

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XXXVII

1^{er} MARS 1908

N^o 3

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU

LEÇON DIDACTIQUE DU JEUDI.

Par AMÉDÉE MARIEN,
chargé de la direction de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

Je suis heureux de vous souhaiter une cordiale bienvenue à la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Vous venez étudier ici la Chirurgie, avec la noble ambition de connaître cette science si complexe et de posséder cet art si difficile. Je ne vous ferai pas l'injure de penser que votre but unique est celui de venir vous préparer à subir avec succès des examens. Vous avez conscience, j'en suis sûr, de l'importance et de la gravité de vos études.

La Chirurgie est, de toutes les sciences, celle qui assume les

plus grandes responsabilités, car elle peut donner et conserver la vie et la santé, de même qu'elle peut les altérer et les supprimer. La mission du chirurgien est souvent l'une des plus hautes magistratures de la société humaine.

L'enseignement de la Chirurgie doit comprendre deux parties fondamentales : 1^{er} L'étude des *malades*, qui souffrent de maladies chirurgicales et l'étude de ces *maladies* chirurgicales; 2^e l'étude du *traitement* et des *moyens thérapeutiques*, qui soulagent et guérissent les malades.

La thérapeutique chirurgicale comprend toutes les méthodes de traitement et les nombreux procédés opératoires qui doivent être choisis judicieusement, suivant les indications cliniques.

Depuis un quart de siècle bientôt, la Clinique chirurgicale a fait d'immenses progrès et elle a élargi considérablement le cadre des études médicales.

En effet, avant la découverte de l'asepsie et de l'antisepsie, la chirurgie gardait, dans ses études et dans sa pratique, un caractère plutôt médical. C'étaient des médecins plus instruits ou plus audacieux que les autres, qui osaient entreprendre, souvent, *in extremis*, des opérations héroïques et dangereuses; à cette époque, la plus petite intervention chirurgicale, une simple amputation pouvait causer la mort, car elle se compliquait bien souvent, je pourrais dire toujours fatalement, soit de suppurations graves, de gangrènes, de tétanos, etc., etc. Le médecin chirurgien *se mait*, sans le savoir, les germes de la mort au bout de sa lancette et de son bistouri meurtriers.

Avec l'antisepsie, la *chirurgie* commence une nouvelle phase, féconde en succès et en découvertes nombreuses et intéressantes.

Elle élargit et enrichit son domaine, tous les jours.

Pour pouvoir suivre les progrès de cette science, pour la connaître honnêtement, pour assumer les lourdes responsabilités qu'elle comporte, il devient nécessaire d'en faire une étude spéciale. Et le médecin honnête et consciencieux ne peut plus exercer en même temps et la médecine et la chirurgie.

Le médecin, cependant, ne peut pas négliger l'étude de la chirurgie. C'est à lui qu'il appartient de faire souvent le premier

diagnostic, et de saisir le moment opportun où les soins médicaux doivent céder la place au chirurgien. Après l'opération faite, le rôle du médecin intervient encore pour compléter par une thérapeutique appropriée, les résultats et les bénéfices de l'opération.

Je vous le déclare bien sincèrement, Messieurs, nous n'avons pas la prétention de vous apprendre la Chirurgie, durant les quelques mois que vous consacrez à la clinique chirurgicale, mais le but principal de notre enseignement clinique sera de vous faire étudier les difficultés du diagnostic des maladies-chirurgicales, et de vous enseigner les moyens de résoudre ces difficultés.

Ensuite nous vous exposerons les méthodes de traitement, les plus simples, les plus efficaces et les plus pratiques.

Pour les *opérations*, nous vous ferons l'exposé des procédés opératoires les plus récents et les plus classiques. La démonstration et la description de la technique opératoire vous en seront faites sur des malades, pendant le cours des opérations qui seront pratiquées devant vous.

Vous pourrez étudier les résultats immédiats et éloignés des opérations en suivant ensuite, les malades opérés, dans les salles.

Pour bien utiliser le peu de temps que nous avons à notre disposition, voici le programme que nous allons suivre :

Il comprend des leçons didactiques et des travaux pratiques.

1° Leçons didactiques : — Une série de leçons avec des malades vous sera faite à l'amphithéâtre. Ces leçons auront pour but l'étude des maladies, qui pourront être illustrées par des malades et démontrées à l'aide de pièces anatomiques.

2° Travaux pratiques. — Ces travaux seront faits, tant au lit du malade dans les salles, qu'à la salle d'opération, en vous faisant prendre part aux opérations soit comme *aides*, soit comme *anesthésistes*.

Voici l'ordre dans lequel, ces leçons et ces travaux seront distribués.

La *leçon didactique* se fera tous les *jeudis*, de 11 hrs à midi. Ce jour-là, avant la leçon, il y aura des travaux pratiques, qui seront :

Visite dans les salles de 9 à 10 heures.

Opérations de 10 à 11 heures.

Les autres *travaux pratiques* auront lieu les *mardis* et les *samedis*, comme suit :

De 9 à 10½ heures — Visite dans les salles, où vous devrez faire la rédaction des feuilles d'observation, l'examen des malades et les pansements.

De 10½ heures à midi : — Opérations et démonstrations.

— Messieurs, j'ai choisi, pour le sujet de ma première leçon, le titre suivant, "Comment doit être fait l'examen clinique du malade" ?

Le malade se présente pour la première fois à l'Hôpital ou à votre cabinet de consultation.

L'*interrogatoire* ou *examen verbal* est souvent la partie essentielle, la partie fondamentale de l'examen clinique d'un malade.

Il doit être écrit sur une feuille d'observation.

S'il est bien conduit, s'il est fait méthodiquement, il doit nous diriger sur la voie qui aboutira à un diagnostic exact.

Il ne faut pas négliger de recueillir toutes les données qu'il peut fournir et l'on doit poursuivre une enquête sévère et méthodique.

Je vous conseille de prendre la bonne habitude de toujours rédiger une feuille d'observation clinique, même pour les malades qui semblent offrir peu d'intérêt.

Ces feuilles d'observations, que vous conserverez, constitueront autant de données cliniques de vos malades et peut-être serez-vous heureux plus tard lorsque vous aurez vieilli, de consulter cette précieuse documentation.

Voici la formule de la feuille d'observation que nous avons adoptée, dans les divers services de clinique chirurgicale :

- 1° Pourquoi le malade se présente-t-il ?
- 2° Histoire de la maladie actuelle.
- 3° Histoire du malade.
- 4° Antécédents personnels, depuis la naissance (alcool, syphilis, tuberculose, etc.)
- 5° Antécédents héréditaires, familiaux (alcool, syphilis, tuberculose, cancer).

6° Examen général — Apparence, teint, facies, difformités, poids, taille, etc.

7° Examen local — Partie malade, inspection, palpation, etc.

8° Système digestif — Bouche à l'anus, foie, rate, etc.

9° Système respiratoire. — Nez, larynx, plèvres, poumons, etc.

10° Système circulatoire. — Cœur, artère, veines, voies lymphatiques.

11° Système nerveux. — Sensitif et moteur, réflexes, , ,

12° Système génito-urinaire. — Reins, urètre, vessie, urines. Testicules et pénis, chez l'homme; vulve, vagin, utérus et annexes chez la femme.

13° Systèmes musculaire et osseux.

14° Particularités. — Yeux, oreilles, intelligence, etc.

L'examen et le contrôle des recherches cliniques doivent être soumis au laboratoire pour l'expertise histo-bactériologique chimique.

En effet, il est souvent nécessaire de faire un examen des sécrétions et des excréments :

L'examen du sang ou du pus. Il ne faut jamais négliger de faire l'examen méthodique des urines, quant à la quantité et à la qualité.

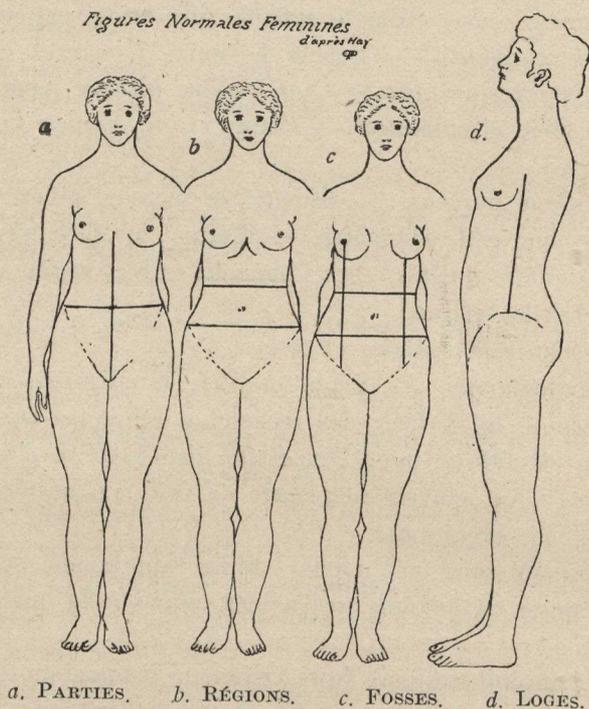
Enfin, l'on doit toujours faire l'examen histologique d'un tissu pathologique, lorsqu'il est possible de pratiquer sans danger la biopsie, avant d'entreprendre une opération grave et en particulier avant de sacrifier un organe ou un membre.

Examen local. — Nous prendrons, comme exemple, l'examen de la cavité abdominale, sur un sujet sain. Le chirurgien doit avoir une opinion exacte des formes et des proportions du corps humain : pour juger si une région est normale ou anormale il faut être familiarisé avec les formes habituelles.

L'exploration méthodique permettra de reconnaître les maladies et de préciser la localisation de ces maladies, soit au contenant, qui constitue les parois de la cavité abdominale, soit au contenu, qui comprend les nombreux organes de la cavité abdominale.

Pour faciliter cette exploration, il est utile de diviser schématiquement l'abdomen, en parties et régions, en loges et fosses.

L'examen des loges, des régions et des fosses doit être fait :



1° Par l'inspection — Aspect extérieur, formes, caractères, etc.

2° Par la palpation superficielle. — Très douce, elle explore la peau et la paroi musculo aponévrotique. Noter la douleur superficielle et profonde, l'hypresthésie, la défense musculaire, etc.

3° Par la palpation profonde. — Elle interroge les organes : sensibilité, douleurs, modification de volume, de consistance, etc.

4° Exploration par la méthode du palper et du ballotement.

5° Etude de la sensibilité et de la douleur, provoquée par la méthode de la palpation et de la percussion.

6° Etude de la forme, de la consistance, de la fixité ou de la mobilité de la partie malade.

7° Etude de la matité ou de la résonnance.

8° Etude du volume, de la direction et du point de fixation.

9° Etude des rapports anatomiques des organes.

10° Mensuration, à l'aide d'un galon, d'un crayon et d'un schéma.

Enfin, Messieurs, un examen médical doit compléter l'enquête faite par le chirurgien.

Je vous répéterai, en terminant, qu'il faut bien apprendre à reconnaître les maladies, à apprécier leurs caractères et leurs formes, mais que le plus impérieux devoir du chirurgien, c'est d'étudier la gravité de ces maladies et surtout de rendre un verdict consciencieux sur les indications opératoires.

MEMOIRES

L'OPHTHALMO-REACTION, AU POINT DE VUE MEDICO-LEGAL (1).

Par M. le Docteur A. LESAGE,

Agrégé, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Depuis que Calmette, de Lille, a fait connaître sa méthode d'oculo-réaction pour dépister la tuberculose chez un sujet porteur d'une lésion douteuse, un nombre considérable de travaux sont venus, de toute part, confirmer les vues de l'éminent professeur français. On a conclu, un peu partout, que cette méthode est sûre au point de vue clinique, c'est-à-dire qu'une réaction positive entraîne toujours un diagnostic de tuberculose, et qu'elle est bénigne dans ses résultats, c'est-à-dire qu'elle ne provoque aucune complication locale sérieuse dans le présent ou dans l'avenir.

Cependant, à la faveur des travaux récents, il semble qu'on ait poussé un peu trop loin l'optimisme dans cette voie, car l'ophtalmo-réaction vient de recevoir de rudes atteintes, les uns visant son utilité pratique, les autres attirant l'attention sur ses dangers.

C'est sur ce point que je désire attirer votre attention, ce soir, en vous communiquant l'observation suivante qui n'offre aucun autre intérêt.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal séance du 18 février.

Obs. — En janvier dernier, je suis appelé auprès de M. X... retenu à sa chambre depuis dix à douze jours.

Agé de ... ans, père de 10 enfants, M. X. a toujours été bien portant.

A la tête d'une maison de commerce importante qu'il dirige seul, il est occupé tout le jour au magasin, tandis que le soir, il fait chez lui son travail de comptabilité qu'il prolonge souvent jusqu'aux petites heures de la nuit.

Cet homme est donc surmené par sa besogne.

De plus, sa vue *n'est pas normale*: il souffre d'hypermétropie.

Depuis la fin de décembre, il est mal en train: il ne travaille plus avec la même ardeur; son appétit est presque nul, la constipation est opiniâtre, il a de fréquents maux de tête.

Enfin, un bon matin, il s'alite.

Examen du malade. — Je vois le malade vers le dixième jour. Il est dans un état d'apathie, presque complète, il répond à peine à mes questions.

Il n'éprouve aucune douleur fixe, excepté un mal de tête assez vague qui ne l'empêche pas de dormir.

La peau est normale comme coloration.

La langue est affreusement sale, l'haleine est fétide.

Les poumons sont dans un état normal.. Le murmure vésiculaire est moins distinct aux sommets, en avant, mais la respiration est tellement superficielle qu'il n'y a pas lieu de s'en étonner.

Rien à la percussion.

Le cœur est normal.

Le foie et les reins sont indemnes.

L'd tube digestif est moins bien: l'estomac tolère à peine un peu de liquide, que le malade accepte d'ailleurs avec beaucoup de répugnance.

Il n'y a pas de dilatation.

L'intestin est paresseux, les selles sont infectes et brunâtres, l'abdomen est légèrement douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite.

Temp., oscille entre 100 et 104 3/5.

Pouls, 90 à 110.

La vue est comme d'habitude.

Diagnostic. — En présence de ces signes un peu diffus, je pensai à une fièvre typhoïde ; à une granulie — car les deux se cachent souvent sous le même masque du début — à une méningite tuberculeuse, enfin à une grippe à forme nerveuse.

— Le séro diagnostic négatif pratiqué douze jours après le début de la maladie par mon ami le Dr Arthur Bernier, l'absence d'hypertrophie de la rate et de taches lenticulaires me permirent d'exclure la fièvre typhoïde.

— D'autre part, la sonorité dans tout le thorax, la régularité parfaite de la respiration, l'absence de toux, d'expectoration comme, aussi, de râles dans tout le poumon à cette époque de la maladie m'empêchaient de conclure non seulement à la granulie mais même à une pleurésie — interlobaire ou autre.

— La méningite tuberculeuse, rare à cet âge, pouvait cependant être mise en cause, non seulement par certains signes particuliers que je signale, mais aussi à cause de certaine histoire de tuberculose familiale sur laquelle on avait attiré mon attention, et dont je n'ai pu relever aucune trace.

Pour la méningite tuberculeuse : la céphalée presque permanente, avec fièvre, la constipation opiniâtre. Quelques vomissements intermittents, une plainte presque inconsciente que le malade poussait à chaque instant, une espèce de cri hydrencéphalique atténué, un amaigrissement prononcé, des urines rares sans albumine, et un état de torpeur très marqué.

Contre la méningite : l'absence de symptômes importants, tels que la raideur de la nuque, le signe de Babinski, l'inégalité pupillaire, la photophobie. Le signe de Kernig manquait aussi, mais on sait qu'il n'apparaît que si les méninges spinales sont touchées, c'est-à-dire dans 70 % des cas.

-- Je pouvais, à mon gré, pratiquer l'ophtalmo-réaction, mais l'examen clinique me justifiait, il me semble, de conclure à la non existence d'une méningite tuberculeuse, et ie me souciais guère de tenter l'expérience dans un œil hypermétrope, par conséquent susceptible de réaction plus ou moins sûre et très aléatoire au point de vue pathologique.

D'ailleurs, l'évolution de la maladie devait m'éclairer sur ce point, et j'y comptais.

— Je m'arrêtai définitivement au diagnostic de grippe à *forme nerveuse*, à cause du caractère infectieux de la maladie, de la bénignité des symptômes étudiés séparément, et de l'état épidémique avec lequel elle a sévi depuis plusieurs mois.

Bref, je mis en œuvre les moyens ordinaires contre les états infectieux: antipyrine, injections d'eau salée à petites doses, strychnine, enfin j'injectai à trois reprises différentes 5 c.c. d'électargol. Ce dernier sel d'argent fit tomber la température rapidement. Le malade se sentit bientôt mieux.

L'électrargol tant vanté dans les états infectieux a fait, ici, merveille.

— C'était le mardi.

Le vendredi suivant *l'œil droit* — que j'avais eu l'intention d'*inoculer* — est légèrement congestionné.

La sclérotique est rouge. Je fais appliquer des compresses boriquées chaudes.

Le lendemain, samedi, à 10 hrs a. m., le globe de l'œil est considérablement augmenté de volume, la sclérotique fait bourrelet autour de la cornée. Le prof. Foucher, mandé par la famille, examine avec soin l'œil malade. Voici le résultat de son examen:

M. X.... vu le 12 janvier pour la première fois. Premier examen.

Conjonctive de l'œil droit congestionnée, léger chémosis séreux, chambre antérieure légèrement trouble, iris décoloré, pupille contractée. L'atropine en solutions au 1/100 et instillations fréquentes, à toutes les 2 heures, n'a produit aucune dilatation appréciable. En aucun temps de l'affection, du 12 au 21, jour de l'opération, il n'est apparu de pus dans la chambre antérieure ou dans la cornée. Le diagnostic de choréïdite purulente, à cause de cela et du manque d'élévation de température est resté indécis, le premier diagnostic a été celui de choréïdite métastatique sans pouvoir penser si ce serait une forme plastique ou purulente. Le 21 au matin il devenait évident que la sclérotique s'était perforée en arrière, et l'énucléation confirma ce fait, démontrant par

conséquent que la choroïdite avait été purulente, sans que le pus apparaisse dans la chambre antérieure, et sans élévation marquée de la température.

— Il fut impossible d'éclairer le fond de l'œil. Le docteur Foucher porte un pronostic grave, car il appréhende une suppuration en masse du globe de l'œil.

De fait, après 3 ou 4 jours, l'abcès s'ouvre spontanément, l'énucléation est urgente. Le professeur Foucher pratique l'opération le jour suivant. La guérison est, aujourd'hui, complète.

L'œil gauche est normal.

* * *

Que doit-on retenir de ce fait personnel?...

— Si, voulant m'éclairer davantage, j'avais, le mercredi, instillé dans l'œil droit choisi à cette fin, avec le consentement du malade, une ou deux gouttes de tuberculine à 1 p. 100 ou 1 p. 200, j'aurais obtenu une belle réaction positive, le vendredi, jour de l'apparition de la conjonctivite. Elle se serait prolongée aussi jusqu'au mardi suivant jour de l'énucléation !...

J'aurais été convaincu, suivant l'opinion générale, que mon malade est tuberculeux, malgré mon diagnostic clinique opposé ; de plus, j'aurais eu à me défendre d'une grosse réclamation en dommages, car on n'aurait pas manqué de conclure au *post hoc ergo propter hoc*... l'instillation aurait été accusée de tous les méfaits.

— Un médecin peut-il, dans un cas comme celui-ci, plaider justification au point de vue scientifique devant les tribunaux civils ?

Voilà la question médico-légale que j'ai l'honneur de poser. C'est, si je ne me trompe, faire le procès de l'ophtalmo-réaction ; en établir la valeur et l'opportunité.

Comme vous le savez, Messieurs, ce procédé consiste à instiller dans l'œil du malade une goutte d'une solution de tuberculine purifiée à 1 p. 100 ou 1 p. 200, conservée dans des ampoules stériles.

Au bout de quelques heures, l'œil instillé rougit, la caroncule gonfle, la congestion très accusée après 24 heures, persiste deux ou plusieurs jours et disparaît sans laisser de trace.

“ On compte déjà par centaines de mille, dit Calmette, les sujets de tout âge qui ont été soumis à cette épreuve, tant en France qu'à l'étranger, et il paraît désormais bien établi que l'ophtalmo-diagnostic, employé avec quelques précautions que j'ai précisées fournit des indications aussi exactes que l'injection sous-cutanée de tuberculine, et qu'il présente sur cette dernière l'avantage précieux d'être inoffensif.”

— Malgré ces affirmations, je me permettrai de discuter devant vous les quatre questions suivantes :

1° L'ophtalmo-réaction est-elle toujours l'indice d'une lésion tuberculeuse ou d'une tuberculose latente ?

2° Est-elle opportune dans chaque cas ?

3° Fait-elle courir des risques au malade ?

4° Quelle conduite doit tenir le médecin lorsqu'il lui faut recourir à cette méthode ? . . .

I.

L'ophtalmo-réaction est-elle toujours l'indice d'une lésion tuberculeuse ou d'une tuberculose latente

En se basant sur des observations faites chez les bovidés anciennement infectés, mais porteurs de lésions calcifiées et ne réagissant plus à l'ophtalmo-réaction, le prof. Calmette admet (1) que *seuls les sujets porteurs de lésions tuberculeuses en voie d'évolution ou caséifiées sont capables de fournir une réaction nettement positive.*”

Expérimentalement, affirme le même auteur, on peut dire que la preuve de l'exactitude de l'ophtalmo-réaction ne manque jamais, au moins chez les bovidés. Tous les animaux tuberculeux ne réagissent pas à la tuberculine, soit en injections sous-cutanées, soit en instillations dans l'œil, mais tous les animaux qui réagissent à l'une ou à l'autre méthode sont sûrement tuberculeux. Rien ne nous autorise à supposer qu'il en soit autrement chez l'homme.

(1) Acad. Méd. 14 janv. 08.

Cependant, des faits cliniques sont venus infirmer ce jugement de première instance. MM. Chauffard, Souques, Méry et d'autres ont rapporté des cas où la réaction conjonctivale avait manqué chez des tuberculeux. Dans le cas de Chauffard, il s'agit d'un cas d'appendicite considéré comme suspect de tuberculose; l'ophtalmo-réaction fut absolument négative. Le malade fut opéré et on constata l'existence d'une tuberculose appendico-cœcale typique, le cœcum dut être réséqué.

M. Sicard signale un cas dans lequel, après trois épreuves négatives le malade succomba. A l'autopsie, on trouva de la tuberculose péritonéale et rénale.

Massary, dans une série de 70 cas a trouvé 42 fois une concordance parfaite entre les données de la clinique et les résultats de l'ophtalmo-réaction. Dans les 26 autres, les résultats ont été si contradictoires "qu'il est difficile, dit-il, de considérer ce moyen comme infaillible. Cette méthode a une certaine valeur quand elle complète une série de symptômes concordants, mais elle ne saurait, à elle seule, établir ou infirmer un diagnostic."

Méry, sur 200 enfants soumis à cette méthode, conclut en disant qu'elle constitue un élément précieux de présomption pour le diagnostic de la tuberculose, mais non une certitude. Il faut craindre qu'elle ne dise trop dans certains cas et pas assez dans d'autres....

— En effet, à la faveur de travaux d'expérimentation tout à fait récents, il me semble que non seulement tous les tuberculeux ne réagissent pas toujours, mais même que les non-tuberculeux peuvent aussi réagir. Ainsi, dans une communication récente à la Société de Biologie (1), Arloing, de Lyon, a eu l'idée que la réaction oculaire à la tuberculine se produisait surtout chez des individus en état "d'intoxication," c'est-à-dire dont l'organisme est imprégné et sensibilisé par une toxine quelconque, à condition qu'elle jouisse de propriétés vaso-dilatatrices.

Des expériences de l'auteur il résulte que des lapins non tuberculeux, intoxiqués progressivement avec de la tuberculine et avec des toxines éberthienne, staphylococcique et diphtérique, ont pré-

(1) 25 janv. 08.

senté des oculo-réactions positives à la tuberculine au cours de ces diverses imprégnations par ces toxines vaso-dilatatrices. La toxine éberthienne a même sensibilisé plus activement ou au moins également le lapin à réagir positivement à l'instillation conjonctivale de tuberculine que la tuberculine elle-même. La toxine diphtérique engendre la même aptitude réactionnelle qui se produit aussi mais plus lentement avec des produits solubles du staphylocoque.

— Calmette admet ces faits. “ Chez ces derniers, dit-il, en parlant des typhiques, l'œil rougit presque constamment après l'instillation de tuberculine. Mais rien ne prouve que les malades encore peu nombreux sur lesquels ce fait a été observé n'avaient pas quelque lésion tuberculeuse, et, dans l'hypothèse où, chez des typhiques la réaction se montrerait constamment positive, il y aurait lieu de se demander s'il n'existe pas une relation étroite entre la présence de quelques bacilles tuberculeux dans les ganglions mésentériques et l'infection de ces mêmes ganglions, puis de l'organisme tout entier, par le bacille typhique, hôte normal de l'intestin chez beaucoup d'individus sains ; ce qui reviendrait à dire que le bacille typhique n'est peut-être virulent que pour les sujets porteurs de lésions tuberculeuses dans leur système lymphatique. (1)

— Comme vous le voyez, on oppose l'hypothèse pure et simple à des faits nettement positifs.

Je ne veux pas pousser plus loin le débat sur ce point. J'ai exposé sommairement la question, et de part et d'autre la preuve est contradictoire. Nous avons donc le droit et le devoir d'affirmer avec Arloing, que “ l'oculo-réaction à la tuberculine n'est pas spécifique, et qu'elle ne possède pas une valeur révélatrice absolue.”

II.

3° *L'oculo-réaction est-elle opportune dans chaque cas?*

Dans la très grande majorité des cas, Messieurs, nous avons à notre disposition des moyens cliniques suffisamment précis pour nous permettre de poser un diagnostic ferme. Et je suis positif à

(1) Acad. Méd. 14 janv. 08.

dire que dans le nombre considérable d'observations déjà publiées la clinique avait devancé l'ophtalmo-réaction. Cette dernière méthode est venue donner un argument de plus en faveur d'un diagnostic déjà porté. Or, j'estime que nous ne devons pas verser dans un œil — organe fragile — un liquide toxique sans y être absolument obligé pour une raison d'intérêt majeur, car personne ne peut dire à l'avance si la lésion que l'on provoque délibérément ne causera pas au malade des troubles graves et permanents plus sérieux que celui dont il souffre déjà. Car si des milliers de cas en sont sortis indemnes, d'autres en ont souffert; cela suffit à notre édification.

Je soumetts donc à votre appréciation que cette méthode d'oculo-réaction étant encore incertaine dans ses résultats locaux, le médecin se contente des moyens cliniques ordinaires lorsqu'ils suffisent à dépister une lésion tuberculeuse quelconque.

III.

3° *L'ophtalmo-réaction fait-elle courir des risques au malade?*

Les faits sont nombreux, aujourd'hui, où des accidents sont survenus à la suite de l'oculo-réaction. Doit-on incriminer la méthode ou le médecin?...

Il est certain, en tout cas, que chaque inoculation, qu'elle soit faite ou non avec le plus grand soin, est suivie, à bref délai, d'une congestion intense de l'œil.

Cette lésion est-elle toujours limitée à la superficie? Peut-elle s'étendre en profondeur et provoquer dans l'œil des lésions graves permanentes?

On en a rapporté des faits démonstratifs.

Quelques ophtalmologistes pensent que cette méthode peut avoir des dangers pour l'œil. Le prof. de Lapersonne, de Paris, tout en faisant remarquer qu'il ne faut rien exagérer, a rapporté récemment quelques cas très intéressants d'accidents aigus ou tardifs, parmi lesquels une kératite ulcéreuse survenue deux mois après l'ophtalmo-réaction, et une kératite double avec pannus survenue 24 heures après l'instillation du *tuberculin test*.

M. Kalt a observé un cas de scléro-kératite très étendue ayant provoqué une opacité cornéenne persistante.

M. Trousseau, de Paris, rapporte des faits très instructifs que nous ne pouvons pas ignorer. Je les cite en entier.

Sydney Stephenson (*The Ophthalmoscope*, 1er décembre 1907) a observé, après instillation de tuberculine, trois cas de conjonctivite folliculaire qui ont persisté de 20 à 40 jours. Terrien (*Société d'Ophthalmologie de Paris*) a soigné une conjonctivite d'une durée de deux mois qui avait fini par prendre l'aspect d'une conjonctivite tuberculeuse. Barbier, Rénon, ont vu des conjonctivites persister un ou deux mois.

Il est donc évident que la conjonctivite due à l'instillation de tuberculine peut n'être point bénigne, peut même offrir quelque gravité, comme je l'ai observé moi-même. J'avais traité, en mai dernier, un enfant de 7 ans, bien portant en somme, qui, à la suite d'une rougeole, avait eu une conjonctivite phlycténulaire, laquelle céda, en 6 jours, aux applications de pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre. Cet enfant eut au commencement de novembre une légère bronchite qui le retint à la chambre 4 jours en tout. Les parents prièrent le médecin traitant de tenter la réaction de Calmette. Celle-ci fut d'une violence extrême et s'accompagna d'une sécrétion abondante de gonflement des paupières. Après 21 jours, l'enfant me fut conduit et j'eus bien de la peine à remettre les choses en ordre. J'allais le considérer comme guéri lorsque, ces jours-ci (8 décembre), il fut repris d'une poussée de conjonctivite phlycténulaire intense qui guérira, certes, mais je crois pouvoir affirmer que la tuberculine a réveillé une fâcheuse prédisposition de la conjonctive.

Voici le pire : les parents sont persuadés que leur fils est tuberculeux, alors que le médecin affirme ne constater chez lui aucun symptôme clinique de tuberculose et que l'état général est très satisfaisant.

A la Société d'Ophthalmologie de Paris (8 octobre 1907), M. Kalt a rapporté des faits plus graves. Il a présenté un homme de 46 ans atteint depuis avril dernier d'irido-choroïdite de l'œil droit et de scléro-kératite de l'œil gauche. L'instillation de tuberculine à 1% fut suivie d'hyperémie de la conjonctive. Mais les

jours suivants l'infiltration de la sclérotique et de la cornée augmenta d'une façon considérable dans l'œil ayant subi l'instillation et la vision fut bienôt réduite à la perception lumineuse ; à l'autre œil il n'y eut aucune réaction. Il a encore raconté que chez un enfant atteint d'iritis tuberculeuse, l'instillation de tuberculine amena au bout de 8 jours une poussée sérieuse que l'évolution, jusqu'alors bénigne de la maladie, ne faisait pas prévoir. Si je pouvais conclure, d'après un autre fait que je viens d'observer, je serais très disposé à croire qu'en cas de tuberculose oculaire, l'instillation de tuberculine amène de fâcheux résultats.

Je fus dernièrement appelé en consultation pour une fillette que j'avais déjà vue en octobre atteinte de tuberculose conjonctivale. Malgré que la diagnostic par biopsie et inoculations eût été formel, on eut la fâcheuse idée de lui instiller la tuberculine à $\frac{1}{2}\%$ seulement. La réaction fut violente et dura 8 jours, après lesquels les foyers tuberculeux, jusqu'ici limités, avaient envahi la totalité de la muqueuse ; le 12 décembre, un mois $\frac{1}{2}$ après la regrettable manœuvre, il existe un tubercule de l'iris encore indemne, fin novembre. Je connais aussi un cas d'iritis tuberculeuse fortement aggravée par une instillation suivie de réaction presque nulle.

Une femme de 45 ans, atteinte d'irido-choroïdite double, traînante, sans cause précise, se met à tousser. On la soumet à la réaction de Calmette qui occasionne une poussée violente d'irido-choroïdite dans l'œil en cause, alors que le congénère conserve le *statu quo*. La vision de l'œil en question est tombée de 1/10e à la simple perception lumineuse.

J'avais à grand'peine guéri, avec des leucomes à peine appréciables, une fillette de 12 ans, soignée pendant 18 mois pour une kératite parenchymateuse nettement hérédosyphilitique. La guérison s'était maintenue depuis un an et l'enfant avait repris, sans gêne, études et travaux. En octobre dernier, elle eut une hydarthrose (on connaît la fréquence de l'hydarthrose chez les hérédosyphilitiques) qui fit songer le médecin traitant à une tumeur blanche tuberculeuse, alors que tout symptôme de tuberculose manquait. Le médecin instilla dans l'œil droit 2 gouttes de tuberculine à 1%. La réaction ne dura que 48 heures, mais 6 jours

après la kératite reparut de ce côté intense, inquiétante ; aujourd'hui la cornée est vascularisée, la vision est abolie ; après 2 mois passés, je n'ai pu obtenir la moindre amélioration. Jusqu'ici l'autre œil est intact.

— Calmette répond à cette accusation en disant que ces accidents résultent de ce fait qu'à la faveur d'une légère réaction conjonctivale, des germes infectieux préexistants ou importés ont pu s'implanter dans la muqueuse et y produire souvent des accidents très graves.

— Cependant, si la chose a pu se produire quelque part, il est difficile de croire que des spécialistes de réputation comme de Laperonne et Trousseau aient pu avoir les accidents qu'ils ont rapportés, pour cette raison. Il nous faut donc les imputer à la méthode elle-même.

Et mon cas personnel, Messieurs, n'est-ce pas par un pur hasard qu'il ne soit pas inscrit sur cette liste noire ?

Cette méthode expose donc plus ou moins les malades. Il importe que les médecins le sachent afin qu'ils n'aillent pas à la légère risquer un œil pour voir un poumon que le doigt et l'oreille connaissent déjà suffisamment. Si, à la suite d'un accident, le médecin est appelé à se défendre contre une réclamation en dommages possible, il pourra invoquer des milliers de cas indemnes, mais on pourra lui opposer les faits que je viens de vous rapporter et il ne pourra plaider ni ignorance au point de vue scientifique, car ces faits sont publics, ni justification au point de vue matériel, car le bénéfice du doute doit aller au malade lorsqu'il s'agit de l'application des méthodes expérimentales. Voilà pourquoi j'ai cru vous être utile en attirant votre attention sur ces faits.

IV.

4° *Quelle conduite le médecin doit-il tenir lorsqu'il veut pratiquer l'ophtalmo-réaction ?*

1° Au point de vue médico-légal le médecin doit d'abord demander le consentement écrit du malade.

2° Il doit s'assurer que l'œil ou même les deux yeux sont sains.

3° Il doit s'entourer de toutes les précautions d'asepsie nécessaires en pareil cas.

V. — CONCLUSIONS

Au point de vue médico-légal, j'ai l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes:

1° L'oculo-réaction n'est pas spécifique et ne possède pas une valeur révélatrice absolue.

2° Elle n'est pas opportune dans tous les cas parce que le plus souvent les signes cliniques suffisent pour éclairer notre diagnostic.

3° Elle fait courir à l'œil inoculé des dangers possibles qu'on ne peut pas prévoir.

4° Elle ne doit être pratiquée que dans les cas urgents où il s'agit d'un intérêt majeur.

5° Il est important de ne pratiquer cette opération que lorsque les deux yeux ont été déclarés sains par un spécialiste.

6° Chaque fois, il faut obtenir le consentement écrit du malade en vue de prévenir les réclamations possibles en cas d'accident.

Ma communication n'a pas pour but d'amoindrir l'importance de l'ophtalmo-réaction mais d'en signaler les dangers et de mettre les médecins en garde contre une fausse sécurité qui pourrait leur réserver des déboires. Qu'ils songent à leur responsabilité si souvent mise en cause et qu'ils en restreignent l'emploi aux seuls cas où, je le répète, le diagnostic précis offre un intérêt majeur.

EPITHELIOMA DE LA FACE GUERI PAR LES RAYONS X.

OBSERVATION PERSONNELLE

Par M. le Docteur HENRI LASNIER,

Chirurgien-radiologiste et ancien assistant chirurgien au "London Hospital", diplômé de M. Béclerc, Paris, Membre de l'"American-Electro-Thérapeutique Association", de New-York.

Que les rayons X — soient le spécifique des cancers superficiels ceci ne fait plus de doute. M. Kiribock, une autorité, nous dit que tout cancer superficiel doit guérir par les rayons X convenablement appliqués. Quand on lui cite des cas d'insuccès il est tenté d'en appliquer la cause, au fait que l'on y a eu recours trop tard ou que la technique a été défectueuse. Pour lui on a fait mauvais usage d'un bon traitement.

Ceci ne veut pas dire que tout cancer superficiel doit être traité exclusivement par les rayons X. Non, nous répétons à la suite de nos maîtres : tout cancer qui peut être traité chirurgicalement doit l'être. Enlever le morceau ou le détruire au thermo cautère, a l'avantage d'être plus vite fait. C'est le devoir si le siège du cancer est tel, qu'à cet endroit une cicatrice ne présente aucun inconvénient et si le malade veut s'y soumettre.

Il n'en est pas de même des épithéliomas de la face. A cet endroit hommes comme femmes ont horreur des cicatrices, et un point qui donne aux rayons X une grande supériorité sur l'opération c'est que, en outre de la douleur et des anxiétés d'une opération éliminée, ce traitement ne laisse pas ainsi dire pas de cicatrice. Le bistouri enlève tout : cellules cancéreuses et éléments sains aux milieu desquels pullulent les cellules épithéliales. Non seulement Troie est enlevé, mais aussi : "*Locus ubi trojà erat,*" (passez-moi une citation latine pour une fois) incertain qu'il est de ne pas laisser derrière lui un feu qui couve sous les cendres. Les rayons, grâce à leur action élective sur les cellules épithéliales, n'enlèvent que Troie et laissent un endroit où ils sont certains que rien ne subsiste aux milieu des éléments sains, c'est ce qui explique une cicatrice moins apparente, et une harmonie mieux conservée des parties qui composent la figure, un résultat plastique plus satisfaisant.

L'observation que nous publions ici est d'un malade que nous a adressé notre collègue, M. le Dr Valin. "Je vous adresse M. X... atteint d'un épithélioma de la joue. Tenez-moi au courant." Comme l'indique la fig. 1, prise lors de la première séance, l'épithélioma pouvait avoir l'étendu d'une pièce de vingt-cinq sous, avec une surface ulcérée de la grandeur d'une pièce de dix sous, avec l'infiltration tout autour. Après six séances, six doses massives espacées d'une semaine le patient pouvait être considéré comme guéri. Dès la quatrième séance, c-à-d après un mois, l'ulcération était guérie, quinze jours plus tard l'infiltration presque disparue.

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE. (1)

Le traitement d'une maladie doit s'inspirer plus de la cause que du symptôme lui-même: il est donc logique de traiter les vomissements incoercibles de la grossesse, d'après les deux grandes divisions étiohciques que nous avons étudiés dernièrement.

Si c'est l'hystérie, ou un état névropathique qui est en cause, nous aurons recours à l'électricité et aux différents traitements qui agissent surtout par suggestion. Si au contraire, nous avons affaire à de l'auto-intoxication nous instituerons un traitement basé sur l'antisepsie gastro-intestinale, l'hygiène et l'alimentation appropriée.

Nous allons passer en revue les différentes méthodes les plus préconisées, et nous terminerons, en disant un mot du traitement médicamenteux et du traitement obstétrical qui ont donné souvent d'excellents résultats.

A. — TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS SOUS LA DÉPENDANCE D'UN ÉTAT NÉVROPATHIQUE.

La suggestion, qui n'est autre chose que l'influence d'une volonté plus forte que celle de la malade permettra au médecin, dans bien des cas, de se rendre maître par la persuasion de ces manifestations nerveuses. Plusieurs traitements lui viendront alors en aide; parmi les principaux, citons:

1° *L'électricité*, préconisée par Gautier et Laret: L'électrode positive, recouverte d'amadou, est placée entre les insertions claviculaires du sterno-mastoi'dien; l'électricité négative au niveau de l'ombilic — intensité 8 à 10 milliampères — chaque séance de 15 à 30 minutes. Il faut avoir soin d'ouvrir et de fermer le courant avec précaution pour éviter toute secousse.

Laret rapporte une observation où la malade put garder un

(1) Voir N° de Février 1908.

demi-verre de lait dès la première séance et la guérison définitive fut obtenue en 8 jours.

2° *Traitement par la ventouse mammaire.* — Ce moyen, assez singulier au premier abord a été préconisé par le Docteur Dumas de Lédignan. L'instrument employé se compose d'une demi-sphère construite pour se mouler sur le sein et l'englober complètement. A l'extrémité supérieure de cette sphère se trouve une poire aspiratrice pour faire le vide. On pratique l'aspiration continue jusqu'à ce que le sein devienne douloureux; on laisse alors la ventouse de 25 à 30 minutes: deux séances par jour.

L'auteur rapporte 6 cas de vomissements incoercibles qui ont été guéris grâce à cette méthode, à raison de la corrélation fonctionnelle existant entre la mamelle et l'utérus.

Le Dr Dumas veut y voir une dérivation sur le sein de toxines d'origine utérine, mais la plupart de tocologistes expliquent cette heureuse influence par la suggestion.

3° *Traitement par la méthode de Copeman.*

Copeman de Norgich, en 1878, montra que la dilatation digitale du col utérin, suivie du décollement du pôle inférieur de l'œuf pouvait faire cesser des vomissements jusque là incoercibles.

Cette méthode qui a donné déjà de nombreux succès, a tout dernièrement encore réussi chez une femme du service du Dr Bonnaire à Lariboisière. Bien que les auteurs assignent comme mode d'action à ce traitement la mise en jeu d'un reflexe utéro-gastrique, M. Bonnaire trouve plus logique de penser que la dilatation artificielle du col avec tout son appareil d'opération chirurgicale agit simplement à titre d'élément suggestif, et que la suggestion a tout le mérite de la guérison.

B. — TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS SOUS LA DÉPENDANCE DE L'AUTO-INTOXICATION.

L'antisepsie gastro-intestinale doit être instituée dès le début de la maladie: l'évacuation et le lavage du tube digestif, la suppression de toute toxine alimentaire, une alimentation appropriée et enfin l'hygiène, telles sont les grandes lignes du traitement:

Voyons-les en détail.

1° *Antisepsie gastro-intestinale.*

L'antisepsie gastro-intestinale se réalise tout d'abord par le repos de l'estomac pendant plusieurs jours. Quelques gorgées d'eau de Vals, quelques fragments de glace et c'est tout.

La quantité de liquide nécessaire au bon fonctionnement des tissus sera fournie par de petits lavements d'eau bouillie (150 à 200 grammes), un lavement toutes les 4 heures. Ces lavements doivent être gardés et on aura soin pour ce faire de donner auparavant un grand lavement évacuateur.

Faut-il administrer des purgatifs par voie buccale? Tel n'est pas l'avis de MM. Budin et Demelin; ces auteurs conseillent pour laver l'intestin la méthode de Lorient: (*Man. prat. d'acc.*, 1904, p. 577.)

500 grammes d'huile d'olive chauffée au bain-marie, canule intestinale en caoutchouc rouge avec deux ouvertures latérales sans orifice terminal, introduite profondément dans l'intestin, siège relevé, lit garni, pénétration lente de l'huile (15 minutes), séjour au lit pendant 3 ou 4 heures, durant lesquelles la patiente s'inclinera de divers côtés afin de faire voyager l'huile; au bout de ce temps un grand lavement émoullent pour entraîner le contenu de l'intestin. Ces lavements seront répétés tous les matins jusqu'à complète disparition des selles fétides. On joindra comme adjuvant à ce traitement évacuant quelques séances de massage de l'angle ilio-pelvin. *

2° *Alimentation et régime.*

Voici, d'après Pinard, le régime à suivre d'après la gravité des vomissements:

Au commencement des vomissements on peut permettre tout à l'exception de tout aliment pouvant contenir des toxines; donc il faudra proscrire les viandes noires, les conserves, les fromages et en général tout ce qui est fermenté.

Si les vomissements continuent, supprimez les viandes blanches et intituez le régime mixte, lait, laitage et légumes.

S'il n'y a pas d'amélioration et que le pouls commence à s'accélérer, il faut alors, avec la plus grande autorité et au besoin, avec l'aide d'une garde spéciale, faire prendre à la malade du

lait et rien que du lait, malgré tout le dégoût qu'elle peut manifester. Une tasse à café toutes les deux heures ou environ 30 grammes toutes les demi-heures. On peut y joindre de l'eau de chaux ou de Vichy — rien autre chose — on se guidera alors constamment sur le poulx.

Lavements alimentaires.

Dans certains cas d'intolérance absolue de l'estomac et d'affaiblissement progressif les lavements alimentaires peuvent être essayés, mais il ne faut pas les donner, ni trop concentrés ni trop fréquents: la muqueuse intestinale se refuse à un travail d'absorption exagérée, et parfois le contenu des lavements est expulsé au bout de quelque temps tel qu'il avait été administré.

Voici la formule de (A. Robin), une des meilleures connues:

Œufs battus, No 2.

Solution de peptone liquide, 2 cuillerées à soupe.

Solution de glycose à 20 %, 100 grammes.

Chlorure de sodium, 1.50 grammes.

Laudanum de Sydenham, X gouttes.

C. — TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX.

Parmi tous les médicaments qui ont été essayés avec plus ou moins de succès, citons ceux qui semblent avoir jusqu'à ce jour rendu le plus de services.

Pinard conseille les inhalations d'oxygène. Budin fait faire des pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique, et Chapman fait mettre des sacs de glace sur la même région.

On a obtenu quelques succès avec les injections sous cutanées de morphine ou de cocaïne.

Cinq à six gouttes de teinture d'iode dans un peu d'eau pendant plusieurs jours ont arrêté ces vomissements dans plusieurs cas traités à la Maternité de Montréal.

Quand la dénutrition s'accroît Budin conseille les injections de sérum artificiel, pourvu toutefois que les reins soient indemnes.

Un moyen qui a donné souvent de bons résultats est l'application sur le col de tampons d'ouate imbibés d'une solution de cocaïne à 20 %, et laissés exactement 5 minutes.

Enfin les topiques belladonnés sur le col réclament aussi pour leur part quelques guérisons.

D. — TRAITEMENT UTÉRIN.

Toutes les fois qu'il existe un état pathologique de l'utérus (rétroflexion, rétrodéviation), il faut tenter d'y remédier en ramenant l'utérus à sa position normale. Cette méthode a donné déjà plusieurs succès.

E. — TRAITEMENT OBSTÉTRICAL.

Dès que l'accélération du pouls est devenue permanente et supérieure à 100 pulsations par minute, et qu'en même temps l'état général et le degré d'amaigrissement auront levé tous les doutes (Budin et Demelin, *Man. prat. d'acc.*), il faut se hâter d'intervenir et de provoquer l'accouchement prématuré artificiel. A 7 mois, l'enfant étant viable le médecin a le droit et le devoir de vider l'utérus, car la vie de la femme est en danger, et la mort peut venir à bref délai.

Enfin, à la période de cachexie on pourra encore tenter l'évacuation de l'utérus par les procédés les plus rapides, mais hélas, sans grande chance de succès!

A. BRISSET,

Assistant accoucheur à la Maternité.

ANGINE DE POITRINE (1).

Traitement de l'accès. — “ En face de l'intensité de la douleur et de la gravité de la crise, dit Barié, il importe d'agir sans perdre de temps; et les agents calmants par excellence sont ici l'opium — ou mieux un de ses principes actifs les plus puissants, la morphine — et le nitrite d'amyle.

La *morphine* est donnée en injection hypodermique, à la dose d'un demi-centigr.; mais elle est quelquefois mal supportée, provoque des vomissements; aussi peut-on l'associer à l'atropine,

(1) Dr Petit dans *Tablettes Médicales Mobiles*, 1 Fév. 1908.

celle-ci à la dose d'un demi-milligr., et l'on se servira de la solution suivante:

R. Sulfate d'atropine.	∴	0 gr. 01 centigr.
Chlorhydr. de morphine		0 — 10 —
Eau dist. et laurier-cerise		10 —
Injecter $\frac{1}{2}$ cc.		

Cette solution contient 0,01 centigr. de morphine et 0.001 milligr. d'atropine par cc.

“La morphine, dit encore Barié, ne fait pas que soulager la crise angoissante; elle exerce encore une action vaso-dilatatrice puissante sur les capillaires sanguins; elle favorise, par cela même, la puissance contractile du cœur, en abaissant la tension artérielle et en diminuant la résistance périphérique; par cette double action thérapeutique, elle convient donc au premier chef dans le traitement de l'angor pectoris.” Merklen fait quelques réserves au sujet de la morphine: “Son emploi, écrit-il, peut être nécessaire dans les crises douloureuses, prolongées et répétées. Mais il ne faut l'administrer qu'à petites doses (un quart à un demi-centigr. en injection sous-cutanée), et son emploi est formellement contre-indiqué quand le cœur faiblit, et surtout quand l'angine se complique de dyspnée par œdème pulmonaire aigu.” De même, M. A. Petit dit: “On devra s'abstenir de la morphine, qui peut être dangereuse, au cas de menace de collapsus cardiaque ou lors d'œdème pulmonaire suraigu: c'est alors que les piqûres d'éther, de caféine, d'huile camphrée, ou même la saignée, peuvent trouver leur indication.”

Le nitrite d'amyle s'emploie en inhalations, à la dose de cinq à six gouttes versées sur un mouchoir. L'action du nitrite d'amyle est très fugace, et il peut être nécessaire de renouveler plusieurs fois les inhalations au cours d'un même accès. “Ce médicament doit toujours être fraîchement préparé, aussi a-t-on l'habitude de recommander aux malades de porter sur eux de petites ampoules de verre contenant la dose de nitrite d'amyle nécessaire pour une inhalation, et qu'ils recueillent sur leur mouchoir au moment de l'accès, après avoir brisé une des extrémités

de l'ampoule. Ce procédé très simple est extrêmement pratique. L'action du médicament est très rapide : en quelques secondes, la face rougit, les yeux s'injectent, les oreilles perçoivent des bourdonnements, et en même temps les battements du cœur augmentent de force et de fréquence; enfin la crise se calme. Mais la faible durée de l'action calmante du nitrite d'amyle (30 secondes au plus) nécessite la répétition des inhalations." (Barié).

On peut encore recourir à la *trinitrine*: pour avoir une action rapide, au moment de l'accès, il est bon de l'employer en injection hypodermique. On se trouvera bien de la formule suivante:

R. Eau distillée. 10 grammes.
Sol. alc. de trinitrine à 1% XL gouttes.

Injecter un demi-c. c. au moment de l'accès (jusqu'à trois ou quatre fois dans les 24 heures).

Le *nitrite de soude* a été recommandé par Matthew Hag (d'Edimbourg). On peut le donner par la voie gastrique; et l'auteur conseille de faire prendre une ou deux *cuillerées à café* de la solution suivante:

R. Nitrite de soude. 14 grammes.
Eau distillée 350 —

La *trinitrine* et le *nitrite de soude* ont une action moins rapide que la morphine et le *nitrite d'amyle*.

D'autres médicaments ont été recommandés; mais ils ont une moindre efficacité, et nous nous bornerons à citer: la cocaïne, l'antipyrine, la pyridine, le chloral, les inhalations d'éther.

Quant à l'*aimantation*, employée par Laennec, elle semble complètement inutile; l'électricité, sous forme de courants faradiques, est dangereuse; les courants continus ont peut-être donné de bons résultats, dans les fausses angines de poitrine.

A PROPOS DE L'OPHTALMO-REACTION (1)

On a lu plus haut l'article de M. LeSage relatif aux dangers que pouvait présenter pour l'œil cette nouvelle méthode d'exploration, qui a pris en peu de temps une extension énorme. De tous côtés les travaux sur ce sujet ont afflué et à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un grand nombre de communications ont été faites sur cette question. Nous les résumerons brièvement.

— M. Lenoble, médecin-adjoint de l'hôpital de Brest, a étudié l'ophtalmo-réaction dans 163 cas. Il conclut :

1° Que l'ophtalmo-réaction par la méthode de M. Cahnette est intéressante à cause des résultats qu'elle donne. Malheureusement elle est infidèle, et dans les cas douteux, on ne peut compter absolument sur elle, pour obtenir un diagnostic positif ;

2° Qu'un sujet qui ne présente pas d'ophtalmo-réaction n'est pas forcément indemne de tuberculose ;

3° Qu'il est probable que tous les individus qui réagissent présentent une tare tuberculeuse. Mais on peut se demander si tous les résultats positifs prouvent une lésion en évolution active. Quelques-uns des sujets ayant présenté une réaction positive sont des plus vigoureux, et il se pourrait qu'un individu ayant eu à un moment donné de son existence une lésion tuberculeuse, conservât la propriété de réagir à l'ophtalmo-réaction, alors que cette lésion est complètement cicatrisée. Il y aurait là un phénomène analogue à ce qui se passe dans la fièvre typhoïde où le malade peut conserver longtemps après la guérison la possibilité de reproduire le sérodiagnostic de Widal.

— M. A. Marie, médecin de l'asile de Villejuif, a essayé l'ophtalmo-réaction sur 100 malades et a pu confirmer par ce moyen l'extrême fréquence de la tuberculose parmi les aliénés, fréquence bien connue et qui a déjà amené les Allemands et les Anglais à faire une sélection parmi les malades qui doivent être isolés. L'ophtalmo-réaction faciliterait beaucoup le classement.

— M. Dufour a été un des premiers, avec M. Comby ; à expé-

(1) Journ. Méd. et Chirurgie prat. 1908.

rimiter la méthode et son expérience porte maintenant sur 200 cas chez des enfants. Des faits observés, il résulte :

1° Qu'une absence d'oculo-réaction lors d'une première épreuve n'implique pas une absence de tuberculose chez le sujet en expérience.

2° Qu'il n'est pas démontré qu'une réaction positive obtenue à une deuxième ou troisième épreuve dans un délai de 15 jours à un mois doive infirmer le résultat négatif obtenu à la première épreuve.

M. Dufour ajoute que pour toutes ces raisons les résultats de l'oculo-réaction qui, lors de ses premiers essais, lui avaient semblé fort encourageants pour le dépistage de la tuberculose lui paraissent aujourd'hui s'entourer de grandes difficultés d'interprétation dans nombre de cas délicats où l'intervention d'un procédé de diagnostic pratique comme celui de l'oculo-réaction serait le plus grand secours pour lever les incertitudes du médecin traitant.

— M. Simonin, professeur au Val-de-Grâce, considère que le procédé, absolument inoffensif, paraît devoir être surtout précieux pour les tuberculoses réellement latentes, ou celles insidieuses et non cliniquement affirmées qui provoquent à distance des troubles fonctionnels d'une étiologie indécise.

C'est ainsi que dans le milieu militaire en particulier et grâce à l'intensité même et à la durée prolongée de l'ophtalmo-réaction chez les sujets à lésions peu avancées, il sera dorénavant aisé de rattacher cliniquement à la tuberculose et d'éliminer, au moins d'une façon temporaire, quantité de sujets atteints de dyspepsie, de palpitations, de troubles neurasthéniques mal définis, d'amaigrissements progressifs, inexpliqués, de rhumatismes atoniques, etc.

Toutefois M. Simonin ajoute qu'il ne pense pas que le devoir du médecin militaire aille plus loin, et lui impose l'éloignement de l'armée de sujets d'apparence robuste et indemnes de troubles fonctionnels. Exonérer de l'impôt du sang les tuberculeux en quelque sorte théoriques, serait l'effondrement des continents, si on se rappelle l'expérience analogue tentée avec la tuberculine dans la garde impériale allemande, objet d'une sélection toute par-

ticulière où 75 p. 100 des hommes incorporés réagirent à l'injection spécifique sous-cutanée.

C'est le moment de dire, avec M. Letulle, que de telles expériences prouvent uniquement la fréquence, la latence et la durabilité merveilleuse de ces tuberculoses profondes et circonscrites.

— M. Netter insiste sur ce fait que la réaction oculaire consécutive à l'instillation n'est pas seulement gênante ; elle peut être dangereuse ; et, d'autre part il paraît certain qu'une réaction assez marquée peut être relevée chez des sujets non tuberculeux. Ce fait est démontré en particulier pour les sujets atteints de fièvre typhoïde qui présentent une susceptibilité prononcée pour ces instillations, sans offrir rien qui permette de suspecter la tuberculose.

— M. Chauffard rapporte un fait observé ces jours-ci dans son service et relatif à un cas d'appendicite considéré comme suspect de tuberculose ; l'ophtalmo-réaction fut absolument négative. Le malade fut opéré et on constata l'existence d'une tuberculose appendico-cæcale typique ; le cæcum dut être réséqué.

— M. Comby paraît être, de tous les membres de la Société, celui qui est le plus favorable à la nouvelle méthode. Après ses trois précédentes communications, sa conclusion sans aucune réserve est la suivante : Le procédé de dépistage de la tuberculose que nous a fait connaître M. Calmette est simple, élégant et sûr. Il m'a donné des résultats certains dans plus de 300 cas empruntés à la clinique infantile appliquée à des yeux sains, il n'offre aucun inconvénient et ne comporte aucun danger. J'ai pu vérifier son innocuité comme son efficacité.

Pour se mettre à l'abri des réactions violentes, il convient d'employer une solution de tuberculine diluée à 1 pour 200. Avec cette solution, les réactions sont légères, mais suffisantes pour un observateur attentif. L'oculo-réaction est un moyen très précieux de sélection pour les enfants des hôpitaux, des écoles, des familles, etc.

— MM. Souques et Cawadias ont déjà contesté la spécificité de la tuberculine et la valeur diagnostique de la réaction fébrile qui suit l'injection hypodermique de cette substance. Dans une

nouvelle série d'expériences portant sur 15 malades indemnes de toute manifestation tuberculeuse apparente, actuelle ou passive, ils ont contrôlé l'une par l'autre les deux méthodes, faisant successivement l'injection de tuberculine à 2/10 de milligrammes et recherchant l'ophtalmo-réaction, huit à quinze jours après. Or, il résulte de ces expériences, que la réaction générale fébrile et la réaction ordinaire sont loin de toujours concorder, dans 7 cas sur 15, le désaccord est flagrant. Ainsi cinq de ses sept malades seraient tuberculeux de par leur réaction générale et ne le seraient pas au nom de l'ophtalmo-réaction. Par contre, deux sont tuberculeux par l'ophtalmo-réaction qui ne l'étaient pas au nom de la réaction générale. Il faut ajouter que, sur ces quinze malades, choisis comme ne présentant aucun soupçon de tuberculose il y en eut 12 qui ont réagi à l'une et à l'autre méthode. Il faudrait donc admettre une proportion de tuberculoses latentes vraiment considérable.

— M. Achard fait remarquer, d'après quelques expériences chez des sujets atteints de paralysie faciale ou d'hémiplégie, que la réaction est généralement plus vive du côté où le système nerveux est atteint.

— M. Lesné estime que l'ophtalmo-réaction rend de grands services pour le diagnostic de la tuberculose, particulièrement chez l'enfant où la maladie est très souvent difficile à dépister dans le bas âge. Cependant, avec la solution à 1/200 il lui est arrivé, sur 150 cas, deux fois chez l'adulte, d'observer des kérato-conjonctivites tenaces. Aussi vaut-il mieux avoir recours à la solution à 1 p. 500, tout aussi fidèle dans ses résultats et avec laquelle il n'a pas eu à enregistrer de complications.

— M. Griffon fait remarquer que, chez les enfants, il peut arriver qu'une première épreuve ne donne rien, tandis qu'une deuxième ou une troisième amène une réaction. Il semble qu'il se fasse une sorte de sensibilisation de la conjonctive à la tuberculine, phénomène que l'on observe d'ailleurs pour l'injection sous-cutanée.

— M. Sicard signala il y a quelque temps un cas dans lequel, après trois épreuves négatives, le malade succomba. A l'autopsie on trouva la tuberculose péritonéale et rénale. Depuis cette

époque, il a vu deux cas analogues : réaction négative et, à l'autopsie, lésions tuberculeuses non douteuses. Il est donc prudent d'observer une certaine réserve pour l'interprétation des résultats observés, tout au moins chez l'adulte.

— M. de Massary, dans une série de 70 cas, a trouvé 42 fois une concordance parfaite entre les données de la clinique et les résultats de l'ophtalmo-réaction. Dans 26 cas au contraire, les résultats ont été si contradictoires qu'on doit conclure qu'il est difficile de considérer ce procédé comme un moyen de diagnostic infallible. Positive ou négative, cette épreuve a une certaine valeur quand elle complète une série de symptômes concordants, mais elle ne saurait, à elle seule, établir ou infirmer un diagnostic.

— M. Méry, qui a expérimenté la méthode à la clinique des Enfants-Malades sur 210 enfants, conclut : En résumé, nous croyons que cette méthode peut être considérée comme apportant un élément précieux de présomption pour le diagnostic de la tuberculose, mais non une certitude... ; je crois qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de tirer une conclusion sur ce point si intéressant : la valeur de l'ophtalmo-diagnostic pour le diagnostic précoce de la tuberculose. Il faut craindre qu'elle ne dise trop dans certains cas et pas assez dans d'autres. De même il convient d'apprécier avec prudence la valeur d'ophtalmo-réactions répétées à deux ou trois reprises chez le même sujet.

— Ce résumé très rapide, donnera, quoiqu'incomplet, une idée des opinions assez opposées qui ont été émises dans une des plus importantes des sociétés cliniques françaises. A côté des communications qui y ont été faites, il s'est produit simultanément un très grand nombre de travaux qui montrent bien le grand intérêt de cette question. Parmi ceux-ci, nous citerons seulement la thèse du Dr Lucien Petit (de Lille) (1), qui a réuni un nombre considérable de documents sur ce sujet et qui a réuni un nombre considérable d'observations dont le chiffre total monte à 2,974, tant chez l'adulte que chez l'enfant.

(1) Chez Masson, probablement à la bibliothèque de l'Université Laval, à Montréal.

CHRONIQUE

Hôpital Notre-Dame. — Nous sommes heureux de donner à nos lecteurs un résumé du rapport de l'Hôpital Notre-Dame, pour l'année finissant le 31 décembre 1907.

2366 malades ont été hospitalisés durant l'année 1907; 787 en médecine 984 en chirurgie, 405 en gynécologie, 190 en ophtalmologie. Ce nombre de patients représente un total de 40,431 jours de traitement.

Les résultats obtenus peuvent être résumés de la manière suivante: 1273 malades ont quitté l'hôpital guéris; 693 ont été congédiés améliorés ou n'ont pas été traités. 241 patients sont morts à l'hôpital dont 87, moins de 48 heures après l'admission. Si l'on tient compte de ces derniers chiffres, le taux de la mortalité est de 6,4 p. c.

Les services externes ont été très actifs. Voici la liste des consultations données, dans les différents dispensaires: médecine 6,955, chirurgie 6,634, ophtalmologie 3,603, pédiatrie 1,302, neurologie 1,071, dermatologie 1,071, gynécologie 639, premiers soins par les internes 1,568, Rayons X 286, dentistes 214. Toutes ces consultations forment un total de 23,343.

26,994 prescriptions ont été remplies gratuitement à la pharmacie de l'hôpital.

Les ambulances ont fait 1,462 sorties, dont 791 pour accidents, 483 pour malades privés et 188 inutilement.

L'Hôpital Saint-Paul, qui est une annexe de l'Hôpital Notre-Dame pour les maladies contagieuses, a admis durant l'année:

Diphthérie 70, scarlatine 68, scarlatine et diphthérie 5, rougeole 68, rougeole et scarlatine 1, érysipèle 4. Cette dernière maladie a été ajoutée aux autres affections contagieuses qui y étaient traitées, d'après un arrangement arrêté entre les bureaux de Direction de l'Hôpital Notre-Dame et de la Cité de Montréal. 261 malades ont été traités, 218 ont été guéris, 16 sont morts et 27 étaient encore à l'hôpital le 1er janvier 1908.

Les dépenses se sont élevées pour l'Hôpital Notre-

Dame à. \$60,851.48

Les recettes ont été de. 51,605.70

Soit un déficit de. \$ 9,245.78

que l'année précédente. L'on compte 1,994 protestants; 1,071 catholiques; 290 juifs, et 43 d'autres religions.

Ces malades représentent un total de jours d'hospitalisation de 81,902.

Le 1er janvier 1907 il y avait 224 patients dans l'hôpital, patients admis en 1906, et pendant la dernière année 3,404 furent renvoyés. 217 patients sont morts et le 31 décembre dernier il restait 218 malades. Des 217 décès, 71 se sont produits moins de 48 heures après l'admission des malades. La mortalité est de 6.81 pour cent; mais si on déduit les décès survenus avant 48 heures, la mortalité se trouve abaissée à 4.58 pour cent.

4,156 patients furent traités à la consultation. Ce qui représente 27,399 visites.

L'ambulance a répondu à 1,128 appels.

Les revenus ont été de \$168,381.04, tandis que les dépenses ont atteint \$146,610.09. Ce qui laisse un surplus de \$21,775.95.

Mais l'on ne doit pas oublier que nos riches voisins possèdent un capital investi qui rapporte annuellement \$117,570.41 d'intérêts.

Western Hospital. — L'assemblée annuelle des gouverneurs de l'hôpital a eu lieu le 21 janvier.

L'hôpital a été fondé il y a 35 ans.

Six seulement des membres fondateurs ont survécu.

Durant le dernier exercice le vieil hôpital a été converti en "nurses' home," et la nouvelle construction a été complétée et ouverte au public.

Le nombre des patients a augmenté de 100 sur l'année précédente, et les consultations aux dispensaires de 500, et cela malgré le fait que les services de médecine et de chirurgie ont chômé pendant plusieurs mois de l'année.

772 patients ont été admis durant l'année. 630 étaient de la ville et 92 du dehors.

La mortalité est de 5.9 p. c., mais si on déduit les cas morts en dehors de 48 heures, la mortalité se trouve réduite à 4.2 p. c.

Les consultations du dehors ont atteint le chiffre de 6,786.

Congrès international de la tuberculose. — Le prochain congrès international de la tuberculose aura lieu à Washington, du 21 septembre au 21 octobre 1908. Les Américains comptent faire de ce congrès un succès sans précédent et essentiellement pratique à tous les points de vue.

Durant trois semaines une exposition de la tuberculose sera ouverte et des conférenciers distingués feront des cours spéciaux. Des cliniques et des démonstrations d'intérêt tout particulier seront organisées pour toute l'étendue de la même période.

Les travaux des différentes sections du congrès dureront du 28 septembre au 3 octobre. Pendant cette semaine il y aura deux assemblées générales.

Des récompenses seront accordées par le comité aux exposants les plus méritants, sous forme de médailles, de diplômes ou de prix en argent.

Un prix de mille dollars en numéraire a été offert par l'Association privée, dont l'action, depuis le dernier congrès en 1905, aura été reconnue comme la plus efficace pour combattre et prévenir la tuberculose.

Un prix de mille dollars en numéraire a été offert pour le projet du meilleur sanatorium pour le traitement de la tuberculose parmi les classes ouvrières; ce projet devra être un projet détaillé, comprenant la construction, l'équipement et l'administration.

Un autre prix de mille dollars a été offert pour le meilleur projet de maison ouvrière, disposée de façon à éviter la tuberculose.

Plusieurs prix de moindre valeur ont été offerts pour les feuilles et brochures consacrées à l'éducation médicale populaire.

Une médaille a été offerte pour le meilleur projet de campagne anti-tuberculose, dans n'importe quel Etat des États-Unis; et une médaille pour le meilleur plan de lutte contre la tuberculose, présenté par tout autre pays que les États-Unis.

Sept sections fonctionneront en même temps.

1^{re} Section: Pathologie et bactériologie.

2^e Section: Etude clinique et thérapeutique de la tuberculose.

3^e Section: Chirurgie et orthopédie.

4^e Section: La tuberculose chez les enfants.

5e Section: La tuberculose, au point de vue hygiénique, industriel, économique et social.

6e Section: Le contrôle de la tuberculose par l'Etat et la municipalité.

7e Section: La tuberculose chez les animaux et ses effets sur l'homme.

Les articles sur les sujets inscrits au programme officiel seront imprimés à l'avance, en allemand, en français, en espagnol et en anglais, le jour même de leur discussion.

Les discussions du congrès seront rédigées avec soin et publiées trois mois après la clôture. La contribution comme membre actif sera de cinq dollars.

Des privilèges nombreux et la série complète des publications seront accordés aux membres actifs.

La 16e congrès international de Médecine. — Ce congrès aura lieu à Budapest, capitale de la Hongrie, sous le patronage de l'empereur d'Autriche, du 29 août au 4 septembre 1909.

Le congrès sera divisé en autant de sections que la médecine moderne compte de spécialités.

Il serait désirable que la profession médicale canadienne soit largement représentée à cette importante réunion scientifique.

A cette fin, le comité exécutif de la "Canadian Medical Association" a désigné le Dr W. H. B. Aikins, de Toronto, comme secrétaire du comité national canadien, nomination qui a été approuvée par le comité exécutif du Congrès à Budapest. Le Dr McPhedran, qui était président du comité canadien pour le congrès international tenu à Lisbonne en 1906, fera servir son expérience à la formation d'un comité sérieux et représentatif. Tout médecin canadien, qui désirerait avoir des renseignements, devra s'adresser à l'un ou à l'autre de ces confrères.

**IVe CONGRES DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE
L'AMÉRIQUE DU NORD.**

À QUÉBEC, EN JUIN 1909.

Pour des raisons que l'on sait, le 4e Congrès des Médecins de Langue Française aura lieu au mois d'août 1908, coïncidant ainsi avec les fêtes du tricentenaire de la fondation de Québec.

Nous donnons sommairement le résultat des élections. Nous en parlerons plus au long le mois prochain.

Ce congrès sera divisé en trois sections :

- 1° Section médicale et annexes ;
- 2° Section chirurgicale et annexes ;
- 3° Section des intérêts professionnels et hygiène.

Trois questions principales seront traitées dans les assemblées générales :

1° "La nécessité de l'enseignement de l'hygiène dans nos maisons d'éducation".

Premier Rapporteur : Dr C.-N. Valin, Montréal.

Second Rapporteur : Dr D. Brochu, Québec.

2° "Infection des voies biliaires".

Premier Rapporteur : Dr A. LeSage, Montréal.

Second Rapporteur : (A faire choix à Québec).

3° "Cancer".

Premier Rapporteur : Dr M. Ahearn, Québec.

Second Rapporteur : Dr Eugène St-Jacques, Montréal.

Président-Général : Dr A. Simard, Québec.

Secrétaire-Général : Albert Paquet, Québec.

Assistant Secrétaire-Général : B.-G. Bourgeois, Montréal.

Section Médicale : Arthur Rousseau, Québec. Président.

" " : Séverin Lachapelle, Montréal. Vice-Président.

" " : J.-O. Bourgoin. Secrétaire.

" " : J.-O. Bourgoin. Assistant-Secrétaire.

Section Chirurgicale : Dr A. Marien, Montréal. Président.

" " : Zéphir Rhéaume, Montréal. Vice-Président.

" " : Zéphir Rhéaume, Montréal. Secrétaire.

" " : Zéphir Rhéaume, Montréal. Assistant-Secrétaire.

Section Intérêts professionnels et hygiène :

A. Laurendeau, St-Gabriel de Brandon. Président.

S. Roch, St-Gabriel de Brandon. Vice-Président.

S. Roch, St-Gabriel de Brandon. Secrétaire.

J. Décarie, Montréal. Assistant-Secrétaire.

Nous invitons les médecins à se mettre à l'œuvre dès maintenant, afin de rendre ce 4e congrès encore plus intéressant et plus instructif que les trois autres.

Z. RHÉAUME.

SOCIETES

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 4 Février.

Présidence de M. LESAGE.

Après lecture et adoption du procès verbal, le secrétaire donne lecture de la lettre suivante concernant l'admission des aliénés indigents à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.

28 janvier 1908.

J'ai l'honneur d'informer la profession médicale, qu'il existe maintenant à l'Hôtel de Ville, dans le local du bureau de la Cour du Recorder, un bureau spécial qui, sous la direction de M. Albert Chevalier, s'occupe du placement des aliénés à la charge de la ville de Montréal et qui fournit aux requérants les différentes formules requises pour l'internement des patients publics à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.

J'ai donc l'honneur de prier MM. les Médecins de bien vouloir envoyer leurs clients s'adresser à ce bureau, s'il advient qu'il leur faille recommander l'internement d'un aliéné, comme patient public.

Tout ce qui concerne l'admission des patients publics de la ville de Montréal se traite exclusivement à ce bureau, à l'Hôtel de Ville ou à celui du Gouvernement, à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu. Il est donc absolument inutile d'adresser qui que ce soit chez moi, à mon bureau privé, ou à celui de mon assistant, pour des affaires concernant l'admission des patients publics. Ces affaires et généralement toutes celles qui regardent les patients publics, ont pris une telle extension par suite de l'augmentation du nombre des demandes d'admissions et du nombre des malades internés à l'Hôpital, qu'il est impossible de les traiter ailleurs que dans un bureau public, avec l'aide des formules, des certificats, des archives et des feuilles d'observation. MM. les médecins sont donc instamment priés de n'adresser qui que ce soit chez moi, pour des affaires qui concernent l'asile parce que je n'y reçois absolument personne pour ce motif.

Comme nous consacrons un temps considérable au soin des malades qui nous occupent toute la matinée et que nous ne pouvons pas nous déranger de ce service, sans inconvénients considérables, ceux qui désirent voir le surintendant médical ou les autres médecins sont invités à se présenter à l'Hôpital, aux heures de bureau, c'est-à-dire de 1 hr. à 3 hrs. tous les jours excepté le samedi, le dimanche et les jours de fête.

Dr GEO. VILLENEUVE,
Surintendant médical.

AVIS DE MOTIONS

M. MARIEN — donne avis de motion qu'à la prochaine séance il fera motion pour qu'une commission soit nommée dans le but d'élaborer un code de déontologie pour statuer 1° Les rapports entre médecins et chirurgiens ; 2° s'il est utile ou même honorable de payer une commission au médecin qui conduit un malade au chirurgien.

3° Si un chirurgien des hôpitaux qui s'affiche comme spécialiste doit exercer à la fois la médecine et la chirurgie et faire des accouchements ?

MOTIONS.

M. BOULET, — secondé par M. Rhéaume, propose qu'une commission soit nommée dans le but d'étudier les moyens à prendre pour empêcher les malades "soit disant" pauvres de recevoir gratuitement dans les hôpitaux de Montréal les soins requis par les seuls indigents.

M. BOULET — signale les abus qui se multiplient chaque jour dans nos hôpitaux au détriment des pauvres et des médecins. Il démontre que, bien souvent les médecins de la campagne sont des complices trop obligeants en laissant croire au public que les médecins des Hôpitaux sont payés par le Gouvernement et qu'ils sont tenus de donner leurs soins gratuitement à ceux qui les sollicitent. Il y a là un préjugé qu'il faut détruire. Notre travail serait utile quand bien même nous n'arriverions qu'à ce but.

La motion, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

M. ST-JACQUES, — propose qu'à l'avenir les séances aient lieu dans les salles du laboratoire d'histologie afin de permettre aux pathologistes d'examiner avec plus d'avantages les pièces microscopiques présentées à chaque séance. M. Marien, secondé.

La motion est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

PIÈCES ANATOMIQUES.

M. O.-F. MERCIER. — *Sarcôme du rein chez une enfant de 6 ans.*

Le Docteur O.-F. Mercier présente avec coupes histologiques.

préparées par le Dr W. Dérôme, un gros sarcôme du rein qu'il a enlevé avec succès, à une fillette de six ans, le 4 janvier dernier. Le néoplasme semble plutôt avoir envahi le bassinet et refoulé tout en la détruisant partiellement la substance rénale elle-même. La tumeur complètement encapsulée s'est enlevée assez facilement par néphrectomie transpéritonéale. Après recherche négative du côté des ganglions et résection considérable de l'urètre, les vaisseaux du hile ayant été ligaturés séparément, la plaie est refermée sans drainage.

La guérison s'est effectuée, quant à la plaie, sans aucun accident fébrile ou inflammatoire, seulement la malade a fait dans les premiers jours qui suivirent l'intervention une légère congestion pulmonaire compliquée de quelque peu d'anurie, qui ont cédé sous l'influence d'un traitement médical "ad hoc." La malade a quitté l'hôpital complètement guérie, le 14 janvier, soit dix jours après son opération.

Le diagnostic, étant donné l'absence de tous symptômes précis fut particulièrement difficile. Jusqu'à l'avant veille de Noël, aucun symptôme, aucune plainte de la part de l'enfant n'avaient éveillé l'attention des parents, qui fut attirée ce jour-là par des douleurs intenses et subites, accusées du côté du flanc gauche. Ce n'est que le lendemain que les parents constatèrent pour la première fois l'existence d'une masse considérable remplissant tout l'hypochondre gauche, et tout ce côté de la cavité abdominale jusqu'à l'ombilic. Cette masse proéminente très dure, était très sensible à la moindre pression. La température prise alors, était et se maintint élevée jusqu'après l'opération. Du côté des voies urinaires, pas le moindre symptôme, ni des normales en quantité normale, mictions régulières et sans la moindre douleur, et jamais de sang ni aucun dépôt, aucune trace de pus ou de sang même à l'analyse microscopique.

Pour éclairer son diagnostic le Dr Mercier fait à la malade le lendemain de son entrée à l'hôpital, soit le 29 décembre, en pleine tumeur, une ponction exploratrice qui fut négative mais qui donna bien sous l'aiguille la sensation d'une masse solide et très dure. En avant de la tumeur, l'on pouvait constater longitudinalement à l'axe du corps, une bande sonore qui fut prise

avec raison pour le colon descendant et fit nécessairement rejeter toute idée de tumeur ou d'hypertrophie de la rate à laquelle on aurait pu penser.

L'extrême rapidité, (apparente du moins) de l'évolution de la tumeur, la fièvre, la sensibilité, les douleurs, l'absence de troubles urinaux objectifs ou subjectifs, sont autant de caractères importants et intéressants de cette observation.

Le Dr Mercier fait aussi remarquer combien les statistiques de la néphrectomie se sont améliorées depuis quelques années, alors qu'il n'y a pas plus de vingt ans la proportion de 60% de morts n'était pas exagérée, cette mortalité s'est graduellement améliorée au point de descendre à 5%. Il ne faudrait donc pas sous prétexte de trop grands dangers à encourir, refuser d'intervenir en présence de ces tumeurs rénales à terminaison invariablement fatale ; cette fillette qui guérit en dix jours de ce formidable traumatisme, est un frappant et encourageant exemple. Malheureusement si l'opération malgré les apparences est d'une bénignité relative, la récurrence de ces tumeurs sarcomateuses du rein, surtout chez les enfants est très fréquente.

Le Docteur Mercier fonde cependant de grandes espérances sur la guérison définitive de sa petite malade, étant donné le parfait isolement où il a trouvé la tumeur et l'absence d'envahissement ganglionnaire.

DISCUSSION.

M. MARIEN. — En examinant au microscope, les préparations présentées par M. Oscar Mercier, l'on constate qu'il s'agit bien d'un sarcome globo cellulaire. En parcourant quelques-unes de ces préparations, j'ai constaté qu'il semble coexister une prolifération anormale de cellules épithéliales des tubes urinaires. Comme cette tumeur est énorme, il serait ennuyeux de rechercher, par des coupes pratiquées sur divers points, si l'on ne se trouve pas en présence d'une de ces tumeurs rares à évolution maligne du tissu conjonctif et du tissu épithélial.

M. HENRI LASNIER — Est d'avis qu'un traitement radiothérapique devrait suivre l'opération pratiquée par M. le Docteur

Mercier, sur l'intéressante petite malade dont il vient de donner l'observation. Je ne veux, dit-il, relever qu'un point de cette observation, c'est que M. le Dr Mercier nous déclare, quant au pronostic, que la récidive, sur place ou à distance, est presque la règle. Il s'agit ici d'une fillette de six ans, malingre. Etant donné que l'enfant est plus sensible, plus perméable aux rayons X, que cette enfant est très maigre, et que de toutes les tumeurs malignes le sarcome semble une des plus sensibles au traitement radiothérapique, il nous semble ici que ce traitement soit tout indiqué pour assurer un pronostic plus favorable. Le Dr Lasnier demande à M. le Dr Mercier ce qu'il en pense.

Ce dernier répond tout simplement qu'il n'en a pas l'expérience.

MÉMOIRES.

M. Roy : — *Autoplastie de la face pour un épithélioma des paupières.* Intéressant travail au point de vue du résultat autoplastique obtenu chez une de ses opérées. M. Roy passe en revue les différentes méthodes d'autoplastie, et décrit celle qu'il a employée.

DISCUSSION.

M. MARIEN. — Je vous demande, M. le Président, la permission de soulever trois points de discussion, à propos de l'intéressante communication de M. Roy.

L'importance scientifique de son observation et l'étude minutieuse qu'il en a faite, m'autorise à discuter des questions de détail, qui ne doivent cependant pas être laissées de côté, dans l'intérêt de notre société :

1° Le diagnostic histologique de l'unique préparation qui nous est présentée ne permet pas d'affirmer qu'il s'agit d'un épithélioma. La coupe ne porte que sur un tout petit fragment qui semble normal quant aux tissus qui le constituent ; les tubes épithéliaux que l'on nous décrit comme tubes épithéliomateux. coupés longitudinalement, présentent absolument l'aspect de prolongements interpapillaires normaux de l'épithélium pavimenteux de la peau ; des ilots épithéliaux réguliers et peu nom-

breux, que l'on trouve sur la préparation au milieu d'un tissu conjonctif condensé normal rappellent des prolongements épithéliaux normaux coupés transversalement de même que des follicules pilo-cébacés. Les coupes de la tumeur auraient dû être plus nombreuses et passer plus profondément dans la tumeur pour être démonstratives.

2° Je demanderai au rapporteur de bien vouloir nous définir plus précisément ce qu'il entend par un épithélium ne dépassant pas le derme et comment il peut le distinguer d'un épithélium qui a envahi les tumeurs cellulaires sous cutanées, ce qui le rend indigne d'être traité par la radiothérapie.

3° Est-ce que cinq années ne paraissent pas un peu longues à M. le rapporteur, pour l'évolution d'un cancer. Ne serait-il pas plus rationnel de penser que cette tumeur, nettement caractérisée *cliniquement* comme cancer, n'est devenue maligne que depuis six mois.

En effet, ce n'est que depuis six mois, qu'elle a changé d'allure, et que son processus a évolué rapidement. D'après l'opinion de nos maîtres, et d'après nos observations personnelles poursuivies depuis au-delà de douze ans, les épithéliomas pavimenteux de la peau et en particulier de la face, ont une évolution plus rapide.

M. ST-JACQUES — dit avoir examiné le spécimen microscopique fraîchement préparé qui permettait de conclure à un épithélioma. Il fait remarquer qu'un des caractères de ces tumeurs épithéliales cutanées est justement d'avoir généralement une évolution très lente. L'épithélioma se développe-t-il en fonctions d'épithéliomas pavimenteux cutané et muqueux — à la lèvre, la narine, l'anus — qu'alors la marche en semble le plus souvent plus rapide.

M. H. LASNIER. — Je vous avoue que c'est avec surprise que je vois M. le Dr Roy invoquer le témoignage de M. Béclerc contre le traitement radiothérapique, quand le cancer dépasse les limites du derme, pour l'avoir souvent entendu recommander et faire le contraire. J'ai en mémoire certains cas où certainement les lésions tuberculeuses ou cancéreuses s'étendaient plus loin que le derme, et où l'application des rayons X a été suivie de guérison.

Je le nie pas que tout cancer qui peut être opéré doive être opéré. Je reconnais que l'opération est le moyen le plus sûr

quand les lésions s'étendent profondément. M. Béclere recommande dans ces cas l'opération, mais ne conclut pas que les rayons X soient impuissants. De fait, il existe de nombreuses observations de succès, obtenues par un traitement exclusivement radiothérapique.

Je ne voudrais pas créer ici l'impression que les rayons X constituent une méthode rivale de la chirurgie, mais plutôt une alliée qui tantôt la précède ou la suit. Chirurgie et radiothérapie sont désormais deux méthodes sœurs qui se complètent l'une et l'autre.

Il est reconnu par les chirurgiens français que depuis qu'on associe ces deux méthodes, les statistiques sont bien supérieures à ce qu'elles étaient avant.

Le traitement des cancers n'est plus seulement chirurgical, il est radio-chirurgical.

M. LÉO PARISEAU. — Je tiens à ajouter ma protestation à celle du Dr Lasnier. Comme radiologiste à l'Hôpital Notre-Dame, j'ai pu améliorer plusieurs cancers ultra dermiques. Une fois, une seule fois, j'ai guéri un cancer du sein, dont les noyaux adhéraient aux côtes. La guérison se maintiendra-t-elle? Je l'ignore, comme d'ailleurs M. Roy, qui ne peut avoir la garantie que son malade ne récidivera pas. Le doute qui le hante pourrait être chassé en faisant donner à son patient quelques séances de rayons X dans le but de tuer les cellules néoplasiques qui ont pu échapper à son scalpel.

Qu'on me permette de m'étonner du petit nombre d'opérés qui nous sont envoyés pour de la radiothérapie post-opératoire.

Alors que tous les chirurgiens sont d'une unanimité touchante à reconnaître l'action nocive des rayons Roëntgen sur les tissus de nouvelle formation, bien peu songent à donner à leur travail un caractère de permanence qui en serait le couronnement. Là où le scalpel ne peut pénétrer pour extirper cette malheureuse graine de cancer, le rayon actinique pourra arriver et agir sûrement. Laissez-nous être, Messieurs les chirurgiens, les vidangeurs qui enlèvent ce que vous ne pourriez ôter sans grands délabrements.

M. Roy. — En réponse a fait examiner la préparation mi-

roscopique par plusieurs confrères qui l'ont tous classée : épithélioma cutané. Les antécédants personnels de sa patiente ne révèlent aucun traumatisme de la partie malade.

S'appuyant sur un rapport que MM. Bécélère de Paris, et Manoury de Chartres, viennent de faire au 20^{ème} Congrès français de chirurgie, en octobre 1908, intitulé: "Influence des rayons de Roëntgen sur les tumeurs malignes," le Dr Roy dit que les rayons X peuvent être employés avec succès pour les épithéliomas superficiels de la peau: et que lorsque l'infiltration cancéreuse envahit les couches profondes sous-dermiques, la guérison par ces mêmes rayons est plus que problématique. D'ailleurs, à l'appui de son dire, il lit quelques passages d'un résumé de ce travail paru dans "La Presse Médicale." En terminant, M. Roy ne veut pas se faire le défenseur des idées de Bécélère, ce maître si avantageusement connu en Europe, et réfère ceux que la question intéresse tout particulièrement à son excellent rapport.

II M. LÉO PARIZEAU. — *Le sommeil électrique.* — Reprise des expériences du Prof. Leduc, de Nantes.

M. Parizeau avait minutieusement préparé sa conférence expérimentale. Malheureusement un vice de technique n'a pas permis de conclure les expériences à bonne fin.

Le conférencier reprendra ses expériences bientôt. Néanmoins, il nous a fait une magistrale étude du courant électrique stable, tel qu'il est produit par l'appareil préconisé par le professeur Leduc.

Avec dessins au tableau le conférencier nous a fait voir la différence des différents courants avec leur intensité, leur amplitude, etc.

Les membres ont été vivement intéressés. La clarté, la précision et l'élégance du style ont provoqué les applaudissements de toute l'assemblée.

.....

Séance du 15 Février.

Présidence de MM. LESAGÉ ET PARIZEAU

Après lecture et adoption du procès verbal, le président souhaite la bienvenue au Dr Albert, médecin pratiquant sur les lignes du Maine et du Nouveau-Brunswick, de passage à Montréal.

Le secrétaire donne lecture des nouvelles demandes d'admission de médecins pour faire partie de la Société Médicale.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MARIEN. — *Tumeur peu ordinaire des fosses nasales "conjonctivome à tissus multiples" (1).*

M. Marien nous fait voir la malade qu'il vient d'opérer pour la 4e fois. Il émet l'opinion que la tumeur qu'il a enlevée est constituée par une variété anormale de tissus conjonctifs et autres. A l'appui de son opinion il produit des pièces histologiques de la tumeur. Il pense que cette tumeur n'est pas franchement maligne à cause de l'état de la malade après ces nombreuses interventions et de la nature des tissus qui la composent.

DISCUSSION.

M. FOUCHER — croit que la tumeur dont il s'agit a pu originer dans le sinus maxillaire, car la muqueuse à cet endroit étant en continuité avec celle du nez, a pu subir les mêmes traumatismes et être infectée de la même manière.

Quant à la nature de la tumeur, l'examen histologique nous permet de trancher la question pour le moment. Néanmoins, on ne peut pas affirmer qu'elle restera telle qu'elle nous apparaît sous le champ du microscope. Elle évoluera probablement vers le sarcome.

L'apparence et l'évolution cliniques de cette tumeur en font une tumeur mixte.

M. LASNIER — croit qu'il peut s'agir ici d'un sarcome, ayant originé dans la fente sphénoïdale et s'étant développé dans les régions qui offrent le moins de résistance à son expansion.

(1) Ce travail sera publié en entier dans le numéro prochain.

Il rapporte un cas de Tillaux qui offre des points de ressemblance avec celui-ci. Son histoire clinique présentait les mêmes symptômes et la même allure. Tillaux avait porté le diagnostic de sarcome. Comme procédé opératoire il avait préconisé la résection en masse du maxillaire supérieur après ligature de la carotide.

D'un autre côté, M. Lasnier croit qu'on aurait pu, par la radiographie, localiser la tumeur et en connaître d'avance l'étendue.

Il préconise aussi, dans ces cas la radiothérapie. Il cite des cas ou Bécélère, de Paris, a obtenu des succès marqués.

M. O.-F. MERCIER : — rapporte le résultat de son expérience dans ces cas au point de vue opératoire. Il a opéré plusieurs cas semblables pour le Dr Foucher. Il a fait des résections partielles du maxillaire supérieur qui ne lui ont pas donné satisfaction. C'est une région qui donne beaucoup de sang et on opère un peu à l'aveugle car ces tumeurs ont souvent des ramifications qui nous échappent et qui favorisent les récidives.

J'ai vu souvent ces récidives se faire à distance. Je rappelle un cas où à la suite d'une opération apparemment complète, il y eut récidive dans un testicule, peut-être les deux. J'ai dû pratiquer la castration double.

À l'avenir, dit-il, la seule opération que je ferai dans ces cas sera la résection totale du maxillaire supérieur.

M. ROY donne le résultat détaillé de l'examen rhinoscopique de la malade, qu'il a pratiqué pour le Dr Marien.

M. BOULET, dit que la tumeur a originé dans les fosses nasales et non dans le sinus parce qu'il a vu la malade il y a 6 à 7 ans et que la tumeur était à ses débuts.

Se basant sur l'état de la malade à 12 ans de distance et après les nombreuses interventions qui ont été pratiquées il croit que nous avons affaire à une tumeur bénigne. Cependant, la malade est destinée à mourir dans un temps limité parce que cette tumeur récidivera de nouveau, envahira des organes importants, surtout la base du cerveau causant des dégâts irréparables.

M. MARIEN remercie ses collègues de l'intérêt qu'ils ont pris à son observation en la discutant si minutieusement.

Répondant au Dr Lasnier, il dit qu'en effet il a oublié complè-

tement la radiographie. Il se propose de la mettre bientôt devant l'écran fluoroscopique.

M. le Dr Foucher, dit-il, a, je crois, donné la note juste en disant que cette tumeur est pour ainsi dire à cheval sur la bénignité et la malignité. L'évolution nous éclairera d'ailleurs sur ce caractère fondamental.

MOTION.

M. MARIEN propose secondé par M. Décarie qu'une commission soit nommée pour étudier les trois questions suivantes :

1° Etude sérieuse des rapports professionnels qui doivent exister entre le médecin de famille et le chirurgien, ou le spécialiste consultant.

2° Est-il honorable, loyal ou malhonnête pour un chirurgien de payer un pourcentage au médecin qui lui fait opérer ses malades.

3° Le chirurgien qui s'intitule chirurgien des hôpitaux ou qui s'affiche comme spécialiste doit-il exercer la médecine ou faire des accouchements.

M. DÉCARIE demande à M. Marien de bien vouloir expliquer les différentes propositions contenues dans sa motion.

M. HERVIEUX soumet qu'il serait préférable de supprimer l'article deux de la motion.

M. BOULET abonde dans le sens du Dr Hervieux. Il craint que cette question empêche l'étude des deux autres.

Il propose un amendement secondé par M. Hervieux que l'article 2e concernant l'exercice simultané de la médecine et de la chirurgie soit retranché de la motion de M. Marien, qui y consent.

L'amendement et la motion principale étant mis aux voix tour à tour sont adoptés à l'unanimité.

MÉMOIRES.

M. LESAGE — *L'ophtalmo-réaction au point de vue médico-légal* (voir plus haut).

DISCUSSION.

Prof. FOUCHER.—On aurait pu mettre en cause l'ophtalmo-réaction, ici, mais la lésion à laquelle nous avons eu affaire ne ressemble pas aux accidents que l'on a déjà signalés. Dans l'observation de M. LeSage l'infection s'est faite en arrière : nous avons eu affaire à une choroïdite suppurée. Je ne vois pas comment on eut pu en expliquer le mécanisme.

Néanmoins, cette observation demontre qu'il faut être prudent.

M. DÉCARIE. — L'observation de M. LeSage est intéressante au point de vue médico-légal, et il faut le remercier de nous en avoir fait part, car elle devra rendre service aux médecins toujours trop empressés de faire l'essai de méthodes nouvelles dans des conditions qu'ils ne connaissent pas complètement.

Il est démontré par des faits que la méthode n'est pas infaillible, il faut donc se tenir dans des justes limites et ne pas lui faire dire plus qu'elle ne peut.

Il est certain que M. LeSage eut été passible d'une grosse réclamation en dommages et il est probable qu'il eut été condamné à cause des faits qu'ils nous a rapportés ce soir.

M. BORLET — Je concours pleinement dans les conclusions de M. LeSage. La littérature médicale a publié un nombre assez considérable de faits nouveaux que nous ne pouvons pas ignorer ; et parmi ceux-ci, nous trouvons des accidents assez graves qui peuvent incriminer le médecin.

M. O.-F. MERCIER. — M. LeSage nous dit : avant tout, obtenez le consentement écrit du malade. Mais consentement à quoi ?... à perdre un œil peut-être ?... car enfin le médecin devra lui exposer entièrement la gravité possible de cette inoculation, c'est-à-dire que le malade ne consentira jamais à courir ce risque.

M. LeSAGE remercie les membres des remarques qu'ils ont faites. Il retient les paroles du Dr Mercier : le consentement du malade !... Dès que le médecin — comme c'est son devoir de le faire — aura exposé consciencieusement au malade ce à quoi il s'expose en se soumettant à cette épreuve de tuberculine, il est certain que pas un seul voudra risquer un œil dans l'affaire. Et le médecin sera ainsi sauvé. Il cherchera ailleurs les signes qui lui manquent pour poser son diagnostic si la méthode clinique ne suffit pas.

ELECTIONS.

MM. W. Derome et M. Lefebvre sont élus membres actifs de la *Société Médicale* de Montréal.

RADIOGRAPHIE.

M. LASNIER nous fait voir des plaques radiographiques des crânes d'enfants et d'adultes sur lesquelles nous pouvons distinguer parfaitement les parties les plus délicates du squelette. On conçoit que cette méthode d'examen soit d'un grand secours dans tous les cas de tumeurs de la tête.

L...

Séance du 19 Décembre 1908.

Présidence de M. J. E. TURCOT.

Étaient présents : MM. Auger, Beaudry, P. Cartier, E. Choquet, F. H. Daigneault, J. C. S. Gauthier, P. P. Gatien, O. Jacques, J. Jacques, A. Lafrenière, Lague, G. Lecomte, J. E. Michaud, W. Morin, Perreault, G. H. Turcot, J. E. Turcot, S. F. Vanasse.

Le procès-verbal de la dernière assemblée est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

I. — M. J. C. S. Gauthier : Les Secrets de la Pharmacopée (1).

Ce travail intéresse vivement l'assemblée. Aussi M. le Président remercie M. le Dr Gauthier au sujet de son article très pratique et lui demande de vouloir bien le faire imprimer afin d'en donner une copie aux membres de la *Société Médicale*.

M. Beaudry propose que l'on demande aux journaux médicaux de Montréal de reproduire ce travail vraiment propre à intéresser la bonne majorité des médecins de notre province.

M. Gauthier se prête volontiers à la demande et se déclare enchanté de pouvoir faire œuvre utile.

II. — M. L. A. Beaudry présente ensuite un malade opéré, avec l'assistance de M. J. E. Turcot, d'une résection de genou : opération rendue nécessaire par une ankylose à angle aigu survenue à la suite d'une arthrite tuberculeuse.

III. — Intérêts professionnels.

M. G. Lecomte dit en parlant des choses de la profession que la Législature devrait en main les intérêts de la profession médicale et que, entre autres choses, elle devrait établir un tarif rémunérateur comme elle en a adopté un pour les professions du Droit et du Notariat.

M. le Dr Daigneault répond à ces remarques en disant que la Législature ne peut pas facilement établir un tel tarif, qui ne

(1) Voir *L'Union Médicale*, No février 1908.

saurait convenir à tout le monde ; c'est plutôt aux sociétés locales d'adopter un tarif particulier et de le mettre en pratique ; que tous les membres doivent tenir à le suivre au lieu de travailler au rabais et de diminuer ainsi le revenu professionnel par leur propre concours.

M. le Dr Gauthier donne communication d'une correspondance qu'il a eue avec l'Assurance La Sauvegarde au sujet du tarif d'examen et montre comment il a pu se faire payer \$5 par examen malgré le tarif de \$3 établi par cette compagnie. Il exhorte ses confrères à faire de même.

M. Daigneault se lève ensuite et invite, avec M. Lemoine d'Acton-Vale, les membres de la Société à venir les visiter le 6 janvier en disant que tous deux seront heureux de les recevoir.

M. le Président remercie ces confrères de leur aimable invitation et accepte au nom de tous.

La séance est ajournée au mois de février 1908.

L. A. BEAUDRY,
Secrétaire.

ANALYSES

MEDECINE

La faiblesse musculaire essentielle du cœur, par Renaut, *Bulletin Médical*, Paris.

Cette question a fait l'objet d'une clinique récente du prof. Renaut (de Lyon).

On sait que l'âge est un facteur puissant de faiblesse musculaire cardiaque; entre 60 et 70 ans, 80 % des cœurs de vieillards sont altérés, et tous le sont entre 70 et 80. Le cœur, plus faible, devient insuffisant pour un travail plus pénible.

Beaucoup de maladies infectieuses exercent aussi une action nocive et même mortelle sur le muscle cardiaque.

Considérons un sujet âgé ou sénilisé par la maladie ou une mauvaise hygiène, il se sent moins vigoureux, il s'enrhume et cela dure; un jour, pendant une marche ou une montée d'escalier, il est arrêté net par l'impossibilité de respirer. *La pointe du cœur ne soulève plus nettement le doigt qui Explore.* Le pouls devient irrégulier, inégal. A l'auscultation, rien aux valvules, mais des râles d'œdème à la base du poumon gauche. Ce sont les signes de la faiblesse musculaire cardiaque dont on peut arrêter l'évolution dangereuse en s'y prenant à temps, mais qui, faute de soins, doit fatalement s'aggraver.

Traitement. — On supprimera les viandes, le poisson, l'alcool, le café, le thé et le tabac. Après une période de repos variable on permettra un exercice modéré, n'allant jamais jusqu'à la fatigue.

En même temps, on mettra en usage une médication à longue portée, très prolongée, parfois même continuée *indéfiniment*. Le médicament de choix n'est certes pas ici la digitale, ni non plus la théobromine puisqu'il n'y a que peu ou point d'œdèmes. C'est avant tout et surtout le *strophantus* et mieux encore la *strophantine*, excitateurs et toniques directs de la fibre musculaire cardiaque. Ils ne produisent jamais d'intolérance à la suite même d'un usage continu. *Indéfiniment* donc (1) pendant des mois ou même des années, on prendra au réveil, l'après-midi et le soir, une granule d'extrait de strophantus.

Très rapidement, on verra la faiblesse générale, la tendance à l'essoufflement, les crises de dyspnée cardiaque que les malades qualifient "d'accès d'asthme," et enfin l'encombrement pulmonaire et la toux disparaître. La reprise des forces sera favorisée par l'action des arsénicaux et le repos à l'air libre et sec.

CHIRURGIE

L'Acétone dans le traitement des cancers inopérables de l'utérus. (*Gaz. de Gynécologie, janvier 1908.*)

Dans les cancers utérins inopérables, à la période où tous les moyens de traitement, y compris la radiothérapie, ne sont plus d'aucune utilité, on a recours, comme dernière ressource, au curettage suivi de cautérisation ignée ou d'application de chlorure de zinc. On obtient encore, de la sorte, des résultats quelque peu favorables, mais, bientôt après cette intervention, on voit survenir de nouveau des hémorrhagies et une décomposition putride qui rend la malade insupportable pour son entourage.

Or, d'après une communication faite au dernier congrès des naturalistes et médecins allemands, par M. Geellhame (*Méd. Klin.*, 3 nov. 1907), les applications d'acétone (qui durcit les tissus) sont susceptibles d'influer très favorablement cette putrescence. On endort la malade et, après un nouveau curettage suivi d'assèchement de la plaie, on verse sur celle-ci une ou deux cuillerées à bouche d'acétone pure, en maintenant la malade en position ée-vée du bassin pendant quinze à trente minutes. A partir du cinquième jour, on fait, trois ou quatre fois par semaine, de nouvelles applications d'acétone à travers un spéculum. On voit alors les hémorrhagies s'arrêter, la décomposition putride s'amender, la plaie se déterger et l'état général s'améliorer. Des accidents dus à la résorption de l'acétone ne s'observeraient jamais.

Nécessité d'enlever l'appendice dans chaque cas de laparatomie. (Paukow, *Muenchn, Med., Wochensh.*, 1907, No. 39.)

Dans cet article l'auteur fait un appel énergique en faveur de l'amputation de l'appendice, toutes les fois que l'abdomen est ouvert pour une opération gynécologique.

(1) Ce mot, qui prouve la tolérance de l'extrait de strophantus et la non accumulation de la strophantine a déjà été écrit par Besançon : " Dans le rétrécissement mitral, dit-il, on doit donner *indéfiniment*, comme le pain-quotidien du cœur. Quatre granules de Catiilon à l'extrait titré de Strophantus, par jour. "

Ne serait-ce que pour cette seule raison, la voie abdominale devrait être préférée à celle du vagin.

D'après les statistiques des chirurgiens américains, on estime que chez à peu près 10% de toutes les femmes qui ont été laparotomisées pour une affection gynécologique l'appendice est trouvé malade.

Pankow a examiné soigneusement 147 cas, et il a pu dépister, 82 fois, par l'examen microscopique, l'inflammation de l'appendice.

Ainsi, il se croit justifié de conclure que la proportion des lésions appendiculaires concomitantes est beaucoup plus élevée et qu'elle doit atteindre à peu près 60 pour cent.

Calculs du cholédoque traités par le drainage des voies biliaires. (Picqué, *Soc. de Chirurgie*, Paris.)

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, lithiasique, qui présentait des symptômes d'ictère par rétention. Une cholécystectomie fut faite d'urgence; mais après guérison l'ictère et les douleurs reparurent. L'opération permit de retrouver le moignon de la vésicule au milieu d'adhérences nombreuses, le cystique et l'hépatique étaient libres; après décollement du duodénum on sentait deux calculs dans la portion sous-duodénale du cholédoque: incision longitudinale de ce canal et extraction des calculs. Drainage de l'hépatocolédoque vers le foie. Siphon.

L'amélioration fut rapide; le drain fut enlevé au bout de deux jours pour obvier aux vomissements fréquents qui cessèrent de ce moment. La guérison se produisit sans encombre. M. Picqué insiste sur les difficultés de la recherche du cholédoque dans les cas où la vésicule a été au préalable réséquée. Cette malade recommença à souffrir, et M. Picqué, pensant avoir laissé un calcul, intervint à nouveau.

La palpation ne révéla rien dans le cholédoque; mais ce canal était étranglé par des adhérences qui furent libérées. Le cathétérisme de l'ampoule de Vater, après duodénostomie, ne fit rien sentir dans le cholédoque. Depuis cette époque la guérison est restée définitive.

Technique de la pancréatectomie (A. Desjardins, *Revue de Chirurgie*, 1907.)

L'auteur s'occupe des pancréatectomies partielles, en particulier de la pancréatectomie de la tête de l'organe. Il faut pratiquer en même temps la duodénectomie étant donné l'adhérence des deux organes, leur vascularisation commune. Après avoir étudié les zones dangereuses, l'ablation de la tête pancréatique, la réparation, les accidents consécutifs à l'opération, M. Desjardins aborde le manuel opératoire de la pancréatectomie en un seul temps.

Après avoir pratiqué l'incision en baïonnette de Kocher, l'opérateur relève l'épiploon et arrive sur le péritoine duodénal, qu'il incise et décolle le plus loin possible.

Deux clamps sur le pylore, deux sur l'angle duodéno-jéjunal permettant d'isoler le duodénum; un clamp sur le corps du pancréas permet de libérer la tête; la pièce est enlevée, en ayant soin de ménager les vaisseaux mésentériques supérieurs.

La réparation des lésions est le temps le plus long de l'intervention. On commence par une gastro-jéjuno-anastomose au bouton de Murphy; puis on pratique l'anastomose cholédoco-jéjunale au bouton de Boari. Quant au canal de Wirsung, on bien on l'abouche dans le jéjunum comme le cholédoque, ou bien on enfouit la tranche de section pancréatique dans une jéjunale exclue de la circulation intestinale.

Après drainage trans-épiploïque de la région pancréatique la paroi abdominale est refermée.

Z. RHÉAUME.

OPHTALMOLOGIE

1° Conjonctivite catarrhale aiguë. (Scrim.)

Bacille de Weeks. — Diglobacille. — Le matin, cils agglutinés. — Conjonctive injectée, humide. — Filaments dans la sécrétion conjonctivale du cul-de-sac inférieur ou sécrétion abondante et épaisse. — Pas d'injection péri-kératique. — Exacerbation vespérale des phénomènes subjectifs.

A. — Sécrétion peu abondante.

1. Préserver de la contagion possible, l'entourage. Soins de propreté. Eviter de porter les doigts aux yeux.

2. Pas de bandeau, mais porter des lunettes avec verres fumés No 1 ou No 2.

3. Le matin, à midi et le soir, laver les yeux au moyen de tampons de ouate hydrophile imbibés de la solution suivante:

Cyanure de mercure	0 gr. 50 centig.
Eau distillée	1 litre.

ou bien, d'une solution d'acide borique à 30 pour 1 000 ou de biborate de soude à 20 pour 1,000.

4. Le matin après le lavage, instiller avec un compte-gouttes, deux ou trois gouttes dans chaque œil, du collyre No 1.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10 centig.
Eau distillée	10 grammes.

et deux ou trois minutes après, faire une instillation de quatre à cinq gouttes du collyre No 2.

Sulfate de zinc	0 gr. 10 centig.
Eau distillée	10 grammes.

5. Eviter la fumée, la poussière et toute fatigue des yeux.

B. — La sécrétion est abondante et épaisse.

1. Mêmes soins de protection et d'antisepsie que dans A.

2. Lavages fréquents et méticuleux des yeux avec une solution antiseptique pour débarrasser les paupières et les culs-de-sac conjonctivaux de la sécrétion. Essuyer avec du coton sec.

3. Après anesthésie à la cocaïne, renverser soigneusement les paupières et faire avec un tampon de ouate une application de la solution suivante:

Nitrate d'argent cristallisé	0 gr. 10 centig.
Eau distillée	10 grammes.

Neutraliser rapidement, avec de l'eau salée : ou bien à la place de la nitration, instiller trois à quatre gouttes de ce collyre:

Protargol	0 gr. 25 centig.
Eau distillée	10 grammes.

4. Le soir, avant de se coucher, graisser le bord des paupières avec un peu de la pommade suivante:

Oxyde de zinc	0 gr. 50 centig.
Acide borique	0 gr. 15 centig.
Vaseline neutre	5 grammes.

ou avec

Calomel porphyrisé	0 gr. 10 centi.
Vaseline neutre	10 grammes.

ou encore avec

Résorcine	0 gr. 10 centig.
Oxyde de zinc	1 gramme.
Vaseline neutre	10 grammes.

R. BOULET.

THERAPEUTIQUE

Traitement de la laryngite striduleuse dans *Journal de Méd. et Chirurgie prat.*
Janv. 1908.

Créer une atmosphère humide dans la chambre du petit malade en faisant bouillir de l'eau phéniquée ou de l'eau contenant des feuilles d'eucalyptus. Au besoin inhalations de chloroforme.

Pour prévenir le retour des crises, en cas de laryngite, lorsqu'il y aura lieu de craindre le stridulisme, il sera bon de réveiller le petit malade vers le milieu de la nuit ; cette précaution empirique évitera souvent l'irruption de la crise. Pendant cette courte veille, l'enfant fera plusieurs inspirations volontaires qui ramèneront la pénétration de l'oxygène à la normale.

L'état congestif du larynx sera traité de la façon suivante.

Au début purgatif doux avec l'huile de ricin, 2 gr. à 2 gr. 50 par année d'âge, ou au contraire forte dérivation avec l'eau-de-vie allemande (1 gramme par année d'âge).

Le vomitif constitue un bon décongestif. Poudre d'ipéca, 0,30 centigrammes pour 30 grammes de sirop d'ipéca, suivant la formule classique. Pour un jeune enfant ou même chez le nourrisson le sirop seul par cuillerées à café de 8 en 8 minutes jusqu'à vomissement.

Enfin la laryngite sera traitée directement par des inhalations, des vaporisations d'eau pure ou de la solution suivante :

Teinture de benjoin	} aa	4 grammes
Teinture d'eucalyptus		
Teinture de quillaya		10 grammes
Eau distillée		500 grammes

On donnera en même temps la potion suivante :

Benzoate de soude	} aa	1 gr. par année d'âge.
Eau distillée de laurier-cerise		
Sirop simple		40 grammes.
Eau distillée		20 grammes.

L'état spasmodique sera traité par des bains tièdes et prolongés et par les antispasmodiques.

Pour un enfant de 2 à 3 ans, on peut prescrire :

Bromure de sodium	1 gramme.
Sirop de chloral	20 grammes
Sirop de tolu	30 grammes

A prendre en trois fois dans la nuit dans une tasse de lait chaud avec un jaune d'œuf.

L'alcoolature de racine d'aconit se donne à la dose de 3 à 5 gouttes pour un enfant de 15 mois à 3 ans, de 5 à 8 gouttes de 3 à 5 ans, de 8 à 15 gouttes de 5 à 10 ans.

Pour un enfant de 2 à 4 ans, on pourrait donner la potion suivante :

Teinture de belladone	} aa V à X gouttes.	
Alcoolature de racine d'aconit		
Sirop de chloral		10 grammes
Sirop de fleurs d'oranger		20 grammes
Eau distillée de tilleul		120 grammes (Gillet).

Par cuillerées à dessert de demi-heure en demi-heure.

On pourrait encore prescrire :

Poudre de Dover	0,05 à 0,10 centigrammes
Eau distillée de laurier-cerise	0,80 cent. à 1 gramme

Par année d'âge.

Julep gommeux 60 grammes
par cuillerée à café toutes les heures.

PHARMACOLOGIE

Brûlures de la bouche.

1° GARGARISMES :

{ Graine de lin	} aa 5 gram.
{ Racine de guimauve	
{ Tête de pavot concassée	

Faire bouillir dans :

Eau	250 gram.
---------------	-----------

2° Bains de bouche, toutes les deux heures, avec :

{ Hydrate de chloral	2 gr. 50 centigr.
{ Sirop diacode	50 —
{ Eau distillée	250 —

Ou bien :

{ Stovaine	1 gram.
{ Eau chloroformée	} aa 100 —
{ — de menthe	

3° Attouchements avec le collutoire :

{ Hydrate de chloral	0 gr. 50 centigr.
{ Borate de soude	1 —
{ Glycérine	30 —

Ou bien avec le liniment :

{	Laudanum de Sydenham..	} aa 1 gram.
	Salol..	
	Eau de chaux..	} aa 6 —
	Huile d'olives..	

Expectorants.

S'agit-il de toux sèche quinteuse, l'auteur a coutume de prescrire les gouttes ci-dessous formulées :

{	Phosphate de codéine..	0 gr. 30 centigr.
	Faire dissoudre dans :	
	Eau d'amandes amères..	10 —
	X gouttes, jusqu'à 3 fois dans la journée.	

La toux est-elle accompagnée d'état saburral avec anorexie, nausée, etc., on donne la codéine sous la forme que voici :

{	Phosphate de codéine..	0 gr. 30 centigr.
	Sirop de framboises..	20 —
	Sol. de 5 gr. d'ac. phosph. méd. dans eau.	180 —
	3 cuill. à bouche par jour.	

La codéine, tout en calmant la toux qui entretient et augmente la congestion de la muqueuse des voies aériennes, diminue, par cela, même la sécrétion bronchique, donc agit, dans un certain sens, comme expectorant indirect

Lorsqu'il y a en même temps toux quinteuse et hypersécrétion bronchique, on combinera la codéine à l'ipéca de la façon suivante :

{	Racine d'ipéca..	0 gr. 50 centigr.
	Faites infuser dans :	
	Eau bouillante..	180 —
	Ajoutez :	
	Phosphate de codéine..	0 — 20 centigr.
	Sirop simple..	15 —
	1 cuill. à bouche toutes les 2 heures.	

Si le rejet des crachats est difficile par suite de leur viscosité, on se trouvera bien d'une potion ainsi formulée :

{	Chlorhydrate d'ammoniaque..	} aa 5 gram.
	Suc de réglisse..	
	Eau..	180 —
	1 cuill. à bouche toutes les 2 heures.	

Mais, lorsqu'il existe en même temps des phénomènes asthmatiques, rien ne vaut la potion dont voici la formule :

Racine d'ipéca..	0 gr. 50 centigr.
Faites infuser dans :	
Eau bouillante..	180 —
Ajoutez :	
Iodure de potassium..	1 —
Sirop simple..	20 —
1 cuill. à bouche toutes les 2 heures.	

Faut-il provoquer l'expectoration tout en cherchant à obtenir une action excitante, on fera usage de paquets ainsi composés :

{ Camphre porphyrisé.	0 gr. 05 centigr.
{ Acide benzoïque.	0 — 30 —

Mélez. Pour un paquet. Faites 10 paquets semblables.

1 paquet toutes les 2 heures.

Dans la bronchite chronique, avec expectoration abondante, on fera prendre, trois fois par jour, XX gouttes d'essence de térébenthine rectifiée, dans du lait.

Dans la bronchite franchement putride et dans la gangrène du poumon, on donnera, toutes les deux heures, une capsule gélatineuse contenant 0 gr. 15 de myrtil.

Enfin, dans les bronchites saisonnières, liées d'habitude à un élément infectieux, l'auteur se trouve bien de l'emploi des paquets suivants :

{ Sucre.	0 gr. 30 centigr.
{ Benzosol (benzoylgaïcol).	0 — 50 —
{ Essence de menthe.	Q. s.

Mélez. Pour un paquet. Faites 10 paquets semblables.

3 paquets par jour.

ERCHORST (Tab. méd. n°obiles).

BIBLIOGRAPHIE

Sémiologie de l'Appareil respiratoire, par H. BARTH, médecin de l'hôpital Necker. 1 vol. gr. in-8 de 200 pages, avec 94 figures. Broché, 4 fr. ; cartonné, 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils 10, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le mode de publication adopté pour le *Nouveau Traité de Médecine* dirigé par les professeurs Gilbert et Thoinot présente le grand avantage que le lecteur peut n'acquiescer que les parties qui l'intéressent car l'ouvrage entier se composera de 40 fascicules tout à fait indépendants. Chaque fascicule forme un traité complet où sont exposées les plus récentes acquisitions de la science médicale.

Le nouveau fascicule du *Nouveau Traité de Médecine* qui vient de paraître, est consacré à la *Sémiologie de l'appareil respiratoire*.

M. Barth s'est attaché à exposer, dans l'ordre le plus clair et le plus rationnel, les différentes méthodes cliniques d'exploration applicables à cette branche de la pathologie et les principales notions sémiotiques qu'elles permettent de recueillir.

Quant aux méthodes de laboratoire, il s'est borné à envisager celles qui sont d'un usage courant et dont l'application donne des résultats vraiment utiles au médecin.

Il analyse d'abord les troubles fonctionnels qui peuvent se présenter : Modifications du *facies*, de l'*habitus* extérieur, de l'*état général* ; troubles de la mécanique respiratoire (*dyspnée*) ; douleur thoracique (*point de côté*), *toux*, enfin *expectoration*. L'*hémoptysie*, par suite de son importance sémiologique, a été décrite à part.

Il recherche ensuite les signes physiques que l'exploration de l'appareil respiratoire peut révéler. Pour les apprécier, cinq méthodes principales se présentent un mutuel secours. *L'inspection*, la *mensuration*, la *palpation*, la *percussion* et l'*auscultation*.

A ces méthodes viennent s'en ajouter qui sont capables d'apporter, dans certains cas, un complément très utile au diagnostic. Celles que nous étudions sont : la *spirométrie*, la *pneumométrie*, la *stéthographie*, la *radioscopie* et la *radiographie*, enfin les *punctions exploratrices*.

Nouveaux éléments d'Ophtalmologie, par H. TRUC, Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Montpellier, E. VALUDE, Médecin de la Clinique ophtalmologique nationale des Quinze-Vingts et H. FRENKEL, Professeur agrégé, Chargé du Cours de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Toulouse. Deuxième édition complètement transformée et considérablement augmentée. Avec 282 figures dans le texte et 15 planches en couleurs. Broché, 24 fr. ; net 21 fr. 50 ; Relié toile 26 fr. ; net 23 fr. 50. Chez A. Maloine, éditeur, 25, 27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Les *Nouveaux Eléments d'Ophtalmologie* représentent moins un véritable traité qu'un livre de premier enseignement, et aussi dirions-nous volontiers, de renseignements, où le praticien général ainsi que l'oculiste trouveront tout ce qu'ils désirent savoir.

L'anatomie, la physiologie, l'examen de l'œil, la réfraction, l'ophtalmoscopie, la pathologie générale et spéciale, la thérapeutique et la chirurgie de l'œil forment nécessairement autant de parties distinctes, mais, de plus, la sémiologie des symptômes, les rapports des affections oculaires avec les maladies générales, occupent une très large place dans ce traité. Il en est de même des applications à l'hygiène, à la médecine légale, aux écoles, aux professions, à l'armée et à la marine, aux chemins de fer.

SUPPLEMENT

ERYSIPELE — PNEUMONIE

Le juin 1905, j'étais appelé auprès de M K., qui souffrait d'un érysipèle très grave de la face. J'appliquai localement mon traitement usuel à l'onguent d'acide phénique, mais quand je vis le patient le lendemain je ne constatai aucune amélioration. J'essayai alors l'Antiphlogistine, en faisant un masque avec la pâte qui recouvrait toute la face. Je prescrivis à la garde-malade de renouveler le pansement aussitôt qu'il serait sec. Le lendemain je trouvai le patient beaucoup mieux.

“Ce mastic, dit-il, fait disparaître la brûlure cinq minutes après son application.” Maintenant, je me fais une règle d'employer l'Antiphlogistine dans les érysipèles, et je suis certain que mes patients guérissent plus vite que quand je n'employais pas de médicaments.

J'emploie aussi l'Antiphlogistine dans la pneumonie, et dans tous les cas d'inflammation des poumons ou de la plèvre. Je rapporte le cas d'un enfant où ce médicament a, je crois, sauvé la vie du patient.

Janvier 3, 1906. Enfant, âgé de 18 mois. Deux jours après fièvre initiale, temp. 104°, respi. 48, pouls 120; respire difficilement, râles crépitants. Un traitement interne est institué, puis la cage thoracique, en avant et en arrière, est recouverte d'Antiphlogistine. 24 heures après la respiration s'était beaucoup améliorée et la température était baissée. A ma troisième visite les symptômes étaient tellement améliorés que je discontinuai de traiter. (Dr Srofes, Martinsville, Ohio.)

LE TERRAIN DE LA MALADIE

Il y a une tendance de la part des médecins à reconnaître l'importance de certaines conditions du sang.

Les études de Wright sur les opsonines sont d'un intérêt spécial.

Certains constituants du sang peuvent être diminués sans que

les éléments cellulaires ou l'hémoglobine du sang paraissent être diminués. D'une façon générale cela constitue ce que l'on peut appeler le début de la maladie, condition qui, si elle ne précède pas toujours la tuberculose, la fièvre typhoïde, la pneumonie et beaucoup d'autres maladies, favorise certainement leur développement et tend à aggraver leur sévérité.

La correction de cet état indéfini mais dangereux du sang est toujours urgent, particulièrement parce qu'il est opportun d'augmenter la résistance à ces maladies auxquelles il prédispose.

Un bon tonique s'impose dans ces conditions, et le Pepto-Mangan (Gude) est considéré comme très effectif. Son action hématogénique est bien connue.

Quand vous désirez prescrire une préparation de bœuf qui doit produire l'effet que l'assimilation du maigre de bœuf doit produire, vous pouvez prescrire avec sûreté "Bovril."

"Bovril" est entièrement fait avec le meilleur bœuf. Il contient toutes les meilleures propriétés du bœuf sous une forme facilement assimilable. Chaque opération est scrupuleusement contrôlée. La préparation est garantie non seulement comme étant pure mais aussi comme étant de qualité absolument uniforme. Il y a toujours un certain pourcentage des extraits du bœuf combiné avec un autre pourcentage d'albumine, de fibrine et d'autres éléments importants du bœuf. Ce résultat est obtenu par une analyse soignée aux différents temps de sa préparation et par une analyse finale du produit avant qu'il soit embouteillé.

Il a été reconnu par la profession médicale que le thé de bœuf et les extraits de viande possèdent une grande valeur stimulante. "Bovril" est unique par le fait qu'il contient les éléments nutritifs et seimulants du bœuf et que son uniformité de composition est une très forte recommandation au point de vue médical.
