

AVRIL, 1902

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

- 195 — Les exérèses larges et l'autoplastie du sein..... *Legueu*
210 — Les aliénés au Canada..... *Chagnon*
214 — Etude critique sur le traitement de la néphrite
aiguë..... *Gauthier*
219 — Etude critique sur l'emploi du sérum antistrepto-
coccique dans l'infection puerpérale. (*Suite*)..... *DeCotret*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 227 — Traitement de l'hématémèse..... *Hervieux*
-

QUESTIONS PROFESSIONNELLES.

- 233 — La pratique des accouchements par les femmes.... *Rédaction*
-

ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 236 — Association des médecins de langue française de
l'Amérique du Nord.....

SOCIÉTÉS.

- 238 — La Société Médicale de Montréal — Rapport des
Séances du 8 et du 22 avril..... *Décarie*

ANALYSES.

CHIRURGIE.

- 252 — Le massage dans la pratique courante *Marien*

THÉRAPEUTIQUE.

- 255 — Traitement du muguet et de la stomatite fétide des
enfants..... *Le Sage*
255 — Traitement de l'incontinence d'urine chez les filles *Dubé*

PHARMACOLOGIE.

- 256 — Caféine de sels

MEMOIRES

LES EXÉRÈSES LARGES ET L'AUTOPLASTIE DU SEIN (1)

Par FÉLIX LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

Deux conditions suffisent à assurer à l'opération du cancer du sein la plus grande efficacité possible, c'est la précocité de l'intervention et la largeur de l'exérèse. Intervenir de bonne heure, opérer alors que la tumeur est de petit volume, sans ganglions, sans adhérences, opérer alors que la malignité ne s'est encore révélée par aucun de ces signes de certitude, qui ne sont déjà que des propagations; voilà l'idéal.

Mais aussi opérer largement, dépasser de beaucoup les limites du mal, faire une ablation excessive, voilà une seconde condition également nécessaire, pour que vos opérées restent sans récidive et jouissent pendant des années de cette indemnité prolongée, qui serait une guérison s'il ne s'agissait d'un cancer.

L'opération que je vais pratiquer ce matin ne pourra que difficilement réunir ces conditions: précoce, elle ne le sera pas, car la tumeur date de dix-huit mois: excessive, elle le sera encore moins car j'aurai beaucoup de peine à dépasser les limites des parties atteintes.

I

C'est un cancer du sein droit, un cancer malheureusement très étendu qu'elle nous présente, cette malade de quarante-huit ans, qui est entrée, il y a trois jours à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 20.

Depuis dix-huit mois, la malade avait remarqué dans son sein un noyau indolent et mobile. Elle se garda bien d'en parler. Elle n'en parla pas davantage, lorsqu'elle vit quelques mois plus tard la tumeur augmenter sensiblement de volume. Instruite mais non convaincue par l'exemple des autres, elle

(1) Extrait d'un volume de "Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu," qui paraîtra le 19 avril à Paris, chez P. Alcan.

craignait d'être opérée, et chercha dans les conseils imprudents et dans les remèdes inutiles une consolation fragile à ses légitimes inquiétudes. Ce fut inutile: la tumeur progressa, la peau devenait noire à sa surface, des glandes apparaissaient sous le bras. Et il fallut enfin, mais un peu tard, se soumettre à cette solution dont ses efforts impuissants n'avaient pu malheureusement que retarder la fatale échéance.

Le sein droit est énorme: une grosse tumeur soulève la peau de ses bosselures irrégulières: elle est surtout développée en dehors du mamelon. Mais tout le sein est pris; à la glande s'est substituée une masse dure, ferme dans sa plus grande partie et ramollie seulement dans ces points où la peau est le plus soulevé. Le mamelon est rétracté et fait corps avec la tumeur: la peau en dehors est de couleur sombre, violacée; elle adhère à la tumeur; de ce côté l'ulcération est imminente.

Mais en dedans la peau est loin d'être libre, elle est partout capitonnée, ses enfoncements s'accroissent quand on cherche à la mobiliser avec les parties profondes. Et en deux points, sur les limites de la glande ou de la tumeur, en dedans du côté du sternum, et en haut du côté de la clavicule, deux petits noyaux, du volume d'une lentille accusent dans ce tégument une induration certainement néoplasique.

Dans le fond, l'extension n'est pas moins manifeste: la tumeur fait corps avec les pectoraux, et quand on cherche à la mobiliser sur les muscles contractés, elle perd cette apparente mobilité, que laisse toujours aux plus volumineuses tumeurs le relâchement des pectoraux.

Enfin dans l'aisselle, un volumineux paquet ganglionnaire fait une grosse saillie sur la paroi interne, et comment espérer que ces propagations lymphatiques ne se soient pas étendues au creux sus-claviculaire? De ce côté cependant, je ne sens rien heureusement: il n'y a pas de masses, il n'y a même pas de petits ganglions appréciables. Cliniquement ils sont indemnes; je n'oserais affirmer qu'ils le sont anatomiquement.

Adhérence à la peau et aux parties profondes, rétraction

du mamelon, peau d'orange, noyaux cutanés, propagation lymphatique, tout conconde ici pour rendre le diagnostic évident et le pronostic mauvais. C'est un cancer, c'est une tumeur épithéliale, que le temps et l'inconsciente incurie d'une malade ont laissée poursuivre tranquillement le cours de son évolution envahissante.

Voyez au contraire combien était différente la tumeur que j'ai enlevée la semaine dernière à cette malade encore couchée au n° 13 bis de la même salle Notre-Dame.

Celle-ci est plus jeune, elle n'a que vingt-sept ans : elle n'avait jamais eu d'enfants ni de fausse couche, lorsqu'il y a trois mois le sein gauche commença à grossir. Il grossit de plus en plus et dans l'espace de quelques semaines avait doublé son volume, en même temps que sa consistance prenait une fermeté tout à fait insolite.

Lorsque la malade se présenta à nous, le sein gauche faisait sur le thorax une saillie considérable : il avait un volume double ou triple de celui du côté droit. Il est occupé tout entier par une tumeur dure, ferme, également résistante et élastique. De cette tumeur, la surface est à peu près régulière à part quelques petites bosselures. La peau qui la recouvre est soulevée, distendue, mais non envahie : elle se meut partout librement à la surface, et il n'est aucune adhérence de la tumeur et de la peau. Le mamelon n'est pas rétracté. Le sein glisse sur les parties profondes, avec lesquelles il n'a contracté aucune adhérence : enfin l'aisselle ne présente pas de ganglions, ou du moins ceux que j'y rencontre ne présentent pas un volume beaucoup plus considérable que ceux du côté opposé.

Dans le sein droit, qui ne semble pas déformé ni malade, je trouve cependant un noyau du volume d'une noix ; il est indolent, mobile, assez mal circonscrit, sans adhérences superficielles, sans adhérences profondes.

Et après examen, je disais : à droite, *fibro-adénome*, et à gauche, *sarcôme*.

Je disais *sarcôme* : parce que la tumeur me paraissait absolument limitée et sans extension ; elle était comme encap-

sulée, et ce n'est point le caractère des cancers, qui comme sur la malade d'aujourd'hui se répandent, s'infiltrent à tel point qu'en les palpant on ne peut pas dire toujours où la tumeur commence et où elle finit.

Je disais sarcome: parce que la tumeur avait cette consistance à la fois ferme et élastique, qui est le propre des tumeurs conjonctives; le cancer est ou plus dur ou plus mou.

Je disais sarcome: parce que la marche était rapide; en trois mois la tumeur avait pris les proportions relativement énormes que nous lui voyions alors, et ce n'est pas là encore la marche du cancer. Celui-ci évolue plus lentement et n'avance qu'à pas comptés. Il est, je le sais, des cancers à évolution rapide, on les dit "cancers aigus," ils sont doués d'une malignité plus grande, mais un cancer aigu qui aurait ce volume aurait déjà contracté des adhérences et formé des extensions dont je ne vois nulle part la trace ici.

La liberté de la peau, l'absence d'adhérences superficielles ou profondes, l'indemnité des ganglions, l'intégrité du mamelon, tout cela ne s'expliquerait pas avec un cancer qui aurait atteint ces grosses dimensions; il y a donc entre nos deux tumeurs un contraste frappant et j'ai le droit d'affirmer que la seconde est un sarcome avec la même conviction qui nous oblige à dire que la première est un cancer.

Quant à la tumeur du côté droit, quelle était-elle? Quelle était sa nature? La femme était jeune, la tumeur sans propagation, sans adhérences: elle était limitée, comme encapsulée, de petit volume et sans tendance actuelle à l'accroissement. Ce sont là les caractères d'une tumeur bénigne et de nature conjonctive: c'était un de ces fibro-adénomes dont le sein nous montre souvent des exemples, et qui sont susceptibles ou de rester tels ou de se transformer en un autre tumeur.

Nées d'une inflammation atténuée, dont la mammite est le premier degré, ces tumeurs ont en effet une double orientation: suivant que l'une ou l'autre de leurs éléments l'emporte sur le tissu adjacent, vous les verrez quand elles évoluent subir des transformations du type épithélial ou du type conjon-

tif. Ainsi vous verrez parfois un fibro-adénome se transformer en cancer, voilà l'évolution épithéliale.

D'autres fois c'est un sarcome qui se substitue à la tumeur première lorsque l'évolution conjonctive l'emporte. Et je ne serais pas étonné que le sarcome dont je vous parle ne soit un exemple de ces transformations tardives: je pense que depuis un certain temps cette malade avait dans le sein gauche une petite tumeur analogue à celle qu'elle présente aujourd'hui à droite: elle était passée inaperçue et n'attira l'attention que le jour où la transformation de sa texture vint donner à cette tumeur une nouvelle impulsion.

J'ai opéré cette malade la semaine dernière; l'opération et plus tard l'examen histologique a confirmé mes prévisions. La tumeur de gauche était un sarcome; je l'ai enlevé complètement, ne gardant de la peau que ce qui était nécessaire pour couvrir et réunir la plaie: j'ai fait par prudence le curage de l'aisselle, bien que la généralisation du sarcome ne se passe pas en général par la voie lymphatique.

Quant à la tumeur du côté droit, confiant dans mon diagnostic de tumeur bénigne, je l'ai enlevé sans supprimer la glande mammaire; je n'ai enlevé que la tumeur, et le microscope en nous montrant les lésions caractéristiques du fibro-adénome a légitimé ma conduite et nous donne de ce côté au moins grande confiance pour l'avenir.

En ce qui concerne le sarcome, je n'ai pas le droit d'être aussi tranquille: la récurrence est toujours possible mais je ne puis cependant m'empêcher d'être plus confiant, plus rassuré pour cette malade que je le suis pour celle que j'ai à opérer ce matin. Ici les conditions sont beaucoup plus défavorables, les extensions multiples, et nous aurons beaucoup de peine, même par une opération très étendue, à empêcher pour plus tard une récurrence presque fatale.

Je vais amputer le sein: j'enlèverai toute la peau, je dépasserai largement les limites des points infiltrés. J'enlèverai d'un seul bloc la peau, la glande et les ganglions. Il est indispensable d'éviter cette fragmentation, ce morcellement qui ou-

vre des vaisseaux au-devant du tissu cancéreux et dissémine les greffes dans une région d'où il s'agit précisément de les enlever. J'enlèverai également les muscles pectoraux ou du moins une grande partie de ces muscles, la portion sternale au moins. C'est là un facteur considérable du succès de nos opérations, et je m'en voudrais de n'y pas insister.

Il y a déjà longtemps, Messieurs, que les chirurgiens ont eu l'idée de rechercher dans l'ablation des pectoraux l'amélioration de leurs statistiques. Dès 1875 Volckeman la recommandait: quelques années plus tard en 1889 Heidenham (1) conseillait formellement d'enlever la partie superficielle du muscle avec son fascia même quand il n'y a pas adhérence et d'enlever la totalité du muscle, lorsque la tumeur lui adhère. Mais c'est surtout à Halsted (2) et à Willy Meyer (3) que nous devons d'avoir établi les bénéfices considérables que procure l'ablation systématique des pectoraux. Halsted n'enlevait que la partie claviculaire qu'il relevait et le petit pectoral qu'il sectionnait seulement. Meyer allait encore plus loin: il prônait l'ablation complète des deux pectoraux à laquelle Halsted s'est rallié plus tard.

Et les recherches ultérieures n'ont fait que confirmer les avantages de ces larges exérèses musculaires.

D'après Jœrss, au dire de Rotter, le muscle est une source importante de la récurrence après l'amputation du sein: ils ont trouvé sur les muscles conservés des noyaux de récurrence, dus à des infections lymphatiques, larvés, latents et méconnus au cours de l'opération. Et la conclusion suivante se déduit de ces faits: si les muscles sont infectés, même quand ils paraissent sains, il faut les enlever toujours et dans tous les cas.

Et d'ailleurs, Messieurs, il me sera facile de trouver dans des chiffres la consécration de cette formule. Voulez-vous savoir ce que donne au point de vue des résultats éloignées l'ablation systématique des pectoraux.

Consultez les documents si nombreux que mon collègue et

(1) Heidenham, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1899, B. XXXIX 98.

(2) Halsted, *Ann. of Surg.*, 1894, t. XX, p. 496.

(3) W. Meyer, *Med. Rec.*, 1894, t. II, p. 476.

ami Cestau de Toulouse a dernièrement publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, et vous y trouverez des enseignements très concluants (1). La fréquence des récidives locales évaluée en moyenne par Gross à 52,5 p. 100 pour les amputations du sein suivies du curage de l'aisselle tombe à 25,9 p. 100, lorsque l'ablation des pectoraux a été ajoutée à l'évidement axillaire. Le même bénéfice se retrouve dans la proportion des guérisons constatées au-delà de trois ans; l'adjonction à l'amputation du sein du curage de l'aisselle avait élevé de 18 à 34 p. 100 la proportion des guérisons éloignées; l'ablation des pectoraux élève à 43 p. 100 le nombre de ces guérisons prolongées. Nous pouvons donc dire et retenir ceci: dans la chirurgie du cancer du sein, l'ablation systématique des pectoraux améliore les résultats éloignés autant que le curage de l'aisselle, par tous aujourd'hui pratiqué, les avait lui-même déjà modifiées. Et nous devons d'autant plus nous soumettre ici à cette nécessité d'une exérèse très étendue que la tumeur plus ancienne a plus librement étendu ses propagations.

Mais ce n'est pas tout d'enlever largement les parties malades: il faut encore fermer la large plaie qui résulte de l'ablation de la tumeur. Or ici je ne pense pas que la réunion soit possible, je serai obligé très probablement d'avoir recours à l'autoplastie. Mais qu'est-ce que l'autoplastie du sein? pour couvrir la plaie où doit-on prendre son lambeau?

II

La réunion des plaies du sein fut depuis longtemps discutée. Il vous semble peut-être qu'en le rappelant j'évoque un âge lointain; c'est une erreur, ma génération a connu ces incertitudes et ces hésitations. Mais aujourd'hui les plaidoyers de Velpeau et de Verneuil en faveur du pansement à plat ne troublent plus votre imagination et la question est jugée. Toute plaie du sein, si large qu'elle soit, doit être suturée dans la mesure du possible.

Et en agissant ainsi, vous n'avez pas à craindre d'augmen-

(1) Cestau. *L'amputation du sein cancéreux* (*Gaz. des hôp.*, 1er juin 1901, no 62, et 8 juin 1901, no 63).

ter les chances de la récurrence, mais vous aurez la certitude d'assurer à vos malades un réel bénéfice après l'opération. Si la large plaie qui résulte de l'ablation d'un cancer étendu est laissée ouverte, elle exige un long temps pour se combler, des semaines, des mois même: pendant cette période, la récurrence a bien des chances de se produire, et la malade n'aura même pas eu cette illusion qui donne à une plaie réunie par première intention l'apparence de la guérison. Du cancer à la plaie suppurante, de la plaie à la récurrence, il n'y a qu'une succession ininterrompue de misères légères ou graves; et on peut exiger et obtenir beaucoup mieux par une réunion immédiate.

La meilleure réunion, la plus simple, la plus facile est celle qui consiste à rapprocher l'un de l'autre les deux bords de la plaie et à les suturer exactement. En tirant un peu, en tirant même beaucoup, on ferme ainsi des plaies très étendues: la traction n'est excessive qu'au début, le premier jour tout au plus. Dès le lendemain, les tissus semblent s'habituer à cette extension insolite, le sphacèle fait défaut, la réunion s'effectue convenablement.

Mais il est des plaies si larges que le rapprochement des bords n'est plus possible: c'est alors qu'il faut s'ingénier à trouver un autre moyen de les combler. Nous avons pour cela les greffes et l'autoplastie.

Les greffes à la manière de Thiersh, les greffes avec des lamelles dermo-épidermiques prises sur un autre point du corps, sur les membres inférieurs par exemple, rendent de grands services. Mais elles ont ici un inconvénient en quelque sorte local: elles n'ajoutent pas autre chose à la plaie qu'une surface épidermique, elles ne la recouvrent pas d'un tégument épais et résistant, la cicatrice reste fragile, peu solide, et ce reproche me paraît très sérieux. Je préfère l'*autoplastie*.

Celle-ci est représentée par plusieurs procédés. Ainsi Tanzi dissèque sur les téguments du dos un lambeau suffisant pour combler la perte de substance, un lambeau dont le pédicule correspond à l'angle de l'incision axillaire; il le suture

au pourtour de la plaie mammaire et réunit ensuite la plaie dorsale dont il mobilise les lèvres par deux incisions linéaires pratiquées en haut et en bas.

Roux (de Lausanne) a plutôt recours à deux incisions obliques pratiquées sur les lèvres de la plaie, l'une, supérieure courant vers la clavicule, l'autre inférieure, vers le rebord costal: elles lui permettent de mobiliser la peau et d'amener les lèvres au contact.

Quénu et Robineau procèdent à peu près de la même façon. Si la plaie est étroite, ils se contentent, comme Roux, d'une incision oblique en bas et en dehors qui libère la lèvre inférieure. Si la peau est plus vaste, ils prennent comme Tansini sur l'hypochondre un lambeau quadriatère à base postérieure, à direction parallèle à la perte de substance; ils l'attirent en haut et le suturent aux bords de la plaie mammaire. La surface cruentée résultant de la transplantation du lambeau, est comblée à son tour soit par suture simple des bords, soit par une deuxième autoplastie pareille, dont le lambeau est pris alors sur la paroi abdominale et parfois jusqu'au niveau de la fosse iliaque.

J'ai eu recours moi-même à un procédé différent et qui consiste à utiliser le sein du côté opposé. En avril 1897, j'avais à fermer une énorme plaie thoracique provenant de l'ablation d'une récidive cancéreuse: en cherchant un lambeau de peau pour recouvrir cette large surface cruentée, je me demandai pourquoi l'on n'utiliserait pas la peau voisine du sein opposé, peau intacte, toujours exubérante, et inutile, et j'imaginai le procédé que j'ai communiqué au Congrès de chirurgie en 1898. (1)

Bien que la paternité de ce procédé m'appartienne, il est juste de reconnaître que déjà quelques opérateurs avaient eu l'idée d'utiliser la peau du sein pour recouvrir une plaie du voisinage.

C'est ce que faisait Verneuil en 1858: il avait à traiter pour la quatrième fois une récidive de cancer du sein. Il opé-

(1) Legendre. *De l'autoplastie par glissement du sein* (Douzième congrès français de chirurgie, Paris, 1898, p. 225).

ra largement, dénuda les côtes, dédoublâ les muscles intercostaux " et pour trouver un lambeau suffisant, il eut l'idée d'utiliser le tégument de la mamelle saine, qui était très volumineuse et très mobile." Il tailla sur ce sein un lambeau en forme de spatule, à pédicule large et supérieur, qui fut facilement amené sur la brèche par un simple mouvement d'inflexion latérale et fixé par quelques points de suture. La réunion se fit très exactement, et Verneuil qualifiait le résultat de merveilleux. La plaie d'emprunt elle-même, pansée à plat, était cicatrisée au bout d'un mois. Malheureusement la récidive se produisit bientôt sur le lambeau, et la malade ne tarda pas à mourir.

Ici la peau avait été seule utilisée, et encore sur cette peau un seul lambeau avait été pris.

Une seconde tentative dans ce sens fut faite par mon collègue P. Delbet, et communiquée à l'Académie de médecine le 7 février 1897. Delbet avait à combler une plaie dorsale consécutive à une brûlure considérable: la plaie était énorme et mesurait 40 centimètres de hauteur sur 36 de largeur.

Il se servit de la peau du sein, qu'il décolla de chaque côté du thorax et fit glisser en arrière, jusque sur le dos. Pour avoir plus de surface cutanée, il supprima la glande, ne conserva que la peau, qui de chaque côté formait ainsi un grand volet à charnière sternale et s'adaptait exactement aux parois antérieure, latérale et postérieure du thorax.

La longueur des lambeaux n'était pas suffisante cependant pour que leur réunion fut possible, en arrière, sur la ligne médiane. Il resta à ce niveau une partie non recouverte, pour laquelle une nouvelle autoplastie dut être pratiquée. La malade guérit complètement, et ce fait constitue la première application autoplastique de la peau du sein.

Malgré certaines analogies le procédé que j'ai imaginé est assez différent. Je prends la glande mammaire toute entière avec la peau qui la recouvre et après l'avoir décollée du thorax, je la ramène sur la plaie, je fais *une autoplastie par mobilisation et transplantation du sein*.

Pour cela, je pratique dans un premier temps deux incisions

horizontales et parallèles partant de la plaie primitive: l'une est supérieure et se porte en dehors, parallèlement à la clavicule puis que sur le bord externe du sein, qu'elle dépasse, l'autre est inférieure, elle a les mêmes dimensions.

Dans un second temps, je mobilise le grand lambeau circonscrit et délimité par ces incisions: je le décolle du doigt et du ciseau de la paroi thoracique, en cheminant dans le tissu cellulaire sous-cutané, au-dessous du sein, en avant de la couche aponévrotique. Et j'obtiens ainsi un grand lambeau carré, un volet qui comprend tout le sein: il est mobile et libre sur trois ou quatre côtés, le quatrième se continue avec la peau de l'aisselle.

Ce lambeau est souple, élastique. Cependant la traction ne lui donnerait pas toujours des dimensions assez étendues pour recouvrir complètement la plaie thoracique, si je n'ajoutais un complément que je juge nécessaire. Pour permettre l'étalement du sein lui-même, je pratique sur sa périphérie deux incisions verticales et opposées. L'une part du bord supérieur du lambeau et se dirige vers le mamelon dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. En bas, une autre incision semblable part du bord inférieur du lambeau sur une étendue à peu près égale. Ces deux incisions étendent beaucoup le diamètre transversal du lambeau: en tirant sur lui on voit ces incisions s'étaler, s'élargir en même temps que le sein lui-même s'efface et s'aplatit; et en somme l'incision libératrice donne en plus au lambeau à peu près autant de largeur qu'elle a elle-même de hauteur. La longueur de ces incisions libératrices sera donc d'autant plus grande que la plaie à recouvrir est plus large et aussi que le sein est plus volumineux et qu'il y a plus d'étoffe à utiliser à sa surface.

C'est donc la peau du sein plus que la peau du thorax qui sert à l'autoplastie: là est l'idée originale du procédé, qui met à profit la ressource que lui procure la peau flasque et inutile du sein lui-même.

Dans un quatrième temps, je pratique la suture: d'abord aux angles du lambeau pour l'étirer, pour l'étalement exactement à la surface de la plaie; puis sur les quatre côtés; je puis

ainsi recouvrir complètement des plaies cancéreuses, et sans que la réunion ait été entravée ailleurs qu'aux angles et surtout à l'angle supérieur du lambeau. Le nombre des sutures à placer est assez considérable pour que l'affrontement soit bien exactement assuré.

III

Vous vous demandez sans doute, Messieurs, comment un si large lambeau peut vivre et se nourrir après un décollement si étendu.

Il se fait, une grande partie des artères nourricières du sein sont supprimées: dans cette région, où les vaisseaux affluent de toutes parts il y a d'abord les collatérales antérieures de la mammaire interne, qui perforent le grand pectoral: elles sont supprimées. Il y a ensuite l'artère acromio-thoracique, qui se porte entre le grand et le petit pectoral, revient en traversant le grand pectoral se répandre dans la région mammaire: elle aussi est supprimée.

Il ne reste plus que la thoracique inférieure ou mammaire externe, qui descend de l'axillaire le long de la paroi thoracique et en s'anastomosant avec les rameaux antérieurs des artères intercostales donne des branches aux ganglions axillaires, au muscle sous-scapulaire, au grand dentelé, aux pectoraux, aux intercostaux, à la glande mammaire et à la peau de la région antéro-latérale du thorax. Celle-ci est conservée le plus souvent; le décollement va jusqu'à son niveau sans la dépasser. Et c'est elle qui doit assurer la vitalité du lambeau. Si la thoracique inférieure était supprimée, la vascularisation ne pourrait plus se faire que par la scapulaire inférieure, qui, trop éloignée serait insuffisante à la tâche qu'on lui demande. Mais je crois qu'on peut conserver la thoracique inférieure et avoir par cette artère une irrigation suffisante.

D'ailleurs les résultats sont là pour montrer ce qu'on obtient de cette autoplastie: dans les cas que j'ai vus, il n'y eut jamais de sphacèle si ce n'est au niveau de l'angle supérieur du lambeau. Est-ce seulement par sa propre vascularisation que ce lambeau se nourrit? N'y a-t-il pas aussi intervention d'une

vascularisation d'emprunt comme il arrive très vite d'ordinaire pour les lambeaux transplantés? J'ai de bonnes raisons de penser qu'il en est ainsi: mais quelque soit le mode adopté, l'irrigation ne fait pas défaut et la contrition du lambeau se fait dans des conditions très favorables.

Il est un point que je n'ai pas encore vérifié; c'est celui qui a trait à la sensibilité du lambeau. Est-elle supprimée? est-elle seulement atténuée? je ne le sais. Toutefois, les nerfs qui se rendent à la mamelle sont eux aussi pour la plupart supprimés, telles les branches du plexus cervical superficiel qui croisent la clavicule, tels les cercles perforant des intercostaux, il ne reste que les perforants latéraux: ceux-ci ont un point d'analgésie si latéral, que leur intégrité est conservée, et c'est à eux qu'il appartient d'assurer l'innervation du lambeau.

Toutes les craintes que vous pourriez avoir à ce sujet sont donc sans fondement.

J'ai eu plusieurs fois, d'ailleurs, recours à ce procédé d'autoplastie, et j'en ai toujours eu de bons résultats immédiats.

Presque toujours, il est vrai, les malades ont récidivé assez rapidement: mais la récurrence n'a rien à voir avec le procédé. Il s'agissait presque toujours d'opérations itératives faites pour récidives de cancers, les cas étaient mauvais pour l'avenir, et en cherchant un nouveau moyen d'autoplastie, je me proposais seulement de recouvrir complètement une large plaie et d'assurer son oblitération immédiate, à ce point de vue j'ai pleinement réussi.

Ce procédé d'ailleurs a été utilisé par plusieurs chirurgiens en France et à l'étranger, quelques-uns même y ont apporté d'heureuses modifications.

Un des premiers, Grœve, d'Upsal, y avait recours presque en même temps que moi: sa communication est reproduite dans le *Centralblatt* du 8 octobre 1898: je faisais la mienne au Congrès de chirurgie la même année (séance du 19 octobre), mais mon opération avait eu lieu dix-huit mois avant en avril 1897; et Grœve ne connaissait pas plus mon opération que je ne pouvais savoir la sienne. Grœve utilise comme moi la mamelle saine quand il recouvre la plaie opératoire et le

résultat de cette autoplastie fut, dit-il, très satisfaisant. Asaky, Francke, Morestin, Chavannaz, l'ont utilisé à nouveau et dans des conditions également très heureuses (1).

Morestin avait à combler une très large surface cruentée provenant de l'ablation d'un cancer récidivé du sein droit. Il mobilisa le sein gauche suivant mon procédé et obtint la réunion par première intention sauf au niveau d'un des angles, le supérieur, qui se sphacéla. Mais plus tard la récidive se fit dans le sein transplanté: et Morestin se demande si pour parer à une éventualité de cette nature, il n'y aurait pas lieu de supprimer le sein avant de le déplacer et de ne conserver que la peau. Je ne pense pas que souvent la récidive doive se produire dans le sein conservé; qu'on l'examine minutieusement à l'avance, soit, il n'y a là rien que de très naturel. Mais quand la glande est saine, je crois qu'on peut la mobiliser avec la peau sans arrière pensée: la récidive presque fatale dans ces cas se fera plus profondément, sous le sein lui-même, et il y aura seulement apparence de récidive dans le sein. Je ne vois donc pas là une raison suffisante pour enlever toujours la glande.

Mais cependant je reconnais qu'il peut y avoir dans certains cas avantage à la supprimer, pour se donner du jour quand elle est très volumineuse et pour obtenir plus librement cet accolement de la peau au thorax qui donnera au lambeau la plus grande largeur possible.

Il me reste pour finir à réfuter une objection d'ordre esthétique: on reproche à cette autoplastie de déformer la région, de couturer de cicatrices la face antérieure du thorax et de créer avec la cyclopie mammaire quelque chose de hideux et d'in vraisemblable. Messieurs, malgré tout le respect que j'ai pour les observations et les critiques de mes collègues, je ne saurais dire que cette objection me préoccupe beaucoup. Que par mon autoplastie la région soit déformée et disgracieuse, je ne le saurais contester; mais vraiment est-ce que cela a une grande importance? Je vous le demande.

Il s'agit de malades presque toujours âgées, l'opération s'adresse à un cancer étendu ou à une récidive, et les jours de

(1) Morestin. *Gazette des hôpitaux*, 16 avril 1898, p. 425.

la malade sont comptés; c'est une affaire de quelques mois, la question de beauté devient très secondaire. Lorsque je fais la transplantation du sein, c'est une plaie énorme que j'ai à recouvrir, que je prenne mon lambeau ici ou là, ce sera toujours des cicatrices ajoutées à d'autres: le thorax sera toujours déformé, et l'esthétique sacrifiée par n'importe quel moyen.

D'ailleurs, je ne viens pas vous recommander ce procédé pour toutes les amputations du sein: j'en crois au contraire qu'il n'a que des indications très exceptionnelles. Dans la grande majorité des cas, vous pouvez réunir la plaie directement en tirant un peu ou beaucoup sur les bords pour les amener au contact. Mais quand vous aurez affaire à des cancers très étendus, pour lesquels une large surface cutanée doit être supprimée, quand surtout vous avez à opérer une récidive, vous ne trouverez plus assez d'élasticité à la peau voisine pour qu'elle puisse recouvrir totalement la plaie que vous avez créée. C'est alors qu'il y a avantage à prendre là, tout à côté de cette plaie, sur le sein opposé cette peau inutile et exhubérante, qui ne demande qu'à recouvrir utilement la surface cruentée adjacente. Voilà les cas dans lesquels vous aurez à utiliser avec avantage ce procédé, et vous y aurez surtout recours, dans les cas où la mamelle saine affecte ces dimensions excessives que l'on voit souvent chez les femmes âgées et qui par l'étendue de sa surface cutanée vous fourniront précisément tout l'étoffe nécessaire.

C'est pour ces raisons que sur notre malade j'aurai recours à cette autoplastie si comme je le pense la réunion naturelle est impossible; et j'espère que j'en obtiendrai ici les bons résultats que j'en ai eus chez une autre malade.

Conformément à ces indications, l'opération a été pratiquée après la clinique.

La glande fut enlevée avec une grande étendue de peau, les ganglions axillaires furent enlevés en même temps que la tumeur; les muscles pectoraux furent supprimés également; et pour réunir, l'énorme plaie résultant de cette exérèse étendue, le sein du côté opposé fut mobilisé et adapté à la surface cruentée.

La réunion se fit par première intention sauf au niveau de l'angle supérieur du lambeau où il y eut un petit point de sphacèle. La malade quittait l'hôpital six semaines après l'opération.

LES ALIÉNÉS AU CANADA. (1)

Par E.-P. CHAGNON,

Professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique de Paris, membre honoraire de la Société de Médecine de Belgique, membre actif de l'American Medico-Psychological Association.

Une étude d'ensemble sur ce sujet présente, à l'heure actuelle, des difficultés, à cause de l'insuffisance des rapports statistiques officiels.

Les surintendants des asiles dans le rapport annuel qu'ils font à leur gouvernement provincial respectif, ne se guident pas sur un système de tableaux statistiques identiques pour tous les asiles des différentes provinces: chaque province a son système particulier: quelques-unes en ont même un, variable pour chaque asile.

C'était le cas de notre province jusqu'à ce que la *Société Médico-Psychologique* de Québec, adoptât, à notre suggestion, à sa dernière réunion, une nomenclature officielle pour la Province de Québec. Différents autres tableaux statistiques sont à l'étude et seront soumis à la société à sa prochaine réunion.

Ce défaut d'uniformité dans les rapports officiels rend difficile une étude générale sur les aliénés. Il est donc à désirer qu'une commission composée d'un représentant de chaque province soit nommée avec mission de préparer une série de tableaux qui assureront l'uniformité des rapports officiels dans toute la Puissance.

Il sera facile alors de faire des études très utiles sur les aliénés au point de vue économique ou social. Car il sera bientôt nécessaire de considérer non seulement la question de l'entretien de ces malades, mais celle, plus importante, d'enrayer la marche progressive des maladies mentales.

Nous nous bornerons aujourd'hui à l'étude sommaire du mouvement de la population dans les asiles durant les trois dernières périodes décennales, étude pour laquelle nous avons pu, malgré tout, réunir des données suffisantes, grâce à la bienveillance des surintendants des asiles.

Le premier tableau nous donne, pour chaque province, le nombre des aliénés internés à la fin de chaque période fiscale

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique de Québec, le 13 mars 1902.

durant les dix dernières années, excepté pour la province de la Nouvelle-Écosse, où il a été impossible de connaître le chiffre des aliénés internés dans les asiles de comté, antérieurement à 1895.

TABLEAU No 1 indiquant la population de nos asiles à la fin de chaque année fiscale de la dernière période décennale.

| | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 | 1897 | 1898 | 1899 | 1900 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Ontario | 3,888 | 4,073 | 4,240 | 4,406 | 4,614 | 4,723 | 4,909 | 5,029 | 5,084 | 5,152 |
| Québec | 2,544 | 2,621 | 2,650 | 2,697 | 2,803 | 2,833 | 2,905 | 2,966 | 2,981 | 3,025 |
| Nouvelle-Écosse (1)..... | | | | | 878 | 883 | 955 | 934 | 963 | 1,003 |
| Nouveau Brunswick | 466 | 461 | 379 | 482 | 506 | 495 | 498 | 487 | 524 | 517 |
| Manitoba et N.-Ouest..... | 153 | 199 | 255 | 297 | 311 | 318 | 379 | 417 | 419 | 452 |
| Colombie Anglaise et Yukon | 129 | 135 | 133 | 162 | 164 | 171 | 204 | 226 | 243 | 262 |
| Ile du Prince-Édouard | 137 | 137 | 137 | 153 | 167 | 174 | 184 | 183 | 188 | 184 |
| Puissance du Canada | | | | | 9,443 | 9,617 | 10,034 | 10,212 | 10,402 | 10,625 |

(1) Ce n'est qu'à dater de 1895, que l'on commença à publier les statistiques des asiles de comtés. Avant les années 1891-92-93-94, la population du *Nova Scotia Hospital* était respectivement de 354, 363, 354 et 371.

D'après ce tableau, nous voyons que les chiffres des aliénés internés dans les asiles a été constamment en augmentant chaque année.

Il importe de savoir si cette augmentation est simplement proportionnelle à l'augmentation de la population, ou si elle est réelle, c'est-à-dire, si le pourcentage de l'aliénation dans chaque province s'est accru effectivement.

C'est ce que nous avons recherché dans le tableau No 2.

TABLEAU No 2 indiquant l'augmentation et la diminution proportionnelles et réelles des aliénés, calculées sur les recensements de 1891 et 1901.

| | Recensement. | Population. | Aliénés. | Augmentation proportionnelle. | Augmentation réelle. | Diminution réelle. |
|------------------------------|--------------|-------------|----------|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Ontario | 1891 | 2,114,321 | 3,888 | 0.0018 | | |
| | 1901 | 2,182,942 | 5,152 | 0.0023 | 0.0005 | |
| Québec | 1891 | 1,488,535 | 2,548 | 0.0017 | | |
| | 1901 | 1,618,898 | 3,025 | 0.0018 | 0.0001 | |
| Nouvelle-Écosse | 1891 | 450,396 | 878 | 0.0019 | | |
| | 1901 | 459,574 | 1,014 | 0.0022 | 0.0003 | |
| Nouveau-Brunswick | 1891 | 324,263 | 465 | 0.0014 | | |
| | 1901 | 331,120 | 517 | 0.0017 | 0.0003 | |
| Manitoba et Nord-Ouest..... | 1891 | 138,127 | 153 | 0.0011 | | |
| | 1901 | 438,925 | 452 | 0.0010 | | 0.0001 |
| Colombie Angl. et Yukon..... | 1891 | 98,173 | 223 | 0.0013 | | |
| | 1901 | 204,439 | 269 | 0.0013 | 0.0001 | |
| Ile du Prince-Édouard..... | 1891 | 109,078 | 137 | 0.0013 | | |
| | 1901 | 103,259 | 184 | 0.0018 | 0.0005 | |
| Puissance du Canada..... | 1891 | 4,719,893 | 8,193 | 0.0017 | | |
| | 1901 | 5,369,157 | 10,636 | 0.0020 | 0.0003 | |

D'après les chiffres ci-dessus nous constatons que le Manitoba et le Nord-Ouest présentent une diminution d'un aliéné

par dix mille âmes, de 1891 à 1901 : que la Colombie Anglaise et le Yukon sont restés stationnaires; qu'au contraire, les autres provinces accusent une augmentation réelle dont voici le taux pour chacune d'elles: Ontario, offre une augmentation réelle de cinq aliénés par dix mille âmes; Québec, un par dix mille; la Nouvelle-Ecosse, trois par dix mille; le Nouveau-Brunswick, trois par dix mille; l'Île du Prince-Edouard, cinq par dix mille; la Puissance du Canada, trois par dix mille.

L'aliénation mentale a donc véritablement augmenté au Canada durant les dix dernières années.

Si nous comparons ces chiffres à ceux des deux périodes décennales précédentes, 1871-1881, 1881-1891, voici ce que nous remarquerons d'après le tableau No 3.

TABLEAU No 3, indiquant l'augmentation et la diminution proportionnelles et réelles des aliénés calculées sur les recensements de 1871, 1881, 1891 et 1901.

| | Recensement. | Population. | Aliénés. | Augmentation proportionnelle. | Augmentation réelle. | Diminution réelle. |
|------------------------------|--------------|-------------|----------|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Ontario..... | 1871 | 1,620,851 | 1,366 | 0.0008 | | |
| | 1881 | 1,926,922 | 2,521 | 0.013 | 0.0005 | |
| | 1891 | 2,114,321 | 3,888 | 0.0018 | 0.0005 | |
| | 1901 | 2,182,942 | 5,152 | 0.0023 | 0.0005 | |
| Québec..... | 1871 | 1,191,516 | 788 | 0.0006 | | |
| | 1881 | 1,339,027 | 1,683 | 0.0012 | 0.0006 | |
| | 1891 | 1,488,535 | 2,548 | 0.0017 | 0.0005 | |
| | 1901 | 1,648,898 | 2,957 | 0.0018 | 0.0001 | |
| Nouvelle-Ecosse..... | 1891 | 450,396 | 878 (1) | 0.0019 | | |
| | 1901 | 459,574 | 1,014 | 0.0022 | 0.0003 | |
| Nouveau Brunswick..... | 1871 | 285,591 | 246 | 0.0009 | | |
| | 1881 | 321,233 | 312 | 0.0010 | 0.0001 | |
| | 1891 | 321,263 | 466 | 0.0014 | 0.0004 | |
| | 1901 | 331,120 | 547 | 0.0017 | 0.0003 | |
| Manitoba et Nord-Ouest..... | 1881 | 118,706 | 47 (2) | 0.0004 | | |
| | 1891 | 138,127 | 153 | 0.0011 | 0.0007 | |
| | 1901 | 433,925 | 452 | 0.0010 | | 0.0001 |
| Colombie Angl. et Yukon . | 1870 | 36,247 | 16 (3) | 0.0004 | | |
| | 1881 | 49,359 | 48 | 0.0010 | 0.0006 | |
| | 1891 | 98,173 | 123 | 0.0013 | 0.0003 | |
| | 1901 | 204,439 | 262 | 0.0013 | 0.0000 | |
| Île du Prince-Edouard . | 1871 | 94,021 | 64 (4) | 0.0007 | | |
| | 1881 | 108,891 | 97 | 0.0009 | 0.0002 | |
| | 1891 | 109,078 | 137 | 0.0013 | 0.0004 | |
| | 1901 | 103,259 | 184 | 0.0018 | 0.0005 | |
| Puissance du Canada (5)..... | 1871 | 3,307,221 | 2,489 | 0.0007 | | |
| | 1881 | 3,884,238 | 4,708 | 0.0012 | 0.0005 | |
| | 1891 | 4,269,497 | 7,315 | 0.0017 | 0.0005 | |
| | 1901 | 4,909,583 | 9,622 | 0.0020 | 0.0003 | |

(1) Au 30 septembre 1885, antérieurement à cette date, l'on ne tenait pas compte dans les rapports officiels du nombre d'aliénés internés dans les asiles de femmes. Nous avons pu pour cette raison utiliser les statistiques que nous fournit le rapport annuel du *Nora Scotia Hospital* pour la période remontant à 1871.

(2) Au 31 décembre 1885.

(3) Au 31 décembre 1872.

(4) Au 31 décembre 1874.

(5) A l'exception de la Nouvelle-Ecosse.

Ontario vient en première ligne avec une augmentation réelle de cinq aliénés par dix mille âmes pour chaque période; puis Québec, qui, après avoir souffert d'une augmentation réelle dans la première période, 1871-1881, de six par dix mille, puis de cinq par dix mille dans la seconde période, 1881-1891, tombe à une augmentation réelle de un aliéné seulement par dix mille âmes de 1891 à 1901; ensuite le Nouveau-Brunswick avec une augmentation de un par dix mille de 1871 à 1881, de quatre par dix mille de 1881 à 1891, et de trois par dix mille de 1891 à 1901. La Colombie Anglaise et le Yukon, après avoir présenté une augmentation de six aliénés par dix mille âmes de 1871 à 1881, de trois par dix mille de 1881 à 1891, reste stationnaire pour la période décennale 1891 à 1901; le Manitoba et le Nord-Ouest offrent une augmentation de sept aliénés par dix mille âmes de 1881 à 1891, et une diminution de un par dix mille de 1891 à 1901; l'Île du Prince-Édouard une augmentation de deux par dix mille de 1871 à 1881, de quatre par dix mille de 1881 à 1891, et de cinq par dix mille de 1891 à 1901.

Si nous récapitulons, nous avons pour la Puissance du Canada, moins la Nouvelle-Écosse, une augmentation de cinq aliénés par dix mille âmes pour la période s'étendant de 1871 à 1881; une augmentation de cinq par dix mille pour la période de 1881 à 1891, et une augmentation de trois par dix mille pour la période de 1891 à 1901, ce qui représenterait une augmentation de treize aliénés par dix mille âmes pour les trois dernières périodes décennales.

Notre étude démontre donc une augmentation réelle de l'aliénation au Canada durant les trois dernières périodes décennales.

Nous n'avons pas à insister sur l'obligation de rechercher la cause de cette augmentation en ce pays. Nous en comprenons toute la nécessité. C'est un problème qui demande, pour être résolu, le concours de tous les médecins qui ont fait une étude spéciale de l'aliénation.

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE AIGÜE. (1)

Par le Dr G. F. UTHIER (de St-Guillaume d'Upton.)

Le traitement de la néphrite aiguë infectieuse, communément appelée néphrite a frigore, est si bien compris par la profession en général, qu'il paraîtra oiseux d'attirer votre attention de nouveau ce soir sur cette question.

Néanmoins, je crois devoir vous communiquer mes impressions sur un fait qui semble par trop négligé et qui, dans mon humble opinion, est la cause d'accidents graves dans le cours de cette maladie, dont le pronostic ne me paraît pas aussi terrible qu'on le dit.

Il est généralement admis que la néphrite aiguë est de cause infectieuse et, comme il a été bien établi dans la discussion qui a eu lieu ici même, à une réunion des membres de la Société Médicale en date du 4 février, le froid est justement considéré comme simple cause occasionnelle.

Les travaux de Bouchard sont trop récents pour avoir été oubliés. N'est-ce pas lui qui, par ses expériences nombreuses sur la toxicité des urines, a prouvé que la cause des néphrites aiguës devait être souvent recherchée du côté des intestins. Un grand nombre de poisons alcaloïdiques formés dans les voies digestives doivent être incriminés, c'est de l'auto-intoxication pure et simple. Il a dit que l'homme est continuellement menacé d'empoisonnement; qu'il travaille sans cesse à sa destruction et tente de se suicider à chaque instant; néanmoins il échappe à la mort, car la nature réussit à éliminer le poison.

Passons sous silence toutes les maladies infectieuses: diphtérie, fièvre typhoïde, scarlatine, etc., etc., ainsi que les maladies dyscrasiques, diathésiques et spécifiques, qui, toutes, doivent entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la néphrite aiguë.

Tout en reconnaissant que l'exposition au froid peut, à elle seule, causer une congestion et une inflammation aiguë du

(1) Communication lue devant la Société Médicale de Montréal, séance du 18 mars.

rein, tout comme pour les voies nasales et bronchiques, l'action du froid n'est pas toujours immédiate, directe, mais elle coopère en affaiblissant l'organisme à augmenter sa réceptivité morbide ainsi qu'elle augmente la virulence des microbes et ouvre la porte par laquelle ils peuvent entrer.

Ces quelques notions bien incomplètes d'étiologie étant admises, je désire borner mes remarques sur ce que l'on doit faire dans le traitement de la néphrite aiguë et surtout sur ce que l'on ne doit pas faire.

Posons comme principe que le traitement doit être dirigé de manière à aider la nature à éliminer les produits toxiques par d'autres voies et à diminuer autant qu'il est possible le travail du rein. Les principales voies d'élimination dont la nature est pourvue, sont les voies rénales, intestinales et cutanées.

Ici, il ne peut être question de la voie rénale, puisque le rein est devenu insuffisant, incapable de remplir son importante fonction, qui, à l'état normal, suffit souvent à remplacer les deux autres. Nous devons donc diriger nos batteries vers les deux autres voies qui restent en disponibilité et qui ne demandent qu'à venir au secours de l'organe qui, en tant d'autres circonstances, a été pour elles la sentinelle prudente et vigilante, toujours prête à rétablir l'équilibre brisé.

Ce but est facilement atteint en faisant des applications chaudes qui activent l'excrétion cutanée. Les *bains chauds*, répétés toutes les six ou huit heures, s'imposent; et, pendant les intervalles des bains, le malade, étant au lit, doit être entouré de bouteilles d'eau chaude. Les *bains de vapeur* sont facilement appliqués au moyen d'appareils très simples. Un des meilleurs moyens est l'enveloppement dans un *drap mouillé* le *hot pack*. Cet enveloppement peut être prolongé pendant une heure une ou deux fois par jour, plus souvent si le cas est grave.

La *pilocarpine* en injection hypodermique, à la dose de $\frac{1}{5}$ de grain, est un médicament merveilleux, pourvu que la tension artérielle ne soit pas trop abaissée. Les *purgatifs salins*, abstraction faite des sels de potasse qui sont eux-mêmes tox-

iques, le jalap, l'élatérium, le sulfate de magnésie, la crème de tarte, sont les médicaments de choix pour la voie intestinale et ils sont employés dans un double but d'élimination et d'épuration. Le régime lacté absolu et la diète hydrique forment la base du traitement.

J'ai parlé de la pilocarpine en injection hypodermique. L'usage de ce médicament présente certains inconvénients qu'il convient de connaître. Chez un sujet pléthorique il agit conjointement avec une saignée de 500 grammes d'une manière admirable; chez les personnes faibles il peut remplacer la saignée; néanmoins il faut songer aux accidents du côté des poumons: œdème pulmonaire; et du côté du cœur: asystolie, collapse. Ces accidents sont avantageusement combattus par l'hypodermoclyse et l'entéroclyse avec le sérum artificiel employées conjointement. J'ai déjà cité mes observations dans la "Revue Médicale du Canada" et signalé les bons effets de l'entéroclyse et de l'hypodermoclyse dans le traitement de la toxicohémie puerpérale. J'ai aussi combattu avec succès le collapse causé par la vératrum veridé, au moyen de cette méthode qui stimule le cœur, augmente la diaphorèse. La saignée a ses indications particulières, les *ventouses sèche*, et les *ventouses scarifiées* sont recommandées par tous les médecins qui ont écrit sur le traitement de la néphrite aiguë, et ce moyen, quoiqu'on en dise et quelque vieux qu'il soit, ne doit jamais être négligé par les médecins modernes. J'y trouve moins d'inconvénients qu'à l'usage des diurétiques.

Nous ne devons jamais oublier que certains remèdes: la *digitaline* par exemple, la *diurétine*, qui est un mélange de théobromine et de salicylate de soude, sont en grande partie éliminés par les reins et qu'ils peuvent irriter cet organe atteint de néphrite aiguë. Je désire attirer l'attention des médecins sur cet effet nuisible; on ne se soucie pas assez de l'organe malade.

C'est un fait bien reconnu que certains médicaments produisent beaucoup d'irritation; les diurétiques, particulièrement la digitale, ferment le rein davantage, lorsque cet organe

est déjà insuffisant, comme il l'est d'ailleurs au début d'une néphrite aiguë.

Je crois, en thèse générale, qu'il est dangereux et peu pratique de donner crédit des bons effets d'une médication à certains remèdes et d'accuser la maladie des accidents désagréables et quelquefois mortels qui suivent l'usage de ces mêmes remèdes.

Ces remarques me portent à vous parler de certains médicaments dangereux, toxiques que l'on semble employer avec trop de hardiesse. La *digitaline*, par exemple, est quelquefois employée au début d'une néphrite aiguë. C'est ce que je n'oserais faire surtout à la dose de 1/60 de grain (un milligramme), en injection hypodermique, toutes les trois heures et cela pendant une période de 48 heures: ce qui représente 16 milligrammes de digitaline en deux jours. Or, on sait qu'un milligramme de digitaline Nativelle est le maximum de la dose pour un adulte, et que ce milligramme de digitaline cristallisée représente 127 gouttes de teinture alcoolique de digitale du codex.

Albert Robin conseille de ne jamais continuer l'administration de la digitale trop longtemps, même à petites doses. Il est préférable, comme pour tous les médicaments accumulateurs, de prescrire une dose massive: un milligramme de digitaline, en une fois, pendant un seul jour, et non pas de petites quantités qui, répétées, s'ajoutent les unes aux autres et finissent par faire éclater d'une manière rapide et inopinée des accidents souvent irrémédiables d'intoxication. Ces accidents sont d'autant plus graves que nous ne connaissons pas d'antidotes réels à cet empoisonnement: le café, les injections de caféine, d'éther ou de strychnine, sont sans action réelle.

" Il faut prescrire la digitale à dose assez massive, pendant un seul jour, et n'en répéter l'emploi qu'après l'élimination totale du médicament, c'est-à-dire après dix, quinze ou vingt jours."

Le docteur Robin a assisté à cinq intoxications digitales dont l'une malheureusement s'est terminée par la mort. Le malade, en six semaines, avait pris 400 gouttes de la solu-

tion de digitaline cristallisée au millième, ce qui représente huit milligrammes; juste la moitié de la dose prise en 48 heures par un malade dont le cas est rapporté dans le dernier numéro de "l'Union Médicale."

Une grande faiblesse du pouls avec rapidité des pulsations du cœur, tachycardie, accompagnée ensuite de faux pas et d'irrégularité, pâleur, lipothymies et syncopes, convulsions, anurie complète sont les accidents de l'intoxication digitalique qui se terminent rapidement par la mort. Dans l'observation citée, je trouve une description exacte de tous ces symptômes. Devons-nous les attribuer à l'urémie mise en cause, ou à l'intoxication digitalique?

Ma prétention ne va pas jusqu'à proscrire la digitale du traitement de la néphrite et des hydropysies rénales, mais j'affirme qu'il faut une préparation du système, qui n'est pas toujours prêt à recevoir ce remède. Il faut, comme le conseillent si justement Huchard et Robin, faire disparaître les barrages par un traitement approprié. Ces barrages peuvent exister à la périphérie ou au centre de l'économie, les reins ou le foie sont souvent insuffisants.

Une bonne saignée de 500 grammes, chez les pléthoriques, une dérivation intestinale et cutanée, le régime lacté absolu pendant quelques jours, ventouses à la région lombaire, bains chauds, bains de vapeur, sudorifiques, pilocarpine, lavage du sang, voilà la saine thérapeutique qu'il faut préconiser et suivre dans la néphrite aiguë.

Ce qu'il ne faut pas faire c'est de surcharger l'organe et forcer le rein à éliminer un nouveau poison, lui qui est déjà in affisant et chargé de débarrasser l'économie de tous les poisons alcaloïdiques découverts par Bouchard et qui rendent déjà l'urine toxique à un haut degré.

Ces hautes doses de digitaline tuent les malades à brève échéance et expliquent ces accidents inopinés qui restent le secret de la tombe et que l'autopsie la plus parfaite ne peut pas révéler.

ETUDE CRITIQUE SUR L'EMPLOI DU SÉRUM
ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS L'INFECTION
PUERPÉRALE (1)

Par ELPHEGE A. RENE DE COTRET.

Professeur adjoint d'Obstétrique à l'Université Laval, Accoucheur de la Maternité.

(Suite)

LETTRE XI

122 rue de la Boétie.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons reçu, le Dr Tissier et moi, votre questionnaire. Nous vous adressons le travail que nous avons publié sur ce sujet.

Peut-être vous intéressera-t-il. Il a au moins le mérite d'être le premier travail d'ensemble écrit sur ce sujet.

Depuis que nous l'avons écrit notre sentiment ne s'est guère modifié.

Nous serons heureux de posséder votre travail et nous vous prions d'accepter l'expression de nos meilleurs sentiments.

Signé

Dr PAUL BAR.

Le 9, XI, 1901.

Cette lettre dit beaucoup en peu de mots: "Depuis que nous l'avons écrit notre sentiment ne s'est guère modifié."

Voyons ce sentiment, cherchons-le dans le travail publié dans l'Obstétrique de 1896, numéros de mars et de mai.

Après avoir cité un certain nombre d'observations, MM. Bar et Tissier s'expriment ainsi:

"Tels sont les faits que nous avons observés. La conclusion qui se dégage des observations qui précèdent est que l'emploi des sérums auxquels nous avons eu recours est loin de nous avoir donné les résultats que nous en attendions. En effet, à ne considérer que le résultat final, on voit que sur 12 cas où nous avons eu recours au sérum de Marmoreck, nous avons eu 6 morts et 6 guérisons. Sur les 4 cas dans lesquels nous avons employé le sérum de Roger, trois fois les malades succombèrent; une fois il y eut guérison et le sérum paraît avoir eu une action heureuse."

Laissez-moi revenir quelque peu sur l'histoire des observations et voir si, réellement, dans les six cas de guérisons coïn-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 4 mars 1902. (Voir L'UNION MÉDICALE, numéro de mars.)

cidant avec l'emploi du sérum de Marmoreck, ces guérisons sont dues au sérum.

Dans l'observation II, Ba. et Tissier nous disent: " Celle-ci (la température) ne paraît pas être très-influencée par les injections de sérum. Nous avons fait prendre la température vaginale heure par heure, pendant toute la durée du traitement. Il ne sembla pas qu'elle s'accrût ou diminuât après les injections."

Dans l'observation V, nous lisons: " Dans ce cas l'infection paraissait essentiellement due au streptocoque. Elle semblait légère. Nous avons injecté 15 c. c. de sérum et avons fait la première injection au deuxième jour après l'accouchement. L'action du sérum sur la température et sur le pouls est difficile à préciser."

Oui, d'autant plus difficile à préciser que l'injection de sérum a été donnée à 10 heures du matin, que la température se relevait et montait vers 4 heures le même soir, et qu'alors on fit un écouvillonnage à la créosote. Dès lors l'état s'améliore.

La conclusion de l'observation VI est ainsi formulée: " L'infection était légère. La malade a reçu 4 c.c. de sérum. Celui-ci n'a eu aucune action nette sur la température, ni sur le pouls."

Dans l'observation VIII, " la nommée C. était atteinte de streptococcie peu sévère... En examinant la courbe de la température prise heure par heure, on voit que la première injection a été suivie immédiatement d'une légère élévation de température, qui a, alors, son maximum C. 40.8 pendant une heure. Elle n'a cessé de décroître depuis ce moment. L'état général a toujours été excellent.

Il faut remarquer que le sérum n'a pas été employé seul. On y ajouta de longues irrigations intra-utérines au *biborati* et à l'*car iodée* qui seules auraient bien pu amener la guérison.

" Le cas ici (observation IX) semblait léger et l'état général n'a cessé d'être excellent. Les accidents paraissent devoir être légitimement attribués au streptocoque... Il est fort dif-

ficile de déterminer l'influence que le sérum a exercée sur la marche de la température."

Dans l'observation XII, "l'état de la malade n'a jamais cessé d'être bon. Il a semblé que le streptocoque pouvait être accusé. La quantité de sérum injecté a été de 80 c.c. Les injections ont été bien supportées. Peut-être ont-elles eu une action heureuse sur la marche de la température."

Voilà un "peut-être" très significatif.

Devons-nous conclure de ces six cas de guérison que cette dernière est due au sérum? Loin de là, et les auteurs du travail sont les premiers à mettre en doute l'efficacité de ce remède. Peut-être aurions-nous pu le penser un instant si nous n'avions pas lu les observations. Mais cette lecture nous laisse croire que les irrigations intra-utérines prolongées ou les écouvillonnages ont été pour beaucoup sinon pour tout dans la guérison.

Maintenant voyons avec MM. Bar et Tissier "quelles sont les causes des échecs?"

I. "Nous (Bar et Tissier) avons dit, plus haut, que l'infection puerpérale n'était pas toujours due à de la streptococcie pure; que, le sérum ayant une action spécifique sur le streptocoque, il était nécessaire qu'un diagnostic bactériologique précédât toujours l'adoption de cette méthode thérapeutique.

"Sur les 12 observations ayant trait à l'emploi du sérum de Marmoreck, une fois (observation No XI) le diagnostic bactériologique n'a pas été posé; 7 fois la streptococcie paraît avoir existé seule. Dans un cas on ne trouva pas de streptocoques. Dans trois faits, le streptocoque exista, mais associée à d'autres micro-organismes..."

"Les faits dans lesquels nous eûmes recours au sérum de Roger, deux fois le streptocoque parut exister seul ou presque seul; et deux fois associé au colibacille ou au bacille de la grippe.

"Quel résultat a donné l'emploi du sérum?"

"Sérum de Marmoreck: sur 7 cas, dans lesquels le streptocoque a existé presque seul, nous comptons 3 guérisons et 4 morts.

" Associations de streptocoques et de colibacille, 2 fois, 2
" morts.

" Streptocoques et pneumocoques, 1 fois, 1 guérison.

" 1 fois par de streptocoques: guérison.

" Sérum de Roger: deux fois le streptocoque existait seul.
" les malades sont mortes.

" 1 fois association de streptocoques et de microbes de la
" grippe, guérison.

" 1 fois streptocoques et colibacille, mort."

La grande conclusion que tirent Bar et Tissier on peut l'écrire en très gros caractères:

" Quelle qu'ait été disent-ils, la variété de l'infection que nous avons rencontrée, le résultat a donc été médiocre, sinon nul."

II. MM. Bar et Tissier se demandent s'ils n'ont pas usé trop tard du sérum.

" Ce reproche, disent-ils, ne peut nous être fait pour beaucoup de nos autres cas: témoin, l'observation III dans laquelle la première injection fut pratiquée le 2e jour de la maladie, 20 jours avant la mort."

...L'observation IV, où la première injection fut pratiquée le jour même de l'accouchement...

...L'observation X où la première injection fut faite le 3e jour qui suivit l'apparition des accidents, 20 jours avant la mort."

III. Comme troisième cause d'échec, Bar et Tissier se demandent s'ils ne doivent pas accuser l'insuffisance du pouvoir du sérum, la virulence trop grande de l'infection puerpérale. Par leurs observations Bar et Tissier prouvent à Marmoreck que le traitement local doit être employé même si l'on fait usage de sérum, et que ce dernier est inutile dans le traitement local.

Aujourd'hui, comme en 1896, MM. Bar et Tissier nous répondent, puisque leur sentiment ne s'est guère modifié: " Les faits que nous rapportons montrent malheureusement trop bien qu'on ne peut encore compter sur les sérums qui sont actuellement mis à notre disposition pour triompher avec certitude de nos streptococcies puerpérales."

Enfin, MM. Bar et Tissier citent dans leur travail les accidents qui peuvent survenir à la suite de l'emploi du sérum. Ils rapportent entre autres la mort curieuse d'une malade.

A la société obstétricale de France, séance du 10 avril 1896, MM. Bar et Tissier répètent ce qu'ils ont dit dans l'Obstétrique: "Ce sérum ne nous a pas donné les bons résultats qu'on avait annoncés; dans les formes graves, toutes les femmes sont mortes; il n'y a eu de guérisons que chez des malades dont l'infection était relativement légère."

Bar et Tissier s'élèvent fortement, comme tous les accoucheurs, contre l'idée de Marmoreck de ne pas employer le traitement local quand on fait de la sérothérapie.

LETTRE XII

PARIS, 30

1901.

Mon cher confrère,

En réponse à votre lettre, je vous dirai que je suis, à l'égard du sérum anti-streptococcique, en parfaite communion d'idées avec Bar et Tissier (sérothérapie dans l'infection puerpérale—L'Obstétrique 1896), et avec Charpentier (étiologie et traitement de la fièvre puerpérale, Paris: 1899).

Les quelques essais que j'ai faits à Lariboisière (1897-1898) *n'ont pas été* heureux.

Depuis que je suis à la Charité (mars 1898), je n'ai pas eu une seule fois l'occasion de recourir au sérum antistreptococcique; du moins, je ne l'ai pas employé.

Sans le rejeter complètement, je ne m'en servirai que dans un cas où l'infection serait nettement streptococcique et où d'autres microbes ne seraient pas en jeu. Mais ce diagnostic est loin d'être toujours facile à établir.

En tout cas, même en en faisant usage, je n'abandonnerai jamais les autres moyens de traitement: lavages utérins, curage, écouvillonnages, curettage, etc. Croyez bien, mon cher confrère, à l'assurance de mes plus distingués sentiments.

Signé,

CH. MAYGRIER.

Professeur agrégé, Accoucheur de la Maternité.

Cette lettre de M. le professeur Maygrier établit parfaitement que son auteur ne croit pas à la sérothérapie par le sérum actuel et, en plus, que l'infection puerpérale nettement streptococcique est excessivement rare; et que, même dans une véritable streptococcie, il n'abandonnerait jamais le traitement local.

En effet, voyez comme M. Maygrier souligne les mots *Bar, Tissier, Charpentier*, les essais n'ont pas été heureux, dans un

cas où l'infection serait nettement streptococcique, et je n'abandonnerai jamais, etc. . .

Nous venons de voir, il y a un instant, ce que pensent Bar et Tissier du sérum de Marmoreck ou du sérum anti-streptococcique. Maygrier pense comme eux et, de plus, comme Charpentier. Ouvrons l'opuscule que Charpentier a écrit quelque temps avant sa mort. Nous y retrouvons les idées de Maygrier.

Charpentier, dans son petit traité, à l'article *sérothérapie*, commence par citer tous les auteurs qui ont rapporté des observations relatives au traitement de l'infection puerpérale par le sérum antistreptococcique. Puis, il rapporte les questions que se sont posées et les conclusions qu'ont tirées les accoucheurs au Congrès de Moscou, entre autres Wallieh et Wienstein; et, enfin, il fait les remarques suivantes:

" C'est, en somme, la constatation de l'insuffisance de la sérothérapie, et du peu de confiance que l'on doit avoir dans son efficacité thérapeutique. . .

" De leur côté, Zamschin, V. Ott, La Torre, Gasbajal et Pignard reconnaissent que le sérum antistreptococcique ne peut pas encore être préconisé comme agent curatif, mais que, toutefois, son innocuité justifie de nouvelles expériences.

" C'est qu'en effet, de toutes les observations, de tous les travaux publiés à ce propos, il ressort un fait indéniable, c'est que la mortalité varie entre 42 et 45 pour 100, et que, si l'on fait abstraction d'un certain nombre de faits, où l'on peut invoquer l'application trop tardive de la méthode, la mortalité arrive encore au minimum de 36 pour 100.

" On le voit, il y a loin de la réalité aux espérances que l'on avait pu concevoir, et la sérothérapie est loin de s'imposer par sa valeur thérapeutique réelle.

" Mais il y a plus: si l'on entre dans le détail des faits publiés jusqu'à ce jour, on voit que dans aucune de ces observations le sérum n'a été employé seul, mais qu'on lui a associé tous les autres modes de traitement (lavages intra-utérins, injections d'eau salée, écouvillonnage, curetage, etc.), et que, dans la majorité des cas, l'action du sérum sur le poulx et la

température n'a été que passagère, quand elle n'a pas été absolument nulle. . .

" Rien en un mot de précis, de net, et, par suite, impossibilité pour les accoucheurs, comme le veulent les promoteurs de la sérothérapie, de se borner à ce mode exclusif de traitement. Et cela est d'autant plus impossible que, dans un certain nombre d'observations, on constate que le curettage et l'écouvillonnage, associés aux injections intra-utérines, en un mot à un traitement intra-utérin actif, ont permis de sauver des malades chez lesquelles le sérum n'avait amené aucune amélioration, et dont l'état paraissait si grave, qu'on les considérait comme absolument perdues.

" Il n'est pas un accoucheur aujourd'hui qui consentirait à employer le sérum à l'exclusion de tout autre mode de traitement. . .

" Nous avons vu, de plus, ajoute Charpentier, que ce sérum, qui était donné comme le destructeur par excellence du streptocoque, a échoué souvent, même dans les cas où l'examen bactériologique a montré que la septicémie puerpérale était due au streptocoque, et au streptocoque seul. . .

" Qu'il s'agisse de streptococcie pure ou de streptococcie associée à d'autres affections, l'action du sérum reste à peu près aussi vague, aussi peu précise et réelle, et que les cas de mort sont aussi nombreux dans un cas que dans l'autre."

Enfin, Charpentier ne croit pas, que le sérum soit aussi inoffensif que l'on dit, et il cite un certain nombre d'accidents graves ou légers qui résultent de son emploi. Après avoir rapporté ces accidents, Charpentier termine par les conclusions suivantes :

" Il y a donc là une question d'individualité avec laquelle il faut compter, et qui prouve que la sérothérapie doit être employée avec une réelle prudence.

" Est-ce à dire qu'il faille absolument la rejeter? Loins de moi cette pensée. Ce que l'on peut dire, c'est, qu'actuellement, la valeur de la sérothérapie appliquée au traitement de l'infection puerpérale est essentiellement discutable. A côté de quelques succès qui semblent pouvoir lui être attribués, elle

présente à son actif de nombreux échecs. Mais l'infection puerpérale est une affection si grave, que toute médication qui compte quelques succès doit entrer au nombre des ressources thérapeutiques. Seulement, tant que la sérothérapie n'aura pas fait ses preuves, elle ne constituera pour nous qu'un adjuvant des autres méthodes, et c'est à celles-ci qu'il faut d'abord avoir recours, quitte à y associer la sérothérapie comme moyen supplémentaire."

Charpentier déclarait en 1896 à la société obstétricale de France " que cette méthode n'a pas encore fait ses preuves et n'a pas encore justifié les grandes espérances qu'au début elle avait fait concevoir."

On ne peut être plus catégorique que Charpentier: La sérothérapie n'a pas fait ses preuves. Elle n'a pas donné de bons résultats. Si, à la rigueur, on peut l'employer, ce n'est pas à l'exclusion des autres méthodes de traitement. Si son innocuité est prouvée, elle ne pourra être employée que comme moyen supplémentaire.

Telle est l'opinion de Charpentier, et tel est le sentiment de Maygrier qui ne l'emploie plus.

(A suivre)

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE L'HÉMATÉMÈSE

Par H. HERVIEUX

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval.

Il ne serait pas mal de faire d'abord une petite revue des causes du vomissement de sang, puisque aussi bien le traitement doit se laisser quelque peu guider par la pathogénie de ce symptôme.

L'hématémèse peut être le symptôme révélateur d'une affection générale ou naître d'une cause locale.

Les maladies générales qui peuvent altérer le sang et en préparer, de ce chef, l'extravasation au niveau de l'estomac ou ailleurs se trouvent dans le groupe des maladies infectieuses. En tête de la liste la variole, le purpura, l'endocardite ulcéreuse, la fièvre jaune, l'ictère grave; ces infections altèrent le sang, le rendent plus fluide et par là lui donnent une tendance à s'échapper des petits vaisseaux.

L'on ne peut nier à ce groupe de maladies une influence sur la production de l'hématémèse; la modalité de cette hémorragie peut se trouver dans l'altération du sang, et en outre dans des changements anatomo-pathologiques des capillaires dont la résistance diminuerait. Pour certaines maladies infectieuses, l'hémorragie serait amenée par un mécanisme particulier: ulcération de la fièvre typhoïde, embolie de l'endocardite ulcéreuse.

Il y a encore les hémorragies dites supplémentaires qui remplacent les règles disparues chez certaines femmes et les hématémèses des sujets nerveux, des névropathes et des hystériques. L'on pourrait bien mettre en doute l'authenticité des faits qui ont servi à établir les différentes causes d'hématémèses de ce second groupe qui, du reste, doit bien comprendre quelques cas d'hémorragie stomacale se rapportant à des lésions gastriques passées inaperçues.

L'origine nerveuse de certains cas d'hématémèses conserve

pendant des partisans absolument convaincus. Josserand a même décrit une variété d'hématémèse hystérique dont l'aspect est si caractéristique qu'il en acquiert la valeur d'un signe pathognomonique de l'état névropathique du sujet. Le liquide rejeté est du sang dilué, de consistance visqueuse, ressemblant à du sirop de ratanhia étendu d'eau. Ce sang n'est pas spumeux et ne se coagule pas dans la grande majorité des cas, il serait proportionnellement composé d'une partie de sang pour dix ou douze parties de salive.

Les hématémèses de causes locales sont de beaucoup plus fréquentes. Il faut d'abord, quand on cherche à établir le diagnostic étiologique du vomissement de sang s'adresser directement à l'estomac puisque c'est là que dans la plupart des cas, l'on trouvera la cause. Cependant certaines hémorragies très abondantes peuvent trouver leur cause localement dans la rupture de varices œsophagiennes dues à l'altération de la glande hépatique.

Hanot qui a étudié minutieusement l'influence du foie sur la production de l'hématémèse dit qu'elle est plus active qu'on ne le croyait. La lithiase biliaire peut causer l'hémorragie stomacale de plusieurs manières: rupture de l'artère hépatique, suite de distension par gros calcul anguleux; congestion par obstacle, si le canal cholédoque est simplement distendu par un gros calcul; action réflexe, d'origine calculueuse. Hanot signale encore les hémorragies de la période initiale de la sclérose hépatique.

Nous n'insisterons pas sur les traumatismes de la paroi épigastrique, les plaies, les contusions qui dispensent de tout raisonnement clinique dans l'établissement du diagnostic.

Les causes locales les plus importantes et les plus fréquentes sont l'ulcère et le cancer de l'estomac.

Les hémorragies des gastrites aiguës et chroniques sont rarement sous forme d'hémorragies abondantes et se présentent plutôt sous forme de stries sanguinolentes.

Dans l'hypersécrétion permanente l'hémorragie abondante serait une complication assez fréquente, selon Bouveret dans près de la moitié des cas.

Il ne serait pas inutile de faire la différence de l'apparence de l'hémorragie dans l'ulcère et dans le cancer de l'estomac.

En général, un vomissement de sang brusque, copieux indique la rupture d'un vaisseau d'un fort calibre. Le sang, dans ce cas, n'a généralement pas subi l'action des sucs digestifs, il est artériel, rouge, spumeux.

Dans les hématémèses lentes, progressives, le sang est noirâtre, poisseux, épais, grumelleux et rappelle la suie délayée ou le marc de café. Jaccoud en fait l'hématémèse *en poussière*. Le même auteur a encore distingué une variété en *liquide* ou en caillots noirs, qui appartiendrait aux hémorragies *supplémentaires* et à celles des maladies du cœur. L'hémorragie en poussière se rencontrerait surtout dans les cancers de l'estomac et l'hématémèse rouge, artérialisée serait un signe de l'ulcère.

Il y a cependant certaines réserves à faire à cette classification des causes de l'hématémèse d'après l'apparence du liquide rejeté. Ainsi, d'après Brinton, dans sept à huit cas sur cent, le sang de l'hémorragie du cancer serait rouge et abondant. Par contre le sang noir que l'on considère comme un signe certain du cancer, se rencontrerait dans certains cas d'ulcère simple, de gastrites ancienne et sous-muqueuse et même à la suite de crises tabétiques.

À part ces exceptions, l'on peut se fier en général, aux caractères de l'hématémèse tels que donnés plus haut pour fixer la cause ulcéreuse ou cancéreuse de l'hémorragie.

Citons encore l'opinion d'Albert Robin qui a insisté sur deux causes moins fréquentes d'hématémèse, mais qu'il faut à l'occasion avoir présentes à l'esprit : l'urémie et l'étranglement herniaire.

L'hématémèse est d'une gravité relative suivant les cas : brusque et abondant, le vomissement de sang peut tuer par épuisement, ou même par asphyxie (Jaccoud) si le sang pénètre dans les voies aériennes. À un moindre degré, l'on observe, l'affaiblissement et l'accélération du pouls, la pâleur des téguments, la prostration, etc.

Le médecin doit tenir compte de toutes ces particularités et

en tirer les indications du traitement propre à combattre un accident qui a toujours une signification sérieuse.

Les indications thérapeutiques sont de deux ordres: le traitement *d'urgence* qui a pour but de mettre fin à un accident qui menace immédiatement la vie du patient et les indications secondaires qui nous font choisir les moyens propres à remédier aux effets généraux de l'hémorrhagie et à en empêcher le retour.

Le traitement d'urgence comprend d'abord le *repos absolu*, moral aussi bien que physique. L'on fera régner le calme et le silence autour du malade, l'on ordonnera le décubitus horizontal, tête basse. S'il y a menace de syncope, les tractions rythmées de la langue d'après la méthode de Laborde, peuvent être une ressource précieuse et même un moyen décisif de salut si la syncope s'aggrave: en même temps l'on peut pratiquer des injections de caféine, mieux encore d'éther pour parer au choc. Ce n'est qu'après avoir ainsi paré au collapsus imminent que le médecin doit essayer de l'hémostase proprement dite.

Les moyens pour réaliser l'hémostase sont l'application de ventouses sèches sur la poitrine et sur l'abdomen, ou l'application de vessies de glace sur le creux épigastrique.

L'ingestion répétée de petits morceaux de glace semble réussir dans l'hématémèse lente ou faible. Quelques auteurs recommandent l'injection de morphine, ou de préférence l'extrait thébaïque (2 centigrammes $\frac{1}{3}$ de grain, d'heure en heure) à l'intérieur, ce dernier mode d'administration de l'opium exposant moins aux nausées et aux vomissements.

Une cuillerée à soupe à toutes les deux heures de la potion suivante, préconisée par A. Robin aurait un bon effet:

℞

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Ergotine de Bonjean..... | 4 grammes (1 drm) |
| Acide gallique..... | c. 50 centig. (9 grains) |
| Extrait thébaïque..... | 0.10 " (2 grains) |
| Sirop de térébenthine..... | 30 grammes (1 once) |
| Eau de tilleul..... | 120 " (4 onces) |

F. s. a.

L'administration de cette potion doit être continuée jusqu'à la fin de l'hémorragie.

Dans l'heure intercalaire, le malade prendra une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Eau de Rabel..... 3 gram. (45 gts)
 Eau distillée..... 1 litre (1 pinte)

En cas de vomissements excessifs le malade peut prendre 8 à 10 gouttes du mélange suivant :

| | | |
|--------------------------------|---|------------------------|
| Picrotoxine..... | } | ââ 0 gr. 05 (1 grain) |
| Chlorhyd. de morphine..... | | |
| Sulfate neutre d'atropine..... | | 0 gr. 001 (1-60 grain) |
| Ergotine de Bonjean..... | | 1 gr. (15 grains) |
| Eau distillée..... | | 10 gr. (2½ drs) |
| Alcool..... | | Q. s. pour dissoudre. |
| F. s. a. | | |

(Albert Robin)

Dans les hémorragies très-graves, la ligature serrée à la racine des quatre membres est un moyen facile d'application qui peut retarder ou faire éviter une syncope fatale.

L'injection hypodermique de sérum artificiel ordinaire est un moyen efficace de parer aux accidents immédiats consécutifs aux grandes hémorragies. Si l'on a le soin d'ajouter une faible proportion de gélatine à cette solution saline, l'injection aura alors le double effet et de remédier à la déplétion subite des vaisseaux et de contrôler l'hémorragie.

Les médicaments hémostatiques n'ont qu'une action incertaine. Le plus employé est le perchlorure de fer sous toutes ses formes. Viennent ensuite tous les médicaments de la série des astringents: ergot de seigle, alun, tannin, acide gallique, ratanhia, etc. Ces médicaments peuvent rendre des services dans les cas d'hématémèse lente ou faible, leur action est à peu près nulle dans le cas d'une hémorragie considérable.

Comme hémostatique il vaudrait peut-être mieux essayer de l'ingestion d'une certaine quantité de gélatine blanche en solution qui aurait une action immédiate plus marquée.

Le traitement préventif de l'hématémèse, de l'ulcère de l'estomac, ou de toute autre cause gastrique sera réalisé par ce

régime lacté exclusif qui devra durer des semaines et des mois quelquefois, jusqu'à disparition des symptômes de la maladie. L'on doit administrer les alcalins quand il y a hyperacidité des liquides gastriques.

L'usage exclusif du lait, dans certains cas, n'est pas suffisant; il faut alors interrompre toute alimentation par la bouche pendant au moins une huitaine de jours (Bouveret) et y substituer l'emploi des lavements nutritifs. Les piqûres de morphine sont de plus recommander pour assurer l'immobilité de l'estomac.

Le lavage de l'estomac est contre-indiqué quand l'on a fait le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Le bismuth administré avec le régime lacté absolu est très utile.

Il est bon de se rappeler que la guérison de l'ulcère de l'estomac peut se faire attendre des mois et même des années. Il y a peu de choses à dire du traitement préventif de l'hématémèse due au cancer. Le régime lacté, qui supprime les causes d'irritation peut avoir pour effet de retarder l'ulcération du néoplasme.

Dans les deux cas d'ulcère et de cancer l'intervention chirurgicale peut être un moyen radical de guérison.

Les hématémèses supplémentaires exigeraient comme traitement le rappel du flux menstruel par les moyens généraux et par les emménagogues.

C'est à l'hydrothérapie que l'on s'adressera pour modifier le système nerveux de ceux qui font des hématémèses de cet ordre.

Le malade guéri de son hématémèse reste généralement affaibli et anémié. L'on s'adressera aux toniques analeptiques: ferrugineux, arsenic, etc., pour combattre cette anémie et le traitement consécutif de l'hématémèse sera nécessairement long. Car l'on ne pourra probablement de longtemps s'aider d'une diète généreuse pour redonner force et vigueur au convalescent débilité.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS PAR LES FEMMES

Il y a quelque temps, sur une plainte faite au Collège des médecins, une action était prise contre Madame F... pour pratique illégale des accouchements dans une campagne du district de Québec.

L'article 3987 des règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec quant à la pratique des accouchements par les femmes se lit comme suit :

“Le bureau provincial de médecine a le pouvoir de faire des règles et règlements concernant l'admission des femmes à l'étude et à la pratique des accouchements dans cette province, et il fixe le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualités exigées d'elles ; pourvu toutefois, que toute femme qui, le 31 octobre 1879, était légalement habile à pratiquer comme sage femme dans cette province, tout en étant requise de se conformer aux règles et règlements qui ont pu être faits après cette époque à leur égard par le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec, retienne cette habilité.

“Rien dans le présent article ou dans les règlements ne doit empêcher les femmes dans les campagnes de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements comme cela se fait souvent, sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements, mais elles doivent obtenir un certificat d'un médecin dûment muni de licence constatant qu'elles ont les capacités suffisantes.” 42-43 V., c. 37, t. 17.)

Ainsi, toute femme qui veut pratiquer l'art des accouchements, à la campagne par exemple, *doit être munie d'un certificat de médecin dûment qualifié.*

Que ce soit pour une seule fois ou pour une pratique courante, le règlement définit les obligations “ pour telle fin que de droit ” comme l'on dit là-bas sous la coupole, et nul n'a le droit de l'ignorer et de s'y soustraire. *Il faut l'autorisation légale.*

Or, voyons un peu l'interprétation soutenue par les tribunaux et l'application que l'on en fait.

D'une part, voici une femme reconnue, dans le canton, comme notoirement habile à pratiquer les accouchements ; on requiert ses services à cette fin dans un cas — celui qui nous occupe en ce moment ; elle agit en même temps comme

garde-malade; on la paie pour ses services. D'autre part, contrairement aux règlements établis, approuvés en conseil et mentionnés ci-dessus, cette femme n'est *pas légalement* autorisée à pratiquer tel accouchement.

Y a-t-il délit?...

Le bon sens répond *oui* sans hésitation; car il y a opposition évidente entre les clauses du règlement et le cas qui s'y rapporte.

La justice... répond *non*... Pourquoi?... "parce qu'un cas isolé ne constitue pas une pratique."

Vous doutez de ma bonne foi...

"Lisez... le document..."

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, corps politique et incorporé, ayant un bureau d'affaires dans les cités et districts de Québec et Montréal,

Demandeur.

vs

Dame Obéline Ferland, épouse de Auguste Fugère, cultivateur, tous deux de la paroisse de Ste-Germaine du Lac Etchemin, district de Beauce, et le dit Auguste Fugère, mis en cause pour autoriser et assister sa dite épouse à ester en justice aux fins des présentes,

Défendeurs.

Présent: L'honorable juge H.-C. Pelletier.

Le dix-huitième jour de mars, mil neuf cent-deux,

La Cour, parties ouïes sur le mérite de l'action en cette cause, après avoir vu et entendu les témoins, examiné la preuve et sur le tout mûrement délibéré;

Attendu que la défenderesse est accusée d'avoir, le 27 avril 1901, pratiqué l'art obstétrique, en la paroisse de Ste-Germaine, comté de Dorchester, en donnant ses soins comme accoucheuse à la femme d'un nommé Pierre Bégin, et de s'être fait payer une piastre pour l'exercice de son art; et,

Considérant qu'il est en preuve que le nommé Pierre Bégin est allé chercher la défenderesse comme garde-malade et l'a payée comme telle pour le temps qu'elle a été chez lui, une piastre par jour;

Considérant que la loi punit les femmes qui pratiquent l'art obstétrique sans y être autorisées et qu'un cas isolé ne constitue pas une pratique;

Considérant qu'il n'est pas en preuve que la défenderesse pratique habituellement l'art obstétrique;

Déboute le demandeur de son action, mais sans frais, vû les circonstances sous lesquelles elle a été portée.

Et voilà comment on oppose quelquefois la justice au bon sens pour bien démontrer, par des conclusions non équivoques, que la première ne s'inspire pas nécessairement du second.

Néanmoins, on devrait, par intervalles, faire preuve d'un beau désintéressement en faveur de la profession médicale, surtout lorsqu'il s'agit de juger au mérite dans des causes semblables à celle qui nous occupe en ce moment.

En effet, lorsqu'on prend la peine de naître, dame justice devrait descendre du tribunal et nous laisser le droit, à nous médecins par la grâce de Dieu, de faire nous-mêmes nos *exceptions à la forme* — si prisées dans certains milieux extra-médicaux — dans la manière de recevoir l'objet précieux dont la nature, si prodigue, nous confie le premier soin et que la tradition, le savoir et l'habitude désignent à notre sollicitude d'une façon toute particulière.

Et pourquoi pas? . . .

Qui nous dit que tout se passera sans misère?

Que voulez-vous qu'une pauvre femme fasse en présence d'un cas de *dystocie* comme on en rencontre trop souvent? . . . Nous ne vivons plus au moyen âge et on ne distribue plus dans les mêmes proportions ces *dons du ciel* dont on se plaisait à gratifier le septième enfant d'une famille à perpétuité. Il faut, aujourd'hui, pour mériter la confiance du public, avoir fait des études sérieuses, avoir acquis une expérience éprouvée et faire acte de savoir dans les cas qui le réclament.

Or, nous nions aux bonnes femmes d'un village quelconque le droit d'assumer, du jour au lendemain, des responsabilités dont elles ignorent les conséquences graves. . .

On a vu le danger que nous signalons; on nous a permis de faire des règlements qui empêchent ces abus de confiance et qui protègent le public contre les faiseurs de réputation à l'eau de rose, et, lorsqu'on en demande l'application, dame justice, drapée dans son manteau héréditaire, se voile la figure et nous renvoie dos à dos. . . fi! les plaideurs! . . .

Allons, madame, secouez un peu la poussière de l'anti-chambre, car avant longtemps il y aura des mites dans votre blanche hermine. Alors, *qu'en ferez-vous?* . . .

LA RÉDACTION.

ACTUALITÉS MÉDICALES

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Mardi, le 8 avril courant, les Médecins de Montréal, convoqués en assemblée spéciale à l'Université Laval, ont élu les officiers qui devront organiser le travail des différentes sections de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, savoir :

CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS

Président | Prof. Ahern, de Québec.
Vice-présidents { Prof. Boucher, de Montréal.
 | Dr Camirand, de Sherbrook.
 | Dr Normand, des Trois-Rivières.
Secrétaires { Dr Oscar Mercier, de Montréal.
 | Dr Daignault, de Québec.

MÉDECINE

Président | Prof. Demers, de Montréal.
Vice-présidents { Prof. Turcotte, de Québec.
 | Dr Dubé, de Montréal.
 | Dr Cartier, de Sainte-Madeleine.
Secrétaires { Dr Valin, de Montréal.
 | Dr Verge, de Québec.

GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIE

Président | Dr Coyteux-Prévost, d'Ottawa.
Vice-présidents { Dr Groudin, de Québec.
 | Dr de Lotbinière-Harwood, de Montréal.
 | Dr Eugène Turcot, de Saint-Hyacinthe.
Secrétaires { Dr de Cotret, de Montréal.
 | Dr Boucher, de Québec.

HYGIÈNE ET INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Président | Prof. E.-P. Lachapelle, de Montréal.
Vice-présidents { Dr Pelletier, de Sherbrooke.
 | Dr Desroches, de Montréal.
 | Dr Sirois, Saint-Ferdinand d'Halifax.
Secrétaires { Dr P.-E. Prévost, de Montréal.
 | Dr Faucher, de Québec.

Tous les médecins qui désirent devenir membre de l'Association et qui demeurent dans les districts de Montréal et de Saint-Hyacinthe sont priés d'adresser le montant de leur contribution, à savoir trois dollars (\$3.00), à Monsieur le docteur Cléroux, trésorier conjoint, 1105, rue Ontario, à Montréal.

Tous les autres médecins devront s'adresser à Monsieur le docteur Marois, de Québec.

Tous les médecins qui désirent présenter des travaux sont priés de s'adresser aux secrétaires respectifs de chaque section dont les noms apparaissent plus haut.

Tous les médecins qui habitent en dehors des districts de Montréal et de Saint-Hyacinthe devront s'adresser exclusivement à Québec.

Tous les détails d'organisation seront publiés en mai: billets de passage, hôtels, etc.

Nous prions tous les médecins qui demeurent à Ottawa ou dans Ontario de s'adresser au docteur Coyteux-Prévost, d'Ottawa quant aux travaux qu'ils voudraient présenter.

Nous osons croire que tous se feront un devoir d'adresser leur contribution et d'adhérer à ce magnifique ralliement intellectuel.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

La prochaine réunion de cette association médicale aura lieu à Montréal les 16, 17 et 18 septembre prochain.

Le secrétaire général Dr George Elliott, demeurant à Toronto, rue St. John 129, sera heureux de recevoir, aussitôt que possible, le titre des travaux que tout médecin voudra bien présenter.

C. F. MARTIN, M. D.

33, rue Durocher, Montréal, Sec.-Local.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 8 avril 1902.

Présidence de M. le Dr DEMERS.

Procès-verbal.

Les minutes de la dernière séance sont mises aux voix et adoptées.

Rapports.

M. VALIN présente à la Société un nouveau cas de lèpre: M. A. S., syrien, est arrivé dans le pays en 1893 sans aucun symptôme de la maladie actuelle. La lèpre a commencé chez lui, par de l'anesthésie, limitée à la région de la main droite desservie par le nerf cubital; par de la sensibilité de ce dernier; par une certaine bouffissure congestive des doigts; par une certaine faiblesse relative des extenseurs. Pendant un certain temps j'ai pensé à l'hystérie par imitation, vu que le fils de ce malade avait la main en grippe à la suite de lèpre. J'ai pensé aussi qu'un traumatisme, produit par l'introduction d'une alêne dans un doigt, aurait pu léser le nerf et produire des troubles de la sensibilité et de la nutrition. Mais, finalement, l'évolution de la maladie m'éclaira sur sa nature. En effet, depuis quelques semaines, sont apparues des *taches érythémateuses anesthésiques*; l'anesthésie s'est étendue, l'*atrophie de l'éminence thénar* s'est dessinée parfaitement, le *nerf cubital est augmenté de volume et sensible*.

Il y a là, par conséquent, un assemblage de symptômes qui constituent un syndrome non équivoque de lèpre. Ajoutons que cet homme a vécu depuis deux ans avec son fils, dont j'ai diagnostiqué la lèpre, et que j'ai présenté à cette Société l'an dernier.

La contagion semble donc ici s'être transmise du fils au père; le fils l'ayant contractée en Syrie et étant arrivé ici en état d'incubation lèpreuse.

On a quelquefois invoqué l'hérédité; ici, au contraire, on ne peut y songer puisque le père est affecté après son fils.

Je vous ai dit l'an dernier que la contagiosité de la lèpre est capricieuse, que, pour se faire, elle a besoin de prédisposition, de certaines circonstances encore mal déterminées. Mais la contagiosité de la lèpre est un fait admis par presque tous les leprologues.

Ce qu'il y a d'intéressant chez ce malade, c'est qu'il nous offre la maladie à son début — car il n'offre de lésions lépreuses qu'aux deux extrémités supérieures, assez prononcées du côté droit tandis qu'elles sont à peine ébauchées à gauche.

Je vais le traiter de la même manière que j'ai traité son fils, parce que je suis vraiment encouragé par le résultat que j'ai obtenu chez ce dernier. En effet, à peine avait-il commencé la médication que la maladie a été arrêtée dans son évolution, toutes les éruptions disparurent, l'infiltration dermique s'effaça, la paralysie faciale s'améliora dans une certaine mesure, la sensibilité s'est rétablie, l'atrophie n'a pas avancé et la santé générale du malade est excellente et lui permet de faire un rude travail.

Sans doute la lèpre a, parfois, des périodes de rémission où le bacille semble sommeiller; mais la rapidité de l'amélioration et sa stabilité me portent à croire que tout cela est le résultat de la médication, car une rémission ne devrait pas se faire aussi brusquement.

Voici le traitement que j'ai institué: huile de Chaulmoogra, 60 gouttes par jour, en capsules de 10 gouttes chacune; l'estomac de mon premier malade a très bien supporté cette médication. Je vous ferai part plus tard des résultats du traitement chez le second malade.

Discussion.

M. MALOUF. A-t-on éliminé la syphilis dans le passé pathologique du malade?

M. VALIN. Il est impossible de mettre sur le compte de la syphilis les manifestations que nous rencontrons chez notre malade; la syphilis a d'autres manières de se manifester. Ici,

nous a ons l'érythématose anesthésique, l'épaississement du nerf cubital et l'atrophie de l'éminence thénar, triade de symptômes qui ne se rencontrent que dans la lèpre.

M. A.-F. MERCIER. Ce cas de lèpre est intéressant à cause de la contagion que l'on semble retracer. De la mère au fils d'abord, puis du fils au père.

M. DUBÉ. M. Valin voudrait-il nous dire à quelle époque de sa maladie le lépreux est apte à transmettre sa lèpre à son entourage? Quand on doit le faire interner dans une Léproserie?

M. VALIN. Dans les pays où la lèpre règne à l'état endémique, l'isolement de tous les lépreux s'impose comme prophylaxie de la contagion. Dans les pays où tous les cas observés sont des lépreux d'importation, je crois qu'un isolement aussi rigoureux ne s'impose pas toujours. Ainsi dans le cas qui nous occupe aujourd'hui, il s'agit de lèpre tropho-neurotique sans aucune ulcération, ni suppuration, et je ne crois pas que dans ce pays-ci il soit un danger de contamination et ce serait un peu de la barbarie que de le faire enfermer dans un lazaret. C'est d'ailleurs l'opinion de M. Besnier qui s'est beaucoup occupé de cette question.

2° M. A.-F. MERCIER présente à la Société comme pièce anatomique une partie de la colonne vertébrale d'un individu mort de *lésions de la moëlle par fracture du corps de la douzième vertèbre dorsale*. (sera publié dans "l'Union Médicale.")

Discussion.

M. MARIEN fait quelques remarques sur la conduite que doit tenir le chirurgien en présence d'un cas de fracture de la colonne vertébrale avec symptômes de compression ou de lésion de la moëlle. Dans ces cas il est en faveur d'une opération tendant à rétablir les fonctions médullaires soit en enlevant les esquilles osseuses, soit en faisant disparaître l'angle formé par l'écrasement des corps vertébraux, soit en évacuant l'hématome comprimant la moëlle épinière. "J'admets que l'opération ne réussira pas toujours, mais, comme elle est absolument sans danger, je crois qu'il est de notre devoir de

faire profiter nos fracturés de la colonne vertébrale de cette chance de guérison.

J'ai eu occasion, en France, de voir deux guérisons de fracture de la colonne par intervention chirurgicale. Dans les cas de traumatisme de la moëlle, je suis en faveur d'une intervention immédiate. Le but de l'opération est de libérer la moëlle épinière de la compression qu'elle subit. Comme les éléments nerveux sont dégénérés après avoir subi une compression relativement courte, je ne vois pas l'avantage d'attendre quelques jours avant d'intervenir.

M. O. F. MERCIER. Il est excessivement difficile, aujourd'hui, avec les données que nous possédons, de formuler d'une manière définitive le traitement à suivre dans les cas de fractures du rachis.

Si l'on ne regarde que le côté théorique de la question, l'opération sanglante semble indiquée dans tous les cas où on est en droit de supposer une compression quelconque de la moëlle; malheureusement la pratique jusqu'à maintenant, malgré tous les progrès de la chirurgie contemporaine, n'a pas donné de résultats très encourageants, et quoi qu'un grand nombre d'opérations aient été rapportées, la trépanation du rachis compte encore très peu de succès.

Je serais donc disposé, en présence d'un cas de lésion de la moëlle par fracture de la colonne vertébrale, à tenter l'immobilisation du foyer de la fracture, et à entourer mon malade de tous les soins hygiéniques nécessaires pour lui éviter les complications dues aux troubles de la respiration et aux phénomènes vésicaux. Si après quelques jours les symptômes restent les mêmes, on pourrait peut-être alors tenter une opération pour aller enlever les esquilles.

M. Moxon. Je ne voudrais pas décourager mon excellent confrère et ami le Dr Marien, mais, à mon avis, il ne suffit pas malheureusement, dans certains cas, d'enlever l'esquille de ce fragment vertébral comprimant la moëlle, pour être certain d'obtenir le résultat que l'on serait en droit, semble-t-il, d'attendre.

Les deux observations suivantes en sont la preuve: J'ai eu

occasion d'examiner ces deux malades dans le courant de l'année dernière, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon père, à Paris.

L'une des observations a été publiée par Pestemalzoghe, interne du service, dans les bulletins de la société anatomique, l'autre observation recueillie par Baumgartner, interne des hôpitaux a dû être publiée peu de temps après mon départ.

Les deux malades étaient tombés l'un et l'autre d'une certaine hauteur, et avaient été apportés à l'hôpital dans le coma; il y avait paralysie totale de toute la moitié inférieure du corps et les symptômes habituels succédant aux grands traumatismes de la moëlle. A première vue il fallait songer à une fracture ou à une luxation de la colonne dans la région cervico-dorsale; mais, fait particulier, dans les deux cas, l'examen le plus minutieux ne permit de découvrir, en aucun point du rachis, la trace d'une fracture, ou la saillie d'une luxation. Les vertèbres présentaient un aspect absolument normal sur toute la hauteur de la colonne.

Les deux malades moururent peu d'heures après leur entrée dans le service, sans que l'on eut cru devoir tenter une intervention.

A l'autopsie nous pûmes constater qu'il s'était fait une véritable diastaxis d'une des dernières vertèbres cervicales sur la vertèbre sous-jacente. Les muscles vertébraux, les ligaments jaunes, le grand ligament interépineux et vertébral postérieur étaient rompus, ainsi que les ligaments périarticulaires. Il fut facile de faire basculer le segment supérieur du rachis sur l'inférieur et de répéter ainsi ce qui avait dû se passer: sous l'influence de la flexion forcée du rachis, il y avait eu luxation brusque, mais momentanée, avec réduction immédiate et spontanée de la vertèbre luxée; mais dans ce court espace de temps la moëlle s'était trouvée fortement comprimée entre l'arc postérieur de la vertèbre sus-jacente et le corps vertébral de la vertèbre sous-jacente; le cylindre médullaire se trouvait en effet, en partie rompu, bien que la dure-mère fut intacte.

Les observations de ce genre sont rares, je crois qu'il n'en existe que cinq ou six cas dans la science.

Que conclure? sinon qu'en pareil cas, alors qu'il n'y avait ni esquille, ni fragment capable de comprimer la moëlle, la lésion du cordon médullaire avait été cependant suffisante pour entraîner la mort: Je pense donc que devant les gros traumatismes du rachis il vaut mieux ne pas trop se hâter, attendre quelques jours, et alors seulement, si le malade n'est pas mort, si l'on est en droit de penser qu'un fragment osseux doit faire œuvre de compression, on est autorisé, je dis plus, on doit intervenir; mais en se souvenant qu'il y a dans ces traumatismes, une inconnue: la lésion médullaire, que nous pouvons, il est vrai, affirmer, mais dont nous ne pouvons diagnostiquer l'étendue et la gravité; lésion qui, à elle seule, en dehors de toute compression durable et secondaire peut déterminer la mort comme ces deux observations le prouvent.

Communication.

M. PLAMONDON donne lecture d'un mémoire sur *la nature et le traitement du zona ophthalmique*. (Sera publié plus tard.)

Discussion.

M. L'ÉVALIER fait remarquer qu'en décrivant la théorie de M. le professeur Abadie, M. Plamondon a oublié de nous dire que le zona est la cause de ces altérations des vaisseaux et des troubles vaso-moteurs du nerf grand sympathique. M. Landouzy soutient que le zona est une maladie infectieuse et qu'une première attaque immunise d'une seconde. Il cite M. Debove qui démontre clairement le contraire et termine en rapportant le cas d'une femme de 51 ans qui, après avoir donné les soins à son fils, mort de tuberculose, fut prise d'un zona siégeant sur le trajet des cinquième et sixième nerfs intercostaux gauches. Après la guérison du zona par le traitement local seul, à la résorcine, bismuth et au traumatol, la malade eut des signes de tuberculose au sommet gauche et une hémoptysie ensuite. Le zona est-il un prodrome de la tuberculose, avant d'avoir une germination pulmonaire du bacille de Koch, avons-nous une toxémie des centres nerveux?

M. VALIN. M. Plamondon est resté dans le domaine de sa spécialité en nous parlant du zona ophthalmique, j'avouerais toute mon incompetence dans les manifestations de cette maladie dans le territoire exclusif sur lequel est resté le conférencier. Mais, comme attaché à la consultation dermatologique, j'ai dû étudier un peu le zona et j'ai eu occasion d'en observer un bon nombre de cas.

Or, les dermatologistes considèrent cette théorie de la tropho-névrose ou de la névrose comme un peu vieillotte; si elle satisfait les ophthalmologistes, elle ne suffit pas aux dermatologistes. Je crois plutôt que le zona est une névrite périphérique. Or, quels sont les facteurs les plus fréquents de la névrite: ce sont les microbes, leurs toxines, les agents toxiques chimiques. Je conçois qu'une névrite puisse dériver de l'inflammation d'un ganglion rachidien, ou périphérique, mais cela ne me satisfait qu'à moitié. Cette irritation du ganglion, d'où vient-elle, quelle est-elle?

Ce qui est vrai, c'est que la nature névrosique du zona ne peut être qu'une très petite partie de l'anatomie pathologique et de l'étiologie de cette maladie. Des faits nouveaux, vus à la lumière des travaux microbiologiques modernes nous montrent, jusqu'à la conviction, que le zona est plus souvent le résultat ultime d'une infection. Par exemple, on a observé, dans une pneumococcie dont le premier terme aurait été une pneumonie lobaire, des paralysies et troubles cardiaques, puis des zonas comme terme final. Tous ces accidents sont des anneaux d'une même chaîne symptomatique de l'altération produite par l'agent microbien ou sa toxine se localisant sur le système nerveux central ou périphérique. (Semaine Médicale, page 109, 1857.)

Le sang subit, pendant l'éruption du zona et son évolution un changement globulaire portant sur les leucocytes. (Presse Médicale, n° 84, 1901: Formule hémoleucocytaire dans le zona.)

Or, ces changements leucocytaires témoignent d'une infection ou d'une intoxication.

La douleur, elle aussi, témoigne en faveur de la théorie in-

fectieuse, de même que l'évolution cyclique de cette maladie.

Mais le témoignage le plus fort et le plus convaincant en faveur de la nature infectieuse du zona, c'est qu'on l'a pris en flagrant délit de *contagion*. M. Gaucher, dans son traité de dermatologie, dit que le zona survient souvent sous forme quasi-épidémique, surtout au printemps. Il ajoute que quand un zona se présente, dans un quartier, dans une région, ou dans un hôpital, on observe d'autres cas de zona bientôt après.

Dans la *Presse Médicale*, n° 76, 1891, il est rapporté une petite épidémie de zona chez trois personnes habitant la même chambre.

Il me semble donc, messieurs, que le rôle joué par l'infection dans la production du zona est assez évident pour nous permettre d'affirmer qu'il en est, pour le moins, une des causes les plus fréquentes.

Il est probable que, dans le zona ophthalmique, un agent infectieux est en cause, comme pour les autres zonas.

M. DEMERS a observé un cas de zona thoracique chez un tuberculeux siégeant dans les 6e, 7e et 8e espaces intercostaux gauches, toute cette surface était couverte d'une pluie de vésicules de zona. L'affection a cédé au bout de trois jours au traitement par la quinine à haute dose.

M. DUHAMEL a eu occasion d'observer dernièrement un malade très intéressant au point de vue de la théorie infectieuse et de la récurrence dans le zona. Chez le malade en question il y a eu répétition de l'affection à six années d'intervalle, les deux fois la maladie a débuté par le nez et s'est propagée à l'œil. La médication quinique a eu raison de l'affection.

2° M. LAMARCHE rapporte l'observation d'un cas de *dystocie maternelle observée* dans son service à la Maternité. La malade était âgée de 19 ans, mesurait 4 pieds 4½ pouces de hauteur et pesait 110 lbs, aucune trace de rachitisme. A deux ans elle aurait fait une chute et ce serait depuis cette époque que la maladie des hanches aurait débuté. Elle se rappelle avoir été 5½ ans couchée. Les douleurs ont d'abord commencé dans l'articulation coxo-fémorale gauche, puis, dans la droite, après guérison de la gauche. Il n'y a pas eu de suppuration

du côté gauche, mais du côté droit il y a plusieurs cicatrices et la tête de l'humérus est complètement désarticulée. Maintenant les deux articulations sont ankylosées absolument.

Il y avait de la spondylolisthésis avec diminution du conjugé vrai, le bassin était oblique ovalaire avec un diamètre promonto sous-pubien de $9\frac{1}{2}$. En présence de cette malformation considérable et vu l'impossibilité de pratiquer la symphyséotomie avec des articulations aussi malades, on a provoqué l'accouchement à 7 mois. Introduction de gaze iodée dans le col. Introduction du ballon de Champetier de Ribes laissé en place durant 24 heures, puis application de forceps, la malade étant couchée sur le côté. L'enfant a vécu sept heures.

Discussion.

M. DUBÉ. Au point de vue de l'intervention, ces cas ne peuvent pas être traités de la même manière dans la clientèle et à l'hôpital. Il est certain que, pour le praticien qui est isolé, l'accouchement prématuré s'impose. Mais je crois que, dans un milieu hospitalier ayant à sa disposition tous les aides nécessaires, pouvant s'entourer d'une asepsie parfaite, l'opération césarienne peut être pratiquée avec avantage dans ces cas et nous donner des enfants vivants.

M. DE COTRET fait remarquer que, dans le cas rapporté par M. Lamarche, la malade avait refusé absolument toute intervention chirurgicale.

M. A.-F. MERCIER fait un exposé des opinions des maîtres de l'école obstétricale française dans ces cas, et se prononce en faveur de l'opération césarienne.

Le Secrétaire.

J.-P. DÉCARIE.

Séance du 22 Avril 1902

Présidence de M. le Dr DEMERS.

Procès-verbal.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

Rapports.

1^r M. ALPHONSE MERCIER présente un nouveau cas de *fracture de la colonne vertébrale*, avec mort quatre heures après l'accident. Il s'agit d'une jeune fille qui est tombée sur la nuque d'une hauteur de 25 pieds. A l'autopsie on a trouvé une fracture intéressant toutes les parties de la huitième vertèbre dorsale avec fractures de plusieurs côtes de chaque côté; les fragments des os avaient perforé la plèvre et les cavités pleurétiques contenaient près d'un litre de sang de chaque côté. Il y avait, en plus, une énorme ecchymose s'étendant de la nuque jusqu'à la région fessière et intéressant toutes les couches de tissus. L'autopsie du cerveau n'a pas pu être faite.

Discussion.

M. MARIEN. Il est malheureux que Monsieur Mercier n'ait pas pu se procurer l'histoire de tous les symptômes qu'a présentés sa malade durant le temps qui s'est écoulé depuis l'accident jusqu'à sa mort. Je comprends, avec M. Mercier, que, dans ce cas, il ne pouvait pas s'agir d'opération. Mais il aurait été intéressant de savoir si, par les symptômes que présentait la malade, on pouvait faire le diagnostic des lésions que l'on a rencontrées à l'autopsie

M. OSCAR MERCIER. J'ai vu la malade à son entrée dans le service quelques moments après l'accident, elle était mourante; il n'y avait pas de symptômes, à ce moment là, de lésions graves du cordon médullaire; il n'existait pas encore de paralysie des membres inférieurs et la malade a conservé sa sensibilité et sa motilité tant qu'elle a été consciente. Dans ce cas je n'ai nullement pensé à une intervention, la malade n'en ayant plus que pour quelques instants à vivre.

M. MARIEN. J'aimerais à savoir si la malade a succombé

aux lésions de la moëlle épinière ou si la mort a eu pour cause l'hémorrhagie dans le thorax.

M. ALPHONSE MERCIER. L'hémorrhagie dans les deux pèvres (près de 2 litres) était suffisante pour amener la mort.

M. LÉCAVELIER. Ce cas semble plaider contre l'intervention rapide dans les cas de fractures de la colonne vertébrale, car l'hémorrhagie semble ici avoir joué un rôle beaucoup plus considérable que la lésion vertébrale.

M. OSCAR MERCIER. J'ai actuellement dans mon service à l'hôpital Notre-Dame, un malade qui a eu dernièrement une fracture du corps de la onzième vertèbre dorsale; paralysie et insensibilité de tout le segment inférieur du corps jusqu'à l'ombilic, un peu plus accusée du côté de la cuisse gauche, avec paralysie des sphincters anal et vésical. J'ai laissé mon malade au repos absolu pendant trois jours, et ensuite je lui ai fait l'extension par suspension et j'ai appliqué un appareil plâtré. Les troubles du côté de la vessie et du rectum ont cessé depuis hier. La sensibilité est revenue dans la jambe droite. La jambe gauche est encore insensible. Mon malade peut se retourner seul dans son lit sans souffrir. Je ne puis encore rien prévoir pour l'avenir, mais il est certain qu'il y a une amélioration sensible.

2° M. LÉCAVELIER. Fait des commentaires sur le *Bill Roddick* présenté à la chambre des Communes. (Le Bill a été publié dans le dernier numéro de *l'Union*). Il passe en revue les avantages et les désavantages qu'il procurera aux Canadiens français de la province.

Le rapporteur regrette beaucoup que ni l'Université Laval, ni le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec ne se soient fait représenter devant le comité lorsque cet important Bill a été discuté.

3° M. ALPHONSE MERCIER rapporte un cas d'*empoisonnement accidentel par le Chlorate de potasse chez un enfant de 3 ans*.

L'enfant avait un fort rhume et comme il toussait beaucoup sa mère lui donna un soir deux pincées de chlorate de potasse dissous dans un demi-verre d'eau. L'enfant a été pris quelques instants après de difficultés de respirer et de

grande faiblesse : on l'a fait conduire à l'hôpital. A son arrivée il présentait des symptômes d'asphyxie et était très cyanosé. Il est mort une demi-heure après. A ce moment nous n'avions aucun renseignement.

A l'autopsie, la coloration spéciale du sang frappa le docteur Wyatt-Johnson, qui pensa à un empoisonnement probable par le chlorate de potasse. Le sang avait absolument la coloration du jus de compote de pruneaux. Il y avait des lésions manifestes des reins et l'urine contenue dans la vessie était sanguinolente.

L'estomac ne présentait rien de particulier, mais il y avait de légères ecchymoses dans l'intestin.

La recherche du chlorate de potasse dans l'urine a donné un résultat négatif, mais l'absorption et l'élimination de ce médicament se font avec une grande rapidité.

J'ai fait des recherches dans la littérature médicale sur ces cas d'empoisonnement qui sont assez rares. J'en ai trouvé deux cas rapportés par le docteur Jacobi, et quatre par M. Brouardel.

Dans ces cas d'empoisonnement la mort est amenée par une suroxydation du sang produit par l'oxygène libre qui se dégage par la décomposition du chlorate de potasse.

Les lésions portent surtout sur le sang où il y a altération des globules rouges et de l'hémoglobine.

Discussion.

M. WYATT-JOHNSON. Les cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse sont assez rares. J'ai eu occasion d'en observer trois cas sur plus de deux mille autopsies. Les deux premiers chez des enfants atteints de scarlatine, dans ces deux cas la mort est arrivée après 24 heures; dans le troisième cas il s'agissait d'un enfant qui avait mal à la gorge et à qui la mère a donné un peu de chlorate de potasse; le chlorate de potasse a pu être retrouvé dans l'urine.

M. MARIEN demande si l'étude histologique du sang a été faite.

M. A.-F. MERCIER. Non, car dans ce cas nous n'avions au-

cun renseignement pour nous mettre sur la trace du diagnostic. Ce n'est qu'à l'autopsie que nous avons trouvé la cause de la mort.

M. DUBÉ. La communication faite par MM. Mercier et Johnson est très instructive pour nous, médecins, qui avons souvent occasion de nous servir de ce médicament.

Il y a quelque temps, j'ai eu occasion de traiter une malade atteinte de syphilis et à qui j'ai ordonné 2 ou 3 tablettes de chlorate de potasse par jour. Elle est revenue après 4 jours se plaignant d'avoir passé du sang dans ses urines. Je l'ai examinée très attentivement du côté de son urètre, de sa vessie et de ses reins, sans rien trouver d'anormal que cette urine sanguinolente. Elle avait pris 6 tablettes par jour, (30 grains) pendant plusieurs jours. J'ai remplacé les tablettes par des gargarismes et les troubles ont disparu.

M. OSCAR MERCIER demande si les mêmes accidents toxiques peuvent se présenter avec le chlorate de soude.

M. ALPHONSE MERCIER. Ce sel est beaucoup moins toxique, car il n'est pas aussi facilement décomposé.

M. LÉCAVELIER fait remarquer que le chlorate de soude, étant moins toxique, et, produisant les mêmes effets thérapeutique, devrait être employé en place du chlorate de potasse. C'est d'ailleurs ce qu'enseignent Legendre, Nélaton et Brisaud.

M. FOUCHER a eu occasion de se servir souvent du chlorate de potasse dans les cas d'épithéliomas et d'angines, à dose assez forte (2 grammes en une seule dose) sans avoir eu d'accident.

C'est un médicament qui donne de très bons résultats dans l'angine.

M. DE COURRET l'a employé autrefois très souvent dans la diphtérie sans accident; c'était, à ce moment, le traitement de choix.

M. VALIN a été témoin d'un cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse chez une adulte. Il s'agissait de la femme d'un confrère qui venait de perdre une petite fille de diphtérie et qui avait contracté la maladie. Un médecin appelé au-

près d'elle ordonna à la malade de prendre une cuillerée à soupe toutes les heures d'une solution saturée de chlorate de potasse. Je suis appelé le lendemain auprès de cette malade qui se mourait. Elle présentait des symptômes d'asphyxie sans troubles du côté de la respiration, les muqueuses avaient une coloration chocolat et le cœur ne battait presque plus.

Elle avait pris plusieurs cuillerées à soupe de la solution.

Je portai le diagnostic d'empoisonnement par le chlorate de potasse, car j'avais été mis en garde contre ces empoisonnements par un article de M. Lépine, de Lyon, paru en 1892, dans lequel il rapportait l'histoire de 50 cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse.

Quant à la dose toxique, Brouardel la fixe à 35 grammes pour un adulte; pour un enfant la dose serait 10 fois moindre.

D'autres médecins admettent comme toxiques des doses beaucoup plus faibles.

Pour M. Lépine, les contre-indications à ce médicament sont: le bas-âge, le Brightisme, et les angines.

Comme traitement, M. Valin préconise le lavage de l'estomac et le lavage du sang et des reins, soit par la voie buccale, rectale ou cutanée. En même temps soutenir le cœur du malade.

M. DEMERS a vu le petit malade qui fait le sujet de cette communication, à l'hôpital, mais, à ce moment, il était impossible de faire le diagnostic sans données antérieures.

Quant au chlorate de potasse il a eu occasion de s'en servir à très fortes doses sans avoir d'accidents, et il en a obtenu de très bons résultats dans les angines rhumatismales et phlegmoneuses.

2^e M. LESAGE. La *Société Médicale* de Montréal est appelée à nommer un représentant officiel au Congrès de l'*Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, qui se réunira en juin prochain.

J'ai l'honneur de proposer, secondé par le Dr Dubé, que M. le docteur Marien, un des premiers membres fondateurs de cette Société, soit nommé délégué officiel de la Société, à Québec, à cette fin. Adopté à l'unanimité.

La prochaine séance de la Société aura lieu mardi 6 mai.

Le Secrétaire,

J.-P. DÉCARIE.

ANALYSES

CHIRURGIE

Le massage dans la pratique courante.—M. MARCHAIS, *La Presse Médicale*,
22 février 1902.

Après avoir étudié les principes généraux de la massothérapie, l'auteur passe en revue les applications de ces principes aux cas particuliers qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique.

ENTORSE — Il faut se rappeler ce qui caractérise l'entorse au point de vue anatomique et au point de vue clinique. Anatomiquement, la lésion primitive est l'arrachement du ligament pério-astragalien antérieur. Suivant que cet arrachement s'accompagne de déchirures plus ou moins importantes des tendons, gaines synoviales, muscles du voisinage, on a affaire à la variété légère, sérieuse ou grave. Il y a toujours un gros épanchement sanguin dans le tissu cellulaire et de l'épanchement dans l'articulation. Cliniquement, la souffrance seule détermine l'impotence fonctionnelle, la pression et la crainte de la douleur produisent et augmentent la contraction musculaire. Ces considérations doivent régler la façon de procéder.

Il faut placer le malade confortablement ; prenez ensuite son pied sur votre genou ou bien appuyez-le sur une table basse, garnie d'un coussin. Rassurez-le et commencez par de l'effleurage léger, puis soutenir les jumeaux en allant de la partie charnue vers le tendon d'Achille. Passez à la face dorsale du pied et à la face antérieure de la jambe ; effleurage, léger tout d'abord et progressivement appuyé. Il ne faut jamais réveiller de douleurs dussiez-vous pour cela relâcher les doigts au moment où vous passez au niveau du ligament déchiré. Ces manœuvres demandent de dix à quinze minutes.

Alors, le pied inerte étant à angle droit sur la jambe, vous faites exécuter aux orteils des mouvements de flexion et d'extension. Ceci a pour but de mobiliser tous les tendons de la face dorsale du pied : il faut empêcher la participation du malade qui rendrait la manœuvre douloureuse.

Essayez ensuite d'un massage plus énergique, par des frictions longitudinales avec les deux pouces le long des tendons de la face dorsales depuis la racine des orteils au quart inférieur de la jambe ; vous arriverez aux ligaments péronéo-astragaliens en faisant les mêmes manipulations.

Vous reprenez ensuite l'effleurage soutenu des muscles et tendons de la région postérieure, et vous terminez par la mobilisation de l'articulation tibio-tarsienne.

Telle est la première séance. Les autres seront analogues, la diminution puis la disparition de la douleur régleront les temps de manœuvres énergiques.

Il y a intérêt à faire deux séances par jour, pendant deux ou trois jours, et dans l'intervalle des séances faire de la compression, pendant deux ou trois jours ; rien ensuite. Il y a intérêt à permettre un libre jeu aux muscles et aux tendons.

Le malade marchera quand la douleur le lui permettra. Debout, la main appuyée sur une chaise, il devra porter tout le poids du corps sur la jambe saine et se tenir en équilibre sur cette jambe. Il lui est donc loisible, le pied

lésé était posé à plat sur le sol, de faire porter à sa volonté une plus ou moins grande partie de son poids sur ce pied. Par un balancement, il fait fonctionner son articulation tibio-tarsienne et, progressivement, il arrive à s'appuyer sur ce pied sans douleur jusqu'au moment où il se juge assez fort pour faire quelques pas. Le temps nécessaire à la guérison varie de cinq à quinze jours, suivant la gravité des lésions.

HYDARTHROSES.—Dans la majorité des cas, ce qui est plus important que l'épanchement articulaire, c'est l'état du triceps. Il faut faire de l'effleurage—partant de la moitié de la jambe et remontant à la racine de la cuisse—plus des frictions, du pétrissage et du tapotement du triceps. Il faut mobiliser l'articulation du genou. Dans une hydarthrose ancienne, on fera des frictions aux points où la synoviale est perceptible, de chaque côté du tendon rotulien et au-dessus de la rotule. Puis on attaquera vigoureusement le triceps. La mobilisation de l'articulation sera suivie d'une série de mouvements du triceps.

LUXATION DE COTTE.—Il faut commencer le massage au plus vite, car l'immobilisation, étant donné la complexité de l'articulation, amène rapidement une limitation des mouvements très longue à vaincre. Placez le malade assis, le bras pendant le long du corps et commencez par un effleurage de l'avant-bras et du bras, puis successivement de chaque groupe musculaire et en particulier des muscles épicondyléens. Puis, mettant l'avant-bras à angle droit sur le bras et tenant solidement cet avant-bras de la main gauche placée au-dessus du poignet, effleurez et frictionnez le groupe des muscles épitrocléens. Remettez le bras dans la position primitive et faites de l'effleurage du biceps, du brachial antérieur et du triceps ; terminez par le massage du deltoïde.

Dès le premier jour, il est essentiel de faire exécuter des mouvements passifs à l'articulation pour éviter la raideur et la rétraction du tendon du biceps.

Aussitôt après la disparition de la douleur, à l'effleurage des muscles, on ajoutera le pétrissage et le tapotement et on fera exécuter des mouvements avec résistance aux fléchisseurs, au biceps et au triceps.

FRACTURE DU COL DE L'HUMÉRUS.—Le massage des fractures récentes ne doit pas éveiller la moindre douleur. 1. L'immobilisation du foyer pendant la séance doit être parfaite. 2. Le massage doit consister en des manœuvres entièrement douces. Au début uniquement. Effleurage suivant le cours du sang veineux et la direction des faisceaux musculaires. Etant donné la sensibilité du joint fracturé, le massage doit respecter ce joint, les premiers jours. Il faut, pour masser la fracture, faire du massage de tout, excepté de la lésion principale.

Le malade assis peut immobiliser son membre avec son autre main. Sinon un aide maintiendra solidement le bras en l'immobilisant bien. Enduisant votre main de vaseline, vous la glisserez entre le bras et le thorax très doucement et vous arriverez jusque dans l'aisselle ou vous aurez un excellent point d'appui.

Alors, de toute la main, faites de l'effleurage très léger, du coude au moignon de l'épaule tout en comprimant le biceps en avant et le triceps en arrière. Passez à l'effleurage du deltoïde, puis du grand pectoral, du grand dorsal et des muscles sus-scapulaires. Terminez la séance par l'effleurage des fibres supérieures du trapèze, toujours contracturées et douloureuses.

Le massage, dans les fractures récentes, doit être fait largement, très loin au-dessus et au-dessous du trait de fracture. On ne doit exécuter que des manœuvres très douces et sans le moindre bruit.

Dès le premier jour, il faut mobiliser, mais mobiliser peu, car, même après ce massage anesthésiant, un mouvement de quelque amplitude éveillerait de violentes douleurs, mais si peu que ce serait, il faut mobiliser.

La séance terminée,—elle a duré de 20 à 30 minutes,—l'appareil d'immobilisation ou la simple écharpe de Mayer sera remis en place. Après six jours environ, il y a commencement de consolidation. Votre effleurage peut être plus énergique; employez la moitié de la séance à masser surtout le deltoïde. Faites des mouvements de plus grande amplitude. Vers le 10^e jour, l'on permettra une légère mobilisation spontanée de l'articulation. Vers le 15^e jour l'on peut, en soulevant le coude du malade, faire exécuter des contractions volontaires du deltoïde.

Dès le premier jour, le bras étant bien immobilisé, il faut mobiliser les doigts, le poignet et le coude; ainsi seront évitées des raideurs ultérieures très gênantes.

FRACTURES DU PÉRONÉ.—Le trait de fracture est ici directement accessible; donc, pas de pression à ce niveau.

Le pied étant fixé, faire de l'effleurage de la région postérieure de la jambe, puis de la face dorsale du pied et de la face antérieure de la jambe, en relâchant les doigts au niveau du point lésé. Enfin faites des frictions des tendons et des muscles du pied et de la jambe, tout comme dans le massage de l'entorse en respectant le trait de fracture. Mouvements passifs des articulations du pied et de la tibio-tarsienne; s'il y a déviation en dehors, mettre une attelle ou une demi-gouttière; au bout de huit jours ce ne sera plus nécessaire, et avec un bon massage, le malade doit marcher au bout de 20 jours.

FRACTURES DU RADIUS.—Après avoir appliqué un appareil plâtré, on aura à combattre trois lésions principales: l'œdème du dos de la main, l'empatement des gaines synoviales et les raideurs tendineuses, l'atrophie des fléchisseurs.

Donc faites placer la main en pronation complète, à plat sur une table. Après effleurage de la main et de l'avant-bras, frictions et pincement des tendons extérieurs. Placez la main en demi-pronation, appuyant sur la table par le bord cubital: effleurage de la paume de la main et de la face antérieure de l'avant-bras. Enfin mettez la main en supination complète: frictions et pétrissage des muscles de l'éminence thénar, effleurage et frictions de la face palmaire des doigts, frictions et pincements des tendons de la région antérieure du poignet, pétrissage des muscles épicondyliens et épitrochléens.

Mobilisez les articulations des doigts, les métacarpo-phalangiennes, le poignet. Faites faire des mouvements des fléchisseurs. Le massage, en général, est commandé par deux considérations: la constitution anatomique de la région et la nature de l'affection.

Comme conclusion, l'auteur insiste sur trois points:

- 1^o Le massage est non pas un traitement facultatif, mais un traitement indispensable dans un grand nombre d'affections;
- 2^o La technique, aussi simple qu'elle a été décrite, est suffisante;
- 3^o Le massage n'est pas au-dessus de la compétence des médecins, il doit rester dans le domaine médical.

A. MARIEN.

THERAPEUTIQUE

Traitement du muguet et de la stomatite fétide des enfants.

Un auteur russe, Wladimirof, trouve que le nitrate d'argent est, de tous les remèdes employés, celui qui donne les meilleurs résultats dans le traitement du muguet, ce que l'on a l'habitude de nommer vulgairement le *chancre*. Il recommande de se servir d'une solution à 2 p. 100, et de bien nettoyer la muqueuse avant d'appliquer le nitrate ; *même*, il est des cas où il faut exercer une légère friction, amenant un léger suintement du sang. On pratique alors le badigeonnage avec le nitrate d'argent qu'on fait suivre immédiatement d'un lavage à l'eau salée. On fait une séance par jour, la guérison est obtenue après la 3^{ème} séance généralement.

Dans la *stomatite fétide*, l'auteur conseille la *teinture d'iode*. On suit le même procédé que plus haut ; on a soin de faire rincer avec de l'eau la bouche de l'enfant après chaque badigeonnage. " Les badigeonnages doivent être faits jusqu'à ce que la muqueuse prenne une teinte bronzée." La guérison s'opère en 2 à 5 jours.

J.-A. LESAGE.

Traitement de l'incontinence d'urine chez les filles. G. C. PARNELL, M. R. C. S.
British Med. Journal, janvier 11, 1902.

Le médecin a trop souvent l'occasion de rencontrer des malades souffrant d'incontinence d'urine, et les moyens de traitement qu'il possède sont trop souvent insuffisants pour ne pas s'arrêter un moment à considérer le traitement préconisé par le docteur Parnell. Ce traitement déjà enseigné dans leurs écrits, par West, Smith, Goodhart et Sir Henry Thompson, consiste dans l'application d'une solution forte de nitrate d'argent, (30 grains à l'once) sur le col de la vessie et dans l'urèthre. L'auteur rapporte plusieurs observations très concluantes. Afin que la solution de nitrate d'argent vienne bien en contact avec tout l'urèthre, l'auteur a fait construire un dilateur à lame largement fenêtrée. La malade placée dans la position de la lithotomie, il est facile de dilater son urèthre au moyen de cet instrument. L'auteur ne se sert pas d'huile sur le dilateur, il se contente de le tremper dans de l'eau stérilisée. Lorsque l'urine contenue dans la vessie a cessé de s'écouler au dehors, il met un peu, d'une pommade que'conque, sur l'hymen et les petites lèvres, et au moyen d'une tige armée d'un petit tampon de coton absorbent trempé dans la solution de nitrate d'argent, il passe à plusieurs reprises sur toute la muqueuse de l'urèthre. Cette méthode est rarement douloureuse et il n'est pas nécessaire de recourir au chloroforme. Il faut garder la malade au lit, au plus 24 heures.

L'auteur n'a jamais rencontré de complications, telles que rétention consécutive, cystite, etc. Après le troisième et le septième jour, il faut faire une nouvelle cautérisation, en se servant cette fois, d'une solution contenant 40 à 50 grains de nitrate d'argent à l'once.

L'auteur prétend que ce traitement peut guérir presque tous les cas d'incontinence d'urine, sauf bien entendu, ceux qui relèvent d'un *petit mal*.

Comment agit cette cautérisation au nitrate d'argent, l'auteur n'est pas prêt à le dire. Il croit cependant, qu'il doit y avoir une action mécanique amenée par le gonflement de la muqueuse uréthrale après le traitement.

J. E. DUBÉ.

PHARMACOLOGIE.

Caféine et sels. (1)

Indiquée dans les cas où le myocarde est faible, le cœur insuffisant, le système nerveux déprimé; asthénie cardiaque dans les maladies infectieuses, mal de Bright, etc., à petites doses dans la migraine. (2)

| | | | |
|--|----------------------|--|-------------------------------------|
| CACHETS | | Vanilline..... | 0 gr. 05 cent. |
| 1 ^o Caféine..... | 0 gr. 10 centig. | Sirop de tolu | 50 grammes, |
| Poudre noix vomique..... | 0 gr. 05 " | Rhum | 20 " |
| Poudre de Kola..... | 0 gr. 50 " | Eau..... | 100 " |
| Pour un cachet, 2 par jour. | | Deux cuillerées à soupe par jour (enfants). | |
| 2 ^o Antipyrine..... | 9 grammes. | 3 ^o Caféine..... | 0 gr. 20 centig. |
| Caféine..... | 0 gr. 90 centigr. | Teinture de Kola..... | 4 grammes. |
| Acide citrique..... | 0 gr. 10 " | Sirop d'écorce d'oranges..... | 30 " |
| Pour 20 cachets, un toutes les heures jusqu'à 4, dans la migraine. | | Vin de Malaga..... | 60 " |
| 3 ^o Antipyrine..... | 0 gr. 50 centig. | Par cuillerée à café (enfants). | |
| Bromure de potassium..... | 0 gr. 50 " | INJECTIONS HYPODERMIQUES : | |
| Chlorhydrate de co- | | 1 ^o Caféine..... | 2 gr. 50 centig. |
| caine..... | 0 gr. 01 " | Benzoate de soude..... | 3 grammes. |
| Caféine..... | 0 gr. 02 " | Eau distillée | Q. s. p. 10 c.c. |
| Poudre de Paulline | | Cette solution contient 0 gr. 25 centig. de caféine par c.c. | |
| Sorbites..... | 0 gr. 30 " | 2 ^o Caféine..... | 4 grammes. |
| Pour un cachet, dans la migraine. | | Salicylate de soude..... | 3 " |
| (A. Robin) | | Eau distillée | Q. s. pour 10 c.c. |
| 4 ^o Antipyrine..... | 0 gr. 50 centig. | 0 gr. 40 centig. de caféine par c.c. | |
| Bromhydrate de qui- | | 3 ^o Caféine..... | } 1 gramme |
| nine..... | 0 gr. 15 " | Benzoate de soude..... | |
| Caféine..... | 0 gr. 05 " | Eau distillée..... | Q. s. pour 0 gr 10 centig. par c.c. |
| Pour un cachet, <i>migraine</i> . | | Chez les enfants. | |
| POTIONS : | | 4 ^o Eau stérilisée..... | 300 grammes. |
| 1 ^o Caféine..... | } à à 1 gramme. | Chlorure de sodium.... | 2 gr. 10 centig |
| Benzoate de soude ... | | | Citrate de caféine..... |
| Sirop de groseilles..... | 30 " | Injecter 10 à 20 grammes à la fois 2 ou 3 fois par jour. (Choléra infantile) — (Marian). | |
| Eau distillée | 120 " | | |
| Une cuillerée à soupe toutes les heures. | | | |
| 2 ^o Benzoate de soude | } à à 1 gr. 60 cent. | | |
| Caféine..... | | | |

(1) Dans la *Revue Thérapeutique*.

(2) La migrainine est un mélange de citrate de caféine et d'antipyrine.