs, n'est pas une vue de l'esprit. MM. C'aude et Balthazard ont fait sur ce point des expériences probantes. Dans notre laboratoire, MM. Gayet et Bassam ont démontré la

pénétration vasculaire du rein après décapsulisation. Ils ont décapsulé un rein de lapin ; puis, après vingt jours, l'animal a été sacrifié. Ils ont alors, après ligatures des deux pédicules rénaux, poussé dans l'aorte abdominale une injection colorée. Seul le rein décapsulé a eu son réseau vasculaire injecté par la périphérie ; rien ne pouvait pénétrer par l'artère rénale préalablement liée.

La méthode d'Edebolhs a la prétention de créer au rein un régime circulatoire nouveau ; il ne s'agit plus de décongestion temporaire comme dans la capsulotomie, mais de guérison, de régénération de l'organe. Récemment M. le Prof. Lépine a sanctionné cette manière de voir.

Mais cependant, nous avons été frappés par ce fait que beaucoup d'albuminuries avaient été guéries par la capsulectomie, par la décapsulisation, par la néphrotomie, et nous demandons si toutes ces interventions n'ont pas agi par les traumatismes divers qu'elles impriment au pédicule nerveux sympathique.

La rapidité de l'amélioration survenue chez notre malade est une preuve de la modification circulatoire vaso-motrice apportée par l'intervention qui n'a pas encore eu le temps de créer les nouvelles voies d'apport artériel intrarénales.

Le sympathique n'est-il pas par excellence le nerf vaso-moteur.

Quoiqu'il en soit, messieurs, de la pathogénie, souvenez-vous qu'il est des néphrites chirurgicales.

Vous opérerez dans les cas d'albuminurie avec rein en ectopie. La néphropexie sera souvent suffisante.

Vous opérerez les néphrites hématuriques récemment encore dites hématuries essentielles. La néphrotomie nous semble convenir à ces cas.

Vous opérerez les néphrites douloureuses soit par la néphrolyse de Pousson et Israël, soit mieux par la capsulectomie. La néphrolyse a pour but de libérer les adhérences contre la capsule fibreuse et la capsule adipeuse. Ne voyez pas entre la capsulectomie et la néphrolyse une opposition, l'une détruisant les adhérences, l'autre voulant en créer. Les adhérences que crée la capsulectomie s'insèrent sur le rein directement, ne sont pas dou-

loureuses, elles sont vasculaires, efficaces ; celles que l'on détruit dans la néphrolyse s'insèrent sur la capsule fibreuse et causent des douleurs.

Vous opérerez, messieurs, toutes les néphrites médicales qui n'ont pas cédé au repos, à la révulsion, au régime lacté ; dans les cas de mal de Bright, vous donnerez la préférence à la dé-capsulisation.

Il ne vous faut pas intervenir davantage sur les moribonds en pleine urémie que dans les albuminuries légères, susceptibles de guérir médicalement, c'est-à-dire spontanément. Attendez de l'éternel régime lacté l'aveu d'impuissance et alors vous êtes autorisés à tenter autre chose.

Vous entendrez dire que c'est exposer les malades à l'urémie ; vous entendrez dire que l'anesthésie est dangereuse, que l'opération ne peut pas rendre normaux des reins scléreux. Toutes ces raisons ont la valeur de *l'a priori*.

Sur dix-neuf cas d'Edebolhs rapportés dans sa thèse par notre élève Bassam, pas une mort opératoire ! L'anesthésie générale n'est pas toujours utile, et nous avons pu faire une dé-capsulisation avec l'anesthésie locale.

En faisant la statistique totale de tous les cas d'Israël, de Pousson, de Rowsing, d'Edebolhs, on trouve cinquante-six opérations de néphrite chronique avec sept morts, donc 12 p. 100 de mortalité.

On en arrive même à se demander pourquoi ces interventions, chez des individus à résistance amoindrie, ont une bénignité aussi grande. Sans doute la situation extra-péritonéale des reins, la facilité et la rapidité d'exécution de la capsulectomie, l'asepsie parfaite sans antiseptie expliquent le peu de gravité de ces interventions. Néanmoins, Messieurs, on continuera à répéter devant ces faits que l'opération est trop grave pour un malade atteint de néphrite.

On vous objectera encore la bilatéralité des lésions dans les néphrites. — Outre, Messieurs, qu'il n'y a plus à démontrer l'existence des néphrites unilatérales (Castaigne et Rathery les démontrent, Edebolhs estime que 40 p. 100 des néphrites sont

primitivement unilatérales), en quoi la bilatéralité des lésions peut-elle contre-indiquer une intervention ?

N'opère-t-on pas les anuries calculeuses avec un succès tel que la mortalité globale de cette affection passe de 68 p. 100 à 22 p. 100 ? Qui songerait à nier, à cette heure, la bilatéralité des lésions dans l'anurie calculeuse ?

Si les lésions sont bilatérales, on peut opérer successivement les deux reins. Sur dix neuf observations, quatorze fois Edebolhs fit l'opération en une séance, sur les deux reins, *dans aucun cas, il n'y a eu d'accident.*

Que reste-t-il, Messieurs, de toutes les objections faites au traitement chirurgical des néphrites ? Les faits que nous vous apportons répondent mieux que toute observation.

Il y bien encore des anatomo-pathologistes qui, en face de la constatation de la sclérose rénale, nient la possibilité de régénérer l'épithélium rénal. Nous n'avons jamais songé à la résurrection possible d'un organe *mort*, mais nous persistons à croire que l'organe *vivant* est susceptible de reprendre avec une irrigation sanguine suffisante une vitalité nouvelle ; la néoformation vasculaire permet la régénération des épithéliums sécréteurs à condition qu'ils ne soient pas irrémédiablement frappés.

Enfin, Messieurs, voyez les cas publiés en même temps, sans entente préalable, par les chirurgiens les plus divers et de tous pays, Edebolhs, Pousson, Rowsing, Israël ; voyez les cas que vous avez pu observer dans notre service et concluez non plus d'après les idées théoriques de l'école, mais d'après les faits qui sont et resteront malgré tout la seule autorité devant laquelle on doit s'incliner.

LE SANMETTO DANS LES TROUBLES GÉNITO-URINAIRES.

En ordonnant le SANMETTO dans les troubles génito-urinaires j'ai toujours la conviction d'obtenir des résultats sûrs et rapides. Cette confiance se base sur une expérience de plus de quatre années.

St. Louis, Ma.

DR. J. J. HOFFMAN.

CENT TENTATIVES D'INOCULATION PÉLADIQUE

Par L. JACQUET, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La théorie parasitaire de la pelade a perdu beaucoup de terrain ; elle est pourtant assez vivace encore dans l'opinion médicale et dans l'opinion publique pour gêner le progrès de la notion *scientifique* de cette dermatose, et imposer certaines entraves sociales aux malades qui en sont atteints ¹.

Cette double considération m'a déterminé à entreprendre une série d'inoculations, telles que le jugement de tous ceux qui ne peuvent approfondir la question soit éclairé et motivé de façon décisive.

Depuis 1875, époque à laquelle Horand (de Lyon) essaya une inoculation à l'enfant, et nia l'origine parasitaire, quelques tentatives ont été faites, par moi-même, puis par M. Hallopeau. Mais ces faits sont restés en petit nombre : je les ai multipliés.

Les sujets inoculés sont cinq de mes élèves : MM. Péchin, Alfred Chatin, Lagrive, Broquin, Masson et moi-même.

Les malades sont *quinze* porteurs de pelades appartenant aux diverses variétés cliniques ; datant parfois de quelques jours d'un mois *au plus* en tout cas ; en pleine extension et *non traités*.

Presque tous ces malades se croyaient contagionnés et contagionnants. Plusieurs donnaient des indications d'origine, trop vagues pour qu'on put tenter une enquête. Un seul précisa : il tenait la pelade de son frère, peladique aussi, avec qui il avait couché récemment. Ce frère voulut bien consentir à venir me voir : il avait eu en effet la pelade *cinq années auparavant*.

Nous avons opéré en recueillant, sur un tampon d'ouate hydrophile, par râclage et friction forte, les produits supposés contagionnants des aires et de leur bordure, puis frictionnant

¹ Note lue à l'Académie de médecine. (Séance du mardi 8 décembre 1903.)

avec insistance et vigueur les régions du cuir chevelu qui sont les localisations préférées de la dermatose.

Une de ces tentatives mérite quelque détail ; le peladique me fut adressé aux fins d'inoculation par mon collègue et ami Sabouraud, qui lui supposait l'*optimum* des conditions contagionnantes. Mon interne, M. Ricou, avec l'aiguille à électrolyse, soigneusement chargée, à chaque fois, des produits de râclage cutané, cathétérisa une trentaine de mes follicules pileux, à la région temporo-pariétale.

Ces inoculations furent suivies pendant deux jours de sensations névralgiques dans tout ce côté de la tête et du cuir chevelu ; et il n'en faudrait peut-être pas beaucoup plus, dans certains cas de prédisposition intensive, pour déterminer l'apparition de quelques foyers alopeciques, par un tout autre mode que l'agression microbienne.

Le lendemain Sabouraud cathétérisa lui-même une vingtaine de follicules du côté opposé, et, sur sa demande, je m'abstins de tout soin de toilette pendant quarante-huit heures ; nulle névralgie cette fois.

J'ajoute maintenant que sept années auparavant j'avais eu la pelade, que cette maladie est fort récidivante, et qu'ainsi, au triple point de vue du contagé supposé, de sa pénétration et du terrain choisi, les conditions expérimentales semblent avoir été idéales.

Voici le résultat : à nous six, en une certaine d'inoculations, nous n'avons pas perdu un poil !

La pelade, en aucune de ses variétés, d'est donc inoculable. Cela étant, il y a infiniment peu de chance, de par cette seule raison, pour qu'elle soit contagieuse et parasitaire. J'estime en conséquence, qu'il y a lieu de revenir sur les mesures prophylactiques en vigueur : elles sont toujours inutiles et souvent vexatoires, bien que leur rigueur ait été adoucie dans ces dernières années.

Et comme l'on ne détruit bien que ce que l'on remplace, je me propose prochainement, en collaboration avec M. Ganmerais, d'apporter à l'Académie une étude clinique étendue éclairant la nature et montrant l'origine de l'une des variétés de la pelade.

A PROPOS DU SÉRUM DE MARMOREK

Dans la séance de l'Académie de Médecine du 3 décembre dernier M. Dieulafoy rapporte les observations de 7 tuberculeux traités dans son service par M. Marmorek lui-même. Le sérum n'a pas d'action favorable sur la fièvre qu'il aggrave, ni sur l'expectoration qu'il augmente, ni sur l'évolution des lésions tuberculeuses qui se sont compliquées, quelques-unes, de lésions pleurales, ni sur la nutrition, dont le trouble s'est traduit par un amaigrissement rapide. Cinq de ces malades sur sept sont morts aujourd'hui. Les résultats expérimentaux sur des cobayes ont été tout aussi négatifs. Les animaux inoculés sont morts plus vite que les animaux témoins.

M. Monod pense que peut être le sérum de Marmorek offre une action favorable dans certaines tuberculoses chirurgicales. M. Le Dentu a observé un cas absolument négatif ; il s'agissait d'une tuberculose de l'extrémité supérieure du tibia : suite des injections, des symptômes d'arthrite du genou se déclarèrent.

M. Le Dentu du pratiquer l'amputation de la cuisse, et peu de temps après le malade succombait à la tuberculose pulmonaire. M. Hallopeau, dans son service, n'a pas retiré des résultats meilleurs. Des tuberculoses cutanées ont été rapidement aggravées grâce à l'emploi du sérum. En résumé, résultats mauvais. Les praticiens agiront sagement de ne pas soumettre leurs malades à une médication aussi dangereuse. On se demande aujourd'hui comment l'Académie a pu autoriser la lecture du travail de M. Marmorek. Une commission n'est-elle pas instituée à l'effet de vérifier la valeur des mémoires que leurs auteurs ont l'intention de communiquer à l'Académie ?

FORMULAIRE DU PRATICIEN

LES GINGIVITES

Le traitement combattra la cause pathogène (gingivite mercurielle, urémique, ucerémique, tabagique, dentaire, diabétique, etc.); il sera à la fois, dans les cas ordinaires, local et interne. A l'intérieur, on prescrira, 4 fois par jour, une cuillerée de la suivante:

Chlorate de potasse	1 gr. à 4 grammes
Sirop de framboise	30 —
Eau distillée	120 —

Une cuillerée à soupe toute les heures.

Des badigeonnages seront pratiqués sur les gencives enflammées avec un des collutoires suivants, 2 à 3 fois par jour:

Teinture de myrrhe	8 grammes
Miel rosat	8 —
Extrait de ratanhia	2 —
Eau de chaux	45 —

Us. ext.

Borax	} àà 8 grammes
Teinture de myrrhe	
Sirop de mûres	60 —

Us. ext,

Borax	6 —
Alcoolat, de rac, de fraisier	10 —
Extrait de bistorte	} àà 4 —
— — tormentille	
Glycérine	40 —
ext.	
Nitrate d'argent	1 gramme
au distillée	20 —

Us. ext.

En cas de douleurs, on usera de la cocaïne, de l'antipyrine des bromures:

Bromure de potassium.....	} ââ 2 grammes
Antipyrine.....	
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	} ââ 5 grammes
Glycérine.....	

Us. ext.

Des gargarismes seront pratiqués toutes les 2 heures avec des décoctions de pavot (20 p. 1000), de guimauve (20 p. 1000) de feuilles de coca (10 p. 1000), auxquels on ajoute 30 gr. de borate de soude, ou 20 gr. de chlorate de potasse, d'eau boriquée (40 p. 1000). La formule suivante pourra être utilisée:

Teinture de myrrhe.....	10 grammes
— d'opium comprimé.....	4 —
Miel rosat.....	30 —
Décoction d'orge.....	120 —

Us. ext.

Eau chloroformée.....	100 grammes
Eau distillée.....	200 —
Liqueur de Van Swieten.....	40 —
Teint. d'eucalyptus.....	10 —

Us. ext.

En cas de gargarismes, qu'on ne peut pratiquer, ni chez les enfants, ni chez les malades adynamiés, on usera de lavages à l'aide de tampons de coton hydrophile, imbibés d'eau boratée, d'eau de Vichy, d'eau boriquée, chloralée (10 p. 1000).

Dans la gingivite des femmes enceintes, E. Picard recommande les attouchements avec le liquide suivant:

Alcoolat, de cochléarla.....	} ââ 15 grammes
Hydrate de chloral.....	

Des auteurs ont conseillé, dans la gingivite des femmes enceintes, de légères scarifications des parties malade. C'est ouvrir de la sorte une porte d'entrée aux produits septiques contenus dans la bouche. Des gargarismes fréquents, suivis, si l'inflammation est rebelle, d'attouchements à l'acide chromique à 1

p. 10, matin et soir, modifieront favorablement la gingivite des femmes enceintes.

La cautérisation ignée sera employée contre certaines gingivites à forme fongueuse et hypertrophique.

Dans la gingivite ulcéreuse, on recourra au traitement habituel des stomatites. Outre l'emploi du chlorate de potasse à l'intérieur, on ordonnera, dans la gingivite ulcéro-membraneuse, des attouchements au bled de méthylène en solution saturée; la gingivite aphteuse sera tout de suite améliorée par les lavages au salicylate de soude (10 0/0). La gingivite mercurielle sera amendée par un attouchement iodoioduré:

Iode.....	1 grammes
Iodure de potassium.....	1 —
Eau distillée.....	2 —

LE SANMETTO DANS TOUTES LES INFLAMMATIONS DES MUQUEUSES GÉNITO-URINAIRES

C'est avec plaisir que je peux affirmer la valeur du SANMETTO. je m'en suis servi régulièrement dans ces dernières années, aussi je suis à même de me prononcer d'une manière sûre et d'affirmer que le SANMETTO peut être pris pour un médicament d'action certaine dans toutes les inflammations des muqueuses génito-urinaires. Il est également un diurétique, sur qui on peut compter.

A cette promptitude d'action le SANMETTO ajoute l'autre avantage, qu'il n'exerce d'effets secondaires fâcheux ni sur l'estomac, ni sur l'organisme en général. Dans les cas de Blennorrhagie aiguë ou chronique, le SANMETTO prévient l'érosion par les urines, il les rend inoffensives et diluées et plus encore, le SANMETTO grâce aux drogues qui le composent et qui sont éliminées par les reins transforme les urines dans une lotion fort utile et bienfaisante aux muqueuses des voies urinaires. Comme je suis spécialiste pour les maladies génito-urinaire je suis à même d'affirmer d'une façon sûre et certaine que le SANMETTO rend des bénéfices bien réels dans le traitement de ces cas.

St-Louis, Mo.

DQ- HY. J. SCHERCK.

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE SIMPLE, NON COM- PLIQUÉ, DE L'ESTOMAC.

Voici comment le professeur Hayem (*Concours médical*, 17 Octobre 1903) formule ce traitement, qui devra être appliqué dès que le diagnostic sera établi ou même soupçonné.

Le patient sera maintenu au repos, au lit, et soumis à une alimentation très légère. Commencer par un quart de verre de lait toutes les deux heures et continuer ainsi pendant les quatre premiers jours. Pour calmer la soif, administrer quotidiennement trois lavements alimentaires ainsi composés:

Eau tiède.....	200 grammes.
Poudre de peptone sèche.....	30 —
Jaunes d'œufs.....	n ^o 2.

Émulsionner et injecter dans le rectum, après avoir vidé celui-ci par un premier lavement évacuateur à la glycérine ou à l'huile de rien.

Le quatrième jour, la quantité de lait sera augmentée, soit un demi-verre toutes les deux heures. Le huitième jour, elle atteindra trois quarts de verre et un verre entier le douzième.

Puis, selon l'état des fonctions digestives, on rapprochera les prises de lait, sans dépasser un verre par heure et trois litres par journée. Si les digestions sont tardives, on donnera le lait moins souvent et plus à la fois.

Au bout d'une vingtaine de jours, lorsque le malade ne vomit pas et digère convenablement, on diminue la quantité de lait et on arrive progressivement à l'alimentation substantielle.

Voici quels sont les aliments dont on pourra permettre l'usage, par étapes successives:

Soupes au lait claires, le matin, à midi et le soir. Œufs à la coque. Bouillons, lait de poule (bouillon et jaune d'œuf). Jus de viande, crème. Viande blanche, tendre et bouillie. Légumes en purée. En dernier lieu; pain.

L'irritation gastrique sera combattue par le sous-nitrate de bismuth.

Prescrire ce médicament, qui constitue un véritable pansement de la plaie stomacale, à haute dose, et faire prendre chaque jour:

Sous-nitrate de bismuth pur. 20 grammes.

Eau..... 100 —

Agiter et absorber en une fois.

Dans les circonstances ordinaires, l'emploi de la mixture au bismuth durera dix-huit jours; y joindre les enveloppements humides, avec des compresses chaudes sur l'épigastre.

On s'adressera ensuite à la cure gastrique de l'hyperchlorhydrie, qui se réalise au moyen de l'eau de Carlsbad artificielle.

Elle se formule ainsi:

Eau..... 1.000 grammes.

Sulfate de soude..... 3 —

Bicarbonate de soude..... 2 gr. 50

Chlorure de sodium..... 1 gramme.

Le malade prendra, en trois fois, à vingt-cinq minutes d'intervalle, le premier jour 250 grammes de cette eau, chauffée au bain-marie, le second jour 300, le troisième 350, et ainsi de suite jusqu'à 500 centimètres cubes, dose quotidienne maxima. L'usage de la solution artificielle de Carlsbad sera prolongé un mois environ, mais pas au delà: l'excès en deviendrait fatigant.

Tel est le traitement type de l'ulcère simple de l'estomac. Appliqué à des lésions récentes et à des malades qui n'ont pas subi d'autre médication antérieure, son efficacité est grande. Il dure, en moyenne, soixante-dix jours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PORTNEUF

La 14^e séance de la Société Médicale de Portneuf a eu lieu le 20 décembre à Portneuf, chez M. le Dr. G. Paquin.

Malgré une température des plus défavorables, l'assistance est nombreuse. M. le Dr. Brochu, l'éminent professeur de l'Université Laval, a bien voulu laisser ses nombreuses occupations pour assister à la réunion.

Le président prend le fauteuil à 3^{1/2} h. p. m. Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Secrétaire donne ensuite communication des lettres échangées entre lui et le Régistrare du Collège des Médecins au sujet des poursuites à intenter contre les nommés Perron, de Cap Santé, et A. Chalifoux, de Lachevrotière, accusés de pratique illégale de la médecine. M. le Régistrare a voulu charger la Société de poursuivre les deux délinquants au nom du Collège des Médecins.

Tout en appréciant cet honneur, le secrétaire a cru devoir refuser au nom de la Société, les circonstances actuelles ne donnant pas à celle-ci le pouvoir d'exercer ce privilège. La position prise par le secrétaire est approuvée par tous les confrères, comme le prouve la résolution suivante qui est adoptée à l'unanimité.

Proposée par le Dr. Dolbec, secondé par le Dr. Archambault, que la Société Médicale du Comté de Portneuf constate avec regret, qu'après les faits transmis au Régistrare du Collège des Médecins, des procédures n'ont pas été prises contre le Dr. S. L. Perron et le Charlatan A. Chalifoux, et prie M. le Régistrare de prendre des procédures immédiates contre les deux délinquants.

Il est aussi résolu que le Secrétaire devra adresser une copie de cette motion à notre représentant, M. le Dr Brophy, et une autre à M. le Régistrare.

L'élection des officiers pour l'année 1904 a donné le résultat suivant :

Président honoraire : Dr. D. Brochu.
Président : Dr. Rousseau.
Vice-Président : Dr. P. Lord.
Secrétaire-Trésorier : Dr. G. Paquin.
Assistant-Secrétaire : Dr. Thos. Savary.

En proposant M. le Dr. Brochu à la position de président honoraire, le Dr. G. Paquin fait un brillant éloge de l'éminent professeur de Laval. Puis il ajoute que tout l'honneur est pour notre Société qui aura pour président honoraire le président même de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

M. le Dr. Brochu se dit très flatté des belles paroles que M. le Dr. Paquin a prononcées à son adresse et accepte avec plaisir l'honneur qu'on veut bien lui faire. Il fait ensuite un bel éloge de l'esprit de progrès et d'union qui anime tous les membres de la Société. La Société Médicale de Portneuf, bien que de fondation récente, s'est déjà affirmée par des travaux scientifiques sérieux, travaux qui ont été publiés dans le "Bulletin Médical" et lus avec plaisir et profit par les membres de la profession. Les confrères qui voudront faire des études spéciales ou préparer des travaux sur un sujet de médecine ou de chirurgie seront toujours les bienvenus quand ils s'adresseront au Bulletin pour avoir des livres, revues et journaux dont ils auront besoin. Puis il exprime l'espoir que notre Société sera avantageusement représentée au prochain congrès des Médecins de langue française qui aura lieu en 1904.

M. le Dr. Lord qui devait faire la conférence regrette que des circonstances incontrôlables l'aient empêché de préparer son travail, mais il promet qu'il sera prêt pour la prochaine séance. Accordé à cette condition.

Le Dr. Mayrand rapporte trois cas de hernie étranglée qu'il a traités avec succès par des ponctions capillaires pratiquées avec un appareil aspirateur. Ces ponctions ont été faites dans des cas où les malades ont refusé péremptoirement l'intervention

chirurgicale. Pour se rendre au désir unanime de ses confrères, le Dr. Mayrand consent à préparer un travail sur ce sujet pour la prochaine réunion.

Sur la proposition du Dr. Dolbec, secondée par le Dr. Marcotte, la prochaine réunion aura lieu le 20 mars prochain, à St-Casimir, chez le Dr. Dolbec.

A 6 heures la séance est close. Nous sommes conviés immédiatement après à un somptueux banquet gracieusement offert par M. et Madame Dr. Paquin. Comme d'habitude la gaieté la plus vive et l'amitié la plus franche n'ont cessé de régner pendant que nous faisons honneur aux mets délicats et recherchés qui nous étaient servis. L'heure du départ sonne trop tôt à notre gré, mais il faut se dire au revoir, chez notre confrère, le Dr. Dolbec, le 20 mars 1904.

THOS. SAVARY, M. D.

LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ VÉSICALE, LA CYSTITE ET L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Il y a déjà plusieurs années que j'ordonne le SANMETTO, à côté des médicaments usuels, aux malades atteints d'irritabilité vésicale, de cystite et d'hypertrophie prostatique. L'emploi du SANMETTO était suivi de meilleurs résultats que n'importe quelle autre médecine. Il va sans dire que l'usage du SANMETTO ne m'a pas empêché de faire de lavages de la vessie dans des cas spéciaux, mais je le répète, le SANMETTO, dans ces maladies, est supérieur à tous les autres médicaments.

Evansville, Ind.

Dr B. J. WEEVER.

LE PHOSPHAGON

Nous désirons attirer l'attention des lecteurs sur l'annonce de cette préparation, dans nos colonnes d'annonces.

La meilleure définition applicable à ce produit chimique précieux est l'«Aliment Naturel des Nerfs», puisqu'il abonde en principes organiques phosphorés qui se transforment rapidement en lécithine, en nucléine, en protagon, et autres composés actifs analogues au phosphore. Chaque once liquide de Phosphagon équivalent à 8 grains d'acide phosphorique anhydre en combinaisons organiques.

On obtient ces composés phosphorés en partie de tissu animal soigneusement et purifié et préparé, en partie de graines fermentées, et en partie du phosphore réduit, d'après un procédé synthétique, sous une forme qui se rapproche sensiblement de la lécithine, de la nucléine, du protagon, etc., ou qui se transforme promptement en ces substances. Vu l'effet bien connu de la teinture de noix vomique sur les fibres musculaires, nous avons ajouté 16 minimes de cette teinture à chaque once liquide de la préparation.

En principe, la formule du Phosphagon est judicieuse et rationnelle, puisqu'elle donne au système le phosphore, tel que le fournit la nature même à l'état normal, et telle que cette substance se retrouve invariablement les tissus et les liquides divers.

Les expériences complètes qu'on a faites du Phosphagon dans les cliniques d'hôpitaux et d'établissements thérapeutiques, ont pleinement démontré son mérite dans le traitement de cas où il est administré avec discernement.

THE ARLINGTON CHEMICAL COMPANY.

