

**PAGES**

**MANQUANTES**

## IV<sup>e</sup> Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

---

Comme nos lecteurs le connaissent déjà, l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord tiendra son quatrième congrès les 20, 21, 22 juillet prochain, dans les murs de notre vieille cité de Québec, cette ville historique qui fut le foyer de son origine et dont toute la nation canadienne s'apprête à fêter, dans la même circonstance, le troisième centenaire de fondation, par des démonstrations d'un éclat sans précédent dans les fastes de notre histoire.

Il n'est pas inopportun de rappeler ici que c'est sur cette même plage antique que mettait le pied à terre il y a juste trois cent ans en même temps que Champlain, l'illustre fondateur, le premier médecin français Bonherme venant apporter les secours de l'art de guérir à la colonie naissante.

Par un heureux retour des événements, c'est également dans cette ville toujours restée française bien que le sort des batailles soit venu changer son allégeance, que fut fondée la première Université française en Amérique qui a mérité d'être désignée comme le principal rempart de notre nationalité. Rappelons également que la célébration du 1<sup>er</sup> cinquantenaire de cette institution du haut enseignement français au Canada fut l'occasion d'un grand ralliement de tous les professionnels de langue française sur ce continent. C'est à la faveur de cette heureuse circonstance que fut organisée à ce foyer du patriotisme canadien français, l'Association internationale des médecins de

langue française de l'Amérique du Nord qui se fit un devoir d'associer son premier congrès aux fêtes de l'Université Laval et eut à cœur de marquer le premier acte public qui affirmait son existence comme pour donner une preuve frappante de l'influence que la fondation de cette université avait eu sur le mouvement intellectuel des professions dans le pays, par un hommage solennel à cette Alma Mater de la plupart des médecins canadiens français.

Ce premier congrès devrait marquer une étape dans l'histoire de la médecine française au Canada et dans les annales de toute la Nationalité franco-américaine.

Mais comme ces deux grandes manifestations devaient avoir pour corollaire la présence au milieu de nous de représentants les mieux accrédités des sociétés scientifiques françaises et des universités étrangères, les plus timides parmi nous et nos amis des plus hautes sphères ne cachèrent pas leurs appréhensions au sujet du succès de ce premier congrès d'une association dont on venait à peine d'asseoir les dernières bases; plusieurs, des plus intéressés ne manquaient même pas d'exprimer la crainte que l'insuccès possible de cette entreprise ne vint ajouter une ombre à l'éclat des fêtes si retentissantes du cinquantenaire de l'Université Laval, et auxquelles venaient s'ajouter celles des noces d'or de la Société Nationale des Canadiens-français, la Saint-Jean-Baptiste.

Les promoteurs de l'œuvre n'avaient pas manqué de concevoir, avant toute initiative, la hardiesse et les risques du projet, vu l'existence de lacunes encore persistantes dans l'organisation de notre jeune profession dont la plupart des membres n'étaient assimilés qu'au rôle de praticien, disséminés sur la surface de ce vaste continent, se trouvent éloignés les uns des autres et au milieu de populations hétérogènes exposés par

suite à vivre dans un isolement funeste. Mais ils avaient conscience également que la commémoration de ces grandes étapes de notre vie nationale, ne pouvaient manquer de produire un réveil de l'esprit du progrès scientifique et du sentiment de la solidarité parmi tous les groupes de la nationalité canadienne-française en Amérique, et ils mettaient en ligne de compte les progrès considérables réalisés durant les dernières années tant au point du développement de nos institutions de la haute éducation que de l'organisation professionnelle par la fondation de revues et de journaux et, surtout, de nos sociétés médicales de district, destinées à promouvoir l'avancement scientifique des praticiens et l'influence sociale du médecin.

Il avait semblé au plus grand nombre qu'il importait de tirer profit des circonstances exceptionnelles qui s'offraient, et qu'il ne fallait pas attendre le plein épanouissement que l'avenir pouvait faire espérer pour tenter l'œuvre de ralliement de la profession médicale française en Amérique, le temps leur paraissait venu de permettre à la profession médicale française de s'affirmer et de tenter de faire sa marque dans l'arène du progrès intellectuel à l'égal des autres nationalités.

Les plus sceptiques reconnaissent aujourd'hui sans arrière-pensée combien noblement cette association nouvelle a subi ses premières épreuves et quelle place elle s'est conquise dans l'arène du progrès scientifique et social, à la suite de ses trois premiers congrès de Québec, de Montréal et des Trois-Rivières. Aussi, la voyons-nous aujourd'hui avec orgueil et confiance à son point de départ, raffermie et agrandie par les succès mérités qui ont marqué ses premières étapes et qui ont même dépassé les meilleures espérances de ceux qui, les premiers, avaient eu foi en sa destinée.

Dans chacun des congrès où elle a convié périodiquement

ses membres, cette jeune association a toujours eu cette bonne fortune d'être associée à des fêtes commémoratives d'événements qui intéressaient au plus haut degré l'évolution et l'avenir de la race canadienne-française sur ce continent ; telles ont été les fêtes commémoratives du cinquantenaire de l'Université Laval, la première université française fondée en Amérique, et des noces d'or de notre société nationale, la St. Jean-Baptiste, dont le but est de faire l'école au patriotisme et de maintenir la cohésion et la solidarité parmi tous les groupes Canadiens français.

Ces diverses institutions se trouvent, en effet, rattachées par le but qu'elles poursuivent comme par les aspirations et les motifs dont elles s'inspirent et qui établissent entre elles des liens d'une solidarité très étroite. Ainsi notre association médicale qui se fait un but de grouper tous les médecins de langue française, réalise à la vérité, sur le terrain professionnel, une œuvre corollaire de celle de nos universités dans le domaine de la science et de celle de nos sociétés nationales au point de vue social et politique. Cette œuvre se résume dans un triple objectif : celui d'assurer le progrès intellectuel et la prépondérance de notre peuple, sur cette terre que nos ancêtres ont ouverte à la civilisation en l'arrosant de leur sang, en même temps que de favoriser, par la conservation de la langue et des traditions communes, l'expansion de l'idée française, en Amérique et de consolider par suite l'unité de la race franco-américaine.

Une circonstance non moins mémorable nous permettra de rattacher, encore cette année, le grand ralliement de la profession médicale franco-américaine à l'une des plus grandes manifestations des forces vives de la nation aux fêtes de la commémoration du troisième centenaire de la fondation de la vieille cité de Champlain, qui fut le berceau de notre nationalité comme de la

civilisation française en Amérique. A ces fêtes qui emprunteront aux circonstances un intérêt véritablement international, seront associées trois des plus grandes nations dont l'action pèse le plus sur les destinées du monde, tant au point de vue de la plus haute civilisation et du progrès intellectuel, qu'au point de vue de la prépondérance militaire, commerciale et industrielle.

Le quatrième congrès de notre Association des médecins de langue française ne saurait donc s'ouvrir sous des auspices plus favorables puisqu'il aura l'avantage de participer à l'une de nos fêtes nationales qui l'emportera sur toutes les autres par une solennité inaccoutumée et qui nous méritera la présence des représentants les plus accrédités de la hiérarchie des trois grandes puissances auxquelles se rattachent les traditions et l'avenir de toute la race franco-américaine.

Les médecins français tant du Canada que des Etats-Unis ne seront pas sans doute insensibles à ce motif particulier de répondre à l'appel du comité d'organisation de ce deuxième congrès de Québec.

L'assistance à ce congrès devrait être la plus remarquable par le nombre des médecins, et la plus brillante par les travaux scientifiques. On ne saurait rêver en effet une circonstance plus digne d'exciter notre émulation pour affirmer et fortifier l'idée patriotique qui, pour tous, s'identifie avec le rôle social du médecin et la conservation de la langue ou du doux Parler français.

Nous sommes rendus à l'une des étapes les plus importantes qui constitue comme un tournant de notre histoire : aussi cette association internationale des médecins de la langue française, fondée ici au berceau de la civilisation française sur ce continent, est incontestablement venue s'ajouter, à son heure, à la longue théorie de nos institutions comme un dernier couronnement de l'édifice de notre nationalité. Nous ne pouvons donc

douter qu'elle ne reçoive à ce congrès, comme à tous ceux qui l'ont précédé, les sympathies les plus vives de notre grand public, et l'appui moral des autorités. Nous sommes assurés déjà des encouragements toujours si précieux de la France, notre commune mère-patrie, qui reste toujours le foyer lumineux où nous cherchons à alimenter notre vie intellectuelle et notre éducation scientifique : aux médecins canadiens français de répondre à ces généreuses manifestations du dehors par les adhésions les plus ferventes au congrès de 1908 et par le dévouement le plus loyal et le plus empressé à l'œuvre de la collaboration scientifique.

Il suffira à chacun de jeter un regard sur le passé pour être pénétré du sentiment que notre isolement jusqu'à ces dernières années nous étaient véritablement une cause de faiblesse et une occasion de discrédit aux yeux des autres nationalités ; et que c'est en nous unissant dans le travail et en nous mettant plus en évidence, comme corps professionnel, que nous parviendrons à acquérir le prestige et la considération qui doit être pour chacun l'objet d'une légitime ambition. C'est, surtout, à la faveur des événements remarquables de notre histoire dont le souvenir est évoqué dans ces démonstrations patriotiques les plus propres à nous faire apprécier comme peuple, que tous les médecins d'origine française comprendront mieux combien il leur importe d'affirmer leur amour du progrès et l'importance sociale de leur profession et de lui conquérir une place honorable dans l'arène du progrès intellectuel, à côté des autres nationalités. Tout en travaillant à leur propre avancement ils auront la très grande satisfaction d'ajouter ainsi un élément de force à l'édifice de la nationalité.

On a pu dire avec beaucoup de vérité qu'il n'y a guère de question médicale qui ne soit doublée d'une question sociale. Pour un jeune pays comme le nôtre toutes les questions d'ordre

médical et, surtout, les questions de l'hygiène publique et sociale qui sont discutées dans nos congrès, intéressent au plus haut degré non seulement le bien-être et la préservation de nos populations mais l'avenir de la race : telles ont été, parmi les questions les plus d'actualités, les questions de l'alcoolisme, la tuberculose, ces fléaux des sociétés modernes, contre lesquels on organise partout la lutte, celle de l'hygiène des écoles, des causes de la dégénérescence mentale qui se traduit par l'augmentation progressive du nombre des aliénés dans nos asiles. Des questions, du même ordre et d'un égal intérêt au point de vue social et national, seront mis à l'étude au prochain congrès de Québec.

Dans toutes ces recherches auxquelles chacun est appelé à apporter comme contribution, une part de sa science et de son expérience ressortent habituellement des conclusions pratiques d'une portée considérable pour l'avenir de nos populations, et, comme corollaire, diverses résolutions passées dans ces assemblées délibérantes, sont votées unanimement qui sont adressées à la suite aux autorités administratives chargées de diriger les destinées du pays, et qui leur apporte de la lumière sur des sujets importants qu'elles ne sauraient légitimement ignorer parce qu'elles se rattachent essentiellement au bien-être et à la préservation de la santé de nos populations. Et c'est précisément dans ces circonstances solennelles que le médecin, mieux pénétré du sentiment patriotique, pourra acquérir plus facilement la claire vision de l'importance et de la solidarité de son rôle social et professionnel, et qu'il se convainque comment en se dévouant à une œuvre purement scientifique et professionnelle, à première vue il peut contribuer au bien-être et à la préservation de sa race et mériter hautement de l'humanité et de sa patrie.

Nous avons donc les meilleurs motifs pour faire un dernier



et chaleureux appel à tous les médecins franco-américains, étroitement unis par la communauté des idées par les liens de la solidarité nationale ; et nous avons le droit de compter sur leur plus généreux concours pour seconder les efforts du comité exécutif qui a apporté un dévouement inlassable à la lourde tâche qui lui avait été confiée d'organiser ce congrès. Tous doivent avoir l'orgueil de leur nationalité comme de leur profession. Que tous unissent donc leurs efforts, chacun apportant une part de bonne volonté, et ce congrès de Québec, nous pouvons le prédire facilement, sera marqué par un succès qui ne le cèdera en rien à celui des autres congrès qui l'ont précédé et il sera digne des démonstrations solennelles de la grande fête nationale à laquelle on a eu l'heureuse idée de l'associer.

DR BROCHU.

---

QUÉBEC, juillet 1908.

Monsieur et très honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de vous rappeler que le quatrième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu à Québec les 20, 21, et 22 juillet courant.

Vous êtes tout cordialement invité à prendre part à ce grand ralliement professionnel et dans ce but vous trouverez sous ce pli tous les renseignements concernant l'organisation générale

Tout semble promettre que le présent Congrès dépassera par le nombre des adhérents les congrès passés.

Les communications très importantes déjà inscrites en assurent le succès scientifique.

Les sociétés savantes de France seront largement représentées et nous comptons sur un bon nombre de médecins étrangers.

Avec l'espérance de votre précieux concours, veuillez agréer Monsieur et cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Président général.

ARTHUR SIMARD

Le Secrétaire général.

ALBERT PAQUET

#### QUESTIONS MISES À L'ORDRE DU JOUR

Infections des Voies biliaires; Co-rapporteurs MM. les Drs A. Lesage, Montréal, Alb Paquet, Québec.

Hygiène dans l'enseignement: Co-rapporteurs MM. les Drs C.-R. Valin, Montréal, M.-D. Brochu, Québec.

Tuberculose rénale: Co-rapporteurs MM. les Drs Eug. St-Jacques, Montréal, P.-C Dagneau, Québec.

## DIVERS

### RENSEIGNEMENTS

Un bureau de renseignements siégera en permanence depuis Lundi 20 juillet, à 8 hrs a. m., jusqu'à la fin du Congrès, dans l'entrée de l'Université Laval.

#### LOGEMENTS

Les congressistes inscrits qui désirent s'assurer des chambres devront se mettre en communication avec M. le docteur E. Nadeau, à l'Hôpital d'Immigration à Québec, secrétaire du comité des logements. Ils devront indiquer le nombre de chambres simples ou doubles, la durée de leur séjour à Québec et le prix qu'ils désirent payer. Les prix varient de \$2 à \$3 par chambre simple et de \$4 à \$5

par chambre double. Ils trouveront en arrivant à Québec l'adresse précise de la chambre qui leur aura été attribuée.

Le comité de Logements siègera en permanence pendant le Congrès dans l'entrée de l'Université Laval. Il s'est assuré un nombre de chambres suffisant pour faire face à toutes les demandes et dirigera les membres à la satisfaction de tous.

On pourra aussi réserver des tentes dans la Ville des Tentes, par le même intermédiaire.

#### TRÉSOR

Le trésorier sera à la disposition des congressistes à partir de 8 hrs a. m. Lundi 20 juillet, dans l'entrée de l'Université Laval.

---

## Programme du Congrès

---

Le Quatrième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord s'ouvrira à Québec, le 20 juillet prochain dans les salles de l'Université Laval.

Le programme est ainsi fixé :

#### PREMIER JOUR

LUNDI, LE 20 JUILLET, À 3 HEURE P. M.

Réunion générale de tous les membres du Congrès, à l'Université Laval : séance générale. Discours du Président, rapport du secrétaire, suivi du rapport sur l'infection des voies biliaires et de la discussion des travaux qui s'y rapportent.

À 8 HEURES P. M. PRÉCISES

Ouverture solennelle du Congrès suivi d'une réception dans les

salons de l'Université Laval et d'une fête de nuit dans les jardins du Séminaire.

### DEUXIÈME JOUR

MARDI, LE 21 JUILLET, À 9½ HRS. A. M.

Séance générale : Rapport sur la question de la Tuberculose du rein et discussion des travaux qui s'y rapportent.

À 2 HEURES P. M.

Séance générale. Rapport sur la question : hygiène dans l'enseignement et discussion des travaux qui s'y rapportent.

### TROISIÈME JOUR

À 9½ HEURES A. M.

Séances des sections.

À 2 HEURES P. M.

Séance des sections.

À 3½ HEURES P. M.

Séance générale de clôture. Election des officiers du prochain Congrès.

À 4½ HEURES P. M.

Départ pour le lac St Joseph : souper, fête champêtre de nuit.

N. B.—La section de chirurgie dentaire siègera lundi le 21, à 4 hrs p. m. et les jours suivants sur avis.

---

## Règlement général

---

ART. 1.—Le quatrième Congrès de Médecine s'ouvrira à Québec, le 20 juillet, à 3 h. p. m., dans les salles de l'Université Laval et sera clos le 22 du même mois.

Le but de ce Congrès est double : l'avancement scientifique et l'étude des questions sociales et d'intérêt professionnel.

ART. 2.—Le Congrès se composera de médecins nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation requise.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister aux réunions et prendre part aux travaux du Congrès. Des privilèges spéciaux seront accordés aux représentants de la presse.

ART. 3.—Tout membre du Congrès recevra sa carte d'identité après avoir fait parvenir sa cotisation au trésorier. Cette carte, essentiellement personnelle, donnera droit à tous les avantages réservés aux membres du Congrès.

Les titulaires sont priés de la porter toujours sur eux. Sur sa présentation, ils pourront prendre part aux fêtes organisées pendant le Congrès.

Le versement à faire est de *cinq dollars*.

ART. 4.—Les membres titulaires du Congrès, dûment inscrits, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

ART. 5.—Ils auront, en outre, droit aux comptes-rendus des travaux du Congrès, lesquels seront remis aux congressistes aussitôt après leur publication.

ART. 6.—SECTIONS DU CONGRÈS :—Le comité a cru devoir former quatre sections, afin de faciliter l'organisation, et nommer des présidents, des vice-présidents, des secrétaires.

ART. 7.—Un comité exécutif, composé du président, des vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et des secrétaires des divisions de Québec et de Montréal, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

ART. 8.—Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblée générale, soit en sections.

ART. 9.—Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture, on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son bureau.

ART. 10.—Les comités des sections pourront organiser leurs programmes de travaux (lecture et discussions des communications, examens des propositions présentées, etc.)

ART. 11.—Le Président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

ART. 12.—Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 10 minutes, et les orateurs qui prennent part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposeront de 5 minutes de réplique. Néanmoins, le Président, quand l'importance du sujet le justifiera, pourra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

ART. 13.—Les communications se référant aux travaux du Congrès devront parvenir au Secrétaire général au plus tard le 15 juillet. On n'exigera que le titre et un résumé succinct en forme de conclusion.

Les rapports officiels sur les questions générales devront être complétés et remis entre les mains du Secrétaire général, avant le 15 juillet.

ART. 14.—On pourra présenter des communications après le

15 juillet et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

ART. 15.—Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au Secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera de son insertion totale ou partielle dans les comptes-rendus.

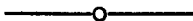
ART. 16.—La langue officielle du Congrès dans toutes les séances sera *le français*.

ART. 17.—Les étudiants en médecine et les personnes non Docteurs en Médecine qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de \$1.50.

Ces *membres associés* jouissent, comme les membres titulaires, du privilège d'assister aux séances et aux fêtes données en l'honneur des membres du Congrès.

Ils ont, en outre, droit aux excursions et aux réductions obtenues sur les prix de transport. Ils ne recevront pas, cependant, les publications du Congrès, ne prendront part ni aux votes ni aux discussions et ne pourront faire de communications.

ART. 18.—Les Dames accompagnées des médecins seront admises aux séances générales du Congrès et aux fêtes qui seront données en l'honneur des Congressistes.



## **Pratique obstétricale**

---

### L'HYDRORRHÉE DÉCIDUALE ET LES PERTES D'EAU CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Par M. PAUL GUÉNIOT,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris.

---

Lorsqu'une femme enceinte « a perdu de l'eau », la première idée qu'a le médecin et à laquelle il s'arrête généralement, c'est qu'il y a eu rupture des membranes de l'œuf et écoulement de liquide amniotique. Il en conclut que l'accouchement dans un délai très proche est très probable, que sa cliente doit être mise immédiatement au repos au lit et que les précautions les plus soigneuses doivent être prises pour éviter l'infection intra-ovulaire et, en cas de mort du fœtus, la putréfaction fœtale.

Mais toute perte d'eau au cours de la grossesse n'est pas toujours et nécessairement produite par l'écoulement de liquide amniotique et n'implique pas fatalement une ouverture de l'œuf. Il y a d'autres variétés de « perte d'eau » qui créent aisément des erreurs et qu'il importe au médecin de bien connaître : on conçoit, en effet, quels inconvénients pour la femme et quelle source de préoccupation pour le médecin il peut y avoir, plusieurs semaines ou plusieurs mois avant terme, à diagnostiquer une rupture des membranes qui n'existe pas et à condamner inutilement au lit une patiente dont l'accouchement, dans ces conditions, tardera des semaines ou des mois.

Parmi ces causes d'erreur, il faut placer au premier rang l'hydrorrhée déciduale, peu connue de bien des médecins, et que



je vais pour cette raison étudier, après en avoir donné une observation :

OBSERVATION. — Mme V\*\*\* me fut adressée de Neuilly à la clinique Tarnier, alors que j'y étais chef de clinique, par mon éminent confrère le Dr Fiessinger, le 18 mai 1906, parce qu'en-cainte de trois mois environ, elle aurait perdu les eaux dix jours auparavant.

Cette dame a déjà eu antérieurement 2 accouchements et 1 fausse couche, à la suite de laquelle le Dr Fiessinger lui fit un corage digital pour rétention du délivre avec fièvre. De plus, elle aurait été autrefois atteinte d'un « commencement de salpingite », me dit son mari, et les professeurs Fochier et Laroyenne auraient proposé de lui faire une opération, à laquelle s'opposa le Dr Fiessinger.

Ses dernières règles eurent lieu du 14 au 20 février 1906. Le 27 avril, elle eut une perte de sang et se mit au lit ; la perte s'arrêta presque aussitôt ; elle resta au lit neuf jours. Un docteur, espérant, suivant l'expression de la jeune femme, « la fausse couche conjurée », lui permit alors de se lever un peu.

Le 8 mai, au matin, elle eut un petit écoulement sanguin, dit-elle, de vilaine couleur. C'est alors que, le soir, elle perdit un flot de liquide analogue à de l'eau (de l'eau rosée claire), évalué par elle à la valeur d'un verre ; son mari dit même deux verres. *On crut qu'elle avait perdu les eaux.* Une sage-femme prévenue aussitôt donna une injection vaginale, *conclut à une fausse couche très prochaine*, et un docteur mandé aussi *dit que celle-ci était inévitable.* Elle éprouva seulement, dit-elle, deux petites douleurs après la perte d'eau : en somme, pas d'entrée en travail.

Les jours suivants, tantôt elle perdit un peu de sang, tantôt rien. Après être restée au lit quelques jours et n'ayant plus de

perte sanguinolente, elle se leva un peu. Elle dit que lorsqu'elle est levée, debout, elle éprouve une fatigue des reins et une pesanteur du bas-ventre, mais n'ayant pas un caractère aigu.

Le Dr Fiessinger, appelé à son tour à voir cette personne, me l'adresse aussitôt à la Clinique le 18 mai. L'examen me montre alors un utérus gravide de 2 ½ à 3 mois, avec col long et fermé. Il n'y a aucune perte et aucun signe de travail. Pas d'élévation de la température, ni de fréquence du pouls.

Considérant le temps déjà long écoulé depuis la perte d'eau (dix jours), sans que soit survenue ni fausse couche ni menace de fausse couche, et, d'autre part, l'existence vraisemblable d'une inflammation utérine antérieure (à en croire l'interrogatoire des antécédents, et aussi l'existence de pertes de sang au cours de sa grossesse actuelle), j'inclinai au diagnostic d'hydrorrhée déciduale plutôt qu'à celui de rupture des membranes ovulaires. Je prescrivis le repos au lit et l'expectation. Le professeur Budin, qui vit cette personne le lendemain 19 au matin, inclina plutôt aussi vers le diagnostic d'hydrorrhée déciduale, recommanda qu'on la surveillât quelques jours ; après quoi, s'il ne se produisait pas de menace de fausse couche, elle pourrait rentrer chez elle le 22.

Le 20 et le 21, elle perdit un peu de sang, tacha le coton qu'on lui avait mis devant la vulve, mais cet écoulement fut très peu abondant, et il n'y eut pas trace de douleurs. Le 22, je lui permis, vu qu'il n'y avait ni fausse couche ni menace, de rentrer chez elle, en recommandant par prudence le repos au lit prolongé pendant plusieurs semaines ou deux mois au moins.

Depuis, le Dr Fiessinger m'a appris qu'elle avait continué sa grossesse et accouché à terme.

L'hydrorrhée déciduale est un écoulement de liquide aqueux provenant de la caduque. « La cavité ovulaire reste intacte, fermée, et ce n'est pas l'eau de l'amnios qui s'échappe (1).

Déjà connue de Mauriceau, elle a été l'objet de travaux de Naegele, à qui l'on doit la dénomination d'hydrorrhée, et de son élève Geil, de Duclos, dont une célèbre observation, suivie d'un examen nécropsique, a bien élucidé le lieu d'origine de l'écoulement entre les membranes et la paroi utérine, de Chassinat, Hegar, Bouchacourt, Stapper, Malowski, Chazan, Bonnaire.

La fréquence de cet incident de la grossesse est diversement appréciée. Tarnier et Budin, dans leur *Traité* (2), écrivaient que l'hydrorrhée déciduale « est relativement rare. ». Stapper, dans sa thèse de concours (3), n'a pu en réunir qu'un nombre restreint de faits, et les accoucheurs les plus occupés ne l'observent que de loin en loin. » De même, pour Ribemont-Dessaignes et Lepage (4), « c'est une rareté ». Par contre, elle devient dans le *Manuel* de Budin et Demelin, « un incident très fréquent », et pour Brindeau « une complication fréquente de la grossesse (5) ».

*D'où vient le liquide ?* Pendant les trois premiers mois, avant la fusion des caduques utérine et ovulaire, il est facile de concevoir que du liquide sécrété par la caduque s'écoule librement de la cavité utérine dans le vagin. Plus tard, quand les

(1) BUDIN et DEMELIN.—*Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement*, 1904, p. 685.

(2) TARNIER ET BUDIN.—*Traité de l'art des accouchements*, tome II, 1888, p. 319.

(3) STAPPER.—*De l'hydrorrhée pendant la grossesse. Thèse de concours*, Paris, 1880.

(4) RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE.—*Précis d'Obstétrique*, 6e édit., 1904, p. 685.

(5) BRINDEAU.—*La Pratique de l'art des accouchements*, publiée sous la direction de Paul BAR, A. BRINDEAU et J. CHAMBRELENT, 1907, tome II, p. 463.

deux caduques sont fusionnées, le lieu d'origine du liquide a été bien mis en évidence par une autopsie de Duclos, dont l'observation, rapportée dans la Thèse de Basset (Paris, 1858), présente une importance capitale dans l'histoire de l'hydropisie décédiale. Une femme IV-pare, au sixième mois de sa grossesse, avait perdu, sans douleur, un verre de liquide jaunâtre, après quoi l'écoulement n'avait continué que goutte à goutte, puis cessé cinq à six jours plus tard. Trois semaines après, cette femme s'étant suicidée, Duclos, à l'autopsie, fit les constatations suivantes :

*« Les membranes de l'œuf ne présentaient nulle part aucune trace de rupture ni de cicatrice, leur intégrité était complète : l'adhérence du chorion et de l'amnios était partout intime. Le liquide contenu dans l'œuf ne paraissait ni plus ni moins abondant qu'à l'état normal. Le fœtus offrait tous les caractères de son âge ; mais entre la face interne de l'utérus et les membranes, on trouvait deux poches situées sur les parois latérales, et à quelque distance l'une de l'autre. Elles étaient remplies d'un liquide transparent, d'un jaune citron, et de même consistance que les eaux de l'amnios, avec lesquelles il avait la plus grande analogie. C'était évidemment un décollement partiel des membranes... On remarquait encore, sur la surface interne de l'utérus, une place de la largeur d'une soucoupe de 6 à 7 centimètres de diamètre, et qui tranchait sur les points voisins par sa couleur opaque et blanchâtre. Les membranes n'adhéraient pas en ce point ; il y avait une poche qui s'était affaissée, ne contenant plus qu'une légère couche de liquide semblable à celui des deux autres, et qui paraissait être d'une exhalation récente. De cette poche vide partait un décollement de la largeur de 5 millimètres qu'on pouvait suivre parfaitement à sa teinte opaque et blanchâtre, et qui arrivait jusqu'au col. Les eaux qu'avait*

perdues cette femme avaient été certainement renfermées dans cette poche, et c'est par le décollement qui en partait, se prolongeant jusqu'au col, qu'elles s'étaient échappées. Il est probable que, si la vie se fût prolongée, les deux autres poches pleines qui existaient auraient donné lieu, deux fois encore, au phénomène de l'hydrorrhée, en décollant les membranes jusqu'au col, sous l'influence d'une cause qui est souvent inappréciable, mais qui doit tendre à comprimer cet épanchement intra-utérin et le forcer à s'échapper en quelque point. »

*Le liquide de l'hydrorrhée déciduale provient donc de poches liquides collectées entre la paroi utérine et les membranes, et dont le contenu s'écoule lorsqu'un décollement des membranes arrive à atteindre l'orifice cervical.*

Quant à l'origine de ce liquide, on a dit que c'était une sérosité venant des capillaires sanguins, ou bien des vaisseaux lymphatiques (ROEDER). Mais l'opinion qui a prévalu, « exprimée par Hegar et qui est acceptée par Spiegelberg, Schröder, Cohnstein, etc., est la suivante : la production du liquide serait la conséquence de l'inflammation des glandes de la caduque, inflammation existant déjà avant la fécondation, ou survenant pendant la grossesse (1). *Il s'agit, en un mot, d'une sécrétion glandulaire de la caduque, due à une endométrite.*

Notons cependant que Wallich ne croit pas devoir distinguer une hydrorrhée déciduale de l'hydrorrhée amniotique : selon lui, le liquide de l'hydrorrhée est « vraisemblablement d'origine amniotique », et il est probable qu'il y aurait parfois « une sorte de filtration à travers les membranes (2). »

Les causes de l'hydrorrhée déciduale résident donc avant tout, d'après ce que je viens de dire, dans une *endométrite*. En

(1) TARNIER et BUDIN.—*loc. cit.*, p. 321.

(2) WALLICH. *Éléments d'obstétrique*, 1907, p. 187.

existe-t-il d'autres? Budin et Demelin citent : 1° l'endométrite gravidique ; 2° « des troubles sécrétoires locaux sous la dépendance de chutes, de traumatismes extra-utérins, d'émotions morales vives, comparables à ceux qui déterminent la diarrhée émotive, la salivation abondante, etc. ; 3° les troubles circulatoires graves de la mère dus à l'anasarque, aux cardiopathies compliquées d'œdèmes. etc. » Quoi qu'il en soit, à lire les auteurs, c'est à l'endométrite qu'appartiendrait le rôle sinon exclusif, tout au moins de beaucoup prépondérant.

L'hydrorrhée déciduale apparaît d'ordinaire sans prodromes au milieu d'une excellente santé. Brusquement, sans cause appréciable, sans douleur, un *flot* de liquide s'échappe des voies génitales, la femme se sent mouillée.

Quelquefois cependant l'apparition de l'hydrorrhée est précédée d'une certaine tension et sensibilité de l'abdomen, d'un peu de douleur de reins. Ces sensations pénibles sont soulagées par l'écoulement hydrorrhéique, et quelque femmes, disent TARNIER et BUDIN, « ont cru remarquer que leur ventre était alors moins tendu qu'auparavant. »

La quantité de liquide écoulee n'est que d'une ou deux cuillerées, pendant les premières semaines de la grossesse ; plus tard, elle est « communément de 50 à 100 grammes, plus rarement de 200 à 300 grammes, exceptionnellement de 400 à 500 grammes » (TARNIER et BUDIN). Ce liquide est aqueux, souvent comme sirupeux, transparent, incolore ou citrin, ou légèrement rosé ; d'odeur fade, spermatique, rappelant celle du liquide amniotique, il tache à peine le linge, mais laisse sur les bords de la tache un léger liséré ; enfin, il empêche le linge,

Après le premier flux brusque, l'écoulement cesse, ou bien il persiste un suintement qui se fait goutte à goutte et dure de

quelques heures à cinq ou six jours, pour disparaître alors complètement.

Parfois le flux hydorrhéique se reproduit, rarement dans la même journée, mais plutôt plusieurs jours ou plusieurs semaines plus tard, et à des intervalles irréguliers. C'est l'*hydorrhée à répétition*. Chaque nouveau flux est suivi d'un suintement plus ou moins prolongé, de sorte que parfois les flux successifs peuvent être reliés par un suintement continu, parfois sanguinolent.

L'hydorrhée déciduale ne s'accompagne pas de modifications du col. On a signalé dans plusieurs cas une dureté spéciale de l'utérus, parfois limitée à certaines portions.

Généralement, il n'y a aucune complication, et la grossesse continue. Cependant, exceptionnellement, on a vu une menace d'avortement ou d'accouchement prématuré (TARNIER).

Le *pronostic* est donc bénin : « il n'y a qu'une réserve à faire pour les hydorrhées qui se teintent peu à peu de sang, d'abord rosé, puis franchement rouge (hydro-hématorrhée); . . . elles aboutissent quelquefois aux hémorragies, à l'avortement, à l'accouchement prématuré » (BUDIN et DEMELIN).

\* \* \*

Le *diagnostic* de l'hydorrhée déciduale est à faire avec les diverses variétés de « pertes d'eau » que peut présenter la femme enceinte et qui toutes peuvent en imposer pour un écoulement de liquide amniotique, si l'on ne prend garde, par l'interrogatoire et l'examen attentif des circonstances de l'écoulement, d'éviter cette erreur.

C'est tout d'abord le *flux de liquide retenu dans le vagin à la suite d'une injection vaginale*. Il arrive parfois qu'après une injection prise dans la position couchée, le liquide ne s'écoule pas immédiatement d'une façon complète, et qu'une

partie en reste dans le vagin pour n'être expulsée que plusieurs heures après, lorsque la femme vient à se mettre dans la position verticale, soit assise, soit debout. En songeant à interogier sur les circonstances de la perte, on peut, en général, facilement éliminer cette cause d'erreur.

L'*incontinence d'urine* que présentent certaines femmes enceintes peut prêter à confusion, quand elles viennent consulter en disant qu'elles perdent constamment de l'eau. Mais si l'on y songe, on évite facilement l'erreur en leur faisant préciser qu'elles ne peuvent sentir leur urine ; on est renseigné, en outre, par l'odeur urinaire de l'écoulement.

Chez certaines femmes, dans l'utérus desquelles s'est produite une hémorragie, par exemple une hémorragie rétro-placentaire, on pourrait parfois, d'après ce qu'enseignait le professeur BUDIN, observer un écoulement de *sérosité roussâtre* ou même presque incolore, constituée par le sérum, la partie liquide du sang accumulé et coagulé dans la cavité utérine. En pareil cas, l'écoulement séreux a parfois été précédé d'écoulement de sang ; et en même temps ou ensuite se produit l'expulsion d'une matière noirâtre, grumeleuse, semblable à du marc de café ou à de la brique pilée un peu foncée.

La *leucorrhée*, qui n'est pas rare chez la femme enceinte, ne devra pas être prise pour de l'hydrorrhée. La distinction est facile : la consistance plus épaisse de l'écoulement, sa coloration blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre, l'état granuleux ou inflammatoire de la muqueuse vaginale fournissent les éléments du diagnostic.

« Les liquides provenant d'une pollution nocturne ou d'une hypersécrétion des glandes vulvo-vaginales se reconnaissent en cherchant dans quelles circonstances ils sont projetés au dehors » .  
(RIBEMONT et LÉPAGE).



Il ne faudrait enfin pas prendre pour une hydorrhée déciduale ou pour un écoulement de liquide amniotique au cours d'une grossesse des premiers mois, l'hydorrhée qui peut survenir dans plusieurs affections utérines qui s'accompagnent d'augmentation de volume de l'organe : ainsi *l'hydorrhée qui s'observe parfois dans le cancer du corps utérin* (Mlle COUTZARIDA), *dans les fibromes utérins*. Il y aurait lieu, pour s'éclairer, de rechercher et les signes de grossesse et les signes des affections en cause.

Mais le diagnostic le plus important, le plus délicat en général, est celui de l'hydorrhée déciduale avec l'écoulement de liquide amniotique, *l'hydorrhée amniotique*. Bien des particularités ont été indiquées pour les distinguer.

Lorsqu'on peut recueillir une quantité suffisante de liquide, la recherche de l'enduit sébacé, des poils, dans ce liquide, permet, lorsqu'elle est positive, d'affirmer sa provenance amniotique. Mais si l'examen reste négatif, on ne saurait conclure. En plus, il n'est pas toujours aisé de pratiquer cet examen, on ne peut pas toujours recueillir assez de liquide.

L'abondance du flot initial, lorsqu'elle dépasse 500 grammes, indique à coup sûr un écoulement de liquide amniotique. L'hydorrhée déciduale ne donne lieu qu'à un flux relativement moins abondant. Mais lorsque le flot est de quantité restreinte, il peut être dû également à de l'hydorrhée amniotique.

La marche de l'écoulement doit être prise en sérieuse considération. Dans le cas d'hydorrhée déciduale, le flux brusque initial n'est pas suivi d'écoulement persistant ; il n'y a qu'un suintement goutte à goutte qui dure quelques heures ou les quatre ou cinq premiers jours, puis cesse tout à fait. Dans l'hy-

drorrhée amniotique, l'écoulement continue, persistant, ou si parfois il s'arrête, on peut le faire reparaître en déplaçant et soulevant la partie fœtale qui se présente, et l'on voit alors un peu de liquide couler dans la main. Toutefois je rappelle que ces différences peuvent parfois s'éinousser, le flux hydrorrhéique déciduale pouvant se répéter, et l'écoulement pouvant affecter une apparence de permanence qui simule l'hydrorrhée amniotique.

Enfin, dans le cas d'hydrorrhée déciduale, la grossesse continue en général, tandis que, dans le cas de rupture des membranes et d'écoulement de liquide amniotique, on voit, dans la grande majorité des cas, le travail se déclarer dans un délai très rapproché, de quelques heures à quelques jours.

En résumé, réserve faite des exceptions, et à ne considérer que les cas extrêmes et typiques, on peut dire que l'hydrorrhée déciduale se caractérise par un flux initial brusque relativement moins abondant, qui, après un suintement goutte à goutte pouvant durer plusieurs jours, se tarit complètement et qui n'est ordinairement pas suivi de menace d'expulsion prématurée; tandis que l'hydrorrhée amniotique se caractérise par un écoulement continu, persistant, reprenant après le déplacement de la partie fœtale si parfois il s'était momentanément arrêté, enfin suivi généralement à bref délai de l'apparition des signes de travail.

J'ajoute que l'examen des antécédants, la connaissance d'accidents d'endomérite, peuvent fournir un certain appoint à l'appui du diagnostic de l'hydrorrhée déciduale.

En réalité, le diagnostic de l'hydrorrhée déciduale n'est généralement pas très facile à faire du premier coup, au moins d'une façon ferme, et ce n'est guère qu'au bout de quelques

jours, et après avoir suivi la marche des choses, qu'on arrive à asseoir sa conviction (1).

\*  
\* \*  
\*

*Le traitement* de l'hydrorrhée déciduale se borne à peu de chose : mettre la femme au repos pendant quelques jours, surtout par mesure de prudence, afin de la surveiller le temps voulu pour confirmer son diagnostic et éliminer l'idée d'une rupture des membranes. Si, par exception, apparaissent des contractions utérines, des menaces d'expulsion prématurée, on ajouterait au repos au lit des lavements laudanisés ou des piqûres de morphine. Mais l'hydrorrhée déciduale est, en somme, intéressante à connaître et à diagnostiquer, moins afin d'instituer vis-à-vis d'elle un traitement spécial, qu'afin d'éviter à la femme les ennuis et les inconvénients d'un repos au lit prolongé, qu'impliquerait le diagnostic, fait à tort, de rupture des membranes.

—o—

---

(1) Pour compléter l'énumération des « pertes d'eau » qu'on peut observer chez la femme enceinte, je rappelle pour mémoire qu'au moment du travail, l'écoulement du liquide peut provenir de l'évacuation d'une poche amnio-choriale ; du liquide amniotique filtrant à travers l'amnios s'accumule quelquefois entre l'amnios et le chorion, formant une poche amnio-choriale. Lorsque celle-ci vient à se rompre, on croit ordinairement que les membranes se sont rompues, et l'on est surpris, ensuite, de constater qu'il existe cependant encore une poche des eaux : celle-ci est constituée par l'amnios seul. Si l'on examine le délivre après l'accouchement, on peut constater que le chorion est décollé de l'amnios sur une certaine étendue, répondant à la poche. Le fait de constater une poche des eaux après l'écoulement de liquide peut s'observer d'ailleurs encore dans une autre circonstance : c'est lorsque les membranes se sont rompues non en regard de l'orifice cervical, mais à une certaine distance au-dessus

## **Analyses**

**Gomoin.** *Le chloroforme iodé comme hémostatique local.* (*Spitalul und Münch. med. Woch.*)

Chez une femme atteinte d'un épithélioma inopérable de la vulve et qui ne cessait de saigner, sans que rien ne put arrêter cette hémorrhagie, M. Y. Gomoin eut l'idée d'appliquer sur le néoplasme, une solution de 3 gram. d'iode dans 50 grammes de chloroforme. L'écoulement sanguin fut aussitôt enrayé. D'autre part, l'auteur put s'assurer que ni les applications d'iode ni celles de chloroforme pur, faites isolément, ne possèdent de propriétés hémostatiques. Elles seraient donc dues à une combinaison particulière de l'iode avec le chloroforme.

P.-A. G.

**Renaud.** *Le tannin contre les hémorrhagies post-partum.* (*Revue médicale de la Suisse romande.*)

Dans le Vaud (Suisse), la femme du peuple mène une vie très pénible, ce qui ne l'empêche pas de faire un grand nombre d'enfants. Les hémorrhagies post-partum dues à l'inertie utérine sont très fréquentes, et le praticien se trouve souvent à bout de ressources après avoir employé les moyens habituels sans succès : ergot, massage de l'utérus, compression bi-manuelle, la glace, les injections d'eau chaude, le tamponnement de l'utérus.

Renaud a réussi à contrôler ces hémorrhagies en tamponnant l'utérus avec de la gaze au tannin. L'hémorrhagie s'arrête instantanément bien que les contractions utérines restent faibles. A cet effet, il fait préparer de la gaze imprégnée de 10

à 15% de tannin, qu'il coupe à la longueur voulu pour le tamponnement, et qu'il stérilise sous vapeur à haute pression. Ces lanières sont enveloppées dans des morceaux de parchemin qui les tiennent aseptiques, portatives et toujours prêtes pour usage. L'auteur a beaucoup employé ce tamponnement hémostatique et toujours il a eu des résultats merveilleux, non seulement dans les hémorrhagies post-partum, mais aussi dans de sérieuses hémorrhagies de la ménopause. Comme le pansement est hémostatique et non pas antiseptique, il faut prendre grand soin de ne pas le souiller au contact des parties génitales externes. Ce tamponnement ne doit pas rester plus de 24 heures en place. Ce laps de temps est suffisant pour assurer une coagulation durable.

P.-A. G.

**Monti.** *Le sérum antiscarlatineux de Marpman.*  
(*Allg. Wien mediz. Zeitung & Gazette des hôpitaux*).

L'opinion d'après laquelle l'agent infectieux de la scarlatine serait un streptococque n'est pas confirmée jusqu'ici, et il n'est pas possible d'obtenir un sérum antiscarlatineux par le procédé d'immunisation d'animaux avec le streptococque.

Weissbeck a réussi à isoler du sang des scarlatineux convalescents des substances qui influencent favorablement l'infection chez les malades.

Marpman prouva l'existence d'une toxine dans le sang des scarlatineux au plus haut de l'éruption. En même temps, il fit voir qu'une émulsion de squames ne provoquait l'infection chez les animaux que lorsque ces squames étaient prises en pleine période de désquamation. Enfin, il constata dans l'urine des scarlatineux l'existence d'une toxine scarlatineuse spécifi-

que. Après ces recherches préalables, Marpman prépara un sérum en immunisant des animaux successivement avec du sang, de l'uriné et des squames, provenant des scarlatineux.

Le sérum de Marpman présente un liquide opalescent, jaunâtre, de faible odeur, de saveur saline, ayant une densité de 1012-1013 et contenant surtout des albuminoïdes et des substances alcaloïdiques.

En dehors du sérum curatif, il y a un sérum No. 1 préventif que Marpman recommande d'administrer à tous les enfants lors d'une épidémie de scarlatine.

Les doses de ce sérum sont : les enfants au-dessous de un an reçoivent trois fois par jour 3 gouttes dans une cuillère à café d'eau ; pour chaque année, les enfants reçoivent une goutte en plus jusqu'à 8 ans.

Le sérum No. 2 est curatif. Quant la scarlatine a éclaté, on donne aux enfants jusqu'à 10 ans 3 à 5 gouttes toutes les 2 heures, aux enfants plus âgés, une dose proportionnelle supérieure. On donne ce sérum jusqu'à ce que la température soit devenue normale et que les enfants ne présentent plus de symptômes de maladie.

L'usage même prolongé du sérum est absolument inoffensif : on n'a jamais observé ni éruptions, ni troubles fonctionnels digestifs ou nerveux. On peut conserver le sérum plus d'un an quand on prend la précaution de le garder à l'abri de la lumière et en un endroit frais.

Le sérum antiscarlatineux de Marpman est incontestablement supérieur à celui de Moser, préparé en partant de streptococques.

Dernièrement, Egis et Langowoy publiaient dans le *Jahrb. f. kind.* les conclusions suivantes sur le traitement de la scarlatine par le sérum de Moser :

1° Dans les formes graves, les injections de sérum de Moser font baisser la mortalité de 47.4 à 16.1 pour 100 ;

2° Le sérum possède surtout une action antitoxique ;

3° Son influence sur les complications de la scarlatine est négligeable ;

4° Il doit être injecté au cours des trois premiers jours, et dans les cas les plus graves, jusqu'au quatrième jour ;

5° La température tombe d'autant plus brusquement que le sérum a été injecté plus tôt : dans les cas purs elle tombe plus vite que dans les cas compliqués ;

6° Tant que l'on ne pourra pas doser le sérum, il faut en injecter en une fois 200 centimètres cubes, sauf chez les tout jeunes enfants, où 100 à 150 c. c. suffisent ;

7° Le tempérament du cheval qui a fourni le sérum exerce une grosse influence sur la valeur du sérum et explique, que, suivant les cas, il soit plus ou moins actif.

8° Dans les cas d'injection mixte (scarlatine et diphtérie) on pourrait, à la suite d'injection simultanée de sérum de Moser et de sérum anti-diphthérique, observer les bons effets du premier, bien que cet effet soit un peu moindre que dans les formes pures.

9° Les injections prophylactiques exécutées avec un matériel restreint, confirment les résultats de Moser.

10° Les inconvénients sont : la fréquence des accidents sériques et leur gravité.

D'après Metchnikoff, l'action du sérum de Moser serait faible, les complications graves ne sont pas évitées, la durée de la maladie n'est pas abrégée. En plus, dans 75% des cas injectés avec le sérum de Moser, on a observé des intoxications, souvent menaçantes et durant longtemps.

Les expériences faites dans les cliniques infantiles de Berlin

et de Breslau ne sont pas, non plus, favorables au sérum de Moser.

Avec le sérum de Marpman, au contraire, il n'y a presque jamais de complications. Les malades se tranquilisent vite, l'angine s'améliore, la température tombe, le pouls devient normal. Dans la plupart des cas, les malades entrent en convalescence au bout de quelques jours. La condition essentielle pour la réussite avec le sérum de Marpman est son emploi précoce.

P.-A. G.

**Daunic. — L'antidol contre la variole.** (*Gazette des hôpitaux.*)

Au cours de l'épidémie de variole qui a sévi à Toulouse en 1907, et pendant laquelle M. Daunic a soigné près de 100 varioleux, il a essayé l'aniodol sous diverses formes :

Pour les pulvérisations, qui étaient pratiquées toutes les 2 heures, sur toute la surface du corps (exception faite pour les yeux, les muqueuses et les parties génitales, qui sont protégées pendant la pulvérisation par un imperméable, M. Daunic a employé la solution à 1 pour 200.

Pour les gargarismes et l'antisepsie buccale il a utilisé la solution à 1 pour 100, additionnée d'essence d'anis ou de menthe.

Pour le lavage des yeux, il s'est servi d'une solution à 1 pour 100. D'après les observations qu'a recueillies M. Daunic, l'aniodol est inoffensif pour les varioleux et est bien toléré par eux ; il supprime les démangeaisons ; il assure une antisepsie parfaite de la peau ; il supprime l'odeur repoussante des varioleux à la période de suppuration ; il est possible qu'on le con-



sidère comme un des meilleurs médicaments à employer contre la variole. M. Daunic regrette de n'avoir pas eu assez d'aniodol pour faire prendre au varioleux des grands bains dans une solution à 1 pour 1000.

P. A. G.

**Theron Wendell Kilmer** — *Coqueluche, son traitement par une ceinture abdominale perfectionnée* (*Archives of pediatrics*).

Depuis trois ans, Kilmer préconise une ceinture élastique abdominale pour le traitement de la coqueluche, qui aurait été ainsi améliorée dans 95 pour cent des cas. Spécialement, ce moyen empêche les vomissements. La ceinture élastique de fil ou de soie est lacée par derrière, elle peut donc être serrée à volonté. Pour les nourrissons, la largeur est de 10 à 12 centimètres ; elle est de 15 à 20 centimètres pour les enfants plus grands. La longueur doit être de 7 centimètres et demi, moindre que la circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic. Le degré de constriction varie suivant le cas : d'ordinaire un léger degré est suffisant pour produire une atténuation de la toux et un arrêt des vomissements. Si après avoir appliqué la ceinture, les symptômes ne diminuent pas, on la serre légèrement.

P.-A. G.

**Houghton et Clark** — *La désinfection par l'aldéhyde formique* (*Médical record*).

Il y a déjà longtemps que les vapeurs de formaldéhyde sont considérées comme le plus puissant germicide que l'on puisse employer dans la désinfection des locaux. La grande difficulté

a toujours consisté dans le fait de trouver une méthode sûre, économique pour employer cette substance, et qui n'exigerait ni appareils dispendieux, ni opérateur expert.

En 1904, G. F. Johnson attira l'attention sur un nouveau moyen d'obtenir le dégagement des vapeurs de formol à froid, tout simplement en ajoutant des cristaux de permanganate de potasse à une solution d'aldéhyde formique. Depuis ce jour, maintes expériences ont été faites dans le but de déterminer qu'elle était la proportion des deux mélanges la plus favorable pour obtenir un maximum de dégagement de vapeurs germicides.

F. M. Houghton et L. T. Clark ont publié il y a quelque temps le résultat de leurs expériences, et en sont arrivés à la conclusion que 240 grains de permanganate de potasse en cristaux et 480 c. c. de formol placés dans un récipient de 3 gallons, suffisaient pour désinfecter un espace de 1600 pieds cubes. Comme le dégagement de gaz est considérable, produisant une écume qui déborde le vase, les auteurs ont recherché un moyen qui retarderait suffisamment la réaction pour obvier à cet inconvénient.

Ils ont réussi en ajoutant au permanganate de potasse une proportion de 15% de ciment de Portland, et assez d'eau pour donner au mélange une consistance suffisante qui permette de diviser la pâte en briquettes. Puis on laisse sécher ces briquettes qui sont alors prêtes pour usage.

On procède comme suit : la quantité de formaldéhyde voulue est mise dans un vase, et l'on y met 3 briquettes de 80 grammes de permanganate. La réaction est plus lente à se produire.

Les auteurs prétendent que c'est là le plus sûr moyen d'obtenir une désinfection complète qui se recommande par sa

simplicité et par sa rapidité. Il n'est nullement besoin d'appareils dispendieux, et les dangers d'incendie n'existent pas, attendu que cette désinfection se fait à froid.

Il faut avoir soin de bien clore la pièce à désinfecter, et l'opérateur doit se hâter de quitter la place aussitôt que les briquettes ont été mises au contact du formol.

P.-A. G.

**Gray Ward.** *Du prolapsus de l'ovaire et de son traitement* (*Journal of the american medical association, et Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.*)

A propos de onze cas personnels de prolapsus de l'ovaire traités et guéris par la transposition en avant du ligament large à travers une boutonnière faite soit au-dessous, suivant la technique de Mauclair, soit au-dessus de celui-ci, procédé de Barrows, Ward passe en revue, les symptômes et les moyens de traitement de cette affection.

La cause la plus fréquente du prolapsus ovarien, c'est la subinvolution puerpérale, qui laisse cet organe plus gros et plus lourd qu'il n'était auparavant. Anatomiquement, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'ovaire est prolapsé seul, ou bien, et ceci est très fréquent, (95% d'après Goldspohn) il accompagne une rétroversion utérine. Quoi qu'il en soit, l'ovaire subit en général, dans sa chute, une rotation en dedans, qui détermine une torsion du hile, et une gêne à la circulation veineuse.

Le principal symptôme est la douleur, douleur constante mais exaspérée par la menstruation, par la marche, par la défécation et surtout par le coït.

Le toucher combiné au palper permet de sentir l'ovaire soit dans le cul-de-sac latéral, si le prolapsus est peu accentué,

s'il est complet, dans le cul-de-sac postérieur. Dans ce dernier cas, on le sent sous la forme d'une petite masse arrondie et mobile, fuyant sous le doigt et causant une douleur analogue à celle qui résulte de la pression du testicule.

Les symptômes douloureux sont inconstants: ils peuvent manquer quand l'ovaire n'est ni enflammé, ni adhérent et peut se déplacer librement. Mais, dans les conditions inverses, son prolapsus devient une infirmité gênante, et qu'il faut traiter.

L'auteur estime qu'il est imprudent de se borner à raccourcir les ligaments infundibulo-pelviens ou utéro-ovariens (procédé de Bonney) et à les transformer en des replis doublés sur eux-mêmes, la récurrence étant alors toujours possible. On doit recourir, d'après lui, dans tous les cas, à la transposition anti-ligamentaire de l'ovaire, et cela, sans s'occuper de la situation respective de l'ovaire et du pavillon de la trompe, l'expérience ayant démontré que la fécondation est possible alors même qu'on ne prend à cet égard aucune précaution.

P. A. G.

**Stapfer. Une méthode pratique d'hémostase génitale.** (*La Clinique.*)

Cette nouvelle méthode diminue ou arrête la grande majorité des hémorragies, quelle qu'en soit l'origine, lésion génitale ou troubles fonctionnels.

Le traitement est le suivant: la malade est couchée, son siège est soulevé et soutenu par ses mains, les jambes sont fléchies, tandis que le médecin debout, vis-à-vis de cette malade, a la paume des mains appliquées sur la face externe des genoux. Le mouvement à exécuter comprend deux temps. Dans le premier, la malade écarte les genoux et le médecin résiste.

Dans le second le médecin rapproche les genoux et la malade à son tour résiste. Cet exercice doit être mis en pratique une ou deux fois par jour, suivant la nécessité et comprend cinq mouvements chaque fois. Un excès serait inutile. Chaque mouvement doit être exécuté sans fatigue, avec élasticité, sans sursauts, ce qui s'obtient par un juste équilibre de l'effort et de la résistance opposée. La malade doit respirer pendant toute la durée de l'exercice et autant que possible faire effort dans l'expiration. Le soulèvement du siège par la contraction des muscles dorsaux, augmente l'effet hémostatique produit par la contraction des pelvi-trochantériens. Enfin, le médecin doit se faire l'éducateur patient des malades qui, en se contractant, en ne respirant pas ou en respirant mal se fatiguent et produisent des effets contraire à ceux qu'on attends.

P. A. G.

La codéine a été donnée avec succès pour calmer les souffrances des règles douloureuses. Elle a cet avantage de ne pas constiper. Le sirop de codéine contient 2 centigrammes par cuillerée à soupe. On peut répéter cette dose après quelques heures s'il y a lieu. (*Journal de médecine interne*).

P. A. G.

La méthode de Bier est applicable aux brûlures. L'on serre le membre brûlé à la racine : très rapidement la douleur diminue. On laisse le lien en place 10 à 30 minutes ; après un repos de 10 minutes, on le réapplique, et ainsi de suite, jusqu'à cessation complète de la douleur (*journal de médecine interne*).

P. A. G.

**Schleissner Félix** -- *La langue adhérente.* (*Réunion des naturalistes et médecins allemands à Prague, 24 janvier 1908*).

Félix signale le fait de la croyance à la signification de la langue adhérente, toujours fort répandue dans le public comme chez le médecin. La langue réellement adhérente, dont la surface inférieure est collée épithélialement au plancher de la bouche, doit être très rare. L'auteur n'a pas pu trouver dans la littérature, la description d'un cas auquel on doit réellement croire; ce sont des racontars qui probablement ne sont pas contrôlés. Ce que l'on appelle la plupart du temps la langue adhérente n'est qu'un court tissu conjonctif, un frein de la langue pouvant amener une limitation du mouvement de cet organe. Pourtant l'anomalie au point de vue pratique est sans signification. Elle n'a pas d'importance pour la succion, la langue n'y jouant qu'un rôle passif. Tout au plus, pourrait-il y avoir un obstacle pour l'élocution. Dans le sens des deux domaines de l'articulation, on n'a pourtant pas observé de cas pareils.

Un ralentissement du commencement du langage n'est pas du tout à rapporter à ce sujet.

Après cet exposé, il est tout à fait superflu de parler de l'excision de la langue adhérente par la coupure du petit filet, d'autant plus qu'après cette coupure, on n'a pu observer des hémorragies mortelles.

P.-A. G.

**Kogant.** *Pour faciliter l'application du diachylon.* (*Wralch Gazeta*).

Ce russe qu'est M. Kogant, indique un moyen aussi simple que pratique, de faire adhérer, sans les chauffer, les bandelettes de diachylon.

Il suffit de verser sur une assiette, une petite quantité de benzine. On penche l'assiette légèrement de façon qu'une partie soit simplement humide et sur cette partie, on passe les bandelettes avant de les appliquer. On obtient ainsi une adhésion parfaite.

L'enlèvement se fait d'une façon tout aussi simple. Il suffit de passer sur les bandelettes un tampon imbibé de benzine.

P. A. G.

Dans les cas de rétention d'urine chez les prostatiques, il suffirait, paraît-il, d'une instillation, au niveau de l'urèthre prostatique et du col de la vessie, de 15 gouttes d'une solution d'adrénaline à 1/5000 pour rétablir en huit minutes la perméabilité uréthrale. Voilà qui n'est pas malin.

P. A. G.

**Oppenheim. *Traitement de la phthiriose.*** (*Deutsche med. Wochenschrift*).

Pulvérisez sur le patient, à 25 centimètres de distance, un spray à l'alcool, puis avec un éventail, faites arriver de l'air sur la région, jusqu'à évaporation de l'alcool. Recommencez la pulvérisation une seconde fois et dans les cas graves, une troisième fois. Le procédé peut s'appliquer aux vêtements. L'alcool à 92° ou à 90° détruit aussi les lentes. On pourrait y ajouter du sublimé ou des fleurs de soufre dans les cas où la phthiriose se complique de gale ou de favus. La méthode à l'alcool a sur celle aux frictions mercurielles les avantages d'une action prompte, simple, peu désagréable, sûre et peu coûteuse.

P. A. G.

**Comby et Joire. Applications contre la galactorrhée.**  
(*Journal de médecine de Paris.*)

Ces auteurs recommandent contre la galactorrhée, des applications d'une solution d'hydrochlorate de cocaïne.

Comby formule ainsi :

R Hydrochlorate de cocaïne grains  $\frac{1}{11}$

Eau distillée Drachm  $\frac{11}{ss}$

tandis que Joire préfère cette autre formule :

R Hydrochlorate de cocaïne grs.  $\frac{1}{xxv}$

Glycérine onc  $\frac{1}{jss}$

Eau distillée Drachm  $\frac{1}{jss}$

M.

Ces solutions sont appliquées sur le sein et l'aréole avec un pinceau ou un tampon de coton hydrophile. La cocaïne agit par son action vaso-constrictive.

P. A. G.

**Levai. Stérilisation d'instruments métalliques.**  
(*Zentralblatt für Chirurgie.*)

Pour éviter la rouille des instruments plongés dans l'eau en ébullition, on ajoute à celle-ci de la soude caustique très pure dans la proportion de un quart pour cent. Il est utile de préparer la solution quelques minutes avant d'y plonger les instruments. On doit éviter les solutions plus fortes qui rendraient les instruments désagréablement glissants au toucher.

P. A. G.

**Treuthardt. Diphtérie puerpérale** (*Revue médicale de la Suisse romande*).

Dans la Revue Mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Pierra analyse ainsi le travail de Treuthardt ;



Appelé auprès d'une femme qui présentait une température élevée, malgré qu'elle eût accouché normalement et que la délivrance fut complète, l'auteur pensa à la diphtérie, dont une épidémie régnait alors dans le voisinage. Au spéculum, il reconnut au niveau du col, une tuméfaction parsémée de plaques grisâtres et présentant l'aspect d'une amygdale au début de la diphtérie.

Sous l'influence de quelques injections de 10, puis de 20 c. c. de sérum de Roux, la température tomba peu à peu et finit par redevenir normale. D'autre part, les injections intra-utérines qui furent pratiquées, provoquèrent une véritable débâcle de fausses membranes. Le diagnostic de diphtérie puerpérale est donc confirmé par le résultat du traitement.

Treuthardt a eu l'occasion d'observer deux autres cas d'infection mortelle, qu'il croit pouvoir rapporter également à la diphtérie et dans lesquels les moyens thérapeutiques ordinaires sont restés sans effet.

P.-A. G.

**Dalché.** Les prurits vulvaires. (*Journal de med. ch de chir. prat.*)

Qu'elle est donc l'étiologie de ce prurit banal ?

Il est en général symptomatique. Il dépend alors souvent d'une maladie locale; tantôt il faut incriminer les écoulements leucorrhéïques d'une lésion utérine subaiguë ou chronique, ou les écoulements ichoreux d'un cancer génital; tantôt il dépend d'une vulvo-vaginite, d'aphtes, d'uréthrites, d'éruptions diverses sur la vulve, de parasites, tels que les acares, de végétations. D'autre fois, il est l'indice d'une maladie générale, goutte, alcoolisme, tabes, dyspepsie, hépatisme, d'une albuminurie ou d'un diabète que l'examen des urines, pratiqué systématiquement,

ment, fait découvrir ; je ne vous parlerai pas de la grossesse, dont il est un symptôme fréquent. D'autre fois, il semble idiopathique; c'est une névrose qui apparaît à l'époque de la ménopause, chez des malades d'une mentalité particulière, et peut être comparé à certains cas de vaginisme; il constitue une sorte de topoalgie. Quoiqu'en dise Gaillard Thomas, il ne me paraît pas douteux que les malades qui en sont atteintes présentent une véritable prédisposition nerveuse, un grand élément d'hyperesthésie idiopathique. Combien de femmes ont eu de la leucorrhée sans éprouver de prurit ! tandis que chez d'autres femmes un écoulement insignifiant provoque ou entretient un prurit qui la conduit parfois au désespoir et même au suicide ! La femme qui souffre de démaugeaisons intenses offre bien souvent une prédisposition foncière, et ce n'est pas à tort que Pozzi attribue à ces prurits une origine centrale.

On a préconisé contre ces prurits vulvaires de nombreux traitements.

Autrefois, l'auteur avait souvent recours aux applications d'une solution chaude de sublimé au millième préférable à la liqueur de Van Swieten, qui contient de l'alcool.

On a beaucoup employé aussi la vieille solution de Gowland. Gallard la prescrivait en lavages; les applications longtemps continuées semblent préférables. La pommade suivante donne de bons résultats :

Menthol	5 centigram.
Gaïacol	10 à 30 "
Oxyde de zinc	10 gram.
Vaseline	30 "

A Robii conseille les badigeonnages à la teinture d'aloès, et Da'ché n'a eu qu'à se louer de leur emploi.

Le baume du Canada est aussi une préparation très efficace. Dans les cas de prurit vulvaire ou peri-anal, on en fait des applications quotidiennes, et on recouvre de gaze sèche les parties enduites. Mais le baume sirupeux et visqueux colle les poils et gêne par suite les mouvements ; aussi devez-vous prendre la précaution de raser les régions sur lesquelles vous l'appliquerez. Dalché prescrit souvent un mélange de poudres d'orthoforme, d'iodoforme et de talc ; mais la poudre d'iodoforme coûte cher, d'autant plus qu'elle doit être fréquemment appliquée, et que la malade, mal placée pour l'appliquer elle-même, doit s'adresser au médecin.

La pommade à l'ichthyol à 10% mérite aussi d'être recommandée. N'oubliez pas de soigner aussi la lésion locale qui provoque et entretient le prurit ; vous panserez les petites écorchures, les ulcérations actéïques, vous réséquerez les petites lèvres mal formées, les caroncules mal placées, s'il y a lieu.

Traitez aussi l'état général si votre enquête étiologique l'a révélé défectueux. La dyspepsie est fréquente chez les pruriteux ; prescrivez le régime nécessaire, interdisez les condiments, etc. Contre l'hépatisme, il faudra recommander l'usage du calomel (*Labadie-Lagrave*.)

L'hydrothérapie est un moyen que vous ne devez pas négliger. Je ne vous parlerai pas des injections vaginales qui sont d'un emploi habituel. Beni-Barde a préconisé le bain de siège à eau courante et tempérée, dont les jets coulent fort doucement, et la douche baveuse tiède, d'une durée de 3 à 4 minutes.

Mais sachez bien que toutes les ressources de votre thérapeutique échoueront contre certains cas rebelles auxquels l'auteur tend à attribuer une origine centrale, purement psychique.

P. A. G.

## LES ANÉMIES QUI SUIVENT LES HÉMORRHAGIES

L'anémie que l'on trouve après les grandes hémorrhagies des traumatismes, des ulcères de l'estomac, de l'accouchement, est si bien connue qu'il n'est guère nécessaire d'en faire une description.

Si on examine le sang immédiatement après l'hémorrhagie on ne trouve guère de changement dans la formule sanguine, car la masse est diminuée sans que les proportions ne soient altérées. Mais bientôt toutes les parties de l'organisme cèdent des quantités considérables de liquide pour refaire la quantité du sang et c'est après quelques heures que l'examen découvrira la formule de l'anémie, diminution des globules rouges. La convalescence est difficile, le manque de globules rouges constituant un empêchement sérieux au bon fonctionnement des organes hématopoiétiques.

Le traitement peut cependant beaucoup pour aider ce rétablissement de la formule sanguine.

D'abord le repos au lit, la tête du malade devant être sur un plan plus bas que le reste du corps. Il faut ensuite éviter les mouvements brusques, et ne pas permettre au malade de s'asseoir, la pression sanguine très diminuée pouvant amener des syncopes. Le patient doit être changé souvent de position de façon à éviter les congestions hypostatiques.

Il faut donner à boire librement au malade, de préférence par petites quantités; Les injections rectales d'eau salée sont d'une utilité reconnue pour calmer la soif, ces injections se répètent toutes les 4 heures relèvent la tension artérielle et facilitent les fonctionnements des reins.

L'alimentation est un point important du traitement. Elle doit être composée d'éléments surtout liquides, lait, jus de viandes, blanc d'œuf, et se donner par petites quantités souvent répétées. Il convient d'y ajouter une préparation de fer propres à stimuler et les fonctions digestives et les fonctions hématopoiétiques.

Le Pepto Mangan de Gude est tout indiqué, par la rapidité avec

laquelle il tend à refaire la formule sanguine. Sous son influence les globules rouges et l'hémoglobine augmentent rapidement, les différents organes reprennent leurs fonctions et la convalescence s'établit rapidement et sûrement.

## LA GASTRECTOMIE

### HISTOIRE ET METHODES OPERATOIRES

Par M. le Prof. A. MONTPROFIT (d'Angers) professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Président du XIXe congrès français de chirurgie

Paris, 1908, 1 vol., in-8°, 306 pages avec 50 figures intercalées dans le texte. . . . . PRIX : 6 francs

M. le Professeur A. MONTPROFIT, qui a déjà publié de très importants volumes sur la Chirurgie de l'Estomac—et en particulier un gros traité sur la *Gastro entérostomie*, et des Rapports sur la *Chirurgie de l'Estomac biloculaire* et les *Affections bénignes* de cet organe,— nous donne aujourd'hui un ouvrage sur l'*Ablation de l'Estomac*, aussi documenté que les précédents.

On trouvera là, rassemblés et mis en ordre et à jour, les nombreux articles qu'il a déjà fait paraître dans diverses revues sur les différents points qui concernent cette intervention, assez récemment introduite dans la pratique chirurgicale. 50 figures illustrent, d'ailleurs, un texte très condensé, très clair, et à la portée de tous les praticiens.

Le premier chapitre traite des Généralités : Définition de l'opération, etc., etc. Dans le second, nous entrons dans le vif du sujet, car on y trouvera un historique très complet des faits expérimentaux et cliniques, relatifs à la Gastrectomie chez les animaux et chez l'homme. Presque tous les cas intéressants y

sont mentionnés, et en particulier ceux qui ont trait à des procédés spéciaux. Le troisième chapitre est réservé à des considérations anatomiques et physiologiques, en rapport avec l'ablation de l'estomac.

Puis vient l'étude du manuel opératoire, d'abord en ce qui concerne toute intervention stomacale, puis pour ce qui est relatif aux diverses techniques de Gastrectomie. La Pylorectomie, la Gastrectomie totale, la Cardiectomie, la Résection partielle, sont décrites séparément et avec grand soin; tous les procédés connus sont énumérés; et l'auteur insiste tout particulièrement sur celui qu'il emploie d'ordinaire.

Les suites de la Gastrectomie et ses indications et contre-indications font l'objet de deux autres chapitres, dont le second est très complet, surtout en ce qui concerne les lésions bénignes de l'estomac, point encore très peu connu même des chirurgiens de profession.

Le volume se termine par les observations de Gastrectomie exécutées par le Professeur MONPROFIT jusqu'en 1906.

C'est donc là une œuvre absolument personnelle, basée sur des documents bibliographiques de première main d'une part et d'autre part sur une grande expérience et une pratique très étendue de la Chirurgie stomacale. C'est dire qu'elle doit entrer désormais dans toute bibliothèque chirurgicale, comme les autres œuvres, bien connues et rappelées plus haut, du Professeur MONPROFIT.

**ALIMENTATION ET HYGIÈNE DES ENFANTS**, par J. COMBY, médecin de l'Hôpital des Enfants malades.— VIGOT frères. Éditeurs, 23 Place de l'École de Médecine.— Un vol. in-12 de 532 pages, avec figures, 3<sup>e</sup> édition - - 5 francs.

Dans cette 3<sup>e</sup> édition, remaniée et amplifiée, de son ouvrage sur *l'alimentation et l'hygiène des enfants*, l'auteur a voulu mettre à la portée, de tous (médecins et non médecins), les acquisitions scientifiques les plus récentes de la Pédiatrie. Des chapitres entièrement nouveaux sur les calories et la valeur calorigène des aliments, sur leur équivalence, sur les rations alimentaires du nourrisson, de l'enfant sain, de l'enfant malade, etc., ont trouvé place dans cette édition.

Les aliments et les régimes les plus récents, le babeurre, le yaourth, la soupe de malt, les laits modifiés, le lait à la pégline, le bouillon paralactique, les bouillons végétaux, le régime dechloruré, etc., sont exposés d'une façon claire et précise. Leur utilité, leurs indications, leur mode d'emploi, sont aisément saisis à une première lecture.

Avec ces aliments nouveaux et ces régimes d'actualité, l'auteur n'a pas manqué d'étudier les aliments communs d'un usage ancien et banal : les farines de céréales, les légumes, les fruits, le pain, les œufs, le poisson, la viande, envisagés au point de vue de l'alimentation des enfants.

Enfin, si l'alimentation est la partie la plus importante de l'hygiène infantile, il est d'autres questions qui ne devaient pas être négligées et qui sont traitées à leur place dans ce volume : Bains, Hygiène des écoles, Dentition. Education physique, Gymnastique, Jouets, Croissance, Promenades, Vêtements, Chaussures, etc.

On voit, par cette sèche énumération, que la nouvelle édition de l'hygiène infantile du D<sup>r</sup> Comby, est des plus complètes, et des plus utiles à consulter tant pour les mères de famille que pour les médecins praticiens.

## RÉSUMÉ

## TABÈS ET CRISES GASTRIQUES

Par le Docteur CAUVY (de La Malou)

Dans ce travail qui a fait l'objet d'une communication au *Congrès Médical de Rome*, l'Auteur démontre que les Crises Gastriques sont parfois un des symptômes prémonitoires du Tabès.

Il décrit l'allure toute spéciale de ces Crises, caractérisées par des douleurs lancinantes, pongitives, revêtant la forme de Crampes et suivies de vomissements incoersibles et périodiques. Il insiste aussi sur l'attaque parfois brusque et sur le rapide changement qui s'opère à la fin, en attirant l'attention sur l'impuissance de toute thérapeutique interne. les Tabétiques rejetant à ce moment là, tout médicament et toute boisson, etc., etc.

En présence de pareilles crises, on ne devra pas oublier, s'il n'existe pas d'autre symptôme apparent, d'examiner les Réflexes. Suivant l'abolition ou la conservation partielle ou complète des Réflexes, le diagnostic sera confirmé ou paraîtra douteux. Dans ce dernier cas, il faudra s'inspirer surtout de l'allure clinique des Crises fort bien décrites dans ce travail dont les conclusions intéressantes tendent à démontrer, après des observations typiques et l'étude de la pathogénie, que parmi les Thérapeutiques employées, la plus efficace, à l'heure actuelle, paraît être réalisée par l'emploi judicieux des Eaux Thermales de **La Malou**.

Ces Eaux peuvent, en effet, suivant la variété des cas, apporter une modification d'être et méritent une mention toute spéciale, soit par la sédation qu'elles donnent, soit encore par la stimulation contre la dépression organique.



**La Radioscopie clinique de l'Estomac normal et pathologique**, par le Dr Cerné, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Rouen et le Dr Delaforge, ancien chef de clinique à l'École de Médecine de Rouen. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 21 figures. Cartonné : 1 fr. 50. (*Actualités Médicales*). (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Ce volume des Actualités médicales est le premier Manuel concernant la radioscopie de l'estomac.

Il résulte de la collaboration intime d'un chirurgien ayant une grande expérience d's opérations actuellement pratiquées sur l'estomac, et d'un médecin spécialisé dans l'étude des maladies gastro-intestinales.

Les auteurs décrivent minutieusement le « modus faciendi » de la méthode nouvelle, et font passer sous les yeux du lecteur tous les phénomènes qui se déroulent sur l'écran fluorescent dans l'examen de l'estomac sain ou malade. Ils ont, d'ailleurs, fait œuvre toute personnelle, et leur interprétation des faits est souvent originale.

Un grand nombre de dessins établis sur un schéma squelettique soigneusement étudié donnent au texte une précision qui n'avait jamais été recherchée jusqu'ici.

Ce manuel est indispensable, non seulement aux radiologistes, mais à tous les médecins soucieux de connaître les progrès considérables apportés par la radioscopie, à l'anatomie et à la physiologie normales et pathologiques de l'estomac.

---

*Le IIIe Centenaire de la fondation de Québec par  
Samuel de Champlain*

*Et le grand congrès médical qui sera tenu le 20 juillet dans notre vieille cité sont choses si importantes que votre présence à Québec s'impose pendant ces fêtes.*

Nous profitons de cette occasion pour vous inviter bien cordialement à nous faire une visite pendant votre séjour dans notre ville.

Un assortiment de superbes marchandises que nous venons de recevoir de Paris comprenant les derniers modèles en fait d'instruments de chirurgie et tout article pour Asepsie, et Pansement Sterilisé etc, que nous exposerons dans une salle spacieuse attenante à notre établissement sera à votre disposition pour inspection.

J. A. LIVERNOIS, RUE ST-JEAN, QUÉBEC