

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef,
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVII

1er MAI 1908

N^o 5

MEMOIRES

ENCHONDROME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR (1)

Par le Dr T. PARIZEAU.

Professeur de pathologie externe, Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Il y a sept ans, je reçus dans mon service, une petite malade, alors âgée de quinze ans, atteinte d'une protubérance marquée de la mâchoire inférieure. Sans en avoir jamais souffert positivement, elle y avait ressenti depuis deux ans des élancements intermittents et de peu de durée.

Son entourage s'était aperçu de la présence d'une déformation locale quelque trois ou quatre ans auparavant. Mais comme l'enfant n'en souffrait pas trop, on avait négligé de consulter. L'état général de la malade, absolument parfait, justifiait jusqu'à un certain point la quiétude des parents. Un fait les frappa et contribua à nous amener la petite, c'est l'ébranlement et la chûte spontanée des deux molaires les plus voisines du gonflement.

L'état local, à ce moment, était le suivant: La tuméfaction, du volume d'un jaune d'œuf, occupait la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur, formant saillie sous la

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, 1907.

face externe de celui-ci, au point d'imprimer à la physionomie de l'enfant, un aspect tout-à-fait asymétrique. De consistance ferme partout ailleurs, l'os présentait à sa face externe, une zone, en quelque sorte assouplie, crépitante à la façon d'une lame de parchemin. Les parties molles du côté de la bouche étaient restées saines. A part un soulèvement léger, leur forme et leur nutrition s'étaient conservées à l'état normal. Du côté de la peau, il existait une certaine tension qui commençait à gêner quelque peu la circulation locale.

La région ganglionnaire correspondante était indemne.

Par la lenteur de son développement, l'absence de réaction douloureuse, et d'envahissement ganglionnaire, la longue persistance de la tumeur à demeurer enclavée dans l'os, je fis un diagnostic de tumeur bénigne du maxillaire, probablement fibrôme ou enchondrôme. Comme il est toujours ennuyeux d'héberger un hôte de ce genre, même fut-il bénin, je proposai et on accepta l'intervention.

J'attaquai la pièce par la voie extérieure, y étant forcé par le développement même du néoplasme. Incision parallèle au bord inférieur de l'os, et passant par le point culminant de la masse, dénudation de l'os, et enfin, mise à nu du noyau central. Celui-ci apparaît sous l'aspect d'une masse d'un blanc laiteux, encapsulée dans l'os lui-même. Cette masse s'énucléée difficilement. Il faut la morceler avec curette et gouge.

La cavité, une fois vidée, je procédai à la résection partielle de l'os. Cette résection consistait par le fait à raboter l'intérieur de la cavité osseuse, entraînant en grande partie, la face interne du maxillaire. La branche horizontale de cet os se trouva donc coupée d'une forte encoche, que j'espérais se voir combler par la suite. En réalité, la malade quitta le service six semaines après, conservant une fistulette externe ouverte sur une cavité très modérée, le tout ayant disparu au bout de quelques semaines.

J'avais perdu cette malade de vue, lorsqu'elle m'est revenue, fin novembre dernier, avec une asymétrie de la face, bien autrement encombrante que la première.

Interrogée sur le début de cette récidive, elle me répond que le vide de la mâchoire a commencé à se combler peu à peu dans l'année qui a suivi la première intervention. Cependant, elle

n'en eut aucune inquiétude jusqu'en ces derniers mois. Le maxillaire n'avait pas en apparence beaucoup augmenté de volume et la fonction n'en était nullement altérée. Il y a quelque six ou sept mois, l'affection prit une allure beaucoup plus rapide, et sans être pour la malade autre chose qu'une gêne et une inquiétude, la força à venir consulter de nouveau.

Le néoplasme cette fois s'était porté surtout vers la branche montante — sous la masse des masticateurs, on le sentait remonter jusqu'à l'arcade zygomatique, tandis que la moitié postérieure de la branche horizontale était envahie par le processus. L'examen par la bouche présentait encore plus d'intérêt. Il permettait de constater l'épaississement considérable de l'os, et surtout le développement exagéré de l'apophyse coronoïde.

Comme j'ai pu le constater alors et comme vous pourrez vous en rendre compte par l'examen de la pièce, l'ensemble de la branche montante avait au moins quadruplé de volume. En aucun point de la masse, on ne sentait autre chose qu'une dureté uniforme. La surface, sans être très irrégulière, ne donnait cependant pas la sensation lisse de la première manifestation.

Les parties molles, tant à l'extérieur que dans la bouche, étaient en parfait état de nutrition.

Comme à la première fois, pas trace de ganglions.

La malade n'a jamais souffert d'aucune façon.

Son apparence générale est plutôt mauvaise. Elle est maigre, le facies est d'une chlorotique. Rien à cela d'étonnant. Elle en présentait déjà la tare lors de ma première opération. Du reste, mariée depuis un an et demi, elle est mère depuis quelques mois et ne s'est pas encore remise de l'épreuve. N'y aurait-il pas aussi l'influence du néoplasme lui-même, en tant que récidive, sous forme maligne, d'une tumeur longtemps bénigne. Tout le monde sait en effet que les chondrômes simples ou mixtes, peuvent non seulement se transformer en chondro-sarcômes, mais qu'ils peuvent également récidiver sous une forme maligne.

La première manifestation était dans ce cas-ci bénigne, les signes, l'évolution, et de plus un examen histologique pratiqué dans le temps me permettent de l'affirmer. L'allure de la récidive s'étant pendant plusieurs années maintenu dans les mêmes caractères. Mais depuis quelques mois l'affection avait pris un

autre aspect. Les signes locaux ne se sont pas modifiés, il est vrai, mais le développement s'est en quelque sorte précipité. Au premier abord, cela pourrait nous donner droit de croire à une transformation maligne du chondrôme. Mais il ne faut pas oublier que certaines tumeurs bénignes peuvent, à l'occasion d'un trauma, ou même sans causes apparentes, précipiter leur accroissement, tout en conservant leur caractère bénin. Le chondrôme est une de celles-là (Poulet et Bousquet).

Dans le cas actuel, l'absence de ganglions, l'état de nutrition parfaite des parties molles en contact direct avec la tumeur, ne m'ont pas permis de croire à l'existence d'une transformation maligne.

Je me trouvais donc en présence de la récurrence d'un chondrôme insuffisamment extirpé lors d'une première intervention, malgré la générosité de celle-ci.

On s'explique la possibilité du fait, si on se rapporte aux dires de certains auteurs, entre autres, Maucclair, (Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet).

A la périphérie du noyau central, parfois assez loin de celui-ci existeraient de petits îlots, sortes de colonies qui échappant au bistouri, seraient la graine d'un réensemencement futur. Le fait est du reste bien connu des histologistes en ce qui concerne particulièrement l'épithélioma.

A ce point de vue l'examen de la pièce enlevée est assez intéressant.

La masse principale de la tumeur occupe non plus la branche horizontale, mais la branche montante. Celle-ci paraît avoir été à son tour le centre du développement de la nouvelle tumeur, donnant à penser qu'elle était déjà au moment de la première opération, envahie par quelques-uns de ces îlots dont parle Maucclair.

Restait à fixer la thérapeutique. Il ne pouvait être question d'évidement ou de résection partielle. L'étendue du mal ne me laissait que l'alternative d'une résection de la moitié du maxillaire inférieur. Je pratiquai l'opération sans éprouver de difficultés par le procédé classique. Incision sur le bord inférieur de la mâchoire, remontant en arrière le long de l'arête postérieure de la branche montante et s'incurvant en avant vers les lèvres, dissection des lambeaux et dénudation de l'os, sans ouvrir la ca-

vité buccale, trait de scie, vis-à-vis l'alvéole de la canine inférieure, enfin section de la muqueuse buccale, luxation de l'articulation temporo-maxillaire, hémostase et suture. Le drainage que je mis à l'une des extrémités de la plaie put être retiré au bout de quelques jours et la guérison complète était obtenue vers la quatrième semaine. Ce sera cette fois je l'espère la guérison définitive.

Au point de vue plastique, le sujet n'est pas trop déformé, en raison du support fourni aux parties molles par la portion antérieure mentonnière du maxillaire que la localisation de la tumeur m'a permis de conserver.

Quant à la pièce enlevée, vous pourrez constater qu'elle est constituée par du tissu osseux de nature spongieuse d'un développement exagéré. Il s'agit vraisemblablement d'une transformation ostéoïde de l'ancien chondrôme. L'examen histologique que j'ai l'intention de demander à notre ami le docteur Bernier pourra seul nous fixer à ce sujet. Jusque là, je continuerai à penser que la malignité de l'affection n'est pas en cause.

HEMORRHAGIE CEREBELLEUSE (1)

Par le Dr E. P. BENOIT

Agrégé, ...cédant de l'Hôpital Notre-Dame.

L'hémorrhagie cérébrale est une lésion assez fréquente, mais l'hémorrhagie cérébelleuse ne se rencontre pas tous les jours. C'est ce qui m'engage à vous présenter l'observation d'un cas que nous avons eu dernièrement dans le service de médecine de l'hôpital Notre-Dame.

Les symptômes présentés par le malade étaient, je crois, suffisamment classiques. Si nous avons hésité quelque peu à localiser nettement la lésion, c'est que nous l'avons observée à la période ultime de son évolution, et qu'elle déterminait alors, à côté de troubles évidemment cérébelleux, des lésions cérébrales secondaires non moins marquées, bien propres à laisser croire que le cervelet n'était pas seul intéressé. Ces lésions secondaires ont même, très vraisemblablement, déterminé la mort; elles montrent jusqu'à quel point une augmentation, même relativement légère, de la

(1) Observation présentée à la Société Médicale de Montréal, séance du 7 avril 1908.

pression intra-cranienne est dangereuse ; elles ajoutent donc à l'observation un intérêt tout particulier, et qui mérite qu'on la rapporte.

Voici d'abord les faits.

OBSERVATION.

H. B., âgé de 23 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame, le 18 février 1908, pour un mal de tête persistant avec diminution considérable de la vue.

Histoire antérieure. — C'est un jeune homme grand, fort, bien constitué, travaillant depuis deux ans pour la M. L. H. et P. Cie. L'automne dernier, au commencement de septembre, il est pris, assez brusquement, paraît-il, de mal de tête et de constipation. La douleur siégeait à la nuque, elle était quasi-insupportable. La constipation, opiniâtre, s'accompagnait de ballonnement du ventre, de météorisme, de flatulence, d'haleine fétide. Un médecin, appelé, prescrivit des purgatifs ; ils n'eurent que peu d'effet ; on dut les répéter. Le pouls battait à 90 ; la température était normale ; l'urine ne contenait ni sucre ni albumine. Les vomissements survenaient de temps à autre. Ces phénomènes persistèrent quelques jours. Un deuxième médecin pensa à une auto-intoxication d'origine intestinale, et on ajouta aux purgatifs des antiseptiques intestinaux. Puis le malade fut perdu de vue.

Deux mois s'écoulèrent sans amélioration marquée. Vers la mi-novembre, de légères convulsions s'ajoutèrent au mal de tête, à la constipation et aux vomissements. Un troisième médecin, consulté, diagnostiqua une méningite chronique. Les divers médecins qui le soignèrent conseillaient au malade d'entrer à l'hôpital. Mais la famille redoutait l'hôpital, et l'on attendit jusqu'au 18 février 1908.

Antécédents personnels — Le malade niait faire usage de boissons ; mais le premier médecin qui le soigna sait, par des renseignements obtenus des compagnons de travail du jeune homme, que le malade prenait régulièrement au moins cinq à six verres par jour d'alcool. Il était aussi un grand fumeur de cigarettes. Pas de syphilis. Aucune maladie antérieure.

Histoire de famille. — Le père est mort subitement, assez jeune. La mère, les frères et sœurs sont bien portants.

Examen du malade. — Le malade accuse une douleur marquée à la région occipitale ; cette douleur est persistante ; elle offre par moments des crises d'exacerbation. La sensibilité générale est intacte, bien que les réflexes rotuliens soient abolis. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accomodation.

L'appareil locomoteur n'est pas affecté anatoniquement ; pas de paralysie, pas d'atrophie musculaire. Mais le malade, debout, les yeux fermés, maintient difficilement son équilibre ; lorsqu'il veut marcher, il titube comme un homme ivre ; on est obligé de le soutenir à droite, de le guider ; le corps, pendant la marche, est un peu penché en arrière, semble suivre difficilement. De plus, le malade tatonne, mal guidé par sa mauvaise vue.

L'intelligence est intacte, la mémoire suffisamment conservée ; le malade peut lire les gros caractères ; il écrit difficilement, n'y voyant pas beaucoup ; il parle sans difficulté.

La figure est pâle ; la température est à 102° F. ; le pouls est lent, assez volumineux, mais dépressible, et quelque peu irrégulier.

L'examen du thorax, celui de l'abdomen, l'analyse de l'urine ne révèlent rien d'anormal.

L'examen du fond de l'œil est fait le 19 février par les Drs Foucher et Fleury. On y trouve des lésions marquées : névrite optique par étranglement, œdème papillaire, foyers hémorragiques anciens. Ces lésions indiquent un œdème cérébral intense.

Le 20 février au matin, le malade, qui n'a pas vomi depuis son entrée, a de légers mouvements convulsifs aux membres supérieurs. Nous pratiquons dans la matinée la ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien sort d'abord en jet ; puis, l'écoulement, facile et abondant, donne une pleine éprouvette, environ 30 c.c. d'un liquide absolument normal. L'examen cytologique est négatif.

Nous portons le diagnostic de tumeur de la base du cerveau ou du cervelet.

Marche de la maladie. — Dans la nuit du 20 au 21 février, le mal de tête augmente d'intensité et arrache des cris au malade ; on lui donne des calmants. Le matin du 21, à la visite, on constate que la souffrance est très grande ; le malade se lamente, est agité, grince des dents ; on lui donne une injection de morphine qui paraît le calmer un peu. Vers onze heures, il se cyanose brusquement, perd connaissance et meurt en quelques instants.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée le lendemain, permet de constater les lésions suivantes :

Le cerveau, sectionné horizontalement dans la boîte crânienne, est atteint d'une hydropisie considérable : les ventricules sont énormément dilatés, les circonvolutions sont aplaties sur les parois osseuses du crâne. Les veines de la périphérie sont très congestionnées. Aucune lésion de l'écorce, des centres gris ou de la substance blanche, sauf l'œdème.

Au cervelet, on trouve, à la partie postérieure du lobe droit, une masse gélatiniforme qui pénètre assez profondément dans le lobe et renferme au centre un noyau plus dur ressemblant, une fois ouvert, à un caillot sanguin altéré.

Aucune lésion apparente du chiasma, des nerfs optiques, ou de la base du cerveau autre que la lésion cérébelleuse.

Le cœur est intact, ainsi que le tube digestif et le foie.

Les poulmons et les reins sont congestionnés, mais n'offrent aucune trace de lésions inflammatoire.

Examen histologique de la lésion cérébelleuse — “ Le réticulum fibrillaire, qui n'est ici que de la fibrine coagulée, est plutôt disposé en faisceaux plus ou moins gros, circonscrivant des espaces remplis des éléments figurés du sang (globules rouges et globules blancs). Quelques-uns de ces espaces sont très grands et nous représentent de véritables lacs de sang.

“ Au niveau des faisceaux de fibrine qui emprisonnent ainsi les globules, on voit peu de cellules, si ce n'est quelques-unes allongées, dentelées avec prolongements, plutôt plates, avec un seul noyau sphérique, type épithélioïde, représentant bien les cellules conjonctives jeunes mises en évidence ici par la coloration hématoxyline alinée.

“ De nombreux vaisseaux néo-formés parcourent la tumeur.

“ Il est donc évident, d'après l'examen histologique, que nous avons affaire :

1° A un véritable caillot sanguin, et à rien autre chose ;

“ 2° Que ce caillot était en voie d'organisation conjonctive ;

“ 3° Que l'hémorragie et par conséquent la coagulation se sont produites lentement ;

“ 4° Qu'il n'y a pas de traces qu'il s'est produit plusieurs hé-

morrhagies successives, puisque toute la masse était absolument homogène ;

“ 5° Que si la mort n'était venue interrompre la marche d'organisation du caillot, celui-ci, devenu fibreux, se serait rétracté, aurait oblitéré les vaisseaux, et la compression aurait cessé. — G. W. Derome. ”

Nous avons donc affaire à une hémorrhagie de l'artère cérébelleuse intéressant l'hémisphère droit du cervelet. Si l'on songe que cette hémorrhagie est survenue chez un jeune homme de vingt-trois ans, alcoolique il est vrai, mais n'offrant aucune dégénérescence des vaisseaux périphériques, dont les organes thoraciques et abdominaux étaient sains, on a lieu d'être surpris qu'une lésion aussi grave des centres nerveux puisse apparaître brusquement, à un moment donné, sans cause déterminante appréciable. Il y a là évidemment un détail qui nous échappe, que nous n'avons pu relever dans l'histoire antérieure du malade. L'hémorrhagie a dû être provoquée par une congestion intense. Il eut été intéressant d'en connaître la cause directe.

Quant aux symptômes présentés par le malade, ils sont significatifs. Le mal de tête, les vomissements, la constipation sont des symptômes cérébraux. Lorsqu'ils existaient seuls, au début, il était assez difficile de mettre le cervelet en cause. Les troubles de la vue, lorsqu'ils apparurent, devaient attirer l'attention du côté de la base. Mais lorsque survint la titubation ou démarche ébrieuse, accompagnée d'un certain degré d'asynergie musculaire, le doute n'était plus permis ; il fallait bien admettre au moins la participation du cervelet au processus inflammatoire.

Le cervelet est avant tout un organe d'équilibre ; c'est lui qui préside à l'association des actions musculaires, qui est la corollaire de la tonicité musculaire, et joue dans la marche un rôle de premier ordre. Le malade atteint d'une affection du cervelet se maintient difficilement debout et marche comme un homme ivre. Il associe mal ses mouvements, festonne en marchant, suit une ligne brisée menacée à tout instant de perdre l'équilibre ; ainsi que le fait remarquer Babinski, le corps ne suit pas la propulsion des jambes et traîne en arrière. Ceci donne à la démarche du cérébelleux un aspect bien spécial, et qui existait dans le cas présent.

Mais il y avait, en outre, des lésions marquées, et anciennes déjà, du fond de l'œil. Ces lésions relevaient d'un œdème cérébral intense, déterminé par l'augmentation de la pression intra-ventriculaire. Cette augmentation de pression venait-elle uniquement du cervelet ? C'était là le point difficile, qui ne fut éclairci qu'à l'autopsie.

La cause déterminante des lésions papillaires fut évidemment l'œdème intense, la véritable hydropisie constatée au cerveau. Cette infiltration œdémateuse de la substance cérébrale, qui eut pour conséquence directe l'augmentation du liquide ventriculaire, résultait de la gêne apportée à la circulation veineuse. On connaît le mode particulier de la circulation encéphalique. La circulation veineuse est essentiellement méningée, périphérique, et se fait surtout par les sinus. Chaque pulsation systolique du cerveau (1) facilite, par compression sur la boîte crânienne, le retour du sang veineux, retour favorisé secondairement, d'après les physiologistes, (2) par l'aspiration que créent les mouvements respiratoires et le refoulement du liquide céphalo-rachidien vers le rachis. Mais la boîte crânienne est inextensible ; elle s'est de plus, pendant la croissance, adaptée à son contenu. La moindre pression intracrânienne, celle exercée, par exemple, par le développement d'une tumeur, aura donc pour effet immédiat de gêner les pulsations cérébrales, et par conséquent la circulation veineuse. Cette pression sera d'autant plus facile, plus intense, qu'elle siègera plus près de la base du cerveau. Une tumeur du cervelet déterminera donc plus rapidement de l'amaurose, de l'amblyopie, de la névrite optique même, qu'une tumeur localisée à la périphérie, par exemple à la région pariétale. L'œdème intense du cerveau, les lésions du fond de l'œil s'expliquent donc ici très bien par la gêne de la circulation.

En y réfléchissant bien, nous avons donc eu tort d'hésiter à localiser la lésion dont souffrait le malade au cervelet seul, d'autant plus que deux symptômes cérébelleux, la démarche ébriuse et l'asynergie musculaire, nous permettaient d'accuser directement cet organe, et que la céphalalgie siégeait nettement à la région occipitale. Mais nous ne pouvions pas, avant l'autopsie, nous expli-

(1) Chez l'enfant, les pulsations cérébrales se constatent bien aux fontanelles, et chez l'adulte lorsque le chirurgien trépane le crâne.

(2) Morat et Doyon. — Traité de physiologie, tome III, 5e partie, chap. II (circulation cérébrale et oculaire) 1899.

quer que les lésions du fond de l'œil pussent exister sans une lésion inflammatoire de la base du cerveau.

Il est également intéressant de constater qu'un foyer hémorragique peut, par organisation fibrineuse ou dégénérescence kystique, jouer le rôle d'une tumeur. Il est permis de penser que les symptômes nettement cérébelleux, et surtout l'œdème cérébral avec toutes ses conséquences, sont apparus tardivement chez notre malade. Du moins, le médecin qui a vu le sujet au début de sa maladie n'a observé que des symptômes méningitiques ; il ne nous parle pas, dans sa lettre, de démarche spéciale ou de troubles de la vue, symptômes qui auraient certainement attiré son attention. Il est possible aussi que, n'étant pas au début très marqués, ils aient passé inaperçus.

Nous pouvons donc, je crois, tirer de cette observation les trois conclusions suivantes, en faisant cependant quelques réserves quant à la deuxième :

1° L'hémorrhagie cérébelleuse, lorsqu'elle est lente, s'installe sans ictus au cerveau, sans apoplexie ;

2° Elle ne donne au début, dans certains cas, que des symptômes assez vagues, faisant penser plutôt à la méningite ;

3° Le foyer hémorragique peut s'organiser lentement, augmenter la pression intra-crânienne et déterminer l'œdème cérébral à la manière d'une tumeur.

UN CAS D'ENTERO-ANASTOMOSE (1)

Par le Dr. Z. RHÉAUME.

Assistant chirurgien à l'Hôtel-Dieu, chirurgien à l'Hôpital Ste-Justine.

C'est au nom du docteur Merrill et en mon nom personnel que je présente le cas suivant, que nous avons opéré et traité en commun.

Nous aurions voulu vous exposer l'histoire de notre intéressant malade sous une forme nouvelle, rafraîchie ; mais après tout, nous sommes toujours forcés de revenir au *vieux cliché*, le plus rationnel, si monotone qu'il soit.

Done, le 21 octobre 1907, nous sommes appelés d'urgence au-

(1) Communication à la Société Médicale, séance du 7 avril 1908.

près d'un monsieur, âgé de 63 ans, porteur d'une hernie inguinale étranglée depuis déjà quatre jours.

Le dossier du malade est excellent ; n'ayant jamais été malade antérieurement, il ne connaît pas ce que c'est que le goût de l'alcool ; célibataire, il vit en ermite dans la réclusion et la prière.

Le patient nous déclare qu'il est hernié depuis l'âge de 15 ans, alors qu'il était écolier et que ses maîtres conseillaient aux élèves, d'une façon doctrinale, de faire des efforts désespérés quand ils allaient au cabinet de toilette.

Dès qu'il s'aperçut que sa hernie était étranglée et que l'intestin ne pouvait plus réintégrer son domicile comme il en avait l'habitude, il cessa de prendre tout aliment ; c'est ce qui explique pourquoi notre malade n'eût pas de vomissements pendant les quatre jours qu'il fut en état d'étranglement. L'estomac et la portion de l'intestin situé au-dessus de l'obstruction étant parfaitement libres ne pouvaient rendre absolument rien, et on attendait probablement qu'il y eut des vomissements fécaloïdes pour diriger le patient à l'hôpital. Cependant il n'y eut aucune émission de gaz par le rectum, durant ces quatre jours.

A l'examen du malade sur la table d'opération on constate qu'il s'agit d'une énorme hernie scrotale.

Une large incision, depuis le canal inguinal jusqu'à la partie déclive du scrotum, laisse écouler une bonne quantité de liquide séro-sanguinolent. Puis en faisant de légères manipulations pour repérer l'anneau inguinal, l'intestin gangréné s'ouvrit spontanément et une partie de son contenu coula dans la plaie. L'intestin est vite refermée à l'aide d'une large pince, la plaie soigneusement lavée, puis l'incision largement prolongée en haut. On constate alors que la hernie contient une anse d'intestin grêle, avec une grande partie de l'épiploon, et que ces éléments ainsi que le cordon spermatique et le testicule, sont tous gangrénés.

Nous entreprenons alors la résection de toutes les parties gangrénées. Le cordon spermatique est sectionné aussi haut que possible et réséqué avec le testicule, l'épiploon est réséqué et son pédicule fixé à la lèvre supérieure de l'incision ; le mésentère qui correspond à l'intestin gangréné est aussi réséqué, puis l'opération est complétée par une *entérectomie* faite en dehors des limites de l'intestin gangréné. Cette entérectomie porte sur 50 centimètres d'intestin grêle.

Il ne nous restait plus pour compléter l'intervention qu'à pratiquer l'entérorraphie termino-terminale, lorsqu'on nous apprend qu'il n'y a pas à l'hôpital de soie fine stérilisée.

Pour gagner un temps excessivement précieux, pendant qu'on nous stérilise des soies, nous pratiquons un premier plan de sutures avec des soies à pédicule. Ce premier étage de sutures est fait à points séparés et comprend toute l'épaisseur de l'intestin, depuis la muqueuse jusqu'à la séreuse. Un deuxième étage de sutures séro-séreuses, à points séparés, est pratiqué avec de la soie fine, puis l'entérorraphie est complétée par un fin surjet séro-séreux.

L'incision est maintenue largement ouverte et paquetée de gaze.

Les suites opératoires ont été d'un merveilleux inattendu ! Soutenu par du sérum artificiel et du cognac, notre opéré a eu quelques vomissements les deux jours qui suivirent son opération.

Emission de gaz au bout de 48 heures, puis une selle spontanée, sans provocation, dès le troisième jour.

Neuf jours après l'opération, notre malade commençait à s'alimenter et les intestins continuaient à bien fonctionner.

La plaie, que nous avons pansée nous-mêmes et plusieurs fois par jour, au début, suppura abondamment ; mais elle se mit à granuler, petit à petit, et 49 jours après l'opération notre malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Pour plusieurs raisons nous avons cru intéressant de soumettre le cas précédent à votre attention.

D'abord cette observation prouve, une fois de plus, qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des vomissements pour être en état d'occlusion et même de gangrène intestinale, que ces symptômes font quelquefois défaut, et que l'on ne doit pas attendre pour suggérer l'intervention chirurgicale.

Le procédé atypique d'entérorraphie, que nous avons employé d'urgence, prouve aussi que l'on peut très bien, dans des cas d'exception, faire des sutures de l'intestin avec des ligatures de calibre relativement gros ; mais nous ne reconcerons pas pour cela à la technique classique.

Loin de nous l'intention intime de nous attribuer une certaine gloriole pour un succès qui est commun à tous les chirurgiens d'expérience et bien outillés. En effet la statistique d'avant l'in-

roduction de l'antisepsie (époque pré-historique de la chirurgie), qui atteignait le chiffre colossal de 75 à 80% de mortalité, s'est considérablement modifiée de nos jours, au point de descendre à 40 et 35% et même de 17% entre certaines mains.

Mais nous voudrions pouvoir atteindre, de cette tribune, tous les praticiens qui, instruits et guidés par des vulgarisateurs de la chirurgie, sont sous l'impression que, de toutes les opérations d'urgence, celle qu'ils peuvent pratiquer le plus facilement, est la kélotomie pour l'étranglement herniaire.

Rien de plus facile, il ne s'agit que de débrider l'anneau et de réduire l'intestin !

Nous voudrions leur faire comprendre, à ces médecins, que le traitement de la hernie étranglée, si simple en de rares circonstances, devient dans la plupart des cas une des opérations chirurgicales les plus délicates ; que ce traitement, qui nécessite souvent une entérectomie, demande un grand entraînement chirurgical, un outillage spécial et une asepsie parfaite : autant de conditions qu'il est impossible de remplir à domicile ou à la campagne.

Nous nous élevons énergiquement aussi contre une pratique aveugle et trop généralisée : nous voulons parler de ce *taxis* brutal et souvent meurtrier. Cette méthode expose à perdre un temps précieux ; elle expose à faire de fausses réductions, à faire une réduction en masse, à réduire un intestin altéré, gangréné ; enfin les manœuvres elles-mêmes peuvent altérer l'intestin ou le perforer.

Quand l'abstention des manœuvres de taxis sera générale et que l'intervention deviendra précoce pour le traitement de la hernie étranglée, on préviendra la gangrène de l'intestin, on préviendra une opération grave comme celle de l'entérectomie, et, du même coup, on diminuera immédiatement, et de beaucoup le chiffre de la mortalité dans cette affection.

REVUE GENERALE

L'INFECTION PUERPÉRALE (1)

1° ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'infection puerpérale est l'infection à porte d'entrée génitale, survenant chez une nouvelle accouchée. La surface utérine, mise à nu par le décollement de l'œuf, constitue une vaste plaie ouverte à l'infection.

C'est Pasteur qui a démontré le premier la nature microbienne de l'infection puerpérale, et signalé la présence du streptocoque dans les produits de l'infection. Doleris décrit ensuite dans sa thèse une très grande variété de microbes comme agents pathogènes. Arloing et Chauveau revinrent au streptocoque, dont Widal démontra l'extrême fréquence et la virulence variable, pouvant produire les différentes modalités cliniques de l'infection puerpérale. On a reconnu qu'exceptionnellement d'autres microbes aérobies, surtout staphylocoques et coli-bacilles, pouvaient, seuls ou associés, être retrouvés dans les infections puerpérales. C'est encore exceptionnellement qu'on a signalé dans ces infections la présence de microbes anaérobies.

Depuis l'application de l'antisepsie aux accouchements, la physiologie de l'infection puerpérale s'est modifiée, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique.

Il est très rare aujourd'hui de rencontrer, à l'autopsie d'une femme morte d'infection puerpérale, la péritonite purulente, avec un utérus infiltré de pus et les gros vaisseaux lymphatiques purulents que décrivaient jadis tous les auteurs. Les suppurations à distance du péricarde ou de la plèvre, du tissu cellulaire sont aussi devenues très rares.

Les lésions macroscopiques se bornent à des phénomènes irritatifs et congestifs, accompagnés ou non de la production d'exsudats dans les séreuses ; dans la très grande majorité des cas, ce n'est que par l'examen bactériologique qu'on rencontre l'agent de l'infection, le streptocoque, répandu partout.

L'infection puerpérale peut donner lieu à des *accidents immé-*

(1) D'après Wallich dans son beau livre, 1907, "Eléments d'obstétrique" chez Steinheil, éditeur à Paris, 2, rue Casimir Delavigne.

diats, c'est l'infection puerpérale proprement dite, ou à des *accidents tardifs*, se manifestant par des suppurations ou des phlébites.

2° SIGNES ET DIAGNOSTIC.

Symptômes. — On n'observe plus que très exceptionnellement les accidents autrefois si fréquents de la péritonite puerpérale. L'infection actuelle ne se révèle dans la plupart des cas que par l'élévation de la température et la fréquence du pouls.

C'est généralement le soir du troisième jour après l'accouchement, mais aussi quelquefois plus tôt que les premiers symptômes font leur apparition.

Un frisson plus ou moins violent, parfois très léger, ouvre la scène. La femme éprouve du malaise, de l'inappétence, de la céphalalgie, la langue est blanche et chargée. Le thermomètre monte à 38°, 38.5°, 39° ou plus haut. Le pouls bat aux environs de 100 pulsations à la minute ou au-dessus. On note ordinairement des phénomènes locaux : le ventre est plus ou moins sensible, les lochies dégagent une odeur fétide, mais d'autres fois au contraire, elles ne présentent aucune odeur.

Le lendemain, les phénomènes s'accroissent ou s'atténuent, suivant les circonstances. Il y a toujours une rémission matinale ; mais celle-ci est toujours plus marquée du côté de la température que du côté du pouls. Ce dernier conserve parfois sa fréquence, alors que la température est redevenue normale. Cette accélération du pouls est un symptôme capital et constant de l'infection puerpérale, même dans ses formes les plus légères.

Depuis longtemps, on avait cru devoir noter chez les femmes infectées une sorte d'arrêt dans la régression de l'utérus. Il était d'usage autrefois dans les maternités d'apprécier quotidiennement les étapes de cette régression, bien qu'il soit très difficile de juger, au moyen du palper, si un utérus accomplit plus ou moins bien son involution.

Budin recommande d'explorer la tonicité de l'utérus, en pratiquant le toucher et en cherchant à pénétrer dans l'orifice du col ; celui-ci serait mou et dépourvu de toute tonicité en cas d'infection. Cette exploration non seulement ne renseigne pas d'une façon aussi précise qu'elle le prétend, mais elle présente certains dangers ; on peut reprocher au toucher vaginal de raviver les excoria-

tions de cette région et de provoquer ainsi sans grand profit des réinoculations.

Diagnostic. — On ne doit pas mettre sur le compte de l'infection puerpérale, comme on a trop de tendance à le faire, toutes les affections qui peuvent se montrer chez une nouvelle accouchée. Réciproquement, il convient de ne pas attribuer à une autre affection les manifestations de l'infection puerpérale.

On doit, chez une nouvelle accouchée qui présente une élévation de la température et de la fréquence du pouls, rechercher si cet état fébrile n'existait pas antérieurement à l'accouchement et si la femme n'avait pas déjà une *infection grippale*.

Le diagnostic de l'infection puerpérale avec la *fièvre typhoïde* est souvent fort difficile, dans ces cas on a recours au séro-diagnostic.

La *constipation* peut s'accompagner les mouvements fébriles, avec de la sensibilité du ventre ; mais celle-ci est diffuse, non localisée aux parties inférieures. En cas de doute, la question peut être jugée par l'administration d'un purgatif.

Les *infections mammaires* donnent lieu à des phénomènes fébriles, mais elles s'accompagnent toujours de sensibilité du mamelon et de la glande. Dans la lymphangite mammaire, la courbe de la température est caractéristique, elle présente une élévation en pointe, "en clocher", suivie de retour à la normale.

Il faut aussi faire le diagnostic de l'infection avec un certain nombre de maladies chirurgicales, récemment encore confondus dans le groupe des péritonites, comme l'*appendicite*, la *cholécystite*, la *pyélonéphrite*, les *torsions de kyste ou de salpingite*, etc.

Le diagnostic de la cause est très difficile à établir. L'infection est-elle venue du dehors, apportée par les mains ou les instruments ? *hétéro-infection*, suivant l'expression usitée, — ou préexistait-elle dans les organes de la femme, dans le vagin, dans les trompes : s'agit-il d'*auto-infection* ? Le plus souvent ces questions restent sans réponse. Le diagnostic bactériologique ne peut être établi d'une façon pratique, il n'est, dans la très grande majorité des cas, qu'une constatation d'autopsie.

3° MOYENS DE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

Les moyens de traitement sont : l'injection vaginale et intra-utérine, le curettage, le traitement médical, le traitement chirurgical.

Injection vaginal et intra-utérine — *L'injection vaginale* mérite d'être employée, dans la mesure du possible, au cours des suites de couches, bien qu'on puisse sans grand inconvénient s'en dispenser, sauf dans les cas de fécondité des lochies.

L'injection intra-utérine est un bon procédé de traitement, qu'on doit bien savoir mettre en œuvre.

Technique de l'injection intra-utérine. — *L'injection* doit être faite à l'aide d'une canule intra-utérine. Il en existe plusieurs modèles, dont la longueur est en rapport avec les dimensions de la cavité utérine. Telles sont les sondes de Tarnier, de Doléris, de Budm. La sonde de Tarnier est la plus simple. C'est une sonde plate, en verre ou en métal, d'un nettoyage facile.

Le liquide de l'injection sera composé d'un antiseptique actif à dose très soigneusement mesurée : le sublimé a été abandonné à cause de ses dangers dans l'injection intra-utérine. Le biiodure de mercure à 1/8000 demande à être manié avec la plus grande prudence, il est préférable de se servir de solution de permanganate de potasse à 0,25 pour mille, ou d'aniodol à 1/4000.

L'introduction de la sonde n'est pas facile, et exige, pour être bien faite, une certaine expérience de cette intervention. Deux doigts de la main gauche sont introduits dans le vagin, puis dans l'orifice du col, aussi haut que possible, afin d'arriver à sentir la partie contractée de l'utérus. Ce n'est que, quand l'extrémité d'un doigt a pénétré dans cette partie contractée qu'on peut y conduire la sonde, dans laquelle l'écoulement du liquide a été préalablement amorcé et l'air soigneusement chassé. Il faut alors que la sonde pénètre, poussée avec la plus grande douceur, comme aspirée, pendant, qu'on abaisse son pavillon en déprimant le plus possible la fourchette. Ce mouvement d'abaissement de la sonde est nécessité par la différence qu'il y a entre la direction de la cavité utérine et celle du vagin.

On élève alors le bock à 0,25 centimètres au maximum, au-dessus du plan du lit, afin que le liquide s'écoule sous une très faible pression.

Il peut se produire, au cours de l'injection intra-utérine, des accidents plus ou moins inquiétants. Brusquement la femme se plaint de malaise, d'oppression, de sensation, de froid, ou elle

perd connaissance. D'autres fois, on voit se produire des mouvements convulsifs, on cite même des cas de mort. Que se passe-t-il dans ces circonstances ? On a invoqué l'intoxication, la pénétration de l'air dans les sinus utérins, l'inhibition nerveuse ; on connaît enfin des exemples de perforation utérine avec la sonde.

Pour éviter ces accidents, il ne faut jamais faire d'injection avec trop de pression ; on doit veiller à ce que le lock soit tenu bas ; de plus il convient de se servir de solution non toxique aux titres indiqués plus haut ; enfin, l'introduction de la sonde doit être pratiquée avec la plus grande douceur.

Irrigation continue, préconisée par Sneguireff, Pinard et Varnier, n'est autre chose qu'une injection intra-utérine, prolongée pendant des heures et des jours. Elle ne peut être faite qu'avec une solution antiseptique très faible (eau phéniquée à 1/300 ou à 1/600 eau n. : l'olé à 0,5/1000), on même avec de l'eau bouillie. Sous l'influence de cette irrigation, la température s'abaisse et l'on peut voir les phénomènes infectieux s'atténuer. Néanmoins, ce moyen de traitement est peu entré dans la pratique. Il ne trouve à l'heure actuelle son application que dans les grandes infections à début précoce avec le troisième jour des suites de couches.

Le curettage. — Pour pratiquer un curettage, on doit avoir à sa disposition un certain nombre d'instruments : une sonde vésicale, un rasoir, une pince de Museux, une sonde intra-utérine, deux pinces à pansements vaginaux, une pince à mors lisse pour pansements intra-utérins, une grande curette. Le modèle, que j'ai fait construire a une tige de 28 centimètres, prolongée par un manche. L'extrémité de cette curette est large, arrondie et mousse. Il est bon de disposer d'une seconde curette, montée sur une tige aussi longue, mais dont l'extrémité, moins large que celle de la curette précédente, est un peu plus coudée et un peu plus tranchante ; elle est destinée à curetter les angles de l'utérus ; cette curette pénètre aussi plus facilement dans l'utérus avant terme.

Manuel opératoire. — L'opération peut très bien être pratiquée sans anesthésie. La femme est mise en travers de son lit, les pieds reposant sur deux chaises. On rase les poils de la région vulvaire, en laissant ceux du pubis, qu'il est inutile d'enlever. On fait uriner la femme, puis, après toilette vulvaire, on donne

une injection vaginale. Deux doigts de la main gauche vont à la recherche de la lèvre antérieure du col, on la saisit avec une pince de Museux à double mors. On attire le col lentement, doucement vers l'orifice vulvaire, et on confie la pince à un aide. Celui-ci devra maintenir le col descendu, en tirant la pince vers l'opérateur, sans l'appliquer contre le pubis ou le clitoris, afin de ne pas écraser ces parties très sensibles. Les doigts de la main gauche dépriment la fourchette et indiquent l'orifice du col, ils dispensent parfaitement de l'emploi d'une valve ou du spéculum. On introduit alors la sonde intra-utérine, et l'on fait un lavage antiseptique de la cavité.

On fait dès lors curetter. On introduit lentement, en la poussant à peine, la grande curette, et on la conduit jusqu'au fond de l'utérus, de façon à bien reconnaître l'étendue de la cavité. On commence alors à râcler de haut en bas, méthodiquement, d'abord la face antérieure, puis la face postérieure, ensuite le fond, les bords, pour terminer par les angles que l'on peut curetter avec la petite curette. La curette, maniée avec douceur, doit agir avec fermeté en grattant, et l'on peut sans danger appuyer assez pour percevoir le *cri utérin*, c'est-à-dire le bruit fait par la curette raclant la paroi utérine.

Le râclage terminé on pratique un nouveau lavage pour enlever les débris.

Il reste à faire le pansement. A l'aide d'une pince à pansement, portant un morceau de ouate enroulé et imbibé d'une solution forte d'acide phénique à 5%, on touche la surface utérine, puis on place dans l'utérus une mèche de gaze iodoformée. Cette mèche devra être enlevée le lendemain ; on pratiquera ensuite une simple injection vaginale.

Suites du curettage. — Il est fréquent de voir se produire, dans les heures qui suivent le curettage, un frisson quelquefois très violent avec élévation de température. Puis, on peut observer, en ce qui concerne la fièvre, soit une chute brusque et définitive, soit une chute progressive, soit des réascensions.

Traitement médical. — Le traitement médical comprend tous les moyens employés pour soutenir l'organisme, et lui permettre de résister à l'infection.

Sérothérapie — Le traitement sérothérapique peut être fait,

soit à l'aide de sérum salé, soit avec du sérum antistreptococcique.

Le sérum salé a été administré en injection sous-cutanée chez les infectées, dans l'espoir d'augmenter la résistance de l'organisme, à la dose de 250 à 500 grammes, ou plus.

Le sérum antistreptococcique proposé par Marmorek en 1895, a depuis cette époque subi certaines modifications. Le sérum livré à l'heure actuelle par l'Institut Pasteur s'administre à doses assez élevées, 80 centimètres cubes par jour, en injections sous-cutanées dans la fesse, 40 centimètres cubes le matin et autant le soir, pendant trois jours consécutifs. C'est la cure sérothérapique adoptée à la Clinique Baudelocque.

Au point de vue prophylactique, chez les femmes soupçonnées d'infection, on administre dans le même service 40 centimètres cubes de sérum. Ces injections sont faites chez les femmes ayant, soit de la fièvre au moment de leur accouchement, soit les membranes rompues prématurément, ou enfin un enfant mort retenu dans la cavité utérine.

Régime alimentaire. — Il faut prescrire le lait, qui doit former la base de l'alimentation à cause de ses qualités à la fois nutritives et diurétiques.

On doit dans la mesure du possible administrer des boissons abondantes, afin de favoriser la diurèse. On peut prescrire aussi de l'alcool, sous forme de vin, des grogs, mais à doses modérées.

Médicaments. — Parmi les substances médicamenteuses, la quinine était autrefois toujours ordonnée ; on prescrivait aussi des onctions mercurielles sur l'abdomen, jusqu'à l'intoxication. Ce traitement est à peu près abandonné. Le collargol a été recommandé dans ces dernières années sous forme de frictions ou d'injections intra-veineuses.

Il est essentiel d'assurer l'évacuation de l'intestin, et même d'administrer au début des accidents un purgatif.

Traitement chirurgical. — On a proposé dans l'infection puerpérale de recourir à la laparotomie, suivie de lavage et de drainage de la cavité péritonéale.

L'hystérectomie a été tentée, afin d'enlever de l'organisme le foyer infectueux. L'hystérectomie, pratiquée dans ces circonstances, a été l'hystérectomie totale plutôt que la subtotal. Les résultats de ce traitement chirurgical seront discutés plus loin au cours du présent chapitre.

Tels sont les différents moyens de traitement proposés contre l'infection puerpérale, il reste à discuter leurs différents indications.

4° INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

En présence d'une femme atteinte d'infection puerpérale, quelle conduite tenir ?

Traitement local. — *L'injection intra-utérine*, pratiquée à la première alerte, peut souvent mettre fin aux accidents. Mais, si après une seconde injection la température et le pouls ne subissent pas de modifications, il y a lieu de faire autre chose. Si on est arrivé au soir du troisième ou du quatrième jour après l'accouchement, si l'on croit que la délivrance n'a pas été complète, c'est le moment de faire *un curettage* de l'utérus.

Pinard, à l'heure actuelle, ne conseille le curettage que si la rétention de débris de l'œuf se signale par des lochies épaisses et fétides ; il prescrit le curettage dans tous les cas où les lochies sont sanglantes et non odorantes.

L'injection intra-utérine trouve ses indications dans les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement. Quant au curettage, il ne doit pas être trop précoce, sous peine d'avoir à pratiquer cette opération d'une façon par trop fréquente (1).

Le moment de choix pour cette intervention peut être fixé du troisième au cinquième jour. Passé ce délai, il faut renoncer à la thérapeutique intra-utérine, car l'infection a alors dépassé les limites de l'utérus ; elle est répandue dans toute l'économie, elle se trouve hors d'atteinte.

Il est commun, dans la pratique, de voir faire des injections intra-utérines au-delà même de la première semaine, et de voir recourir au curettage dans la deuxième semaine ou même plus tard. Ces interventions répétées ont un résultat certain, c'est d'entraîner à la suite de chacune d'elles des réinoculations, soit au niveau des excoriations vaginales, soit dans la cavité de l'utérus. On arrive ainsi à entretenir véritablement des états infectieux, que

(1) Nous avons, Pinard et moi, relaté l'observation d'un cas de mort subite, survenue quelques heures après un curettage précoce, pratiqué à la suite d'un avortement.

l'on voit cesser presque brusquement, dès que l'on suspend cette thérapeutique intempestive.

Le traitement chirurgical, quoi qu'on ait dit, n'a pas donné jusqu'ici de résultats encourageants. L'examen attentif des éléments qui composent les statistiques, démontre seulement ce fait qu'un certain nombre de femmes ont vraisemblablement succombé à la suite de ces interventions. D'autre part il n'est nullement prouvé que la plupart des cas enregistrés comme succès, n'auraient pas guéri sans ces interventions.

Les laparotomies avec drainage, proposées contre la péritonite purulente généralisé, constituent des interventions graves, entreprises chez les femmes épuisées. De plus, dans ces cas il n'est pas sans difficulté de poser le diagnostic précis de péritonite *généralisée* ; or l'on sait qu'en cas de péritonite localisée, l'intervention aurait pour résultat très probable la généralisation de la péritonite et l'aggravation du pronostic.

Quant aux ablations de l'utérus, elles sont, en somme, pratiquées soit d'une façon précoce, quand l'infection est localisée dans l'utérus, — mais alors elles ne sont pas indiquées, — ou bien elles sont exécutées d'une façon tardive, et sont alors sans utilité puisqu'à ce moment l'infection est généralisée. Dans les deux cas, l'hystérectomie est faite dans de mauvaises conditions, et diminue, tout au moins par le choc consécutif, la résistance de l'organisme.

Traitement général — Ce traitement général comprend la sérothérapie et les différents moyens médicaux proposés contre l'infection puerpérale.

La sérothérapie, à l'aide du sérum anti-streptococcique de l'Institut Pasteur, aux doses sus-indiquées (80 cc. par jour, pendant trois jours), est, d'après l'expérience acquise dans le service de Pinard, au moins inoffensive, en dehors de quelques érythèmes ou indurations locales qui peuvent de temps en temps accompagner les injections. Cette médication mérite donc d'être tentée, bien que l'on n'ait jusqu'ici suffisamment démontré ni son efficacité réelle, ni sa façon d'agir.

L'emploi du sérum salé doit être réservé au cas où l'infection se trouve compliquée d'anémie consécutive à des hémorragies. En dehors de ces cas, il est inutile de donner aux reins, chez une

infectée, un surcroît de besogne, en élevant la pression du sang et en augmentant sa teneur en chlorures.

Le traitement médical mérite d'être appliqué dans sa partie hygiénique : l'alimentation comprendra le lait, les toniques, un peu d'alcool. On devra assurer les évacuations intestinales, donner quelques calmants, tels que la morphine ou le chloral, en cas d'insomnie.

Il sera bon de s'abstenir des anciennes onctions mercurielles, dont l'efficacité n'est pas prouvée. La quinine peut être prescrite, et on pourra recourir sans inconvénients à l'emploi du collargol, qui paraît au moins inoffensif.

Il sera préférable de ne pas provoquer, suivant la méthode de Fochier, "les abcès de fixation," qui, sans donner de bénéfices évidents, augmentent sûrement les souffrances des malades. Les bains froids ne présentent pas des avantages assez certains pour mériter d'être employés.

L'expectation a le grand avantage de laisser l'organisme mettre paisiblement en action tous ses moyens de résistance ; elle s'impose, en ce qui concerne la thérapeutique locale, dès que se trouve écoulée la période des quatre ou cinq premiers jours après l'accouchement. "Primum non nocere."

HEMOPTYSIE

SA VALEUR EN CLINIQUE.

Quand un malade, avec des efforts de toux, rejette par la bouche une certaine quantité de sang pur, venant manifestement des bronches, on dit qu'il y a *hémoptysie*. Ce phénomène présente, au point de vue de la sémiotique respiratoire, une importance qui nous fait un devoir de l'envisager isolément.

L'hémoptysie est, en général, annoncée par une sensation de chaleur, de gêne sous-sternale, la toux commence, d'abord quinteuse et sèche ; bientôt le malade sent dans sa bouche un goût particulier, et presque aussitôt il rejette coup sur coup plusieurs crachats d'un rouge vif, écumeux, liquides ou demi-coagulés, qui se prennent en masse au bout d'un instant dans le vase. L'expectoration est par-

fois très peu copieuse, bornée à cinq ou six crachats ; dans d'autres cas, elle atteint 200, 500 grammes, peut même dépasser un litre. Quand elle est très abondante, elle détermine des phénomènes syncopaux qui contribuent à la faire cesser au moins temporairement ; elle peut reprendre ensuite et durer ainsi plusieurs jours. Le changement d'aspect des crachats qui, de rouges, deviennent noirâtres, puis panachés, annonce la fin de l'hémorragie.

L'hémoptysie est due constamment, d'une part, à une *altération matérielle des vaisseaux bronchopulmonaires*, favorisant leur rupture, d'autre part à un *accroissement brusque de la tension sanguine* qui détermine cette rupture et rend plus difficile la formation d'un thrombus oblitérant.

Le calibre du vaisseau rompu, la situation de la solution de continuité, l'état des parois vasculaires en amont et en aval, les conditions de la circulation pulmonaire et générale ont une grande influence sur l'abondance de l'hémorragie, sur sa durée, sur sa répétition.

Les hémoptysies les plus redoutables sont celles qui résultent d'une rupture d'*anévrisme artériel* : *anévrisme de l'aorte* ouvert dans la trachée, *anévrisme d'un rameau de l'artère pulmonaire* développé dans la paroi d'une *caverne tuberculeuse* ou d'une *bronche dilatée*, *anévrisme miliaire* des artères bronchiques dans l'*artériosclérose*.

Dans ces divers cas, le début de l'hémoptysie est brusque, son abondance extrême ; le sang, écumeux et rutilant, est projeté à flots, parfois avec des efforts de vomissement, et s'écoule à la fois par le nez et la bouche ; la syncope grave, l'asphyxie rapide par inondation bronchique sont à craindre.

Puis viennent les hémoptysies dues à l'*inflammation* et à l'*ulcération des bronches* dans la *phtisie au deuxième degré*, dans la gangrène pulmonaire, dans les *kystes hydatiques*, dans le *cancer du poumon*. — Ces hémoptysies sont en général peu abondantes, sauf celles de la gangrène ; leur début est lent, progressif, leur marche très irrégulière ; elles n'ont de gravité que par leur répétition, et leur valeur est surtout symptomatique.

Enfin il faut ranger dans une classe à part l'hémoptysie qui résulte de l'*apoplexie pulmonaire*, de l'infiltration sanguine du tissu du poumon à la suite de l'*oblitération d'un rameau de l'artère pulmonaire par thrombose ou embolie*.

Nous avons déjà étudié ses caractères cliniques ; la plupart du temps, elle est peu importante et constitue un simple épisode au cours d'une affection cardiaque chronique.

Dans cette énumération, nous n'avons pas fait de place spéciale à l'hémoptysie dite *du début* de la tuberculose : c'est qu'en effet il est aujourd'hui hors de doute qu'elle n'est initiale qu'en apparence ; elle succède au contraire au développement lent et insensible d'une petite caverne, parfois grosse à peine comme une lentille, qui ne donne lieu à aucun symptôme, jusqu'au moment où un petit rameau de l'artère pulmonaire, qui rampe sans soutien dans sa paroi, atteint d'artérite tuberculeuse, se dilate et se rompt, chassant dans l'arbre bronchique le contenu de la cavernule et les bacilles dont souvent elle est remplie.

La meilleure preuve que les choses se passent bien ainsi, c'est qu'on trouve les bacilles dans le sang expectoré, comme nous le verrons un peu plus loin, et que souvent ces bacilles, entraînés avec le sang dans les bronches voisines du lieu de l'hémorragie, y déterminent le développement d'une bronchopneumonie tuberculeuse, à marche presque toujours rapide et fébrile.

Il résulte de ce qui précède que l'hémoptysie se montre dans des conditions très diverses et que sa valeur diagnostique et pronostique est très variable selon les cas. En présence d'un malade qui crache du sang, il faut donc s'aider des notions fournies par les antécédents, par l'état général et surtout par l'examen physique des organes cardio-pulmonaires, pour arriver à préciser l'origine et la cause de l'hémoptysie.

S'agit-il d'un individu jeune, paraissant actuellement bien portant, mais offrant des antécédents suspects au point de vue de la tuberculose ; l'accident s'est-il déclaré brusquement, à la suite d'un effort violent, d'une marche au soleil un jour d'orage, d'un repas trop rapide ou trop copieux ; l'hémoptysie est-elle abondante, formée de sang rutilant et spumeux, rendu à pleine bouche après une quinte de toux de courte durée ; enfin l'examen de la poitrine ne révèle-t-il que quelques râles crépitants, fins et secs, au niveau d'un des sommets, on sera fondé à soupçonner une *tuberculose à début latent*, et ce diagnostic deviendra certain si l'examen bactériologique du sang rendu permet d'y démontrer la bacille de Koch, il sera d'ailleurs confirmé dans la majorité des cas par l'apparition ultérieure d'une phthisie bronchopneumonique avec fièvre.

Si le crachement de sang s'est montré avec des caractères analogues, sans prodromes immédiats, chez un homme ayant passé la cinquantaine, sujet depuis plusieurs années à des battements de cœur et à des étouffements au moindre effort ; si, d'autre part, on constate chez ce malade, en l'absence de tout signe pulmonaire (sauf un léger emphysème), l'existence du bruit de galop de Potain et la tension exagérée du pouls, on aura le droit d'hésiter entre l'idée d'un *anévrisme de l'aorte* en voie d'ulcération dans les bronches, et celle d'un *anévrisme miliaire des artères bronchiques*. En l'absence de tout symptôme de compression des organes du médiastin, et de tout battement expansif dans le deuxième espace intercostal droit, le second diagnostic sera le plus vraisemblable, surtout si quelques jours se passent sans nouvel accident : l'anévrysme miliaire, en effet, est susceptible de s'oblitérer ; l'anévrysme aortique rompu, s'il ne tue pas toujours du premier coup, ne tarde guère à récidiver, et la mort en pareil cas est une question de jours, sinon d'heures.

L'hémoptysie, dans la *phthisie avancée avec grandes cavarnes*, n'offre pas de difficultés d'interprétation : l'histoire du malade, d'une part, la constatation des signes cavitaires, de l'autre, ne fixent que trop aisément le médecin sur la gravité du pronostic. L'hémorragie qui se montre en pareil cas vient d'un anévrysme de Rasmussen, et elle se reproduira sûrement. Elle est parfois si soudaine, si abondante que le malade s'affaisse, en proie à la syncope, avant même d'avoir pu rejeter le sang qui remplit ses bronches.

Dans la *bronchectasie chronique* avec cirrhose du poumon, l'hémoptysie est en général moins grave ; l'absence de lésion destructives contribue, avec l'état fibreux des tissus péribronchiques, à rendre les hémorragies moins foudroyantes ; la localisation ordinaire des lésions aux bases fait l'inondation bronchique et la syncope plus rares ; d'autre part, l'état des malades, moins cachectisés, moins infectés que ne le sont d'ordinaire les phthisiques, leur permet de faire jusqu'à un certain point les frais de la réparation.

Pour distinguer des hémoptysies bronchectasiques celles qui appartiennent à la *gangrène pulmonaire en foyer*, il faut recourir aux commémoratifs : on apprend que, huit ou dix jours auparavant, le malade a été pris brusquement, en pleine santé, d'un point de côté violent, avec frisson et fièvre ; l'hémoptysie, d'abord peu

abondante, s'est répétée à plusieurs reprises jusqu'au moment où apparaît la fétidité de l'haleine et des crachats, dont l'odeur rappelle celle de la morue pourrie.

Moins fréquentes et moins significatives sont les hémoptisies qui accompagnent parfois le développement des *kystes hydatiques du poumon* ; elles surviennent d'une manière inopinée, chez des sujets qui accusent une douleur sourde dans un côté de la poitrine avec gêne respiratoire, toux sèche, peu ou pas de fièvre et d'amaigrissement ; les symptômes rationnels font soupçonner la tuberculose, et l'apparition des crachements de sang paraît confirmer ce diagnostic, mais la recherche des bacilles est négative et, d'autre part, les signes d'auscultation n'ont rien de net, ressemblant tantôt à ceux d'une induration localisée du poumon.

Le diagnostic reste incertain jusqu'au moment où une vomique ou une ponction donne issue au contenu, facilement reconnaissable, de la poche hydatique.

Dans le *cancer du poumon*, l'hémoptisie est fréquente, mais elle colloïdes sécrétées par le parenchyme malade, leur donne l'aspect est rarement formée de sang pur : le plus souvent, comme on l'a déjà vu, le sang, intimement mélangé aux matières muqueuses et de la gelée de groseille, et l'apparition de ces crachats caractéristiques chez un individu qui tousse, qui maigrit, dont le teint devient jaune et qui présente en un point variable de la poitrine des signes d'induration et de ramollissement, doit faire porter le diagnostic de néoplasme pulmonaire ; la constatation de ganglions indurés dans le creux sus-claviculaire, et mieux encore la découverte du tissu épithéliomateux dans les crachats, viennent changer al présomption en certitude.

La forme d'hémoptysie qu'on observe le plus fréquemment en clinique est celle de la *phthisie pulmonaire aux deuxième degré* : symptomatique de l'ulcération des bronches, elle ne fait que confirmer un diagnostic rendu déjà évident par les signes stéthoscopiques, indicateurs du ramollissement tuberculeux ; sa valeur sémiologique est donc faible, mais elle n'en présente pas moins un certain intérêt au point de vue du pronostic ; sa fréquence, son retour à la moindre poussée congestive, sous l'influence d'un effort, d'une fatigue vocale, d'un écart de régime, d'une brusque dépression barométrique, sa périodicité chez la femme à l'époque menstruelle sont autant d'indices révélateurs de la forme éréthique de

la phthisie, autant de contre-indications aux cures d'altitude et aux séjours dans l'atmosphère excitante des plages du Midi.

La congestion joue aussi un grand rôle dans la pathogénie des crachements de sang qu'on observe fréquemment chez les malades atteints de *rétrécissement mitral*. Dans la forme dite *primitive* de cette affection, fréquente surtout chez les jeunes filles, l'hémoptysie se répète parfois à de courts intervalles, sans autres symptômes prémonitoires qu'une légère exacerbation des battements de cœur et de la dyspnée.

Longtemps on a cru que la congestion passive du poumon, résultat de la tension augmentée dans l'oreillette gauche, était la cause principale, sinon exclusive, des hémoptysies du rétrécissement mitral : des observations cliniques plus précises ont montré que chez ces malades il existe souvent de l'infiltration discrète du sommet des poumons et que cette lésion, d'origine tuberculeuse, paraît être la condition qui provoque les hémoptysies.

En fait, les malades atteints de sténose mitrale, hôtes assidus de nos hôpitaux, sont assez fréquemment atteints de tuberculose, mais (du fait sans doute de leur lésion cardiaque et de la stase pulmonaire qui en résulte) cette tuberculose, loin de s'aggraver avec le temps, semble plutôt évoluer vers la guérison, par une série de poussées congestives qui provoquent la transformation fibreuse et la cicatrisation des tubercules.

Les hémoptysies *hystériques*, très fréquentes chez les jeunes filles atteintes d'aménorrhée nerveuse, sont souvent qualifiées du nom d'*hémoptysies supplémentaires* ; elles ressemblent beaucoup à celles du rétrécissement mitral : les deux causes se trouvent d'ailleurs quelquefois associées. C'est la même périodicité, le même caractère congestif, la même rutilance du sang épanché, la même brusquerie d'apparition et de déclin, la même innocuité apparente. Parfois l'examen le plus attentif de la poitrine ne révélant aucun signe morbide, on est tenté d'attribuer ces hémoptysies à une véritable exhalation sanguine à travers les capillaires bronchiques sains, mais dilatés par ataxie vaso-motrice ; le plus souvent, quelques granulations tuberculeuses, disséminées aux sommets, paraissent jouer le rôle principal dans la pathogénie de ces accidents, qui n'en conservent pas moins leur physiologie spéciale, car la tuberculose pulmonaire chez les hystériques reste locale, torpide et remarquablement inoffensive.

Tout autre est le mode de développement des hémoptysies dans les *affections cardiaques confirmées*. C'est à la période d'asystolie, et plus encore à celle de la cachexie cardiaque qu'on les voit se produire ; elles sont irrégulières, tantôt soudaine, tantôt précédées par une crise de dyspnée violente avec palpitations, gêne thoracique profonde et menace de syncope ; la quantité de sang rendu est rarement considérable, sa coloration est foncée, noirâtre, sa consistance visqueuse, son odeur aigre et forte ; aux crachats sanglants succèdent parfois des crachats panachés de rouge et de vert, ou franchement muco-purulents ; en même temps, l'auscultation révèle, en un ou plusieurs points circonscrits vers les bases, un peu d'obscurité de son, de la respiration soufflante, des râles crépitants et sous-crépitanants mélangés, et ces signes mettent hors de doute l'existence d'un ou plusieurs *infarctus hémoptoïques*, nom donné par Laennec à l'infiltration sanguine circonscrite qui résulte d'une embolie ou d'une thrombose pulmonaire.

Fausse hémoptysie. — Il importe de ne pas confondre avec l'hémoptysie véritable certains crachements de sang qui peuvent présenter à peu près les mêmes caractères, mais qui *ne proviennent pas des bronches* et n'appartiennent pas, par conséquent, à la sémiotique des organes respiratoires.

C'est ainsi que l'*épistaxis pharyngienne*, si fréquente dans les pyrexies graves et notamment dans la fièvre typhoïde, donne lieu parfois au rejet par la bouche de volumineux crachats d'un rouge noir, formés de sang partiellement coagulé et mélangé de mucus et dont l'apparition effraie beaucoup l'entourage du malade.

La notion d'une épistaxis antécédente permet au médecin de remettre les choses au point ; en outre, l'examen attentif de la gorge et des fosses nasales lui montrera facilement des concrétions sanguines dont la similitude dans les deux cavités ne laisse aucun doute sur l'origine de l'hémorrhagie.

La *stomatorragie*, fréquente dans le scorbut, le purpura et les autres maladies hémorragiques, fournit des crachats d'un rouge noirâtre, liquides et homogènes au moment où ils sont rendus, mais qui ne tardent pas à laisser déposer au fond du vase une couche plus épaisse, d'aspect grenu, formée de globules rouges altérés, de leucocytes et de débris d'épithélium buccal. Ces crachats sont rendus *sans toux* ; ils exhalent une odeur forte, fétide,

et cette odeur se retrouve dans la bouche du malade, dont les gencives sont fongueuses et saignent au moindre contact.

L'expectation sanguine à la suite de la succion inconsciente des gencives s'observe assez fréquemment à l'état de santé chez les gens nerveux et particulièrement chez les hystériques ; elle offre les mêmes caractères que la forme précédente ; un peu d'attention de la part du médecin suffit à éviter toute méprise à ce sujet.

Une cause plus fréquente d'incertitude est l'hématémèse ou vomissement de sang, dont les caractères sont parfois bien difficiles à distinguer de ceux d'une hémoptysie : en cas d'ulcère simple, par exemple, ou d'*exulcération simple* (Dieulafoy), l'hémorragie peut être brusque, sans prodromes douloureux ; si elle a lieu dans l'état de vacuité de l'estomac, le sang rendu est spumeux, rutilant, sans mélange de matières alimentaires ; des quintes de toux, provoquées par son contact avec l'orifice du larynx, complètent la ressemblance avec une hémorragie bronchique.

En de telles circonstances, le doute est permis, surtout si le médecin n'a pas été témoin de l'accident et s'il ne trouve ni du côté du poumon, ni du côté des voies digestives, aucun signe morbide positif : l'observation attentive du malade, la constatation du melena d'une part, de l'autre l'absence des crachats noirs ou marbrés de rouge qui, dans toute hémoptysie vraie, succèdent au rejet du sang pur, sont les seuls moyens d'assurer le diagnostic. En leur absence, on en est réduit au calcul des probabilités, basé sur l'âge, le tempérament, les antécédents du malade.

Ajoutons que l'erreur inverse n'est pas moins facile à commettre, surtout dans les commémoratifs, et qu'une hémoptysie à début brusque avec rejet instantané, par la bouche et le nez en même temps, d'une grande quantité de sang, est presque toujours prise par le malade et son entourage pour un vomissement sanguin, avec d'autant plus de vraisemblance que le goût nauséux du sang provoque souvent des contractions du diaphragme et l'évacuation simultanée des résidus alimentaires qui peuvent être contenus dans l'estomac.

ACTUALITES

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. BARRE

INSPECTEUR DE LA COMMISSION DE LA "GOUTTE DE LAIT"
EN 1906. (1)

Dans la personne de M. Barré la Ligue a trouvé un inspecteur intelligent qui nous fait voir dans un rapport, long, détaillé mais, très instructif, intéressant, un état de choses des plus déplorables.

Voyons plutôt ce qu'il dit lui-même.

Il a visité 254 fermes où se fait l'industrie du lait, et cela dans les districts de Lachute, de Vaudreuil, de Huntingdon, de St-Jean et de Richmond. Ces fermes ont un total de 4,353 vaches laitières.

Il a étudié successivement et pour chaque ferme :

- 1° L'état de santé des vaches.
- 2° L'épreuve de la tuberculine en rapport avec les laitiers de campagne.
- 3° La litière dans les étables.
- 4° L'état de l'arrière train et du pis des vaches.
- 5° La nourriture ; l'usage du sel.
- 6° L'eau fournie aux vaches, sa contamination, l'état des puits, des cours d'eau où elle est puisée, etc. La distance de la prise d'eau de l'étable et du tas de fumier.
- 7° Etat sanitaire des étables. Espace donné à chaque vache dans les différentes étables visitées. Etat de propreté des planchers, ventilation, éclairage.
- 8° Disposition du fumier ; la distance du tas de fumier de l'étable, laiterie, etc.
- 9° La traite, où, et comment elle est faite.
- 10° Lieu où se fait l'aération et le refroidissement du lait.
- 11° Usage de la glace pour la conservation du lait.
- 12° Durée de l'emmagasinage du lait, sur la ferme avant l'expédition.
- 13° Expédition du lait à la ville par les voies de chemins de fer surtout, séjour du lait à la gare d'expédition et à la gare d'arrivée, sa température au cours du voyage, etc.
- 14° Etat sanitaire des ustensiles de laiterie, leur nettoyage, et leur qualité.

(1) Ce chapitre a déjà paru en janvier 1906, sous la signature de notre directeur Dr Dubé. Nous le réimprimons pour les besoins du moment. Il nous aidera à porter la conviction dans la tâche que nous avons entreprise d'épurer le lait.

15° Etat sanitaire des *cannes* à lait aux gares de chemins de fer. Temps écoulé entre le moment du vidage des cannes et celui de leur nettoyage. Vieilles cannes rouillées. Proportion de cannes contaminées.

16° Plaintes des cultivateurs, irrégularité du service, etc.

Comme il est facile de voir, M. Barré a beaucoup vu et beaucoup analysé.

Pour ceux que ça intéresse ce rapport est précieux à consulter. D'après M. Barré les troupeaux de vaches qu'il a visités paraissent en excellente santé. L'épreuve de la tuberculine est presque généralement ignorée et cependant il a pu constater l'existence de la tuberculose chez trois troupeaux de vaches. La nourriture est généralement bonne. Cinq fermiers sur 254 donnent de la drèche à leurs vaches.

L'eau n'est pas toujours bonne ; elle est même souvent contaminée par le voisinage de l'étable ou d'un tas de fumier. Il y a même 10 puits fortement souillés, et la contamination est possible dans 103 fermes. Le puit est dans 40 cas creusé dans l'étable même. Il y a évidemment beaucoup à faire là, car l'eau est une partie importante de l'alimentation des vaches laitières.

La majorité des fermiers, 213, donnent moins de 600 pieds cube d'espace à chacune de leurs vaches. Chez 39, même, chaque vache n'a que 200 à 300 pieds cubes.

Il n'y a pas de ventilateur dans 125 étables ; 20 étables ont des murs et des plafonds très sales et poussiéreux. La cour a été trouvée malpropre chez 58 fermiers et très malpropre chez 15. Il n'y a pas assez d'éclairage dans 195 étables et M. Barré en a même trouvé 9 qui *n'ont pas de fenêtre du tout*

Le plus grand nombre des étables sont insuffisamment éclairées. Si nous classons les étables d'après l'espace, la lumière, l'aération et la propreté, nous trouvons d'après M. Barré.

Excellentes	Bonnes	Passables	Médiocres	Mauvaises	Très mauvaises
4	16	33	90	62	41

environ 43% des étables sont mauvaises ! C'est beaucoup trop !

Nos cultivateurs sont très négligents pour la question du fumier. M. Barré en a même trouvé qui laissent le fumier s'accumuler pendant 3 à 4 jours derrière les vaches dans l'étable. Il n'y que 43 fermiers sur 254 qui enlèvent le fumier de l'étable

et le transportent au champ. Tous les autres le déposent près de l'étable à une distance qui varie de quelques pieds à 100 pieds. Vingt ont une remise ou fosse à fumier ; 87 le déposent près de l'étable ; 63 dans la cour ; 28 à quelques pieds et un seul à 100 pieds.

Il faut à tout prix attirer l'attention des fermiers sur les conséquences fâcheuses pour le lait qui découlent de cette *paresseuse* habitude.

* * *

M. Barré a bien étudié les façons diverses dont se fait la traite chez nos fermiers.

Il est convaincu que bien peu lavent le pis de la vache, ou même se lavent les mains avant de faire la traite.

“ Je me suis trouvé à l'improviste, dit M. Barré, dans une étable où un employé était occupé à faire la traite. Voici ce qui avait lieu. Après avoir attaché la queue salle de chaque vache à une de ses pattes, sans se laver les mains il commençait la traite ; en se mouillant les doigts avec le lait. L'opération terminée, il détachait la queue et la vache d'elle-même sortait de l'écurie. Comme la maison était assez éloignée, qu'il n'y avait pas d'eau ni de linges, à l'étable, il est évident que le pis des vaches n'avait pas été nettoyé. Quant aux mains du trayeur en supposant qu'elles aient été lavées au début, le maniement de la queue des vaches et de leurs attaches était plus que suffisant pour les souiller.

L'aération du lait, opération délicate et qui devrait se faire si proprement est mal faite un peu partout chez les fermiers visités. Quelques-uns la font dans la cave (3), près d'une porcherie (3), dans une laiterie (26), dans l'étable (11), dehors dans la cour (59), etc., etc. L'aération n'est pas faite chez 56 fermiers, et 76 seulement ont des aérateurs spéciaux ; 86 font l'aération à la main. Comme le dit M. Barré il vaut mieux ne pas aérer le lait que de faire cette opération sans soins ou la faire dans un local insalubre.

Trente-sept et demi p. c. des expéditeurs n'emploient pas de glace. Ce chiffre est énorme et rien ne peut l'expliquer si ce n'est l'ignorance de nos fermiers à moins que ce ne soit leur négligence.

Il est si facile de se procurer de la glace dans toutes nos campagnes qu'il est honteux de voir le petit nombre qui en font usage. Trente-neuf fermiers refroidissent le lait dans un puits ou dans une source ; 50 se servent de cuves remplies d'eau. M. Barré a trouvé l'eau de puits à une température de 40° à 50° g. Le lait transporté par voies de chemin de fer a en moyenne une température de 58.5°. Il est étonnant de constater que le lait est conservé à la campagne pendant 12 heures 24 et même 36 avant d'être expédié à la ville.

Deux cent vingt-six laitiers ne l'expédient qu'après 12 à 15 heures, 10 après 14 à 24 heures, 1 après 18 heures et 6 après 24 heures. Le lait du samedi soir est conservé jusqu'au lundi avant d'être expédié à cause de la rareté des trains le jour du dimanche.

Inutile de s'étendre sur les désavantages d'un tel état de choses. Tout le monde sait avec quelle facilité le lait se gâte en vieillissant, par les germes de putréfaction qui résident en permanence dans les vieilles cannes, par l'accroissement des microbes qui se développent durant l'emmagasinement, et par le transversement dans les vaisseaux.

Si nous avions sur nos voies de chemins de fer des chars frigorifiques nous verrions disparaître une cause assez importante de putréfaction du lait. Les importateurs de fruits comme les exportateurs de fromage et de beurre en ont, pourquoi n'en avons-nous pas ? C'est croyons-nous parce que nous ne le demandons pas avec assez d'instances.

Nous voyons tous les jours d'été, aux gares de notre ville, des cannes à lait exposées aux rayons ardents du soleil et cela pendant des heures entières. Serait-il impossible d'avoir un endroit à l'ombre, ou même pourvu de glace, où ces cannes à lait seraient déposées dès l'arrivée des trains ? L'état sanitaire des ustensiles de laiterie laisse beaucoup à désirer et la grande majorité des laitiers ont des cannes absolument impropres au transport du lait. Et ce qui est plus mal encore, ces vilaines cannes sont à peine lavées ou nettoyées à l'eau. Elles sont souvent, presque toujours, retournées à la campagne sans avoir été lavées, alors qu'elles devraient avoir subi un nettoyage complet.

D'après M. Barré, " les chaudières bien soudées font l'exception. " Règle générale les ferblantiers emploient du métal trop léger et " trop peu de soudure pour la construction de cannes, aérateurs,

“ chaudières, ce qui rend leur entretien déjà très délicat encore
 “ plus difficile.

“ Les joints du fond et ceux des côtés sont presque toujours
 “ recouverts d'une mince couche de soudure, qui se détache
 “ bientôt en plusieurs endroits et ouvre ainsi la porte à la rouille,
 “ etc., à la contamination. Elles deviennent alors impossibles à
 “ nettoyer convenablement. Cet état de chose est tellement
 “ répandu qu'il faudrait sévir contre l'usage prolongée de tels
 “ vaisseaux et appliquer la confiscation. (Rapport).

A la gare de Vaudreuil, M. Barré a trouvé le premier jour de
 l'inspection, sur un total de 346 cannes, 27 seulement indemnes
 de produits de putréfaction. Sur 73 cannes il trouva, le premier
 jour, 24 seulement qui avaient été rincées avant d'être envoyées de
 Montréal, le 5ième jour, il y en avait 50. Règle générale les
 cannes ne sont pas lavées avant 24 et même 36 heures. L'état
 sanitaire des cannes après le léger nettoyage qu'on leur fait subir
 sur les fermes à leur retour n'est pas bien brillant. Il y a un
 total de 180 fermes où des cannes contenaient des résidus putrides,
 dans les joints même après leur nettoyage.

“ En résumé, dit M. Barré, les vacheries presque irréprochables
 “ sont rares, mais il y en a. Règle générale, dans le cas d'une
 “ bonne étable, la laiterie ou l'endroit qui le remplace, laisse
 “ beaucoup à désirer, ou vice versa. Chez un certain nombre de
 “ fermiers, la manipulation du lait se fait dans des conditions
 “ passables, mais en beaucoup d'endroits, elle a lieu dans des con-
 “ ditions vraiment déplorables. Les mauvaises étables, les lai-
 “ teries défectueuses, le manque de bâtisses convenables à l'em-
 “ magasinage du lait, l'absence de glace ou son emploi trop
 “ restreint une réfrigération lente et inefficace et l'usage d'un trop
 “ grand nombre de mauvaises cannes impossibles à nettoyer, voilà
 “ une partie des défauts capitaux du commerce du lait qu'il
 “ importe de corriger. (Rapport).

“ M. Barré suggère :

“ 1° De faire subir l'épreuve à la tuberculine à tous les
 “ troupeaux produisant du lait pour la vente en ville, et éliminer
 “ ainsi les vaches tuberculeuses.

“ 2° De faire l'analyse bactériologique de l'eau servant à
 “ l'abreuvement des vaches, ou lavage des cannes et autres ustensiles
 “ de laiterie.

“ 3° D'exiger de tous les producteurs de lait l'emploi d'une quantité suffisante de glace pour assurer une bonne réfrigération.

“ 4° D'exiger l'usage des meilleures cannes pour le transport et la distribution du lait et leur nettoyage complet en ville.

“ Les cannes pourraient :

“ a. — Être construites en métal plus fort et mieux étamé.

“ b. — Avoir des formes moins anguleuses.

“ c. — Avoir des ouvertures plus grandes.

“ d. — Avoir le moins de joints possible, mais amplement aplanis et soudés.

“ e. — Avoir un cercle d'acier pour protéger la partie supérieure de la canne contre le brossage et les difformités.

“ Les bonnes cannes sont construites en métal brut (non étamé) complétées dans toute leur parties, et ensuite immergées dans l'étain fondu. De cette manière tous les points, rainures, cavités, sont complètement remplies. Je ne connais pas au Canada d'établissements outillés pour faire convenablement ce travail.

“ Quant aux couvercles, ils pourraient être pressés au lieu d'être soudés, et hermétiquement fermés aux deux bouts. La partie inférieure au lieu de présenter un tube creux où s'accumule la saleté, offrirait une surface plane très facile à nettoyer.

“ 5° Continuer le travail d'investigation, qui est encore incomplet. Un grand nombre de vacheries n'ont pas encore été visitées, et il reste encore plusieurs causes de contamination à étudier, et des détails de nature plus ou moins vague à éclaircir.

“ Un travail considérable et qui s'impose c'est l'examen bactériologique du lait tel que produit et distribué actuellement. Le résultat d'une telle étude indiquerait d'où nos viennent le bon et le mauvais lait. Ce serait de plus un puissant moyen de convaincre le cultivateur, le laitier et le consommateur de l'urgence des réformes à accomplir et faciliterait d'autant l'œuvre humanitaire de l'association. ” (Rapport).

CHRONIQUE

Congrès de Québec. — La date du prochain Congrès de "l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord" est définitivement fixée au 20 juillet. Une circulaire, datée de Québec, vient de nous l'annoncer.

Le congrès durera trois jours, le 20, 21 et 22 juillet 1908 ; il coïncidera en même temps avec les fêtes du tricentenaire de la fondation de Québec.

Trois sections se partageront les travaux : une section de médecine, une section de chirurgie, et une section d'hygiène et d'intérêts professionnels.

Dans ces différentes sections chaque médecin pourra, s'il le désire, présenter un travail particulier sur toute question qu'il aura lui-même choisie.

Trois questions principales seront traitées dans les assemblées générales :

- 1° L'hygiène dans l'enseignement.
- 2° Infection des voies biliaires.
- 3° Tuberculose rénale.

Il ne nous reste donc que trois mois pour faire notre menu scientifique.

Nous encourageons fortement nos collègues à redoubler d'efforts et à se mettre immédiatement au travail, afin de réaliser un succès sans précédent.

Stimulons nous, les uns les autres, réchauffons les énergies endormies, mettons y un peu d'enthousiasme, et que notre quatrième congrès soit l'affirmation incontestable d'une association qui doit vivre et prospérer.

Registre médical. — Nous avons sous les yeux une copie du registre médical de la Province de Québec. Nous y constatons que 1749 médecins sont qualifiés à exercer leur art dans la Province de Québec.

En outre des renseignements que ce registre avait l'habitude de nous donner, il contient un supplément où toutes les villes et les municipalités de la Province sont classifiées par Comté. On connaît immédiatement la population de chaque localité, le nom et

le nombre de médecins qui y exercent ; on sait aussi les endroits où il n'y a pas de médecin.

Ces renseignements seront très précieux aux jeunes confrères, qui ne savent où faire leur nid.

Nous reconnaissons bien là le travail pratique et méthodique de l'excellent nouveau registraire du "*Collège des Médecins.*"

Médecin indigent. — L'indigence n'est pas une condition sociale tellement rare dans la profession médicale qu'elle vaille la peine d'être citée comme une curieuse exception.

En effet la pratique de la médecine, la plus belle, la plus noble, la plus phylanthropique et celle qui procure les ambitions les plus variées à celui qui l'exerce parmi toutes les professions, est loin d'être rémunératrice en pièces sonnantes.

Aussi le nombre de ceux qui traversent la vie en faisant le bien et en soulageant l'humanité, mais qui vivent dans une nécessité ignorée et cachée avec un stoïcisme admirable, est beaucoup plus considérable qu'on pourrait se l'imaginer.

Mais il arrive parfois que ces misères, que l'on avait cachées avec tant d'obstination, se montrent fatalement au grand jour.

L'autre jour nous assistions au spectacle navrant d'un confrère malchanceux, qui, après avoir subi des revers de fortune, venait échouer, paralysé, dans la salle commune de l'Hôtel-Dieu, à côté de pauvres miséreux qu'il avait peut-être soulagés lui-même.

Son état nous a profondément émus ! Nous nous demandions si la profession médicale, qui se donne tant de mal pour soulager les différentes classes de la société, ne pourrait pas s'imposer quelques petits sacrifices pour venir en aide aux membres éplorés de sa propre famille et éviter ainsi à ces malheureuses épaves l'humiliant spectacle d'étaler en public leur involontaire malheur.

Manière originale de tâter le pouls (Chro. Méd.). — Les médecins des nababs de l'Inde se livraient jadis à un singulier genre de sport ; ils ne pouvaient, d'après les usages et les rites des palais, pénétrer dans le harem du monarque ; mais ils n'en devaient pas moins établir journallement l'observation clinique des femmes malades aimées du roi.

On attachait alors, sur le poignet de la royale malade, un mince fil de soie, qui sortait de dessous le rideau traditionnel du Zénana. Le médecin, placé à l'extrémité libre du fil, comptait le nombre des pulsations de l'artère radiale, par les ondulations du fil qu'il tenait dans ses mains, et à l'aide de ce curieux sphygmographe, il était obligé de diagnostiquer la maladie, d'en prophétiser l'issue et d'instituer un traitement.

Z. RHÉAUME.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 7 avril 1908

Présidence de M. T. PARIZEAU

“ L'American Laryngological Association ” invite les membres de la Société Médicale à assister à son 13e congrès, qui aura lieu à Montréal, le 11 mai.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. F. de Martigny présente un utérus fibromateux, avec *chou-fleur* du col, qu'il a enlevé par l'hystérectomie vaginale. Ce néoplasme a évolué dans l'intervalle de trois semaines. D'ici à ce que le diagnostic soit établi par le microscope, *M. de Martigny* étiquette cette pièce : épithélioma du col.

MÉMOIRES.

M. Valin continue son travail sur les régimes diététiques.

Il fait une étude comparative du *Régime des fiévreux* et de celui des *convalescents*.

M. Z. Rhéaume “ Un cas d'entéro-anastomose. (Voir plus haut). ”

DISCUSSION.

M. Marien appuie fortement les commentaires du rapporteur. Le taxis, méthode toujours aveugle, ne doit jamais être pratiqué

par crainte de la réduction en masse ou de la rupture possible de l'intestin malade.

La chirurgie intestinale est une chirurgie difficile, qui ne peut être pratiquée avec succès que par ceux qui en ont une connaissance spéciale.

Il est du devoir du médecin, étant donné l'innocuité de l'opération pour la cure radicale de la hernie inguinale, de faire opérer tous les malades atteints de hernie.

Le traitement par les bandages ou par toute autre méthode empirique doit être relégué dans le domaine de la médecine ancestrale.

M. F. de Martigny condamne aussi les manœuvres brutales du taxis.

M. Décarie demande à être éclairé par les chirurgiens.

Le taxis est recommandé par plusieurs auteurs ; il l'a vu aussi employé avec succès.

Quand doivent s'arrêter les manœuvres du taxis ?

M. Bourgeois croit que le taxis peut être prudemment essayé :
1° Dans les hernies jeunes, où l'épaississement du pétoine n'a pas encore constitué le col du sac, qui est seul responsable de la réduction en masse ; 2° Dans les premières heures de l'étranglement alors que l'intestin encore sain n'est pas susceptible de rupture facile.

M. Rhéaume est d'opinion que, chez les vieux herniés, les manœuvres de réduction doivent s'arrêter là où le porteur de la hernie a échoué lui-même.

M. Benoit rapporte un cas d'hémorragie cérébelleuse (voir plus haut).

MM. Décarie, Marien et Bourgoin prennent part à la discussion.

RHÉAUME.

Séance du 23 avril 1908

Présidence de M. LeSAGE

Après lecture et adoption du procès-verbal, le secrétaire donne lecture de lettres de députés et du Premier Ministre du Canada, accusant réception du rapport de la Commission du bon lait.

PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Marien. "Une tumeur de l'ovaire". Un cas rare de tumeur poussée en quelques semaines chez une jeune fille. (Ce travail sera publié prochainement).

MOTIONS.

Le président suspend les règlements afin de permettre au prof. Guérin de proposer qu'une commission soit formée dans le but d'écrire un catéchisme d'hygiène qui serait soumis à l'approbation du Conseil de l'Instruction Publique et qui apparaîtrait dans les livres usuels de nos écoliers. Approuvé.

RAPPORT DES COMMISSIONS.

Le président annonce qu'une délégation de la Société Médicale composée de MM. Marien, Masson et lui-même ira à Québec, avec le président de la Commission d'hygiène le Dr Dagenais, pour demander au Gouvernement de nommer des inspecteurs de lait, conformément aux conclusions du rapport de la "Commission du bon lait".

MÉMOIRES.

M. Bourgoïn : *Vomissements nerveux et boulimie*, très intéressante observation que nous publierons le mois prochain.

ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

Séance du 9 mars 1908

Présidence : DR CHARLES BERNARD

Présidence : Dr Charles Bernard.

M. le Dr E. Courteau, de St-Jacques l'Achigan est admis membre de l'Association.

Re. Tarif des Compagnies d'Assurances — Considérant que la

Travelers, la Sauvegarde, la Mutual of New-York, L'Équitable et la Royal Victoria, accordent \$5.00 indifféremment pour tous les examens médicaux faits dans notre district ;

Proposé par M. le Dr Laporte, secondé par M. le Dr Shepperd : Que les résolutions adoptées par notre Association les 11 septembre et 11 décembre 1905, les 12 mars et 12 septembre 1906, et le 11 mars 1907, soient confirmées ;

Et qu'aucun membre de l'Association ne fasse aucun examen médical pour les compagnies d'assurances à moins de \$5.00 chacun.

Et que copie de cette résolution soit envoyée à chacun des médecins du district et aux compagnies d'assurances faisant affaires dans le district. — *Adopté unanimement.*

Re. Charlatans. — Le comité rapporte que depuis la dernière séance le rebouteur Mireault a payé l'amende une fois, et que actuellement il est sous le coup d'une autre action judiciaire.

Re. Officiers du Congrès. — M. le Dr Charles Bernard est choisi comme Vice-Président de la section des Intérêts professionnels du Congrès des médecins de Langue Française, et M. le Dr Silvio Roch, comme secrétaire.

L'Association adopte des résolutions de condoléances au sujet de la mort de l'épouse de M. le Dr Martineau de Lavaltrie.

Puis la question suivante est soumise à l'Association :

“ Un médecin est-il justifiable, et si oui dans quel cas, de faire une opération, un accouchement, une extraction de dent, etc., sous chloroforme ou autre anesthésique, sans l'assistance d'un confrère. ”

La discussion de cette proposition est remise à la réunion de juin prochain afin que les membres puissent en faire l'étude.

P. S. — Il est juste d'ajouter que depuis cette réunion, la Compagnie “ Sun Life ” nous a payé dix dollars pour deux examens de \$1000.00 chacun.

ALBERT LAURENDEAU,
Sec Trés.

ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'OTTAWA

Réunion du 30 de Janvier, à Thurso

La réunion de cette Association, qui devait avoir lieu à 1 heure de l'après-midi, fut retardée à 3 heures, sur un vote unanime des sociétaires présents :

Les confrères ont appris avec regret, la mort de M. Aubry, père de leur dévoué président, et se sont empressés de donner une marque de sympathie à leur ami si cruellement éprouvé, en ajournant ainsi leurs travaux. . . .

A trois heures précises, les membres réunis, élisent un président *pro tempore*. M. le docteur Robillard est choisi.

Les condoléances de l'Association Médicale du district d'Ottawa à M. le docteur Aubry et à sa famille, sont votées et le secrétaire est chargé de dresser immédiatement un télégramme aux destinataires, leur faisant part des vœux de l'assemblée.

Assistaient à la réunion, messieurs les docteurs J. Robillard, J. Metcalfe, J. E. Longpré, J. D. Sicard, S. W. Cummings, M. Powers, J. Isabelle, F. W. Church, N. Desrosiers, J. E. d'Amours.

Après la lecture du procès-verbal de la séance précédente, les résolutions suivantes furent adoptées :

I. — Adoption de l'état de compte de l'Association, accusant en caisse, un actif de \$0.54 centins. Proposeur : J. Metcalf; secondeur : J. Isabelle.

II. — Pronosé par le docteur Cummings, et secondé par le docteur M. Powers, que le gouverneur du Collège des Médecins, pour ce district, M. le docteur J. E. d'Amours, soit prié de vouloir bien demander au Collège des Médecins, lors de la prochaine réunion, la rectification ou l'amendement d'une clause de son règlement, à l'effet d'obtenir pour tout médecin porteur d'une licence pour la province de Québec, le droit de voter à l'avenir, à l'élection d'un gouverneur, quelque soit la province où le voteur ait élu domicile.

III. — Proposé par le docteur N. Desrosiers, secondé par le docteur J. Isabelle, qu'à l'avenir, tout membre de l'Association Médicale du district d'Ottawa, demeurant hors des limites du district, jouisse de tous les droits et privilèges accordés aux membres actifs. (Cette résolution ayant été acceptée, une clause de nos règlements sera immédiatement amendée en ce sens.)

IV. — Proposé par le docteur E. Longpré, et secondé par le docteur J. Metcalf, que le Comité de Régie soit chargé de reviser avec soin et d'apporter toutes les modifications voulues à une liste de prix (tarif minimum) que le secrétaire vient de déposer sur la table; qu'une copie corrigée soit ensuite adressée à chacun des médecins du district avec un avis leur faisant part du désir de l'Association de voter l'adoption de cette échelle de prix lors de la prochaine réunion qui aura lieu à Hull, dans le cours de la dernière semaine de juin. Divers autres manuscrits ayant trait à la création d'un Tribunal de Déontologie, sont aussi laissés à la garde du Comité qui devra les reviser en même temps.

Re CHARLATANISME.

Le secrétaire donne lecture de plusieurs correspondances adressées à des rebouteurs et sages-femmes. Sont rapportés entre autres, les cas de Madame Amable Périard, de monsieur Jean Rieux, de Madame P. Pharand et de M. Lamothe.

Mesdames Périard et Pharand sont des accoucheuses. Monsieur Rieux pratique la médecine générale et Lamothe est un spécialiste.

Il fait l'ablation des cancers et tumeurs de tous genres au moyen de l'emplâtre merveilleux.

A chacun de ces audacieux qui osent ainsi commettre de semblables délits, alors que le charlatanisme est si étroitement surveillé (?) et si sévèrement puni (?) dans notre province, l'Association a intimé l'ordre d'avoir à cesser immédiatement toute pratique, sous peine d'encourir les... foudres que depuis quelques vingt années notre Collège promet de leur lancer.

Résultat: Ils se sont soumis pour la plupart. Une seule, Madame Pharand continue à poursuivre son idéal... Madame Pharand est donc rapportée au Collège des Médecins, et il appert qu'une action sera immédiatement intentée contre elle.

Re PRATIQUE ILLÉGALE PAR DES MÉDECINS NON-LICENCIÉS.

Le secrétaire fait rapport que lors de la dernière réunion, trois médecins pratiquaient sans licence dans notre district. A la demande de l'Association, des avis formels leur interdisant toute pratique, furent adressés à chacun d'eux. Résultat: L'un a de-

puis obtenu sa licence, un deuxième a laissé notre district pour aller s'installer dans le comté de Terrebonne, et un troisième continue de pratiquer sans permis, comme il l'a fait depuis plusieurs années, alléguant que tôt ou tard, il se régularisera.

RAPPORT DES CAS DE PRATIQUE

Un cas de méningocèle congénital (enfant de 8 mois), par M. M. Powers.

Un cas de maladie d'Adison, par M. Metcalf.

Lecture d'un travail du Dr L. R. P. Campbell, sur l'étiologie de la tuberculose rénale, par M. S. W. Cummings.

L'assemblée fut close sur un vote de condoléance à la famille de notre confrère, M. J. A. Larue, que la fièvre endémique de Hull, nous a ravi dans les derniers six mois.

Au dire de ceux qui ont eu le plaisir de le connaître, M. Larue fut un médecin distingué, en même temps qu'un littérateur fort apprécié.

La prochaine réunion aura lieu à Hull, dans les derniers jours de juin; les conférenciers de la circonstance seront MM. S. W. Cummings et J. Sicard.

Le Secrétaire,

J. E. D'AMOURS.

ANALYSES

MEDECINE

Traitement de l'accès de goutte. — (*Leçon de clinique thérapeutique de M. le Professeur Robin*), dans journal Méd. et Chirurg. prat. 10 Mars 08.

On discute toujours la question de savoir s'il faut traiter la goutte et à cet égard les avis sont encore partagés. On a accusé le traitement de déterminer des métastases, de rendre les attaques plus fréquentes, d'amener la goutte viscérale, de favoriser le passage à la chronicité. M. Robin, qui a consacré à cet important sujet plusieurs leçons auxquelles nous n'empruntons que quelques indications thérapeutiques, considère que ces objections sont fondées dans

une certaine mesure, mais qu'elles disparaissent lorsque l'on sait bien manier le spécifique de la goutte, c'est-à-dire le colchique pour la forme aiguë, et le salicylate de soude pour la forme chronique et vague.

M. Robin estime donc qu'on doit traiter toutes les attaques de goutte aiguë, sauf un cas : c'est celui où un sujet atteint de goutte viscérale voit survenir un accès de goutte articulaire. Mais si on décide le traitement, il faut que l'intervention soit énergique et complète.

Avant tout, il faut le repos absolu et la diète hydrique. Presque toujours la langue est suburrale, l'haleine est mauvaise et il y a un certain degré d'embarras gastrique. On pourra donner alors 30 grammes de sulfate de soude. S'il y a un peu de subictère, si les conjonctives sont jaunes, on peut donner une pilule bleue suivie une heure plus tard d'une dose de 20 grammes de sulfate de soude. Ces purgatifs ne sont d'ailleurs applicables que dans les états dits bilieux.

Les applications calmantes que l'on emploie généralement sont fort nombreuses ; mais il y en a d'irritantes et il faut craindre à ce point de vue l'action du chloroforme et du camphre ; on doit proscrire aussi les applications révulsives. On obtient au contraire de bons effets de la solution sursaturée de borate de soude. Pour cela, on fait chauffer cette solution et on y ajoute le sel en aussi grande quantité qu'il peut se dissoudre. On imbibe ensuite des compresses de cette solution qu'on applique sur l'articulation malade, en les recouvrant d'une couche d'ouate et on les laisse en place pendant 24 heures.

Le malade étant ainsi préparé, on arrive ensuite à l'emploi du colchique dont l'activité varie malheureusement beaucoup avec les diverses formes pharmaceutiques. La teinture de fleurs de colchique est celle qui paraît le plus semblable à elle-même et qui agit avec le plus de régularité. On peut l'employer dans la formule suivante, qui a été préconisée par M. Debout :

Teinture de fleurs de colchique.....	40 grammes
Teinture de fraxinus ornus	14 —
Teinture de digitale.....	14 —
Teinture de quinine.....	8 —
Teinture de belladone.....	6 —
Glycérhizine.....	20 —

Pour administrer cette préparation, on en met une cuillerée à café dans quatre cuillerées à soupe d'eau et on fait prendre ce mélange en quatre fois.

On renouvelle le lendemain à la même dose s'il n'y a pas d'amélioration ; s'il y en avait, on diminuerait la dose de teinture de 20

gouttes et on continuerait de même les jours suivants, la dose totale du mélange étant toujours administrée en quatre fois.

La contre-indication principale du colchique est dans la diarrhée ; si elle est abondante, le médicament doit être supprimé ; si elle est peu marquée, il peut être continué, mais avec modération. C'est du reste une éventualité assez rare.

La présence de l'albuminurie en assez grande quantité constituerait encore une contre-indication à l'emploi du colchique.

Il en serait de même s'il y avait des sueurs profuses avec diminution des urines. Au contraire, s'il y a seulement des sueurs légères, avec sentiment de bien-être, on continuera la médication. Quant à l'albuminurie, elle ne la contre-indique que si elle est assez abondante et surtout si on peut supposer que cette albuminurie remonte à une époque antérieure.

Ce traitement peut s'appliquer chez le goutteux chronique pour combattre les accès au moment où ils se produisent ; mais en général, quand le malade entre dans la goutte chronique c'est au salicylate de soude qu'il faut recourir. Il dégonfle les articulations et aide à la résorption des tophus.

On peut en donner de deux à trois ou quatre grammes par jour, mais jamais bien longtemps de suite. On peut alterner le salicylate de soude de quatre en quatre jours avec le phosphate de soude à la dose de 2 à 4 grammes dans une potion et à l'annonce d'un accès de goutte aigüe on reviendrait au colchique.

On peut encore donner le carbonate de lithine à la dose de 0,40 centigrammes par jour et, au cas où il persiste un gonflement douloureux sur lequel le salicylate n'agit pas tout d'abord, donner deux fois par jour 0,40 centigrammes de bichlorhydrate de quinine, pendant quelques jours, pour revenir ensuite au salicylate.

Sur l'établissement tardif de la sécrétion lactée. — Journal de Méd. et Chirurgie prat. 10 Mars, 08.

M. le docteur M. Leleu attire l'attention dans sa thèse sur ces faits, si intéressants au point de vue pratique dans lesquels, des mères ayant renoncé, au moment de l'accouchement, pour une raison quelconque, à allaiter leurs enfants s'y décident tardivement et voient la lactation s'établir sous l'influence des efforts de succion du nouveau-né et cela alors que la sécrétion paraît complètement tarie. Ces faits sont d'ailleurs à rapprocher de ceux que nous avons souvent rapportés, dans lesquels, après une interruption parfois considérable, causée, même par une maladie, l'allaitement est repris avec succès.

Les observations rapportées par M. Leleu sont au nombre de sept.

Pour des causes diverses, les enfants ont été mis d'emblée à l'allaitement artificiel, qui, dans les sept observations fut mal supporté assez rapidement.

Devant les accidents, on met l'enfant au sein et en huit jours au plus tôt, dix-huit jours au plus tard, la sécrétion lactée de la mère est assez abondante pour suffire aux besoins de l'enfant.

Dans quatre cas au moins sur sept, il s'agissait de primipares. Lorsqu'on mit pour la première fois l'enfant au sein, l'accouchement datait de 13 jours, de 20 jours, de 24 jour, de 30 jours, de 34 jours et de 58 jours.

Malgré ces conditions défavorables, la sécrétion mammaire s'est établie sans difficultés notables, et le seul moyen employé dans les sept cas fut la succion répétée des seins, soit par le propre enfant de ces femmes, soit, quand celui-ci en était incapable, par d'autres enfants.

Ce moyen est d'ailleurs bien connu, et *Quinsac*, dans sa thèse, rapporte de nombreuses observations à cet égard dans lesquelles, toujours en employant la seule succion, le lait est remonté en quinze jours, même après un sevrage prolongé jusqu'à cinq mois dans l'un des cas, et même après des maladies ayant compromis gravement la santé de la mère.

Enfin, ce même moyen de la succion des mamelons est employé par les mères qui veulent conserver le lait dans leurs seins après leur accouchement, lorsque leur enfant est trop faible pour les téter elles-mêmes.

Mais pour bien réussir il faut procéder méthodiquement. Voici comment M. Leleu a agi notamment dans ce cas où la mère ne commença à allaiter qu'au 58^e jour.

L'enfant recevait par jour huit tétées de lait stérilisé, mais avant de lui donner le biberon, on le mettait au sein. On le réveillait en le lavant à l'eau froide et en le changeant, puis la mère soit avec les doigts, soit avec une tétérelle, faisait saillir le mamelon et l'introduisait dans la bouche de son enfant. Celui-ci se mettait à téter assez vigoureusement ; s'il s'arrêtait une légère excitation de ses masséters le décidait à recommencer à faire des mouvements de succion.

On le mettait ainsi *avant chaque biberon AUX DEUX SEINS* ; lorsque cela a été possible, on a fait peser la quantité de lait prise et on faisait compléter chaque tétée.

Comme moyens accessoires on pourra employer certains galactogènes : mais parmi eux ceux qui semblent avoir le plus d'action sont d'une part les préparations de placenta, et d'autre part les moyens physiques tels que l'électricité et surtout le massage qui est à la portée de tous et qui a une action certaine, comme le montre

d'ailleurs la pratique populaire. Mais en tout cas il faut que le médecin affirme avec confiance à ses clientes que l'allaitement au sein est possible et qu'il gagne leur bonne volonté. Il faut, en effet, que la mère soit persuadée du résultat de ses efforts qui doivent être persévérants et patients.

Infection syphilitique malgré l'emploi prophylactique de la pommade au calomel. — Bien que la méthode prophylactique par les frictions à la pommade au calomel préconisée par M. Metchnikoff ait paru donner de bons résultats, ces effets ne sont pas toujours si certains qu'il faille s'y fier d'une façon absolue. M. le Dr Butte vient de publier à ce sujet, dans le *Bulletin médical*, deux faits très probants dans lesquels malgré l'emploi d'une pommade au tiers bien faite suivant la formule (10 gr. de calomel pour 20 grammes de lanoline), malgré les frictions faites immédiatement après le coït et renouvelées une heure après, chaque fois pendant dix minutes, le chancre syphilitique est survenu à l'époque régulière.

Les cas de ce genre ne sont pas rares, et sans vouloir discréditer la méthode, qui peut rendre des services, il faut que le public sache bien qu'elle ne met pas à coup sûr à l'abri de la contagion. La pommade mercurielle n'est pas plus infaillible que le condom.

M. Butte insiste surtout sur ces faits en raison des mesures qui ont été prises récemment dans l'armée et qui semblent consacrer la valeur prophylactique de la pommade au calomel. " Je crains, dit M. Butte, qu'une circulaire du sous-secrétaire d'Etat à la guerre — dont il a été beaucoup question dans la presse — et qui se propose d'établir la prophylaxie de la syphilis dans l'armée, n'ait pour effet de donner au troupier pendant son temps de service, et plus tard, quand il sera rentré dans ses foyers, une confiance trompeuse et de diminuer chez lui la crainte de la vérole, qui était jusqu'ici une des meilleures barrières opposées à son extension ?

Lorsque le médecin-major lui aura appris — je cite la circulaire — " qu'il est possible d'empêcher le développement d'un chancre syphilitique au moyen d'onctions faites avec une pommade au calomel, sur les points du revêtement cutané ou muqueux qui ont été exposés à la contamination ", et lorsqu'il aura vu, ce qui ne peut manquer d'arriver, qu'après les frictions faites *secundum artem* par l'infirmier de garde sur le gland et le prépuce un grand nombre de ses camarades restent indemnes d'accidents, il pourra penser qu'il est en possession d'une méthode infaillible et il n'hésitera plus autant à courir des risques qu'il considérera comme très atténués ou même nuls.

J'estime donc qu'il faut réagir, et ne pas hésiter à publier les observations analogues à celles que je rapporte. Ma conclusion sera celle-ci :

L'emploi de la pommade au calomel au tiers peut être conseillée au même titre que les autres préservatifs, mais il ne faut pas en faire une méthode prophylactique exclusive”.

— Ajoutons que dans le *Lyon médical* (n° 6), M. le Dr Carle critique de son côté avec beaucoup d'humour et la théorie d'après laquelle la pommade au calomel constituerait une garantie certaine, et la circulaire Oséron, qui est de nature à inspirer aux troupiers une fausse sécurité. Il cite plusieurs cas dans lesquels la pommade (même dans un cas laissée à demeure toute une nuit) n'a servi à rien. Quant à la circulaire, “ il est entendu que l'idée directrice en est excellente et les termes bien mesurés. Il est exact que “ la moralité des individus n'a jamais rien gagné à l'ignorance et à la dissimulation ”. Aussi ne peut-on qu'applaudir à l'idée de conférences faites par les médecins militaires sur les maladies vénériennes, leurs dangers, leur traitement.

Mais dès qu'on aborde la prophylaxie individuelle, la question devient autrement épineuse, et ceci pour deux raisons. D'abord, n'oublions pas que ces conseils s'adressent à une masse jeune, d'esprit simpliste, en majorité ignorante, et d'autant plus portée à l'exagération qu'elle verra surtout dans ce luxe de précautions une facilité plus grande à la satisfaction des instincts génitaux. A ce point de vue, le ton de la circulaire est trop affirmatif, car il semble impliquer une certitude qui, en réalité, n'existe pas. En sorte que ces judicieux conseils, émis avec d'excellentes intentions, peuvent être considérés par des esprits chagrins comme d'incontestables encouragements à la débauche.

Encore n'y aurait-il que demi-mal si les précautions recommandées étaient suffisantes. Or, on ne saurait trop répéter *qu'elles ne le sont pas*. En matière aussi délicate, il eût été bon de se renseigner longuement, d'étudier la question, de connaître les opinions les plus diverses, sans mépriser celles des vieux maîtres, particulièrement qualifiés pour cela. Il n'en fut rien.

Eblouis par les récentes révélations, les auteurs de la circulaire ont négligé toute autre clarté et se sont contentés du rôle ingrat de copistes des communications de M. Metchnikoff. Ce qui est fort regrettable, car un peu de bibliographie leur eût appris qu'à côté des précautions post-coïtales, il y a aussi des précautions pré-coïtales, et que les secondes ont au moins autant d'importance que les premières, sinon plus ; ils eussent encore appris cette modeste vérité qu'à la suite d'un coït un savonnage est de rigueur ; et que

jusqu'ici le savon de Marseille a sauvé de la vérole plus de gens que n'en fera peut-être jamais la pommade au calomel. De cette façon, ils auraient fait quelque chose d'a peu près complet, et s'eût été au moins une excuse pour l'affichage de la circulaire...

Et après d'autres conseils prophylactiques dans lesquels le modeste "condom" joue le rôle principal, M. Carle termine ainsi son article :

En ceci se bornent les préceptes suggérés par l'expérience et la raison, faillibles et bornées comme tout concept humain, mais suffisants pour qui sait les utiliser. Aux délicats que rien ne saurait satisfaire, aux timorés qui n'oseraient, conseillons la chasteté, mère de toute quiétude, et que Ricord préconisait comme la seule prophylaxie rationnelle. "La femme est plus amère que la mort, dit l'Ecclésiaste (Chap. VII, verset 27), elle est le filet des chasseurs, son cœur est un rets, ses mains sont les chaînes, et le pêcheur s'y trouvera pris..." Pensée d'une haute portée philosophique, longuement commentée dans cette partie de la Bible, ainsi que dans la précédente (Proverbes, Chap. VII). Je ne saurais trop recommander cette saine et réconfortante lecture à ceux que hantent les pensées frivoles, certain qu'ils y trouveront la tranquillité de l'âme et l'apaisement de leurs mauvais désirs.

OTOLOGIE — OPHTALMOLOGIE

Traitement de l'otalgie. (*Le Laryngoscope*, Marseille).

L'otalgie est rarement essentielle, elle est presque toujours symptomatique.

A. — D'une lésion de l'appareil auditif, pouvant siéger :

(a) Dans l'oreille externe : bouchon de cérumen, amas épidermiques, eczéma, otite externe diffuse, otomycose, furoncle du conduit.

(b) Dans l'oreille moyenne et ses annexes : otite moyenne aiguë, simple, ou avec complications mastoïdiennes.

(c) Dans l'oreille interne : labyrinthite suppurée.

B. — D'une lésion de voisinage, pouvant siéger :

(a) Dans l'articulation temporo-maxillaire, arthrite.

(b) Dans la mâchoire : ostéite, carie dentaire.

(c) Dans le naso-pharynx ; le pharynx, le larynx, végétations adénoïdes, ulcérations ou affections spécifiques ou banales de ces régions.

C. — D'une affection générale. Rhumatisme, syphilis, tabès, hystérie.

Le diagnostic de l'affection causale est la condition primordiale du traitement.

Les affections de l'oreille externe sont vite reconnues. La dé-tension du conduit nécessaire à tout examen otoscopique suffit à calmer les douleurs provoquées par le bouchon, les amas épider-miques, l'eczéma, l'otite externe, l'oto-mycose; il ne reste plus qu'à revenir au traitement de chacune de ces affections: pommade au goudron, badigeonnage au nitrate d'argent, inatillation de solu-tions antiseptiques, pour éviter le retour de l'otalgie.

Le furoncle du conduit, par sa fréquence et l'acuité des phéno-mènes douloureux, joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'otalgie. Deux indications thérapeutiques, selon la marche et la période d'évolution de l'affection.

1° Calmer la douleur.

2° Evacuer la collection.

En pratique, l'acuité des douleurs autorise l'emploi des cata-plasmes et de l'huile laudanisée à défaut d'autres moyens. Mais si on dispose des ressources thérapeutiques suffisantes, il faut re-courir aux moyens palliatifs qui peuvent en même temps, exercer une action thérapeutique favorable sur les lésions.

Après une toilette minutieuse de l'oreille pratiquée avec beau-coup de délicatesse, on appliquera au point malade une boulette de coton imbibée de:

Chl. cacaoïne.....	} à 1 gramme
Acide phénique.....	
Méthol.....	

Cette préparation calme la douleur et fait parfois avorter le furoncle. Après anesthésie au moyen de la formule ci-dessus ou après anesthésie générale au somnoforme, chlorure d'éthyle, pro-toxyde d'azote, on pratique une ouverture assez large de l'abcès. Entre les lèvres de l'incision, on introduit une fine mèche de gaze et on recouvre l'oreille d'un pansement humide. Les mesures d'asepsie du conduit seront les meilleurs moyens d'éviter la réci-dive si fréquente des abcès.

L'oreille moyenne est le siège de l'otite moyenne aiguë qui, avec le furoncle du conduit, est l'une des plus violentes et des plus fréquentes causes d'otalgie. Comme pour l'affection précé-dente la douleur est provoquée par l'infiltration inflammatoire des tissus et la formation d'un exsudat dans la caisse. Cet exsu-dat peut se résorber ou se faire jour à l'extérieur. Il faut envi-sager ici les deux éventualités d'un traitement palliatif et d'un traitement opératoire. Contre la douleur on emploiera une des

préparations suivantes, dont l'action est variable suivant les malades et l'intensité des douleurs. On en versera quelques gouttes tièdes dans le conduit bien détergé et aseptisé

Huile phéniquée à 1/100	10 grammes
Laudanum.....	X gouttes
Menthol	0.50 centig.

(Certains sujets ne supportent pas le menthol.)

Chl. cocaïne.....	0.75 centigr.
Chl. morphine.....	0.25 —
Acide phénique	0.15 —
Glycérine	} à 5 grammes
Eau	
Essence de menthe.....	1 goutte

On peut remplacer dans ces dernières formules la cocaïne par la stovaine, on peut y ajouter le pyramidon à la dose de 1 gramme, le sulfate d'atropine à la dose de 0.20 centigrammes.

En cas de douleurs mastoïdiennes violentes, on mettra une ou deux sangsues à l'apophyse ou au tragus, on fera en outre des enveloppements chauds; à l'intérieur on administrera des calmants ou des opiacés : antipyrine, pyramidon, exalguine, phénacétine, héroïne, morphine.

Si pendant les 24 heures qui suivent ces traitements, la douleur progresse, c'est que l'exsudat est en voie d'accroissement, et il y a alors indication à recourir à la paracentèse du tympan. On la fera avec les précautions d'asepsie ordinaires. On a ensuite drainé, par l'application d'une mèche posée dans le conduit, et l'on met l'oreille sous un pansement humide. Si les phénomènes douloureux s'aggravent, il faut recourir à la trépanation mastoïdienne.

L'oreille interne est très rarement atteinte. La labyrinthite aiguë sera dans les premiers temps justiciable d'un traitement palliatif, si elle s'aggrave il faudra recourir à la trépanation.

Pour les autres causes extra auriculaires d'otalgie, qu'elles soient locales ou générales, on pourra choisir parmi les moyens analgésiques dont nous avons donné l'énumération, ceux dont l'action paraîtra la mieux indiquée. Mais il faudra surtout faire un traitement causal qu'on ne réussira pas toujours du premier coup à appliquer, la maladie qui détermine les réactions auriculaires n'étant parfois pas très aisée à découvrir.

R. BOULET.

THERAPEUTIQUE

Contre les *ascarides lombricoïdes* dans clinique infantile, Avril 1908.

Comme ces parasites du tube digestif des enfants sont généralement latents, mais que, d'autre part, ils peuvent causer parfois des accidents sérieux (accès fébriles, vomissements, diarrhée, convulsions, etc.), on est tenté de revenir à la pratique des anciens médecins qui administraient fréquemment des vermifuges.

Sans aller aussi loin, on peut sans inconvénients donner aux enfants tous les cinq ou six mois une prise de médicament anthelmintique ; on sera d'ailleurs souvent sollicité par les mères.

La formule suivante de Bouchut donne des résultats très constants ; elle associe le vermifuge au purgatif.

Santonine, 0 gr. 05 à 0 gr. 10 suivant l'âge.

Calomel à la vapeur, 0 gr. 20 à 0 gr. 30.

Sucro de lait, 0 gr. 30.

On donne aussi la décoction de graine de *semen contra* (d'où l'on extrait la santonine), en lavement en l'associant à la mousse de Corse.

Eau.....	250 grammes
Graine de <i>semen contra</i>	10 —
Mousse de Corse	15 —

Faire bouillir dix minutes et filtrer.

Les lombrics siégeant souvent dans *l'intestin grêle*, ne sont pas toujours atteints par les substances administrées dans les lavements.

La décoction de *semen contra* à la dose de 5 à 10 gr. dans 150 gr. d'eau, est un excellent vermifuge, donnée par la bouche ; mais elle est amère et difficilement acceptée par les enfants.

Se défier des pastilles de santonine du commerce, qui ne sont pas bien dosées et dont les effets sont inutiles.

Contre l'artério-sclérose.

Iodure de potassium.....	10 grammes
Sulfate de spartéine.....	1 —
Sirup d'écorces d'oranges amères....	500 —

Une cuillerée à soup matin et soir, avant le repas.

Contre les douleurs gastriques.

Sirop d'éther	} ââ 30 grammes.
Sirop de codéïne	
Cocaïne (chlorhydrate)	0 10 cent.
Eau chloroformée	} ââ 50 grammes.
Eau de menthe	

Par cuillerées à dessert d'heure en heure.

Sirop laxatif.

Podophylline	0 05 centig.
Alcool rectifié	5 grammes.
Sirop de guimauve	95 grammes.

Une cuillerée à soupe pour adultes ; cuillerée à café pour enfants.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la Tuberculose par la Paratoxine, basé sur l'action antitoxique du foie, par les Professeurs Gérard et Lemoine, de la Faculté de Médecine de Lille. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-8 carré 1.50

MM. les professeurs Gérard et Lemoine, de Lille, étudient dans cet ouvrage le rôle antitoxique du foie. Ils expliquent comment ils sont arrivés, prenant pour base les expériences de Phisalix sur les venins, à isoler de la glande hépatique un agent qu'il désignent sous le nom de Paratoxine, et dont l'action est manifeste dans les tuberculoses du premier et du second degré. Leurs premières recherches furent poursuivies sans grand espoir, et même avec quelque scepticisme : La liste est si longue des médicaments préconisés avec fracas, et qui n'ont rien donné à l'épreuve de la clinique ! Mais ce scepticisme est précisément le garant de la sincérité des auteurs.

Ils commencèrent par expérimenter sur les animaux ; puis, ayant constaté l'innocuité du produit, ils l'injectèrent à nombre de malades. Les résultats furent assez satisfaisants pour les décider à les soumettre à l'appréciation des Société savantes et du grand public médical.

La première partie de leur ouvrage, toute théorique, résume les idées d'où MM. Gérard et Lemoine sont partis et les expériences entreprises sur les animaux. La seconde partie, essentiellement clinique, est le résumé des observations et des preuves réunies au lit du malade, à l'appui de leur thèse. Ainsi que les auteurs le

disent eux-mêmes, leur œuvre a été écrite pour engager le clinicien à poursuivre leurs recherches, ayant moins voulu le convaincre que l'engager à vérifier par lui-même la sincérité de leurs affirmations.

Le Cancr. *Prophylaxie, étiologie, traitement*, par le docteur SOBRE-CASAS, médecin de l'hôpital Rawson (Buenos-Aires). Un volume in-8 carré de 224 pages. Prix : 3 fr. 50. G. Steinheil, éditeur 2 rue Casimir-Delavigne, Paris.

“ Chercher à condenser ce qui a été écrit sur la prophylaxie, l'étiologie et le traitement des tumeurs malignes ”, voilà le but que s'est proposé l'auteur et il y a pleinement réussi.

Avec un enthousiasme et une foi admirables, M. Sobre-Casas prédit le triomphe certain de la lutte anticancéreuse, et il puise cette conviction dans les vaillants efforts qu'il a pu constater dans toute l'Europe au cours de la mission officielle dont l'avait chargé le gouvernement argentin.

Comment est organisée la résistance contre le fléau envahisseur dans le monde entier, voilà ce que l'on trouvera exposé de main de maître dans la première partie de l'ouvrage, et le consciencieux travail de l'auteur évitera sans doute à bien d'autres des recherches longues et difficiles.

Les différentes et nombreuses théories sur l'étiologie du cancer sont résumées et discutées dans le second chapitre, depuis les opinions les plus anciennes et les plus vulgaires jusqu'aux dernières recherches anatomo-pathologiques.

Enfin dans une troisième partie, sans chercher à dissimuler tout ce qui reste à faire quant à la thérapeutique du cancer, M. Sobre-Casas montre éloquentement les merveilleux résultats déjà obtenus, et il serait impossible, à notre avis, de trouver une méthode de traitement, chirurgicale ou non, déjà tentée que l'auteur ne cite et n'apprécie prouvé en main.

Excellent ouvrage, en somme, dont il faut féliciter et remercier l'auteur.

Traité pratique de thérapeutique infantile médico-chirurgicale, par les Docteurs LE GENDRE, médecin de l'hôpital Lariboisière, et AUG. BROCA. *Deuxième édition complètement refondue*. Ouvrage récompensé par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine. Un vol. in-8 de 750 pages, avec un formulaire, un tableau posologique et 170 figures dans le texte. Prix cartonné : 15 francs. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Il serait superflu de présenter au public médical le *Traité de Thérapeutique infantile* de MM. Le Gendre et Broca. Cette œuvre, connue depuis longtemps, couronnée par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine, est encore présente à toutes les mémoires. Dans un espace relativement restreint, les auteurs avaient su grouper toutes les notions concernant la pratique de la médecine infantile ; les principes généraux de l'hygiène, les grandes indications thérapeutiques, les différents modes d'administration et le dosage des médicaments, le traitement spécial qu'il convient d'appliquer à chacune des diverses affections médicales ou chirurgicales, s'y trouvaient développés avec un égal talent.

Cependant cette deuxième édition s'est encore enrichie de toutes les acquisitions les plus récentes sur l'alimentation des enfants, sur l'emploi de la radiothérapie, de l'opothérapie, de l'ionisation, sur l'utilisation des différents sérums, des nouvelles techniques chirurgicales ; des modifications et des remaniements considérables ont contribué à faire de cet ouvrage un livre réellement nouveau où, grâce au plan adopté, le praticien trouvera immédiatement le renseignement dont il a besoin.

M. Le Gendre insiste avec raison sur les qualités maîtresses que doit posséder ou acquérir le médecin d'enfants ; nul, en effet, mieux que lui, n'était qualifié pour donner semblables conseils. Les différents chapitres de la médecine infantile sont successivement étudiés par lui : pour chaque cas, il indique la manière d'arriver facilement à un diagnostic exact, de quelle façon il convient d'appliquer le traitement, les erreurs surtout qu'il faut éviter de commettre. Toutes les difficultés de la clinique, successivement envisagées, paraissent en même temps facilement résolues, grâce à la clarté et à la netteté de l'exposition, qui ne contribuent pas peu au charme et à l'intérêt de cette lecture.

M. Broca n'a pas apporté moins de soin à tout ce qui constitue la thérapeutique chirurgicale ; il nous fait ainsi profiter de son expérience incontestée en chirurgie infantile ; pour chaque cas il pose les indications opératoires, indique les meilleures techniques, et, à l'appui de ses descriptions, il apporte de nombreuses figures, qui facilitent encore singulièrement l'intérêt de cette lecture.

Une semblable collaboration explique suffisamment le succès de ce livre, et il est aisé de prévoir que cette deuxième édition ne sera pas moins bien accueillie que sa devancière (Terrien).

Les Etats neurasthéniques. Diagnostic et traitement, par le Dr ANDRÉ RICHÉ, médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre. 1 vol. in-16 de 96 pages. Cartonné : 1 fr. 50 (*Actualités médicales*) (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le Dr Riche étudie d'abord les symptômes qui se retrouvent d'ordinaire dans les états d'épuisement nerveux. Il décrit ensuite les modalités particulières que le groupement de ces symptômes ou la prédominance de quelques-uns imprime à la maladie, constituant ainsi autant de types neurasthéniques distincts.

Il a essayé surtout de prendre la question d'un point de vue jusqu'ici trop négligé, qui est le suivant : la neurasthénie prête principalement à confusion avec des maladies mentales par certains caractères de ses formes, par son association à d'autres psychonévroses : hystérie, psychasthénie, par la fréquence enfin des cas intermédiaires qui s'étendent des neurasthénies simples aux véanies proprement dites. Seule, une analyse délicate de l'état mental des malades permet de faire le départ de ce qui est d'origine psychique, ou directement lié à l'épuisement du système nerveux. De même, l'étude approfondie de l'état des fonctions intellectuelles aide grandement à différencier de la neurasthénie la paralysie générale et les psychoses proprement dites qui s'en rapprochent : mélancolie, psychasthénie héréditaire, hypochondriaque, délires systématisés.

En ce qui concerne le traitement, M. RICHE s'est étendu longuement sur la thérapeutique médicamenteuse, sur la thérapeutique par les agents physiques, hydrothérapie, électricité, sur le régime des neurasthéniques et enfin sur le traitement mental de la neurasthénie.

Formulaire Synthétique de Médecine, par le Dr PRON, d'Alger, Paris, 1908, 1 vol. in-18 Jésus, 602 pages, relié peau souple, tête dorée. Prix... 6 fr. Librairie JULES ROUSSER, 1, Rue Casimir-Delavigne et 13, Rue Monsieur-le-Prince, Paris (VI^e).

Ce formulaire, qui constitue une innovation dans la littérature médicale et qui ne fait double emploi avec aucun autre, se recommande à l'attention de tous par son côté pratique.

Au lieu de se composer d'une série de formules dérivées d'un médicament et toujours applicables au même cas, il indique au contraire, étant donnée une indication thérapeutique à remplir, les divers médicaments qui peuvent être employés et ceux qu'il faut mettre en usage dans tel cas et éviter dans tel autre cas. Le médecin est ainsi fixé de suite et n'a pas à se demander si le produit qu'il ordonne n'a pas à côté du rôle auquel il le destine, un inconvénient pour un autre organe.

C'est là un renseignement d'importance capitale et qu'on ne trouve nulle part ailleurs.

Les formules sont nombreuses et fournissent toutes les indications qu'on peut demander, relativement à la posologie adulte ou infantile, aux modes d'emploi, etc... De plus, le volume contient une table des préparations composées, un exposé symptomatologique complet des empoisonnements et de leur traitement, des tableaux de posologie et des diverses incompatibilités — sans oublier tout ce qui concerne les eaux minérales, la sérothérapie, les stations

climatériques, les sanatoria, etc..., dont la plupart n'existent pas dans les autres formulaires.

Mais l'ouvrage du Dr Fron n'est pas seulement un formulaire, c'est en même temps un précis de thérapeutique médicale, où toutes les affections sont passées en revue d'une façon non esquissée, mais détaillée et complète.

De la sorte, l'ouvrage constitue un livre de chevet indispensable aux praticiens qui veulent trouver réunis dans le même volume un formulaire et une thérapeutique clinique.

SUPPLEMENT

L'ANEMIE DE LA PUBERTE

La chlorose n'est pas une anémie vraie ; elle consiste plutôt dans une diminution de l'hémoglobine que dans une diminution marquée des globules ou de la masse sanguine.

Il y a une vraie anémie cependant, qui apparaît à l'âge de la puberté, et qui est commune aux deux sexes.

Cette anémie est lente et insidieuse dans son apparition ; elle est caractérisée par une pâleur bien différente de la couleur verdâtre de la chlorose.

La gravité spécifique du sang cependant est généralement augmentée dans l'anémie de la puberté, tandis qu'elle est généralement diminuée dans la chlorose.

L'anémie en question est probablement due :

1° Aux besoins excessifs, ou à la destruction des éléments du sang.

2° Au renouvellement insuffisant de ces éléments.

Dans tous les cas, l'indication essentielle est de stimuler le pouvoir hémato-poïétique, et pour obtenir cet effet le Pepto-Mangan (Gude) est d'une grande valeur.

Nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention des praticiens sur l'erreur que l'on commet fréquemment en prescrivant aux adultes et aux vieillards du *phosphate de chaux* à titre de tonique ou de reconstituant. On sait que, l'adolescence passée, la pénétration de la chaux dans l'organisme est nuisible, parce que, les os en étant saturés, ce sont les artères qui ont le plus d'appétence pour ce sel : d'où sclérose précoce des artères ou aggravation de l'arteriosclérose préexistante.

Tout au contraire, les glycérophosphates de soude, de magnésie et de potasse sont des plus utiles aux adultes et aux vieillards : parce qu'à ces époques de la vie toute asthénie générale, — qu'elle soit le fait de l'âge, de la convalescence, de la maladie qu'elle pro-

cède d'une affection chronique, diabète, arthritisme, cardiopathie ou d'un épuisement des centres nerveux — toute asthénie générale s'accompagne d'une *déminéralisation* organique qui porte précisément sur les sels de magnésie, de soude et de potasse.

Aussi la prescription de ces glycérophosphates alcalins, à l'exclusion du glycérophosphate de chaux, est suivie presque à coup sûr des plus heureux résultats lorsqu'elle est faite dans les cas que nous venons d'énumérer et lorsqu'on a le soin de s'adresser à une préparation rationnellement dosée et consciencieusement exécutée. A ce dernier point de vue, la NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE donnera toute satisfaction. Solution concentrée des glycérophosphates de magnésie, de soude et de potasse, d'une pureté absolue, ne contenant ni chaux, ni sucre, ni alcool, d'un emploi facile, elle est réellement le tonique de choix, le reconstituant rationnel des adultes et des vieillards, particulièrement indiquée dans les cas de convalescence, neurasthénie, diabète, artério-sclérose et cardiopathie chronique.

DR RUFFIER.

CATARRHE DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME

Justin Herold, M. D. New-York.

L'état catarrhal des organes génitaux est caractérisée par un écoulement. On doit déterminer si cet écoulement est dû à un état catarrhal ou à un néoplasme par l'examen microscopique. La gonorrhée est dans la majorité des cas, la cause des vaginites. La vaginite est d'abord traitée par des douches avec une solution de Glyco-Thymoline, 30 grammes pour un litre d'eau chaude, avec des applications de mèches de gaze saturées de la solution et laissées en place pendant 12 heures. Ces applications peuvent être alternées avec d'autres solutions antiseptiques et astringentes. Dans d'autres formes graves de vaginite, on peut pratiquer avec avantage des douches et des irrigations avec le Glyco-Thymoliné, après des applications de caustiques plus puissants ou d'autres remèdes.

Si la muqueuse utérine est le siège et l'origine de l'écoulement, les parties sont dilatées, on fait des applications énergiques, des irrigations avant et après pour charroyer les débris et pour neutraliser l'excès de caustique ou des médicaments qui peuvent être employés.

Dans ce but je fais usage d'irrigations de Glyco-Thymoline, 30 grammes au litre.