

PAGE

MANQUANTE

Ichthyose

Pr le Dr E. ST-JACQUES

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Une douleur en région rénale ayant dérivé à notre consultation une malade atteinte d'ichthyose très caractéristique, nous avons pensé profiter de ce bon service du hasard et vous présenter le cas. (1)



Voici l'histoire clinique de la malade.

Mlle A. C. 19 ans, Montréal, sait qu'elle a une maladie de peau depuis l'âge de sept ans au moins, et peut-être plutôt. Elle n'en sait l'endroit de début.

Actuellement, la peau de la face antérieure du tronc offre un aspect noirâtre, parcheminé et craquelé. Les régions sternale, épigastrique et abdominale présentent des zones de distribution plus foncée. La peau est rugueuse, épaissie, ridée, fendillée et desquamme sans

cesse. Si l'on enlève ces croutelles noirâtres, le derme sous-jacent apparaît de coloration normale.

La peau de la face et du cou est normale. Les épaules et les bras manifestent des traces du processus ichthyosique. De la hauteur des seins jusqu'à mi bras, et du bas du ventre jusqu'à mi-cuisse, le processus kératinique mélanoidé se continue en un état ichthyosique pityriasiforme. Aux genoux, des plaques squameuses blanchâtres. Les avant-bras et les jambes sont indemnes. AUDOS : l'affection est plus discrète et les placards mélaniques sont moins étendus et moins accentués ; un peu sous l'omoplate et la région lombaire.

Les ANTÉCÉDENTS PERSONNELS de la maladie sont absolument nuls au point de vue pathologique. Menstruée à douze ans, ses fonctions sont normales. Pas de traces de neuropathie.

Quand aux ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET COLLATÉRAUX PATHOLOGIQUES, ils sont également nuls.

* *
*

Il ne sera peut-être pas sans intérêt pratique de rappeler succinctement l'état de nos connaissances sur cette affection à parenté multiple, empruntant à la fois

(1) Communication à la Soc. Med. de Montréal. Feb. 1908.

comme elle le fait plus d'un caractère à la xérodémie, à la kératose pilaire, au psoriasis et au pityriasis.

Dans l'ichthyose — l'étymologie l'indique — la peau est sèche et squameuse. En mue continue, elle sème son épiderme par écailles sans jamais laisser un derme ulcéré. Dans son ensemble, la peau est rude, parcheminée, épaissie et craquelée. La kératinisation est en hyperactivité, plus marquée ici, moins accentuée ailleurs, d'où une apparence qui manque d'uniformité. Le kératinisation plus marquée chez notre malade à la face antérieure du tronc, porte chez d'autres individus ailleurs, comme par exemple aux coudes et aux genoux chez telle autre que nous connaissons. Notons cependant une certaine symétrie de distribution. Il est des régions de prédilection pour l'ichthyose, — telle côté extenseur des membres, coudes et genoux. Par contre, les plis de flexion, plis du bras et de l'aîne, creux axillaire et poplité, en sont généralement exempts, ainsi que la paume des mains et la plante des pieds.

Comme apparence le processus varie largement. Tantôt les téguments sont en desquamation très-fine, ichthyose "pityriasiqne", tantôt au contraire très-marquée, les écailles étant ici luisantes et argentées, ichthyose "nacré".

Parfois l'affection présente une kératinisation très-accentuée, rappelant la peau de crocodile, d'où l'appellation de "saurodermie ou d'ichthyose sauriansique". Ici blanches, là noires, les squames peuvent varier leur coloration dans une gamme chromatique aux tons multiples.

Souvent par contre, le système pileux et onguéal est en moindre activité vitale : — ce que nous ne constatons pas chez notre malade.

Quelles sont les lésions histologiques ici ? D'abord une hyperplasie épidermique considérable, — avec atrophie des follicules pileux. Les glandes sudoripares et sébacées sont altérées et l'examen par des procédés spéciaux de coloration permet de déceler des lésions des nerfs cutanés et parfois de leurs racines médullaires.

Que dire de son ETIOLOGIE et du PROGNOSTIC ? Trouble trophique congénital, dont la cause première nous échappe, voilà tout ce que l'on puisse dire ; à guérison possible parfois, pour quelques-uns, tels que Hebra et Hardy entr'autres, — niée par d'autres, tel Besnier, qui regardent les cas guéris comme des pseudo ichthyosiques.

TRAITEMENT. C'est là avant tout le point capital pour le malade, qui s'intéresse exclusivement à sa peau et non à nos dissertations théoriques. D'ailleurs notre art n'a sa raison d'être que pour soulager les infirmités et les douleurs. Le traitement devra avoir ici double but : décaper la peau et la lubrifier au moyen de corps gras. Il devra être à la fois externe et interne.

Dans le premier cas, les bains sont tout indiqués. Ils doivent être chauds et prolongés, additionnés d'alcalins. Au besoin pour certains placards plus tenaces, l'enveloppement caoutchouté pour ramollir les croûtes, — suivi de raclage est une nécessité.

Puis graissage de la peau deux fois par jour d'abord, puis deux à quatre fois la semaine suivant l'amélioration. Kaposi s'est bien trouvé d'une pomade naphtolée à 5 p.c.

Lassar employait volontiers le mélange suivant :

Ac phénique	1	gramme
Ong. de plomb	20	"
Lanoline.	20	"
Hl. d'amarde.	10	"
Ess. de lavande.	XXX	gouttes.

Nous avons vu Brocq, le maître de Lourcine recommander :

Ac. Salicylique.	}	1	gramme.
Ac. Tartrique.			
Résorcine -			
Souffre précipité	3	"	
Axong.	10	"	
Lanoline.	30	"	

Nous savons la facilité de dermatite par l'ac. phénique et l'ac. salicylique sur certaines peaux. Il faudra donc en varier le pourcentage suivant les indications.

Quand au traitement interne : l'arsenic a ici ses indications, de même que les toniques altérants en certains cas.



Traitement de la cystite tuberculeuse. (I)

PAR GEORGES LÛYS

*Ancien Assistant du Service des Voies urinaires à
l'Hôpital Lariboisière.*

Lauréat de la Faculté et de l'Académie de Médecine.

La cystite tuberculeuse se caractérise essentiellement, on le sait, par la triade symptomatique classique : douleurs, fréquence, pyurie.

Le praticien, qui s'est trouvé en présence de cette affection si atrocement pénible, sait dans quel état lamentable se trouve les malades qui en sont atteints et quelles horribles douleurs ils présentent. Aussi comprend-on que, dans ce cas, plus que dans tout autre, il est nécessaire d'agir méthodiquement et surtout en raisonnant le traitement à appliquer.

En présence d'une cystite que l'on soupçonne tuberculeuse, et avant de commencer toute espèce de traitement, deux choses sont indispensables à faire : la première est de s'assurer avant tout que la cystite est véritablement bien de nature tuberculeuse ; la seconde, qui n'est pas moins importante, est de savoir si la cystite tuberculeuse se trouve ou non sous la dépendance d'une lésion rénale uni ou bi-latérale.

Donc, avant tout, pour s'assurer que la cystite est véritablement tuberculeuse, les examens du dépôt centrifugé des urines s'impose et la recherche du bacille de Koch doit être faite de la façon la plus minutieuse. Mais ceci n'est pas suffisant, car il est de notoriété courante que, dans ces cystites notoirement tuberculeuses, la recherche du bacille de Koch ne donne souvent qu'un résultat négatif. Quelque nombreuses que soient les lamelles que l'on prépare dans ce but, on ne trouve pas le bacille et cependant toute la clinique est là, qui indique l'origine tuberculeuse de ces cystites. Il est donc de toute nécessité de faire avec le dépôt centrifugé des urines des injections aux cobayes. Mais, il n'en est pas moins vrai que, quand plusieurs cobayes ont reçu, soit

sous la peau, soit dans le péritoine, des injections de liquide centrifugé provenant des urines tuberculeuses, et que l'on constate à leur autopsie qu'ils sont nettement devenus tuberculeux, on peut être en droit d'affirmer qu'il s'agit bien d'une cystite tuberculeuse.

La cystite étant reconnue sûrement d'origine tuberculeuse, il importe, avons-nous dit, de connaître avant tout si son origine n'est pas au rein. Bien coupable en effet serait le praticien qui, ne voyant que les lésions de cystite, traiterait pendant des semaines et des mois la vessie seule, alors que le point de départ se trouve au rein.

Avant toute autre chose, le praticien doit rechercher, de la façon la plus minutieuse, si l'un ou les deux reins se trouvent atteints de tuberculose, et, pour cela, un des moyens les plus simples qui se trouvent à la portée de presque tous les praticiens, est de pratiquer la séparation endo-vésicale des urines (1).

Lorsque, après avoir recueilli séparément l'urine du rein droit et l'urine du rein gauche, on constate que le malade n'est atteint que d'une tuberculose rénale unilatérale, et que surtout l'autre rein est absolument sain, il est formellement indiqué de pratiquer de suite la néphrectomie du rein malade, et l'on est tout étonné alors de voir qu'après l'opération les phénomènes de cystite, qui seuls avaient tout d'abord attiré l'attention disparaissent souvent très rapidement sans aucun traitement, à la suite de l'ablation de la source qui déversait constamment dans la vessie des produits tuberculeux.

Il n'en est pas moins vrai que si bien souvent c'est le rein qu'il faut traiter, au lieu de s'adresser à la vessie. Il existe aussi des cas dans lesquels la vessie est nettement atteinte de cystite tuberculeuse et qu'il est nécessaire alors de lui appliquer un traitement local.

Ce traitement devra s'inspirer : d'une part, des phénomènes présentés par le malade et, d'autre part, des résultats de l'examen chimique et bactériologique des urines.

Lorsque l'examen bactériologique des urines a montré qu'à côté du bacille de Koch d'autres flores bactériennes extrêmement abondantes, colibacillaires ou staphylococciques, se trouvent dans la vessie, il est indiqué de pratiquer dans ces cas des instillations intravésicales de sublimé. La technique de ces instillations de sublimé est la suivante : On se gardera tout d'abord

(I) Paraissant également dans "La Clinique".

(1) Consulter à ce sujet : *La séparation de l'Urine des deux Reins.* — 1 vol. Paris, Masson, 1903.

de faire au préalable un lavage de la vessie. Les lavages sont en effet ici tout à fait contre-indiqués, ils exaspèrent simplement la douleur, parce que, lorsqu'on met sous tension la paroi vésicale si horriblement douloureuse, on ne fait qu'aggraver la douleur. Il importe donc de prier le malade de vider sa vessie par une miction naturelle, puis aussitôt après, on place un instillateur dans la vessie et, grâce à cet instrument, on introduit dans la cavité vésicale le contenu d'une seringue à instillations, qui est en général de 5 centimètres cubes. Les instillations doivent être très faibles; on doit commencer avec des solutions de 1 pour 20.000, monter ensuite à 1 pour 15.000, puis 1 pour 10.000 et arriver à 1 pour 5.000.

Les solutions à employer ne doivent jamais contenir d'alcool, qui irriterait d'autant la muqueuse vésicale.

Si l'on se trouve en présence, comme malheureusement ce cas est fréquent, de douleurs atroces qui dominent la scène clinique, c'est surtout au gâiacol en instillations que l'on devra avoir recours.

La meilleure solution à employer en instillations semble être la suivante :

Iodoforme.....	1	grammes
Gâiacol.....	5	—
Huile de vaseline.....	100	—

Faire une instillation de 5 centimètres cubes par jour.

D'autres fois, lorsqu'on se trouve en présence d'une vessie qui ne se vide pas par la miction naturelle, et qu'il existe constamment un *résidu vésical*, il est indiqué de substituer au résidu vésical constitué par du pus plus ou moins abondant une solution antiseptique, et la technique à suivre dans ce cas nous paraît être la suivante :

On prie d'abord le malade d'uriner, puis on introduit une sonde molle dans la vessie; on évacue le résidu vésical que la miction naturelle n'avait pu parvenir à vider et on injecte après 5 ou 10 centimètres cubes de la solution suivante, qu'on laisse à demeure dans la vessie.

Cette solution est ainsi constituée :

Iodoforme.....	5	grammes
Huile de vaseline.....	100	—

Ceci étant fait, on recommandera au malade de faire tout son possible pour qu'à chaque miction il ne vide pas complètement sa vessie, de manière à conserver le plus longtemps possible l'huile iodoformée dans l'intérieur de sa cavité vésicale. L'huile iodoformée joue alors dans ces conditions un véritable rôle de pansement à demeure et peut être conservée pendant très

longtemps. Parfois, on peut constater la présence d'iodoforme dans les urines, deux, trois et même quatre jours après. Quoi qu'il en soit, on devra renouveler ce pansement intra-vésical à l'iodoforme tous les deux jours en moyenne.

Enfin, lorsque ces solutions sont mal supportées par suite des irritations douloureuses et pénibles, on pourra s'adresser à un médicament qui, quoique moins actif que le précédent, donne cependant d'excellents résultats dans certaines circonstances : c'est le goménol.

Le goménol s'emploie en instillations dans la cystite tuberculeuse. Une des formules le plus souvent employées est ainsi constituée :

Huile de vaseline.....	100	grammes
Goménol.....	10	—

dont on injecte et laisse à demeure dans la vessie 5 centimètres cubes.

Il est bien fréquent d'observer que, lorsqu'on emploie méthodiquement l'une ou l'autre de ces médications on obtient très certainement des améliorations.

On arrive ainsi, à coup sûr, à diminuer les douleurs et le nombre des mictions; mais il est fréquent de voir que, quand on arrive à un certain degré d'amélioration, on ne progresse plus, on reste stationnaire.

C'est dans ces conditions, et lorsque la perméabilité du canal le permet, qu'on se trouve en droit de pratiquer la cystoscopie avec le *Cystoscope à vision directe* et d'inspecter méthodiquement la muqueuse (1).

Il existe, en effet, de nombreux cas de cystite tuberculeuse dans lesquels de véritables ulcères tuberculeux se trouvent dans la vessie, tandis que d'autres portions de la muqueuse vésicale sont absolument saines, et c'est au cours de ces constatations qu'on comprend combien il est irrationnel de vouloir traiter toute la muqueuse, aussi bien les parties malades que les parties saines, tandis qu'il est infiniment plus logique de n'effectuer une médication extrêmement active que sur les seules parties malades.

C'est avec le cystoscope à vision directe qu'on peut arriver à ce but. On découvre, avec cet instrument, toutes les portions malades, et sous la vue, on les traite seules, soit avec des tampons imbibés avec de l'acide lactique en solution à un dixième ou même plus concentré, jusqu'à 50 p. c., soit avec des pointes de feu; et c'est après ce traitement qu'on se trouve bien souvent surpris

(1) Consulter à ce sujet : Georges Luys Exploration de l'Appareil Urinaire, Paris-Masson 1907, — Couronné par l'Académie de Médecine de Paris — Prix Labonne 1907.

par l'énorme amélioration qu'on peut procurer à l'état du malade.

Enfin, il ne faudra jamais négliger la médication de l'état général à appliquer au malade, médication qui se bornera surtout à préconiser la vie au grand air, à la campagne, le repos intellectuel et physique absolu, la suralimentation, l'abstention complète de toute boisson alcoolique ou excitante, l'administration en grande quantité de tisanes de bourgeons de sapin, enfin le séjour au bord de la mer, lorsque les cas ne sont pas trop accentués.

Le traitement général a certainement une influence considérable qu'on ne doit jamais négliger.

Ligature du Cordon Ombilical

Procédé rapide pour faire une ligature solide sur les grands cordons gélatineux par le

DR A. BRISSET

Assistant à la Maternité.

Dans la plupart des cas, une simple ligature circulaire faite autour du cordon ombilical suffira amplement

pour faire l'hémostase des vaisseaux restés béants après la section.

Mais il arrive souvent, que ce cordon, au lieu d'être de volume normal, est gros et épais, parceque une grande quantité de gélatine de Wharton est accumulée sous l'enveloppe amniotique : il peut arriver alors, que par suite de la chaleur du corps, le cordon se dessèche rapidement et le fil de la ligature n'exerçant plus aucune action constrictive sur les vaisseaux ceux-ci, sous un effort quelconque de l'enfant se remettent à saigner occasionnant ainsi une hémorrhagie souvent mortelle.

C'est pour obvier à cet accident, que plusieurs accoucheurs, Budin entre autres, ont imaginé différents procédés de ligature. Un de ceux qui donnent actuellement le plus de sécurité ou point de vue d'une hémorrhagie secondaire est le procédé de Budin "ligature en bouchon de Champagne". Mais, cette ligature est assez compliquée et j'ai été souvent témoin des difficultés qu'avaient les élèves des maternités à l'exécuter. C'est alors, que je leur ai proposé le procédé suivant, d'une exécution très rapide et qui donne les mêmes garanties de sécurité.

Préparation des fils pour la ligature.

Coupez 4 ou 6 brins de fil de lin ou de chanvre suivant leur grosseur, de 0.25 à 0.30 centimètres de long unissez-les ensemble par un nœud simple fait au milieu de leur longueur (Fig. A). Vous aurez ainsi une corde



FIG. A

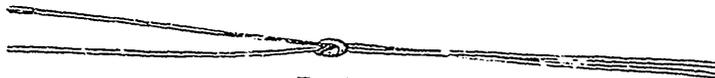


FIG B

Ligature circulaire du cordon.

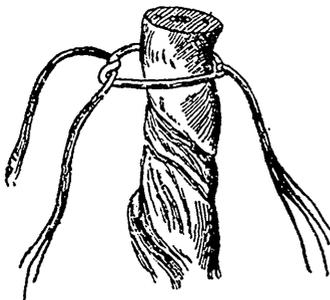


FIG. C

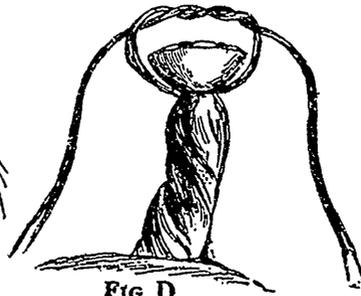


FIG. D

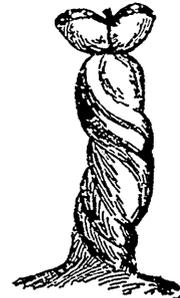


FIG. E

Ligature transversale et écrasement du pédicule.

composée de 4 ou 6 brins séparée en son milieu par un nœud. Ceci fait, ouvrez une des moitiés de cette corde en la séparant en deux parties égales, 2 brins de chaque côté si la corde est composée de 4 brins ou 3 brins de chaque côté si elle est composée de 6 brins. (Fig. B)

Placez alors le cordon ombilical entre les deux chefs que vous venez de diviser, à 0.02 centimètres environ de l'ombilic, le cordon se trouvera ainsi pris dans une anse formée par le nœud de votre corde et les deux chefs que vous réunirez par un nœud à l'opposé du premier (Fig. C) en serrant fortement pour écraser la tige fumi-culaire en même temps que les vaisseaux.

Section du cordon ombilical à un centimètre environ au-dessus de la ligature.

Prenez maintenant les deux chefs, celui de droite et celui de gauche, relevez-les au-dessus de la tranche de section et réunissez-les par un nœud de chirurgien (Fig. D) que vous serrerez fortement en écrasant la pédicule transversalement (Fig. E)

Par ce procédé, tout en comprimant énergiquement les vaisseaux, veine et artères ombilicales, sur les deux sens vous élargirez la partie supérieure du cordon au-dessus de la ligature en véritable collet qui empêchera tout glissement ultérieur.

NOTES EDITORIALES

Sobriété et Santé

De plus en plus, la Diététique prend large part en thérapeutique. Prévenir est mieux que guérir. Dès trois régimes—carnivore, végétarien et mixte—ce dernier semble assurer avec un plus grand rendement pour le travail, un meilleur état de santé. Rien d'intéressant comme les pages que Armand Gauthier consacre à ce sujet : aussi recommandons-nous chaudement à nos lecteurs de consulter l' " Alimentation et les Régimes " du savant professeur.

La nature de l'homme s'oppose-t-elle à un régime végétarien ? M. le professeur Gauthier ne le pense pas. L'espèce humaine, dit-il, est omnivore par son instinct, par sa dentition, ses sécrétions, surtout par son besoin d'activité. Pour travailler vite et bien, il faut à l'homme moderne surtout des aliments excitants. Un régime mixte de viande et de végétation semble lui convenir à tous les points de vue.

D'après M. Armand Gauteier, les hindons porteurs de dépêches parcourent, chaque jour, vingt lieues, allant de ville en ville, et ne mangeant que du riz.

Les paysans romains et russes travaillent de seize à dix-huit heures et ne mangent que des légumes, du pain noir ou de la polenta, un peu de fromage et d'ail. Les mineurs de l'Amérique du Sud, les soldats turcs, les portefaix de Salonique et de Constantinople, tous hommes rudes qui transportent des fardeaux très lourds, ne

vivent que de légumes cuits, de riz, de figues ne touchent presque pas à la viande et ne boivent pas de vin. Cela ne les empêche pas d'être (forts comme des Turcs).

Des trois régimes : carnivore, semi-carnivore et anticarnivore, ce dernier est le moins cher.

Un homme pourrait se nourrir avec 14 sous par jour par le régime carnivore, et avec 7 sous s'il est végétarien absolu.

Le régime végétarien par l'adjonction du lait, de la graisse, du beurre, des œufs, a de grands avantages. Il alcalinise le sang, accélère les oxydations, diminue les déchets organiques et les toxines qui nous empoisonnent. Ce régime moyen qui emprunte au régime animal fort peu d'éléments, épargne les maladies de peau, l'arthritisme, les congestions des organes internes. Il tend à transformer les peuples, à les rendre pacifiques et non pas agressifs et violents. Il est pratique et rationnel.

M. Armand Gauthier déclare qu'il doit être accepté si l'on poursuit l'idéal de la formation et de l'éducation des races douces, intelligentes, artistiques et cependant prolifiques, vigoureuses et actives.

Depuis cinquante ans, la consommation de viande a doublé à Paris. Les Parisiens consommaient en moyenne 20 kilos de viande par tête et par an en 1905 la proportion s'élève à 38 kilos. Les conséquences fâcheuses de cet abus se sont fait sentir. Le nombre des affections intestinales a considérablement augmenté.

Comment parler diètes, sans évoquer les noms du vieux Cornaro et du moderne Fletcher.

Glouton, buveur et débauché, à l'âge de quarante ans, Cornaro avait été condamné par ses médecins à une mort prochaine. Il eut alors l'énergie de modifier du tout au tout son genre de vie : il mena l'existence d'un ascète, réduisant sa nourriture solide au point de ne prendre par jour que 360 grammes d'aliments. Sa santé devint rapidement excellente, et à quatre-vingt ans, il faisait l'admiration de tous par sa vigueur physique et intellectuelle. Il mourut plus que centenaire.

L'exemple du célèbre hygiéniste de Padoue a suscité nombre d'imitateurs, dont l'un des plus intéressants est à coup sûr notre contemporain Horace Fletcher.

La doctrine de cet ingénieux Américain — qui compte de fervents adeptes, — peut se résumer en deux règles capitales : " Ne mangez que lorsque la faim se fait impérieusement sentir — mastiquez pendant plusieurs minutes chaque bouchée ".

Le premier résultat du " fletcherisme " est de provoquer une réduction extraordinaire dans la quantité d'aliments absorbés. Malheureusement, un deuxième résultat ne se fait guère attendre chez la plupart des gens : c'est le dégoût de la nourriture. N'est pas ruminant qui veut. Il faut bien dire cependant que ce système a réussi à son auteur. En effet, cet homme, âgé aujourd'hui de soixante ans, et qui fut refusé refuse il y a dix ans par toutes les Compagnies d'assurances sur la vie, a subi tout récemment devant l'Université de Yale (Connecticut), des épreuves de force et d'endurance à faire pâlir de jalousie la jeunesse athlétique. C'est ainsi qu'il a soulevé 350 fois de suite un poids de 300 livres, alors que le champion des étudiants n'a pu répéter le même exercice que 175 fois. Il a encore élevé à bras tendu une haltère de 25 livres dix fois de suite, et il a donné d'autres preuves d'une endurance réellement phénoménale.

A quatre siècles de distance, voilà deux exemples de sobriété qu'il était intéressant de rapprocher. Remarquons que Fletcher adopte un régime mixte : il n'est pas végétarien et il a fait un usage modéré des boissons alcooliques. Son prédécesseur italien était électrique lui aussi, et il s'octroyait généreusement un demi-litre de vin par jour.

De tout cela, il résulte que la sagesse consiste à manger peu, à mastiquer complètement et à boire modérément.

Le Professeur Terrier

Avec le chirurgien de la " La Pitié " disparaît l'une des plus belles figures du corps médical français. Terrier fut marquant à plus d'un titre.

D'une précision et d'une dextérité opératoire rares, le maître français fut un des grands pionniers des méthodes nouvelles. Non satisfait des succès que l'antiseptie nouvelle de Lister et Lucas-Championnière avait permis, il fit un pas de plus et se montra bientôt l'un des maîtres de " l'aseptie ". Son service de Tenon, était connu et courru de partout. Rapidement il devint un des pontifes de la chirurgie abdominale. " Le service de Terrier fut le foyer splendide d'où rayonnèrent sur le monde les principes définitifs de la chirurgie aseptique ".

Nous le revoyons encore, entrant un peu vouté et saluant d'un accueil bienveillant les assidus de son service. Sans s'attarder aux discours retardataires, il procédait à coups précis et sûrs. Sa technique était impeccable. C'était une vraie satisfaction que de le voir opérer.

Si Terrier s'imposait par ses hautes qualités de vrai chirurgien, il y avait plus encore : l'homme valait si possible mieux que le chirurgien. Écoutons un de ses vieux élèves en parler : " D'une volonté tenace et d'une indomptable énergie, cet homme, qui semblait n'avoir jamais été jeune, avait conservé la vraie jeunesse, la jeunesse de l'esprit qui fit de lui, à l'heure où la plupart s'endorment dans le souvenir du passé, un merveilleux entraîneur de jeunes énergies et de jeunes talents. " Et quelle pléiade de brillants Chirurgiens n'a-t-il pas formés, et qui sont aujourd'hui " l'École de Terrier ". Rappelons nous J.-L. Faure et Gosset.

Grand chirurgien, grand cœur et modèle de probité scientifique, — comment dire mieux et dire plus.

* * *

L'hospitalisation des Tuberculeux

Nous notons avec grande satisfaction que l'administration des hôpitaux de Paris vient de voter un crédit de \$70,000 en vue de réaliser *l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux*. C'est là un mouvement que nous ne cessons de promouvoir : créer des salles spéciales et encore mieux des asiles exclusifs pour l'hospitalisation des tuberculeux, sources de la plus terrible des contagions.

Otorrhé et Mastoïdite à répétition

Nous savons avec quelle fréquence l'infection gagne de l'oreille moyenne aux cellules de l'apophyse mastoïde. Ce que nous avons moins fréquemment occasionné de constater, c'est la lenteur habituellement désespérante de la cicatrisation de la plaie lorsque le Chirurgien est obligé de faire l'évidement petro-mastoïdien.

C'est à un nouveau procédé de pansement par l'huile de Vaseline, proposé par le Dr Roy de l'Hotel-Dieu, que fait plus loin allusion notre correspondant de Londres. D'ailleurs est-ce avec une vive satisfaction que nous avons vu *The Journal of Laryngology and Otology* de Londres faire une excellente étude de ce nouveau procédé.

Rapport de la Commission du bon lait (1)

Par le Dr RAOUL MASSON

Secrétaire de la Commission, rapporteur.

La Société Médicale de Montréal n'a pas oublié qu'en janvier 1907, fut formée une commission qui devait étudier les moyens à prendre pour améliorer la qualité du lait livré à la consommation, dans la ville de Montréal.

La Commission du Bon Lait ayant terminé son travail, vous présente ce soir son rapport et soumet à votre appréciation, les conclusions pratiques qui en découlent.

La Commission du Bon Lait a tenu 14 assemblées régulières; neuf sous-comités furent formés pour étudier les questions suivantes :

I. Règlements concernant le fermier producteur du lait.

II. Transport du lait.

(1) La Commission du Bon Lait était composée de membres nommés par la Société Médicale de Montréal et par la " Montreal Medico-Chirurgical Society." Ces membres étaient :

MM. Amédé Marrien,

Elzéar Pelletier,

J. Ed. Laberge,

L. de L. Harwood,

L'Echevin Dagenais,

Alex. Blackader,

Georges Adami,

David Evans,

MM. Raoul Masson,

E. Ethier,

E. D. Archibald,

F. M. Fry,

Séraphin Boucher,

L'Echevin Marin,

Dr McCarry,

Fernand Monod.

III. Règlements concernant le marchand détaillier.

IV. Correspondances et renseignements, Canada et étranger.

V. Couloir et couvercle spécial s'adaptant à la chaudière à lait.

VI. Maladies contagieuses chez le fermier producteur de lait.

VII. Des différentes qualités de lait.

VIII. Centralisation du lait et compagnies privées.

IX. Règlement municipal.

Dès le début, la Commission a établi qu'il n'y qu'un seul mode d'action qui puisse être véritablement efficace.

Ce moyen est, par des règlements sages et raisonnables, de forcer les producteurs, détailliers et consommateurs de lait, à observer les lois de l'hygiène.

Pour atteindre ce but, il faut :

1o Des règlements provinciaux ;

2o Des règlements municipaux ;

3o Exercer un contrôle par le département d'hygiène provincial ;

4o Combattre l'ignorance et les préjugés du public en général.

1o *Pourquoi est-il nécessaire de faire des règlements provinciaux, et que doivent-ils comprendre ?*

Vous ne devez pas ignorer que le lait consommé à Montréal n'est pas produit sur place, mais qu'il nous vient presque exclusivement des campagnes environnantes, et même des campagnes très éloignées, souvent jusqu'au delà de 100 milles. Vous devez vous rappeler que la Commission, dans un rapport précédent, a démontré que le lait venant parfois de très loin, et par conséquent, très vieux, est de plus produit dans des conditions presque toujours défectueuses, souvent dangereuses, à cause de la mauvaise qualité du troupeau, de l'état trop souvent infect des étables et du matériel, de l'ignorance et de la malpropreté du personnel.

Il est évident que pour couvrir notre grand territoire d'approvisionnement, il faut un règlement provincial qui seul peut atteindre les producteurs de la campagne et contrôler la marchandise qu'ils nous livrent.

Ce règlement doit ordonner que le producteur de lait soit placé dans des conditions convenables pour produire un aliment aussi parfait que possible.

Les principales conditions que doit exiger ce règlement sont : la bonne composition du troupeau et son alimentation, la propreté et l'entretien des étables et des ustensiles ; l'âge du lait, sa conservation à une température froide, l'éloignement de toute personne ou animal atteint de maladie contagieuse.

(A suivre)

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Du traitement immédiat des hémoptysies par le nitrite d'amyle

Lorsque l'on vit dans un milieu de malades atteints de tuberculose pulmonaire et que l'on suit quotidiennement et pour ainsi dire pas à pas, chez chacun d'entre eux, les phases de leur maladie, on en arrive bientôt à penser que parmi les multiples accidents auxquels le tuberculeux est exposé, l'hémoptysie est un des plus redoutables. Si le fait, pour un malade, de rejeter quelques crachats hémoptoïques ou franchement sanglants n'a ordinairement, dans la suite, aucune action fâcheuse sur l'évolution de la lésion tuberculeuse, il n'en est plus de même lorsque l'hémoptysie est abondante, répétée, et cela, à quelque période de la maladie qu'elle se produise, à quelque forme clinique ou anatomique qu'elle corresponde.

Nombreux sont les médicaments dits hémostatiques préconisés contre l'hémoptysie. Il suffit d'ouvrir un traité de thérapeutique pour être frappé de l'abondance de ces produits ; mais ce qui frappe encore d'avantage, c'est de voir combien certains, s'ils ont une indication précise dans un cas déterminé, comportent dans d'autres cas, de formelles contre-indications. et de constater aussi la diversité d'opinions sur leur emploi et le peu de concordance des résultats obtenus. Notre but est de rappeler aussi brièvement que possible une méthode jusqu'ici peu employée dans la pratique courante, qui, depuis près de trois ans, fut appliquée systématiquement au Sanatorium de Bligny, à tous les malades atteints d'hémoptysies, et qui nous donna, comme elle donna d'ailleurs aux quelques auteurs qui en usèrent des résultats identiques et toujours immédiats.

Il y a longtemps que les cliniciens s'aperçurent que très fréquemment les tuberculeux avaient, au moment où se produit l'hémoptysie, une tension artérielle relativement élevée par rapport à leur hypotension habituelle. Aussi les médicaments hypotenseurs furent-ils logiquement essayés par Flick et Chelmonsky qui employèrent contre l'hémoptysie, le premier la trinitrine. le second l'iodure de potassium. Ce fut un médecin australien, Fr. Hare de l'Hôpital Général de Brisbane qui, en 1904, eut le premier l'idée de substituer à un médica-

ment absorbé par la muqueuse gastrique et demandant pour agir un temps plus ou moins long un produit volatil, le nitrite d'amyle, immédiatement absorbable, ayant une action vaso-dilatatrice et hypotensive presque instantanée, susceptible, par voie de dérivation, de diminuer la tension pulmonaire, de ralentir le cours du sang au niveau du point qui saigne et de favoriser l'hémostase par coagulation.

C'est en effet presque instantanément que l'on voit cesser l'hémorragie pulmonaire chez les tuberculeux lorsque l'on emploie ce médicament. Quelques gouttes, cinq à six gouttes au plus de nitrite d'amyle, soit le contenu habituel des ampoules que l'on trouve dans le commerce, sont versées sur une compresse ou sur un simple mouchoir qui, appliqué sous le nez du malade, lui permet de respirer les vapeurs de ce produit très volatil. Après quelques inhalations, le visage devient rouge, la circulation céphalique périphérique est intense et le doigt qui, dès le début de l'opération palpe la radiale, perçoit rapidement un abaissement que l'emploi du sphygmomanomètre permettra d'apprécier plus exactement. Deux constatations clinique sont, à ce moment, intéressantes à noter. Dès les premières inhalations, la respiration du malade atteint d'hémoptysie devient plus ample, plus profonde, moins fréquentes. En outre malgré leur odeur particulièrement pénétrante, les vapeurs de nitrite d'amyle ne paraissent pas irritantes, et il est rare que le malade soit atteint de toux pendant qu'on le soumet à ces inhalations. Après un temps relativement très court, variable suivant chaque cas, mais qui, en général, ne dépasse pas une minute et demi à deux minutes, il accuse des sensations de bourdonnements d'oreille, de tintements de cloche ; c'est à ce moment que l'application de la compresse doit être suspendue.

Malgré l'action hémostatique pour ainsi dire instantanée du nitrite d'amyle, nous ne pensons pas que le traitement immédiat de l'hémoptysie doive se borner à son seul emploi. A l'action vaso-dilatatrice générale et vaso-constrictive locale de ce produit nous ajoutons systématiquement, chaque fois que l'état du rein le permet, celle de la morphine en injection hypodermique immédiatement consécutive à l'inhalation du nitrite d'amyle. La morphine remplit alors un triple but : diminution de la vitesse du sang due sans doute au relâchement et à l'in-

tie des petits vaisseaux produisant de la stase sanguine périphérique ; relentissement et diminution d'amplitude de la respiration par l'atténuation notable de l'action excitatrice cérébrale. Enfin, par son action sur la toux dont un accès intempestif peut faire renaître l'hémorragie, elle trouve encore par ce seul fait une indication presque formelle.

Si, jusqu'à l'heure actuelle, le nitrite d'amyle a été peu employé, il faut reconnaître que tous ceux qui eurent recours à ce médicament en ont retiré pleine et entière satisfaction. Fr. Hare, qui le premier préconisa son emploi contre l'hémoptysie, publie dans l'*Australian Medical Gazette* du 20 février 1904 quatre observations relatives au succès que lui donne le nitrite d'amyle chez trois tuberculeux et chez un mitral. Le Dr Rouget, du Val-de-Grâce, à la séance de la Société médicale des Hôpitaux du 14 avril 1905, plaide la cause de ce médicament et apporte dix observations relatives à son action hémostatique rapide dans les hémorragies pulmonaires. Le Dr Lemoine, dans la même séance, ajoute qu'il l'a employé deux fois avec résultat immédiat. Dans une thèse de Lyon, du 21 novembre 1905, M. Bourland apporte quatorze observations nouvelles, dans lesquelles il traita avec succès les hémoptysies par le nitrite d'amyle. Dans la *Semaine Médicale* du 10 octobre 1906, le Dr Pouliot, de Poitiers, rapporte deux cas d'hémoptysies persistantes qui cédèrent rapidement à l'emploi de ce médicament. M. Crace-Calvert, dans *The Lancet* du 6 avril 1907, a eu l'occasion d'expérimenter ce même procédé thérapeutique une vingtaine de fois chez cinq tuberculeux, et, à chaque poussée hémoptisique, les inhalations de nitrite d'amyle produisirent une hémostase presque instantanée. Enfin, nous ajouterons que son emploi systématique, au Sanatorium de Bligny, chez tous les malades atteints d'hémoptysies, nous a toujours donné des résultats rapides, identiques, et cela sans le moindre accident.

Aussi, tout en reconnaissant, comme l'a très bien indiqué Tchigaiew, que la thérapeutique de l'hémoptysie doit être individuelle, on doit cependant avant tout parer au plus pressé et choisir parmi les médicaments vaso-moteurs ceux qui ont une action rapide. La concordance des résultats obtenus et l'unanimité des opinions semblent démontrer que parmi ces médicaments d'urgence le nitrite d'amyle soit appelé à tenir une place prépondérante.

(Dr R. DIEUZEIDE, in "La Clinique".)

Points de Cote (I)

PAR M. H. BARTH,

Médecin de l'Hôpital Necker

Il convient de réserver ce nom à une douleur thoracique spéciale qui se manifeste comme symptôme de certaines affections aiguës pleuro-pulmonaires, et qui constitue un facteur important de la dyspnée, parce qu'elle s'accroît avec l'amplitude des mouvements respiratoires, au point de devenir intolérable.

Brusquement ou graduellement, en pleine santé ou à la suite des symptômes d'une affection pectorale, un malade est pris d'une douleur spontanée, aiguë, intense, localisée soit sous le sein, soit en arrière au niveau de l'omoplate, tantôt sourde et continue, tantôt lancinante ou ponctive, s'exaspérant par la toux, les grandes inspirations, les mouvements du tronc.

Cette douleur spéciale est due à l'irritation d'un ou de plusieurs filets nerveux sous pleuraux par suite de l'inflammation de la séreuse qui les recouvre ; elle est donc essentiellement un symptôme de pleurite et peut se montrer, comme cette dernière, dans toutes les maladies qui intéressent la plèvre ou la couche corticale du poumon.

Dans la *pneumonie* aiguë, le point de côté se montre d'ordinaire dès le début, sauf quand la phlegmasie a pris naissance dans la profondeur d'un lobe, auquel cas il peut apparaître seulement vers le cinquième jour, au moment où les signes d'auscultation révèlent l'extension du processus morbide à la surface ; il est sourd, gravatif, obtus ; il a son maximum d'intensité dans la région sous-mammaire d'un seul côté ; quand il est violent, le malade, instinctivement, retient sa respiration, immobilise son thorax en inclinant le tronc du côté douloureux ; la voix et la toux sont entrecoupées, les efforts nécessités par l'expectoration provoquent des gémissements.

Cette douleur persiste rarement plus de quarante-huit heures ; puis elle se calme peu à peu. Sa persistance au delà du sixième jour, ou sa réapparition après la défervescence, est presque toujours l'indice d'une pleurésie secondaire.

Au cours d'une bronchite, l'apparition d'un point de côté, quand elle n'est pas due à la pleurodynie provoquée par les quintes de toux, est ordinairement symptomatique d'une poussée de *broncho-pneumonie* propagée à la cou-

che corticale du poulmon, et l'auscultation attentive de la poitrine au point douloureux permet de constater des signes qui assurent le diagnostic.

Le *pneumothorax*, surtout dans ses formes septiques, s'annonce brusquement par un point de côté intense, déchirant, que le malade compare volontiers à un coup de couteau, et qui paralyse absolument les mouvements du thorax ; il en résulte une dyspnée excessive, surtout quand la plèvre saine et dépourvue d'adhérences n'oppose aucun obstacle à l'affaissement complet du poulmon, ou quand la disposition en soupape de la perforation pulmonaire favorise l'accumulation de l'air dans la cavité pleurale.

Le point de côté fait rarement défaut dans la *pleurésie sérofibrineuse* ; on le note dès le début de la maladie : mais il est le plus souvent sourd, et consiste seulement en une gêne douloureuse que la toux exaspère ; il disparaît quand l'épanchement a séparé l'un de l'autre les feuillettes de la plèvre malade : il est remplacé par une sensation vague de tension, de plénitude intrathoracique, quand l'accroissement du liquide comprime fortement le poulmon sous-jacent et déplace les organes voisins : enfin, il reprend un caractère aigu dans la période de résolution, quand les néo-membranes s'organisent en adhérences, et on le voit persister plusieurs mois, tant que dure la rétraction nodulaire.

Dans la *pleurésie diaphragmatique*, le point de côté se rattache à l'irritation des filets terminaux du nerf phrénique ; il se localise au niveau du rebord des fausses côtes en avant ; la pression en cet endroit (bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy) l'exaspère au point de déterminer des phénomènes de suffocation ; souvent, en pareil cas, on constate également une douleur spontanée ou provoquée au-devant des scalènes du même côté et le long du bord correspondant du sternum. Le diaphragme du côté malade est paralysé et immobile.

Dans les *pleurésies purulentes* et surtout dans les formes septiques avec *gangrène de la plèvre*, le point de côté est d'une violence excessive, localisé tantôt en avant, tantôt en arrière, mais toujours en un point circonscrit ; la plus légère pression, la percussion même à ce niveau arrache des cris au malade.

En opposition avec ces formes suraiguës, il faut noter les douleurs sourdes qui se montrent parfois chez les *tuberculeux* en cas de pleurésie sèche localisée : ces douleurs ont leur siège aux sommets, sous l'omoplate, ou plus rarement sous la clavicule ; elles sont variables et semblent quelquefois se modifier sous l'influence du

froid humide, ce qui les fait qualifier de *rhumatismes* par les malades.

Des douleurs plus précises et plus fixes peuvent d'ailleurs annoncer chez les tuberculeux le développement d'un *foyer secondaire*. Dans ces cas, sur lesquels Sabourin a récemment appelé l'attention, le point de côté se superpose d'une façon singulièrement précise à un foyer pulmonaire cortical crépitant et soufflant, localisé dans l'aisselle ou dans le dos, généralement au voisinage d'une scissure interlobaire.

Le point épigastrique récemment décrit par H. de Brun (de Beyrouth) dans l'*emphysème pulmonaire* serait lié, selon cet observateur, à la distension du cœur droit et s'observerait aussi dans les *affections mitrales* à la période d'astolie commençante. La douleur en question, qui a pu être constatée dans 45 cas d'emphysème sur 68 malades examinés, siège le plus souvent à la partie supérieure de la région xiphoidienne ; elle consiste en une sensation très pénible de pesanteur, de tension épigastrique, parfois irradiée vers la région dorsale inférieure ; elle est permanente, mais intimement liée à la dyspnée, et s'exagère sous l'influence des causes provocatrices de celle-ci (exacerbations nocturnes fréquentes) ; la pression l'exaspère au point de la rendre intolérable ; elle est toujours accompagnée d'hypertrophie du cœur droit et de battements visibles au creux épigastrique : la morphine et les iodures la soulagent.

FAUX POINTS DE CÔTÉ. — D'autres douleurs thoraciques, par la gêne respiratoire qu'elles déterminent, peuvent en imposer pour des points de côté : leurs caractères spéciaux, auxquels se joint l'absence, constatée par l'auscultation, de tout signe de maladie pleuro-pulmonaire, saffront d'habitude à les faire distinguer.

Mentionnons seulement la *névralgie intercostale* reconnaissable à son trajet en demi-ceinture, suivant un ou plusieurs espaces intercostaux, à l'existence des points douloureux de Valleix, à son allure paroxystique, au zona qui parfois l'accompagne et l'explique ; la *pleurodynie* souvent due à un refroidissement direct, remarquable par son siège exclusif dans le paroi (et plus spécialement dans les muscles), par son caractère vague et mobile, par l'action salutaire du massage et des frictions révulsives ; la douleur de l'*aortite chronique* athéromateuse, caractérisée par une sensation de barre sous-sternale, que les mouvements respiratoires n'influencent guère, mais que le moindre effort musculaire aggrave, et qui alors s'irradie dans l'épaule et dans le bras gauche ; enfin le *faux point de côté par distension gastro-colique*.

faussement apporté par la plupart des malades à la région de la pointe du cœur, et qui se signale de la façon la plus nette par son apparition brusque, son caractère très aigu, très angoissant, et sa disparition non moins rapide à la suite d'une éructation gazeuse, ou de quelques borborygmes intestinaux.

Ophthalmologie

(par J.-N. ROY)

Les conjectivites purulentes du nouveau-né

Les conjectivites purulentes du nouveau-né doivent être bien connues du praticien car elles sont d'observation journalière. D'un diagnostic et d'un traitement hâtifs dépend souvent la conservation ou la perte de la vision.

On a tendance à considérer ces conjectivites comme étant toujours d'origine gonococcique. Cela est vrai dans les villes où la blennorrhagie sévit d'une façon intense, à la campagne on peut dire que c'est l'exception. A ce propos, rappelons que les agents vulgaires de la suppuration peuvent déterminer une conjectivite purulente sans que l'intervention du microbe Neisser soit nécessaire.

Les yeux de l'enfant sont inoculés au moment du passage de la tête dans un vagin septique ou, pendant les heures qui suivent la naissance, par les mains malpropres des personnes qui entourent l'accouchée.

Nous n'insistons pas sur les symptômes de l'ophtalmie des nouveau-nés : ils sont décrits partout. Tuméfaction considérable des paupières, écoulement purulent sur la joue, conjonctive rouge et œdématisée (chemosis), engorgement du ganglion préauriculaire correspondant, tels sont les signes qui, survenant en trente-six heures, permettent d'affirmer l'existence d'une conjectivite purulente.

Si le traitement est, à peu de chose près, le même dans les diverses variétés, le pronostic est essentiellement différent. La conjectivite à gonocoques est toujours plus grave, toutes choses égales d'ailleurs, que la conjectivite à streptocoques ou à staphylocoques. Elle détermine, si elle n'est pas traitée à temps, des lésions

cornéennes aboutissant à la perforation et à la perte de l'œil.

Il faut donc toujours quand on le peut, faire l'examen bactériologique du pus. De la présence ou non du gonocoque dépendra le pronostic. A la campagne où cet examen n'est guère facile, on se rappellera que plus une ophtalmie purulente se déclare tôt après la naissance, plus elle a de chances d'être d'origine blennorrhagique. L'affection se déclare-t-elle le deuxième ou le troisième jour elle est sûrement gonococcique. Du troisième au sixième jour elle a autant de chances d'être que de ne pas être gonococcique. Après le sixième jour on peut considérer que le microbe de Neisser n'est plus en jeu (Haab).

Ces préceptes ne peuvent donner une certitude absolue. On peut les tenir pour vrais lorsqu'on est sûr que l'infection gonorrhéique n'a pu se faire qu'au moment de l'accouchement. Mais a-t-on toujours cette preuve ?

La prophylaxie consiste, aussitôt après la naissance, à laver les yeux avec de l'eau bouillie et à instiller dans chaque œil deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 150. Les jours qui suivent, il se fait, sous l'influence de la solution caustique, un peu de catarrhe oculaire avec sécrétion. Les débutants confondent facilement cette inflammation avec un début de conjectivite purulente.

Traitement. — 1° Application en permanence de glace sur les yeux. On mettra les morceaux de glace dans un condom qui fera l'office de vessie : entre le condom et les paupières ne pas oublier de mettre une mince couche d'ouate hydrophile pour éviter une réfrigération excessive.

2° Etendre sur les joues, le nez, les paupières, une couche de cold-cream ou de vaseline, pour éviter le contact du pus n'irrite la peau.

3° Toutes les trois heures laver les yeux avec des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution de cyanure de mercure, de formol ou de permanganate de potasse à 1,500. Aussitôt après instiller dans chaque œil (même s'il n'y en a qu'un de malade) deux gouttes d'un collyre au protargol à 1,10e.

4° Tous les jours, tant que la sécrétion sera purulente, le médecin fera lui-même une cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à 30,0. Pour cela il retournera la paupière supérieure, passera rapidement sur la conjonctive un pinceau imbibé de la solution argentine et neutralisera aussitôt après avec un second

pinceau imbibé d'eau salée forte. Si, par suite de l'inflammation, on avait de la peine à retourner la paupière, il ne faut pas hésiter à donner un coup de ciseaux dans l'angle externe de l'œil. Cette petite opération, sans gravité, provoque une saignée locale, toujours salutaire.

Lorsque la sécrétion cesse d'être purulente et devient sérieuse, il faut cesser les cautérisations et la glace. Le reste du traitement doit être continué jusqu'à cessation des accidents : il suffit d'abaisser de jour en jour le titre de la solution de protargol.

Le traitement d'une ophthalmie purulente, soignée à temps, sans complications, demande de quinze à vingt jours. (F. d'OLDEN BARNEVELD, in "Jnal de Med.")

La rachi-anesthésie.

M. Chaput rapporte plusieurs statistiques portant sur la rachi-stovaïnisation.

Les incidents qui peuvent résulter de l'emploi de cette méthode d'anesthésie sont évitables. Elle ne fait d'ailleurs pas courir grands risques aux malades.

Il faut employer de préférence la stovaïne pure. L'injection doit être précédée d'une abondante évacuation de liquide céphalo rachidien.

Pour les opérations basses, on doit se servir d'une solution isotonique alcoqlisée à 10 p. 100. Pour les opérations hautes, il employée une solution moins concentrée, à 2 p. 100.

La dose de stovaïne à injecter est de 4 à 5 centigrammes pour les membres inférieurs, de 6 à 10 centigrammes pour les opérations hautes.

Chez les femmes, les sujets nerveux et pour les opérations hautes, il faut faire aupa. avant une injection d'un $\frac{1}{4}$ de milligramme de scopolamine.

Sur 435 opérations faites à l'hôpital à l'aide de ce procédé d'anesthésie tant par M. Chaput que par ses internes, l'anesthésie a toujours été parfaite sauf dans 3 cas.

La tendance syncopale sera combattue en maintenant la tension intravasculaire à l'aide de la position déclive, de caféine et au besoin de sérum intraveineux.

Quand aux accidents tardifs : céphalée, vomissements, etc. ils cèdent immédiatement à une évacuation du liquide céphalo-rachidien.

La méthode semble contre-indiquée chez les vieillards et les sujets épuisés.

M. Hartmann, bien que n'ayant pas une très grande expérience de ce mode d'anesthésie, croit qu'il est plus dangereux qu'on ne l'a dit. Il a en effet observé 2 cas de mort. Dans les deux cas, les accidents sont survenus au moment précis où, au cours de l'opération, on a mis les malades en position déclive. Cette position semble donc dangereuse pour les malades rachistovaïnisés.

M. Le Dentu, croit aussi qu'il faut éviter de mettre les malades dans cette position.

M. Rochard a vu un cas de paralysie du moteur oculaire externe, un cas d'incontinence d'urine, et connaît 2 cas de mort non publiés, attribuables à cette méthode.

M. Schwartz a vu des rétentions d'urine durables et fort gênantes. Cependant cette méthode lui donne en général de très bons résultats.

M. Reynier croit que cette méthode peut entraîner pour plus tard des conséquences graves et qu'il serait bon de rechercher ce que sont devenus au bout de quelques années les malades anesthésiés de cette manière.

M. Guinard a abandonné cette méthode parce qu'il a vu 3 de ses malades mourir ou bout de 3 à 6 mois dans le ramollissement et le gâtisme, sans qu'il soit cependant possible d'affirmer avec certitude que ce soit là une conséquence directe du mode d'anesthésie employé.

M. Nélaton a vu deux cas analogues.

Peut-on éviter l'endocardite rhumatismale ?

Depuis quelque temps nous essayons systématiquement, dans le rhumatisme articulaire aigu, la pratique des abcès de fixation et, sur un ensemble de 16 cas successifs, nous avons toujours pu éviter l'endocardite, sauf en 2 cas où l'application de notre méthode a été tardive.

Aussitôt le rhumatisme soupçonné ou nettement déclaré, nous injectons au malade 1 centimètre cube d'essence de térébenthine à la face externe de la cuisse et 1 demi-centimètre cube chez l'enfant au-dessous de dix ans. Dans les formes intenses ou hyperthermiques, il faut injecter 2 centimètres cubes d'essence, un centimètre cube dans chaque cuisse, en vue de la formation de deux abcès.

L'abcès de fixation détourne en quelque sorte l'infection endocardiaque.

L'abcès de fixation n'exclut pas la médication salicylée, au contraire, il marche de pair avec elle.

Abcès de fixation précoce et médication salicylée intense : voilà les deux points importants qu'il faut signaler.

Outre la médication salicylée et l'abcès de fixation, nous avons l'habitude de faire des frictions avec de la *lanoline anhydre iothionée*.

Il nous reste encore à signaler deux points importants :

1^o Si l'héréthisme cardiaque s'esquisse nettement malgré la première injection, nous faisons une deuxième injection dans l'autre cuisse et, en outre, nous prescrivons la digitaline à petites doses ;

2^o L'autre point, non moins digne d'attention, est la douleur toujours vive provoquée par l'évolution de l'abcès de fixation et, fait important, plus la douleur est intense, mieux la réaction défensive se dessine.

Nous atténuons beaucoup la douleur par le procédé suivant :

Menthol..... 1 gramme.
Huile d'amandes douces..... 50 —

Pour badigeonnages sur la région douloureuse.

Le menthol analgésie la région où l'abcès se forme et n'est guère irritant associé à l'huile d'amandes douces.

L'hypnal calme de même assez bien la douleur.

En résumé, nous croyons que l'abcès de fixation est destiné à entrer dans la pratique thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu et qu'il constitue une médication préventive à opposer à l'apparition de l'endocardite.

JAYME FERREIRA (Lisbonne).

Traitement d'une brûlure au premier degré.

Une brûlure au premier degré est provoquée par une flamme restée un temps fort court au contact de la peau ; par le contact d'un liquide ou d'un corps solide dont la température n'atteint pas 100° ; par la radiation solaire. A ce degré de brûlure, l'épiderme est rouge pourpre ou cramoisi, mais il n'est atteint que superficiellement.

Contre ces brûlures, la pâte de zinc peut rendre les plus grands services ; je l'utilise depuis plusieurs années avec le plus grand succès.

On formulera ainsi

Oxyde de zinc.....	} à à 20 gr.
Poudre d'amidon.....	
Lanoline.....	
Vaseline.....	

Pour une pâte épaisse.

Après nettoyage soigné des parties lésées avec de l'eau bouillie chaude et du savon, on applique une compresse stérile sur laquelle on aura étalé une couche la pâte. Par-dessus, on mettra une légère couche d'ouate hydrophile maintenue par une bande.

La pâte absorbe les sécrétions de la plaie, calme les douleurs, empêche l'adhérence des compresses. On laissera le pansement cinq jours en place ; quand on l'enlèvera, on trouvera le plus souvent la plaie complètement guérie.

P. DESFOSES.

Réponses aux Correspondants

Déodorisant des Secrétions putrides

Nous ne connaissons pas de meilleur déodorisant que le Lusoforme. Soit en pansements à plat sur une plaie de mauvaise apparence, soit en lavage de la poche d'un abcès, vous le trouverez d'un merveilleux effet. Aucun autre autant que lui enlève l'odeur repoussante des sécrétions vaginales des cancéreuses.

Les Erythèmes causés par les Sérums

Oui, vous avez raison, les érythèmes consécutifs aux injections de sérum antidiphthérique sont fréquents. On les rencontre aussi avec les autres sérums. Ces phénomènes hémolytiques sont très-variables : consultez à ce sujet une lettre de notre correspondant de Vienne, no du 9 Nov. 1907. On peut les prévenir en faisant prendre au malade du Lactate de Calcium, à la dose de 5 grains, trois fois par jour, pendant quelques jours.

Lettre de Londres

de notre correspondant spécial.

Londres Avril, 1908.

Un voyage de repos sur le continent explique mon silence. Quelle agréable sensation que celle de se trouver en quelques heures transporté de l'atmosphère humide de Londres à celui tout parfumé et ensoleillé de la Côte d'Azur.

Mais causons médecine.

A l'une des réunions de la Royal Society of Medicine, M. Barnard traita des *abcès sous-phréniques*, et appuya ses remarques sur l'observation personnelle de 76 cas traités au London Hospital. Quand aux causes, l'ulcère gastrique était responsable d'un tiers des cas et l'appendicite d'un sixième, de même que les abcès du foie. L'ouverture spontanée de ces collections purulentes ce fait assez fréquemment, soit 23 fois sur 76 cas : 4 fois dans les bronches, 5 fois dans la plèvre, etc. . . des 76 patients, 36 moururent. Les 12 qui ne furent pas opérés, moururent tous. L'examen du sang révéla toujours une hyperleucocytose : Chose intéressante à noter, 56 fois il y eut complication d'empyème.

A la même Société M. Taylor présenta un homme de 34 ans, dont antécédents pathologiques infectieux étaient nuls, sauf deux attaques de colique saturnine, et qui n'en portait pas moins un souffle cardiaque diastolique à maximum aortique. Les troubles d'oppression qu'il ressentait étaient apparus brusquements, à la suite d'un violent effort. C'est encore là un cas de *lésion valvulaire traumatique*, sur lesquelles notre attention depuis quelque temps a été attirée.

Intéressant encore à signaler cette jeune fille de 10 ans présentée par le Dr Nitsch et atteinte de *myosite ossifiante*. La maladie a débuté au niveau des muscles du cou alors que la malade était âgée de trois ans et demi.

En quelques mois les muscles pectoraux scapulaires et lombaires étaient envahis. Actuellement on perçoit des plaques ou épines osseuses dans la plupart des muscles du tronc, — les sterno-mastoidiens, à la jambe. . . . Les mouvements sont très limités et la respiration est simplement diaphragmatique.

Au Royal College of Surgeons, M. Didgeon, traita des *Infections urinaires par le coli-bacille*. Aucun autre agent infectieux, sauf de bac de Koch, semble offrir une telle résistance aux agents médicamenteux.

L'Urotropine, si effectif contre le bac. typhique, est ici presque sans action. Les lavages antiseptiques, si favorables contre le strepto et le staphylococque, sont ici moins curatifs et plus lents d'effet. Le traitement opsonique semble donner les résultats plus encourageants dans ces cas rebelles.

A la Section d'Obstétrique et de Gynécologie il fut question de la conduite à tenir dans le cas de *fibromes compliquant la grossesse*.

M. W. Swayne rapporta l'histoire clinique de deux opérées durant leur grossesse pour des fibromes pédiculés de l'utérus et qui n'en continuèrent pas moins leur gestation à terme. Une discussion nourrie s'en suivit et l'opinion prévalente fut qu'il valait mieux, sauf indications urgentes, retarder l'intervention jusqu'après l'accouchement, ou tout au moins jusqu'à la période de viabilité du fœtus.

La campagne d'Hygiène Social s'accroît d'avantage. On insiste maintenant de tous côtés pour que l'enseignement de l'hygiène tiennne une place importante dans les écoles.

Lord Lister, le doyen que tous vénèrent, vient de se voir conférer les droits et privilèges de la cité de Glasgow. C'est dans cette ville qu'étant professeur de Chirurgie, il fit ses mémorables recherches qui le conduisirent à proclamer la valeur de l'antisepsie et aidèrent ainsi au progrès de la chirurgie moderne.

J'entendais dernièrement mentionner comme merveilleux dans le traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mostoidien, un pansement à l'huile de vaseline. La guérison à la suite de ces interventions jusqu'ici toujours si longue, serait par ce procédé singulièrement hâtée.



Société Médicale de Montréal

Séance du 23 Avril 1908

PRÉSIDENTE DE M. LESAGE.

M. Marien présente, au nom du Docteur Bédard, de St-Rémi, et en son nom personnel, une pièce anatomique et des préparations histologiques. C'est une tumeur solide de l'ovaire, — un sarco-épithéliome, — enlevée chez une fillette de 13 ans. Ce cancer est remarquable par son développement foudroyant et son apparition à la suite d'une première menstruation. Tous les jours, en effet, on le voyait pousser d'une manière très sensible et il a mis une quinzaine de jours à atteindre le volume d'une tête d'enfant.

Au point de vue histologique, c'est un tératôme malin, constitué par des tissus conjonctifs embryonnaires, édifiés de cellules rondes et fusiformes avec des vaisseaux sans paroi et par des tissus épithéliaux proliférant sans ordre et d'une manière désordonnée au sein du tissu sarcomateux.

M. Marien pense qu'il s'agit d'une tumeur maligne formée de productions dérivées des trois feuilletts du blastoderme.

Monsieur le président félicite M. Marin et son collaborateur, M. Bédard, membre correspondant de la Société Médicale, qu'il est heureux d'apercevoir dans l'assistance et auquel il souhaite la plus cordiale bienvenue.

M. le professeur Guérin propose que la Société nomme une commission, chargée de rédiger un certain nombre propositions ou de sentences hygiéniques, ayant rapport à certaines pratiques de la vie journalière de l'enfant.

Le rapport de cette commission après son adoption par la Société sera soumis à l'approbation du "Conseil de l'instruction publique" et comme membre de ce dernier conseil, M. Guérin sera heureux de le parrainer et d'assurer son impression dans les livres de la commission scolaire.

Vu qu'il y a urgence, M. Guérin demande la suspension des régliments et l'adoption immédiate de cette résolution.

MM. Dagenais et Marien secondent le proposeur et l'assemblée adopte la motion.

A propos du travail des commissions, M. le prési-

dent annonce qu'on exerce, en ce moment, une pression dans le but d'amener le gouvernement à nommer des inspecteurs de Lait. Une délégation composée de MM. Marien, Masson Dagenais et Lesage est envoyée à Québec en rapport avec cette mesure.

MM. Boulet et Guérin font adopter par la Société une résolution appuyant fortement la démarche des délégués et exprimant l'espoir qu'elle sera couronnée de succès auprès du gouvernement de Québec.

M. Bourgoïn sous le titre "Voumissements nerveux et boulimie" rapporte l'originale observation d'une malade qui depuis nombre d'années était atteinte de boulimie. Elle absorbait des quantités incroyables de victuailles et s'empressait de les rendre aussitôt. Après deux mois d'isolement et de persuasion la malade a quitté l'hôpital guérie et ayant repris 30 livres de son poids.

M. Bourgoïn attire l'attention sur la valeur de la persuasion dans le traitement des néoroses stomacales.

Précis des examens de laboratoire

employés en clinique par L. Bard, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève, correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, avec la collaboration de G. Humbert et H. Mallet, anciens chefs de clinique médicale, médecins adjoints de l'hôpital cantonal de Genève. 1 vol. in-8°, de la Collection de Précis Médicaux, de XX-627 pages avec 138 figures noir et en couleurs, cartonné toile (Masson & Cie, Editeurs). 9 fr.

Les progrès des sciences médicales ont considérablement étendu, au cours de ces dernières années, le champ des examens de laboratoire appliqués aux études cliniques et même à la médecine pratique. Indispensable à tous ceux qui veulent entreprendre des recherches scientifiques, leur connaissance s'impose aux praticiens tous devant être à même de les utiliser dans les mesures où le comporte l'intérêt des malades qui se confient à leurs soins. Mais il est difficile aux praticiens et aux étudiants d'aller chercher les différentes méthodes d'investigation clinique dans les monographies particulières et dans les ouvrages spéciaux où elles se trouvent dispersées. C'est pour leur faciliter cette tâche que M. Bard a réuni dans un seul Précis, les multiples examens de laboratoire nés de l'application à la médecine des sciences diverses qui lui ont apporté leur collaboration fréquente. Il a été rédigé avec la préoccupation dominante des intérêts cliniques, et ce point de vue est seul entré en ligne de compte, aussi bien dans les divisions adoptées et dans le groupement des matières, que dans le choix à faire entre les diverses méthodes qui ont été proposées. Ce nouvel ouvrage constitue donc le manuel des laboratoires de clinique; il s'adresse aux médecins et aux assistants des services hospitaliers, aux étudiants avancés comme aux médecins praticiens, dans la mesure où les uns et les autres ne demandent aux examens scientifiques que d'être les adjuvants de la médecine et de la pratique.