

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE :

MM. A. BERTIER,	MM. L. E. FORTIER,	MM. J. A. LE SAGE.
R. BOULET,	A. A. FOUCHER,	A. MARIEN,
E. P. CHAGNON,	L. de L. HARWOOD,	O. F. MERCIER,
R. DE COTRET,	H. HERVIEUX,	E. ST-JACQUES,
J. E. DUBÉ,	E. P. LACHAPELLE,	C. N. VALIN.

COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1905 :

MM. Benoit,	MM. Dion,	MM. Mercier,	MM. Rhéaume.
Cleoué,	Laurendeau,	Nadeau,	Roy.
Duigle,	Laramée,	Normand,	Strois.
D'Amours,	Lesard,	Pariseau,	Tourigny.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr J. A. LE SAGE, Secrétaire, 268, rue St-Denis, Montréal.

Vol. XXXV

1er MAI 1906

No 5.

MEMOIRES

L'ANESTHESIE CHIRURGICALE PAR LA STOVAINE (1)

Par le M. O. F. MERCIER,

Professeur de Clinique Chirurgicale, Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame, à Montréal.

Pour produire l'anesthésie locale, il y a déjà près d'un an que j'ai systématiquement remplacé la cocaïne par la stovaine, suivant en cela l'exemple si autorisé de mon maître, M. le Prof. Reclus, qui s'est formellement et définitivement prononcé en faveur du nouvel anesthésique local, soit dans une communication faite l'an dernier par lui à l'Académie de Médecine, soit tout dernièrement dans une clinique reproduite dans la Presse Médicale, premier numéro de Janvier, en réponse à une attaque de Braun, chirurgien allemand. Comme lui, je la préfère à la cocaïne et ce, pour plusieurs raisons que je veux vous énumérer rapidement. J'ai même dépassé ses avancés car je me suis depuis quelque temps mis à faire couramment de la rachi-stovainisation. C'est justement les excellents résultats qu'elle m'a donnés qui m'engagent aujourd'hui à faire cette courte communication au sujet de cette question toute d'actualité que je me propose d'ailleurs de traiter plus lon-

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 3 avril 1906.

guement au Congrès de Trois-Rivières, au mois de juin prochain.

Étudions d'abord la stovaïne à propos de l'anesthésie locale et voyons les raisons pour lesquelles je l'ai supplantée à cocaïne.

D'après des expériences très scientifiquement conduites et des plus précises, il est établi que la stovaïne est au moins de moitié moins toxique que la cocaïne, c'est-à-dire que si vingt centigr. de cocaïne, solution à un et demi pour cent, ne peuvent être impunément dépassés comme doses injectables dans les tissus, quarante centg. de stovaïne sera la quantité maximum à injecter en solution également titrée. Non seulement elle est beaucoup moins toxique, mais malgré qu'elle soit légèrement moins puissante, elle peut et doit cependant être employée au même titrage de solution, c'est-à-dire, un et même un et demi pour cent, c'est cette dernière solution que M. Reclus emploie couramment. Il faut cependant en injecter beaucoup plus, inonder en quelque sorte le champ opératoire, ce qui, d'ailleurs, se fait sans risque avec une provision quasi inépuisable puisque chaque seringue contenant un gramme de solution à un pour cent, la dose maximum état de trente-cinq centigr. on peut injecter 75 seringues sans faire encourir de risques au malade. La technique d'ailleurs est la même qu'avec la cocaïne si ce n'est que je conseille de ne pas craindre les injections profondes et qu'il vaut mieux circonscrire en surface comme en profondeur la pièce à enlever. La stovaïne est un puissant tonique du cœur, je l'ai souvent moi-même remarqué et fait remarquer à mes assistants, surtout au cours de mes expériences de raché-stovaïnisation.

Vous ne sauriez croire quel confort apporte au chirurgien cette certitude, j'oserais dire, de la complète innocuité du médicament injecté. Je n'ai jamais eu il est vrai, avec la cocaïne, d'accident mortel, mais souvent j'ai eu de la pâleur de la face, un peu d'excitation cérébrale, de l'angoisse et, à une ou deux reprises, des alertes: une, entre autres, terrible. Il s'agissait d'un jeune étudiant en médecine que j'opérais pour une hernie inguinale, et pour l'anesthésie duquel je n'avais pas injecté plus de 9 centigr. solution à un pour cent et ce, avec précaution et suivant toutes les règles formulées par M. Reclus, possédant d'ailleurs moi-même, en plus, une longue expérience d'élève et de praticien en matière d'anesthésie locale. J'avais à peine eu le temps de finir mon opération, que mon malade m'offrait tous les symptômes d'une

intoxication profonde par la cocaïne, ceux qui les ont vus savent combien ils sont terrifiants. Mon malade fut certainement en danger de mort pendant au-delà d'une heure et ce n'est qu'à force de stimulants injectés par voie hypodermique, de frictions, de chaleur etc., que nous pûmes le tirer de là.

Avec la stovaïne, ces choses ne sont pas à craindre. Rarement, même pour une hernie, il faut injecter plus de 12 à 15 seringues de solution pour avoir une anesthésie suffisante pour mener à bien votre entreprise. Arrive-t-il au cours de votre manœuvre que vous rencontriez une zone insuffisamment insensibilisée, il vous reste une réserve d'anesthésie que je dirai presque inépuisable, vous pouvez donc injecter sans crainte progressivement, en analgésiant vos tissus profondément couche par couche suivant vos besoins. Le fait est que j'injecte sans compter tant je suis certain de ne pas passer vingt à vingt cinq seringues qui suffisent amplement à toutes opérations possibles avec ce mode d'anesthésie.

Vous savez tous que la solution de cocaïne doit toujours être récemment préparée car elle s'altère vite, elle perd rapidement son pouvoir anesthésique, au bout de quelques jours la solution perd sa limpidité, se remplit de colonies de champignons.

Il n'en est rien avec la stovaïne car elle est antiseptique à un haut degré. Ainsi tous les germes sont tués après cinq minutes de mise en contact avec une solution à deux et demi pour cent et après trente minutes avec une solution à un pour cent. Ces solutions ne peuvent donc pas s'altérer et conservent leur limpidité indéfiniment. La stovaïne n'étant pas un alcaloïde, mais l'éther benzoïque d'un amido alcool de la série grasse, de la fonction alcoolique tertiaire "chlorydrate de diméthylaminobenzoïl-pentanol," est un corps absolument stable et fixe. Ses solutions aqueuses sont stérilisables par la chaleur. L'ébullition prolongée même pendant une heure ne les altère nullement pourvu que le verre dans lequel a lieu la stérilisation de la solution et sa conservation ne soit pas alcalin. A ce propos, dans le cours de l'été dernier, j'eus, coup sur coup, deux ou trois échecs avec la stovaïne au point de vue analgésique. J'en eus cependant tout de suite l'explication qui était d'ailleurs très simple: je découvris que l'on stérilisait ma seringue de Luer avec mes instruments qui, à l'Hôpital Notre-Dame, sont toujours stérilisés par ébullition dans de l'eau fortement carbonatée. La plus légère trace d'alcalin mise

en contact avec une solution de stovaïne anéantit instantanément son pouvoir analgésique et même la précipite en rendant la solution opalescente.

On a prétendu, au début, que la stovaïne faisait saigner, étant donné son pouvoir vaso-dilatateur et conséquemment rendait l'acte opératoire beaucoup plus délicat et beaucoup plus difficile. Il n'en est rien et aujourd'hui il est établi qu'elle ne contracte ni ne dilate les vaisseaux. Les tissus qu'elle analgésie ne saignent ni plus ni moins que ceux des individus chloroformisés. Ce qui avait fait croire à cet hyperémie, c'est qu'on était habitués à la cocaïne qui, elle, a un pouvoir vaso-constricteur considérable et anémie fortement les tissus qu'elle insensibilise.

L'injection de stovaïne est peut-être un peu plus douloureuse que celle de cocaïne, mais la chose se corrige facilement en injectant plus lentement et surtout en sachant attendre un peu après avoir injecté la première goutte.

Il n'est pas indispensable de coucher le malade qu'on opère à la stovaïne et c'est là un avantage considérable en certains cas, elle expose moins, je dirai même pas du tout à la syncope; aussi je ne crains pas d'en faire un large usage dans mon bureau pour y pratiquer toutes sortes de petites opérations et de laisser, aussitôt la chose finie, les malades s'en retourner chez eux seuls. Je ne crains pas que l'on me les ramène dans l'ambulance quelques instants plus tard comme d'ailleurs la chose est déjà arrivée ici, à Montréal, après une extirpation de lipôme faite à la cocaïne, alors qu'on avait laissé partir le malade quelques minutes plus tard.

La stovaïne a donc, pour moi, remplacé systématiquement la cocaïne pour injections locales. Mais là où il ne peut plus y avoir de comparaisons à établir ni de discussions à faire, c'est au sujet de la rachio-analgésie; la supériorité de la stovaïne sur la cocaïne est ici surtout incontestable.

En 1900, je fus probablement le premier médecin canadien à employer la rachio-cocaïnisation, mais mes expériences ne furent pas nombreuses, j'avais déjà, je crois, une dizaine d'opérations; j'étais absolument découragé par des accidents sans gravité, il est vrai, mais inquiétants tout de même, et par les ennuis de toutes sortes que me causait la méthode. J'étais décidé de l'abandonner

au moins temporairement quand parut ce que j'appellerai le mémorable article procès de mon maître Reclus sur la rachi-cocaïnisation. Tous les accidents, tous les dangers, tous les inconvénients dont j'accusais la méthode, je les trouvais écrits de main de maître dans ces quelques lignes. Aussi je me décidai plus fermement d'attendre étant donné que je devais au printemps de 1901 partir pour Paris et qu'alors je pourrais étudier la question plus complètement sur les lieux mêmes de son plus large champ d'expérimentation. Mes études furent d'ailleurs singulièrement simplifiées, car pendant les quelques semaines que je passai à Paris, Legueu perdit ses deux malades; Nélaton faillit en perdre une et, en province, un médecin dont je ne me rappelle pas le nom eut aussi un accident des plus tragiques. La question pour moi était réglée et malgré les succès de Tuffier, dont je fus témoin, du moins pour quelques-uns, je rejetai définitivement cette méthode d'anesthésie.

Le printemps dernier, à Paris, j'eus le plaisir de rencontrer mon excellent ami, le Docteur Léon Kendirdjy, ainsi que M. Billon qui me dirent tant de bien de la rachi-stovaïne que je me serais décidé tout de suite à l'employer, si mon ardeur n'eût été tempérée par la communication de mon maître M. Reclus à l'Académie de Médecine et même par quelques conseils qu'il me donna sur ce sujet, entraîné par sa grande prudence et l'intérêt, si précieux pour moi, qu'il m'a toujours porté.

Néanmoins, à mon retour en juin je tentai la chose pour un cas d'hémorroïdes, le malade ne voulant, pour aucune considération, se laisser mettre sous l'influence du chloroforme, je réussis parfaitement sans le plus petit accident, sans le plus léger phénomène inquiétant. Je ne sais pour quelle raison, aucune sans doute, mais toujours est-il que j'abandonnai pour quelque temps la rachi-stovaïnisation et ce n'est qu'en janvier dernier, alors qu'ayant à opérer un vieux malade souffrant depuis plusieurs mois d'un calcul de la vessie et qui, à cause de son cœur malade, et d'un état asthmatique avancé ne pouvait se faire chloroformiser — la chose lui avait, d'ailleurs, été déjà refusée par plusieurs chirurgiens, — je pensai à la rachi-stovaïne; et le succès qu'elle me donna en cette circonstance me fit l'ériger en méthode suivie, dans mon service d'hôpital. Aujourd'hui, j'arrive avec une série très heureuse de 27 cas et une expérience limitée encore, il est vrai, de la méthode,

mais suffisante cependant pour me permettre d'en parler avec le plus grand avantage. Voici cette courte statistique de mes cas qui se répartissent comme suit :

1905.		
1 janvier.	— 10 Hémorroïdes.	Mme J. A. D. 22 ans
1906.		
2 janvier.	— 20 Taille hypogastrique.	M. Ls. B. 65 "
3 "	— 26 Hémorroïdes.	Mde. M. T. 65 "
4 "	— 27 Cure radicale hernie inguinale.	M. L. 49 "
5 "	— 30 Hémorroïdes.	M. V. B. 35 "
6 "	— 30 Pet. abcès coxalg. et ether iodof.	M.
		W. L. 19 "
7 "	— 31 Hernie inguinale étranglée.	M. E. G. 16 "
8 "	— 31 Réduction fract. Dupuytrin.	M. A. G. 43 "
9 Février.	— 1 Cure radicale hernie inguinale.	M. A.
		R. 35 "
10 "	— 1 Sarcome cuisse droite peau et muscles.	Mde L. P. 70 "
11 "	— 3 Débridement pied, abcès, etc.	M. N. G. 22 "
12 "	— 8 Encerclement métallique rotule.	M. H. R. 33 "
13 "	— 10 Varicocèle résection scrotum.	M. A. M. 20 "
14 "	— 10 Amputation Jambe.	M. D. Chas. 70 "
15 "	— 17 Hernie inguinale (cure radicale).	L. 22 "
16 "	— 22 Hémorroïdes.	M. J. T. 50 "
17 "	— 24 Hernie inguinale gauche cure rad.	M.
		O. G. 18 "
18 "	— 24 Amputation de jambe.	M. S. N. 30 "
19 "	— 24 Castration, test. tubercul.	M. Teth. 32 "
20 "	— 3 Ponctions, abcès coxal. ether iodo.	M. W. L. 18 "
21 "	— 3 Cancer, rectum résection.	Mde M. 66 "
22 "	— 3 Fistulette recto vaginale cauterisée. 50 "
23 "	— 3 Hernie crurale, cure radicale.	M. L. F. 25 "
24 "	— 6 Perineorrhaphie complète Emmet Kelly.	Mde R. 40 "
25 "	— 6 Séquestrotomie, fémur.	M. M. P. 29 "
26 "	— 10 Séquestrotomie, péroné.	M. F. Th. 30 "
27 "	— 10 Ponctions aspiratrices genoux ether iod.	F. N. 26 "

Je ne veux pas aujourd'hui faire le procès détaillé de ma statistique. Qu'il me suffise de dire que je n'ai pas eu le plus léger accident, la plus minime inquiétude, aucun mal de tête, aucune rachialgie post-opératoire. Dans un seul cas une légère élévation de température, mais j'avais injecté ma solution teintée de sang et dans un ou deux autres cas, il y eut des douleurs dans les jambes qui disparurent d'ailleurs au bout de quelques heures. Le pouls s'est toujours maintenu excellent, dans un cas, le malade eut un vomissement au cours d'une cure radicale de hernie pendant que j'exerçais des tractions assez fortes sur son cordon sper-

matique et son épiloon. Je fis toutes mes ponctions entre mes quatrième et cinquième lombaires avec anesthésie jusqu'à l'ombilic, et dans un seul cas je pratiquai l'injection entre la troisième et la quatrième et j'eus de l'anesthésie jusque sous les mamelons. C'est ce cas, d'ailleurs le seul, où il y eut ralentissement du pouls qui disparut tout de suite après une piqûre de caféine. Je dois dire aussi que la malade à la périnéorrhaphie, observation n° 24, eut pendant l'opération des contractions des mains qui disparurent tout de suite pour reparaitre pendant quelques instants trois heures après l'opération, c'est elle qui reçut une injection teintée de sang.

Je ne veux pas m'étendre pour aujourd'hui plus longuement sur ce sujet, comme je l'ai dit plus haut, j'ai l'intention d'en faire une étude plus étendue au prochain Congrès. Qu'il me suffise de dire que je suis actuellement rempli d'admiration pour cette méthode d'anesthésie si simple si efficace et qui me semble exempte de dangers, pourvu qu'elle soit employée avec sagesse et méthode.

Deux dangers sont certainement à redouter, la trop haute dose et l'infection des méninges spinales. J'insiste sur ces dangers, car il serait réellement par trop malheureux que l'on aille nuire à cette si brillante méthode par des accidents dus à une technique défectueuse. Employée suivant les règles aujourd'hui systématiquement formulées par Tuffier par Chaput par Pouchet, par Kendirdjy, je la crois inoffensive et efficace. Ses statistiques sont aujourd'hui nombreuses, se chiffrent par centaines et sont excellentes. Si dans quelques années il nous est possible d'aligner des statistiques d'un chiffre imposant et que ces statistiques soient toutes aussi favorables à la méthode que celles que nous possédons à l'heure actuelle, nul doute qu'alors la rachi-stovaïnisation sera considérée comme une méthode d'anesthésie précieuse et qu'elle aura sa place marquée là où il convient, entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PATHOGENIE DES CALCULS BILIAIRES. (1)

Par M. le Dr A. LORAND, de Carlsbad.

Il existe deux facteurs principaux dans la pathogénie des calculs biliaires: 1° La stagnation biliaire. 2° L'immigration des bacilles dans les voies biliaires, aidée par le premier facteur. L'inflammation qui la suit est la cause directe de la formation des calculs biliaires, comme il a été démontré par les expériences précises du Prof. Naunyn et de ses élèves.

La stagnation biliaire peut être amenée par l'altération des fonctions de tous ces agents qui influencent la sécrétion et le reflux de la bile vers l'intestin. Ces agents principaux sont:

1° La quantité de la bile sécrétée. Elle est augmentée par certains aliments: régime carné (Kuhne Barbera, etc.), l'ingestion abondante d'eau (Kühne).

2° La bile étant sécrétée du sang, sa sécrétion dépend des conditions de la circulation dans la veine porte et des artères qui la composent.

Dans les troubles de cette circulation elle doit être influencée.

3° La bile étant fabriquée, par les cellules du foie, du sang qui leur est apporté par la veine porte, les altérations du tissu hépatique doivent influencer la sécrétion de la bile. Son reflux aussi peut devenir difficile par la compression des canaux biliaires, par la contraction du tissu cirrhotique (formation de calculs de bilirubinchaux).

4° La tonicité des muscles lisses des voies biliaires, qui se contractent d'une manière rythmique (Doyon), et ainsi facilitent l'écoulement de la bile. L'atonie de ces muscles gouvernés par le splanchnique doit nécessairement faciliter la stagnation biliaire.

5° La respiration diaphragmatique facilitant l'expression de la bile de la vésicule biliaire.

Il va de soi que toutes les obstructions des voies biliaires par inflammation ou calculs doit aussi causer une stagnation.

L'invasion bacillaire des voies biliaires ne se produit pas lorsque la bile circule librement et abondamment vers le duodénum, où elle débouche par une ouverture qui déjà, par son obliquité, peut s'opposer à l'immigration des bactéries de l'intestin. La

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, décembre 1905, lors du passage en notre ville de notre distingué confrère (Viennois).

bile circulant librement et abondamment est stérile ou ne contient que peu de bacilles, mais, lorsqu'elle est stagnante, l'invasion bacillaire ne peut être déferée, comme le démontre les expériences des auteurs comme Charcot et Gombault, Gilbert, etc. qui, aussi, ont réussi à produire, à l'aide de ces deux facteurs principaux mentionnés, la formation expérimentale de calculs biliaires.

L'invasion bacillaire est facilitée par l'atonie de l'intestin avec constipation opiniâtre et ce qui s'en suit: stagnation des matières fécales et fermentation putride. Le péristaltisme insuffisant de l'intestin doit être accompagné par la stagnation de la circulation biliaire; c'est le même nerf qui gouverne l'intestin et les voies biliaires: le splanchnique. Son excitation détermine des arrêts des mouvements péristaltiques de l'intestin, et en même temps un relâchement des muscles lisses des voies biliaires.

La constipation habituelle avec atonie intestinale peut donc jouer un rôle très important dans la pathogénie de la cholélithiase. Cet état morbide étant bien plus fréquent chez les femmes que chez l'homme, la cholélithiase doit aussi être plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

En effet, la plus grande fréquence des cholélithiases chez les femmes est généralement reconnue, et ce fait est attribué à l'influence des grossesses. S'il est certain que la grossesse, par ses suites, l'entéroptose et déplacement du foie, du rein, avec difficulté d'écoulement biliaire du conduit cystique tiré de sa position originale, ainsi que par l'atonie de l'intestin, prédispose particulièrement à la cholélithiase; d'autre part, ce ne peut pas être la cause unique, puisque j'ai eu l'occasion d'observer de nombreux cas de cholélithiase (1) chez des femmes qui n'ont jamais eu un enfant, même chez une jeune fille de 16 ans. Dans tous ces cas, il existait une obésité de ce type, que j'ai décrite au dernier congrès français de Médecine, comme obésité endogène produite par la dégénérescence de la thyroïde et des ovaires.

Si l'obésité est accusée par certains auteurs comme cause prédisposante à la cholélithiase, on doit comprendre ainsi que la même cause qui produit l'obésité peut aussi amener la prédisposition pour la cholélithiase. Cette obésité se trouve le plus fréquemment chez des personnes qui ont passé une ou plusieurs

1) J'ai décrits des cas pareils aussi dans mon ouvrage sur l'origine du diabète.

gravidités, ou des maladies infectieuses. Cette espèce d'obésité, je l'ai attribuée à la dégénérescence des glandes vasculaires sanguines plus haut mentionnées sous l'influence de la gravidité ou des maladies infectieuses (Roger et Garnier, Bayon de Quervain).

Je voudrais aussi relever le fait que la cholélithiase est plus fréquente chez des personnes âgées. Or, il est un fait démontré par Sir Victor Hortley, Vermehren, etc., que la thyroïde est dégénérée à partir d'un certain âge. Si les calculs biliaires sont très fréquents dans les états d'insuffisance thyroïdienne, d'autre part, ils sont très rares dans les états d'hyperthyroïdie.

En général, on trouve à l'autopsie chez chaque dixième ou quinzième personne, quelquefois même chez chaque cinquième personne des calculs biliaires dont, chez la plupart, on ne soupçonnait pas la présence. Or, Windle, en examinant 150 diabétiques n'a trouvé dans aucun cas des calculs biliaires. D'après d'autres auteurs les cholélithiasés ne sont pas si rares chez les diabétiques. D'après ma propre expérience, je n'ai observé que peu de cas pareils, et dans chaque cas il s'agissait de personnes âgées, avec artério-sclérose, où le diabète a pu être attribué aux lésions du pancréas, suite de l'artériosclérose, comme c'est le cas dans la plupart des diabétiques âgés. Dans ces cas il existe, règle générale, des symptômes d'un état hyperthyroïdien.

D'après ces observations cliniques, nous croyons avoir le droit de poser la question de savoir si la glande thyroïde est en rapport avec la cholélithiase ?

Ces rapports ne peuvent pas être niés après les faits suivants, d'ordre clinique, anatomo-pathologique et de médecine expérimentale.

Il y a plusieurs années, Hertoghe, dans une communication à l'Académie de Médecine de Belgique a constaté la fréquence de la cholélithiase dans les cas d'hyperthyroïdie bénigne. Il signale comme symptôme fréquent la sensibilité de la vésicule biliaire avec formation de calculs biliaires.

Buschan cite quelquefois des calculs biliaires incarcérés comme cause de décès chez des personnes myxœdémateuses.

Hun-Frudden, Mackenzie G. Murray et d'autres ont trouvé le plus souvent des altérations du tissu hépatique chez des myxœdé-

mateux (cirrrose hépatique), et dans les vaisseaux hépatiques une endartérite et périartérite.

D'après Vermehren, il existe dans le myxœdème une hépatite interstitielle avec épaissement des vaisseaux sanguins et de la paroi des voies biliaires.

La foie présente une forte congestion après la thyroïdectomie, signalée par Rogowitch, Sanquirico et Canalès.

Albertoni et Tirroni, et aussi Sciolla, ont trouvé une dégénérescence graisseuse du foie après la thyroïdectomie.

Laulanié a trouvé le foie turgescent avec forte congestion allant jusqu'à l'hémorragie, atrophie consécutive des travées hépatiques et altération regressive des cellules glandulaires.

Van der Eecke, de Gand, dans une communication à l'Académie de Médecine de Belgique, a décrit des lésions analogues dans le foie après l'extirpation totale ou partielle de la thyroïde chez une série d'animaux.

Rosenblath a constaté après la thyroïdectomie un gonflement du foie et une dégénérescence graisseuse des cellules avec dilatation des veines intralobulaires.

Jeandelise, dans son ouvrage remarquable sur l'insuffisance thyroïdienne, signale l'hépatite après la thyro-parathyroïdectomie.

Dernièrement le Japonais Kishi a publié dans les archives de Virchow des lésions des vaisseaux sanguins du foie chez 150 animaux après la thyroïdectomie.

Blumreich et Jacobi, après extirpation de la thyroïde, ont constaté une distension considérable de la vésicule biliaire.

Notons encore que Gley, Laulanié, Cadeau et Guinard, Verstraeten et Vanderlinden ont signalé la présence constante de matières biliaires (sels et pigments biliaires) dans l'urine d'animaux éthyroïdés.

Si d'une part les altérations de la thyroïde sont capables d'amener des altérations du fonctionnement hépatique ou biliaire, d'autre part les altérations du fonctionnement biliaire peuvent aussi provoquer des changements dans la thyroïde. Ainsi, le Professeur Hürthle, de Breslau, a vu survenir une hypersécrétion de la substance colloïde avec symptômes d'hyperthyroïdie après la ligature du cholédoque, et Lindemann a trouvé dans un cas

d'ictère chronique après compression du cholédoque une augmentation de la substance colloïde de la thyroïde.

Il existe encore une autre glande vasculaire sanguine, dont les altérations peuvent être suivies par des troubles du fonctionnement hépatique, ce sont les glandes sexuelles féminines. Senator et Fleischmann ont observé chez certaines femmes un ictère plus ou moins considérable pendant les époques. "Ictère menstruel." Duncan a observé l'ictère dans des cas d'aménorrhée.

Dans la dysménorrhée on peut observer en certains cas un ictère, et le foie est engorgé et sensible à la pression.

J'ai souvent fait l'observation analogue, surtout chez des femmes à la période de ménopause; du reste, ce fait a été signalé il y a assez de temps par plusieurs auteurs, Bennet, Henoch, etc... Frerichs a aussi remarqué que la cessation des époques dans le ménopause est suivi assez souvent d'un gonflement du foie, qui disparaît aussitôt après le retour des règles.

Ces faits ne doivent pas nous étonner puisque nous connaissons les liens étroits entre la thyroïde et les glandes sexuelles, les altérations de l'une étant règle générale suivie par celles de l'autre. La plus grande fréquence de l'insuffisance thyroïdienne chez la femme tient au fait que la puberté, la menstruation, les gravidités, la lactation, la ménopause retentissent aussi sur la thyroïde, amenant son épuisement après un hyperfonctionnement préalable.

Si la cholélithiase est plus fréquente chez les femmes, elle est due à ce fait; elle ne dépend pas seulement du manque de la respiration diaphragmatique, de la pression du corset sur le foie, ni de la gravidité seule, mais bien de l'épuisement du fonctionnement thyroïdien après la gravité et la lactation. D'après Morvan, Ord, Combe, etc., le myxœdème apparaît le plus souvent après ces agents.

Il reste encore à élucider la question de savoir par quel processus l'insuffisance thyroïdienne ou des glandes sexuelles provoque la cholélithiase.

C'est parce que dans l'insuffisance thyroïdienne il existe un fonctionnement défectueux de tous les agents qui influencent la circulation biliaire comme nous l'avons exposé plus haut.

D'abord il existe une atonie de l'intestin avec entéroptose et constipation opiniâtre comme symptôme typique de l'insuffisance thyroïdienne. Dans le myxœdème il existe du reste une atonie de toute la musculature du corps, ce qui explique aussi la grande fatigue musculaire des myxœdémateux. Hertophe aussi a signalé l'entéroptose avec constipation opiniâtre comme symptôme typique de l'hypothyroïdie bénigne chronique.

Toutes les sécrétions en général étant abaissées dans l'insuffisance thyroïdienne, la bile aussi ne se sécrète pas en quantité abondante. Le régime alimentaire ne peut non plus contribuer à l'abondance de la bile puisque dans cet état morbide il existe très souvent un dégoût de la viande, et les malades n'ont jamais soif (Pel.). Chez certains animaux herbivores, ainsi chez les bestiaux les brebis, etc., les calculs biliaires sont fréquents, ce qui, à mon avis, ne peut être attribué exclusivement à l'inflammation des voies biliaires causée par un parasite, le distoma hépatique.

La sécrétion biliaire peut aussi être entravée par l'affection fréquente du tissu hépatique, et par la compression des canalicules biliaires, suite de la cirrhose fréquente.

L'invasion bacillaire est singulièrement facilitée dans les états d'insuffisance thyroïdienne.

Il est un fait bien établi (Lanz, Edmunds, etc.), que les animaux éthyroïdés tombent victimes de toutes les infections avec une rapidité étonnante. Nous sommes depuis notre naissance entourés par des milliards de bacilles, et si nous n'en tombons pas victimes c'est parce que le fonctionnement régulier de nos glandes vasculaires sanguines, spécialement de la thyroïde, nous met à l'abri des infections. Le fonctionnement antitoxique des différentes glandes sanguines ne peut être mis en doute. Je me propose de traiter cette question plus largement dans une communication au prochain congrès de tuberculose sur l'insuffisance thyroïdienne comme facteur étiologique dans la pathogénie de la tuberculose.

Il existe donc dans l'insuffisance thyroïdienne une concurrence de tous les agents qui peuvent faciliter la stagnation biliaire et l'immigration des bacilles dans les voies biliaires, amenant l'inflammation de ces voies et la cholélithiase.

Entre ces agents c'est l'atonie intestinale avec constipation opiniâtre qui joue le rôle principal, puisqu'elle est aussi accompagnée par l'atonie de la musculature des voies biliaires et de la cystifellea.

La constipation habituelle dans les altérations des glandes sexuelles peut aussi faciliter le développement de la cholélithiase.

Je voudrais relever le fait que l'excitation du splanchnique, le nerf moteur de l'intestin et aussi des voies biliaires est suivi par l'arrêt des mouvements péristaltiques de l'intestin, et immédiatement d'un relâchement des voies et vésicules biliaires. D'après le Professeur Kisch et Theihaher, il existe dans toutes les affections utérines des arrêts des mouvements péristaltiques de l'intestin.

Comme nous avons vu, l'insuffisance de la thyroïde ou des glandes sexuelles peut amener la cholélithiase. Il a été établi par les recherches précises de nombreux auteurs que dans ces états morbides tous les processus de la nutrition sont abaissés. Cela constitue donc le meilleur terrain pour la formation des calculs biliaires. La diathèse biliaire est donc en effet un ralentissement de la nutrition comme l'a établi M. Bouchard.

L'insuffisance complète de la thyroïde, le myxœdème franc, est un état morbide plutôt rare mais ce qui se présente tous les jours en nombre, c'est l'insuffisance partielle de la thyroïde, le myxœdème frustre, l'hypothyroïdie. Il n'est que temps que la médecine appliquée en tire les conséquences pratiques.

La constipation jouant le premier rôle dans la production de la cholélithiase, tous nos efforts doivent être dirigés en vue de prévenir et traiter ce mal. Il est certain que des personnes vivant exclusivement de viande ne peuvent pas espérer une évacuation régulière spontanée de leurs intestins. Pour aider le procédé de la défécation il faut choisir une nourriture qui, par sa fermentation, ou mécaniquement par son volume, exerce une action excitante sur les centres nerveux dans l'intestin, et provoquent ainsi une contraction de la musculature avec expulsion des matières fécales. Ainsi il arrive logiquement que les repas copieux avec quantité de légumes, du pain noir (pain de Graham), et des fruits cuits et frais seront singulièrement indiqués dans la prévention

et le traitement de la constipation. Nous recommanderons surtout les épinards, carottes, les choux cuits, laitue cuite et autres légumes semblables, purée de prunes et de pommes, prunes cuites, des cerises cuites ou fraîches ou en compote, surtout des figues et autres fruits. Des fruits crus, surtout les raisins en forme de boules de raisins.

Les eaux purgatives, comme Hunyadi Janos et Apenta, peuvent aussi être employées avec succès. Comme le traitement quotidien par ces eaux pendant des semaines présente son inconvénient, nous pourrions aussi employer des eaux alcalines-salines dont les effets purgatifs sont bien marqués, comme c'est le cas avec les eaux de Carlsbad, dont les effets me sont connus d'après une expérience de 12 ans sur des cas très nombreux. L'action curative très marquée de ces eaux contre la cholélithiase peut être expliquée en grande partie par ce fait-là. Cependant, il a aussi été démontré par le Dr Hermann que ces eaux exercent une influence toute particulière sur la muqueuse inflammée des voies biliaires.

Les eaux de Vichy peuvent aussi donner de bons résultats dans certains cas, quoique l'action purgative de ces eaux est inférieure à celle des eaux de Carlsbad.

Les effets des eaux de Carlsbad peuvent être rehaussés par l'application simultanée des cataplasmes de boue chaude, provenant des terres boueuses excessivement riches en fer et acide formique de Franyensbad, ville voisine de Carlsbad, dont la boue est exportée à Carlsbad.

Par la combinaison avec ce traitement j'ai été capable d'observer dans chaque cas de cholécystite la disparition de la simple sensibilité de la vésicule biliaire après une cure de 4 semaines.

Le traitement thyroïdien peut en règle donner des résultats seulement comme prévention de la cholélithiase en améliorant le péristaltisme de l'intestin.

L'opération doit être considérée comme dernier refuge, et seulement après que le traitement médical est resté sans résultat. Elle sera spécialement indiquée dans l'empyème de la vésicule biliaire et dans l'obstruction du cholédoque par un calcul.

REVUE GENERALE

LE SPIROCHETE DE LA SYPHILIS.

Plusieurs microbes ont été décrits tour à tour comme agents de la syphilis; ce sont, entre autres, ceux de Lustgarten, Kassowitz et Hochsinger, Neissen, Joseph et Piorkowski, Julien et Delisle. Aucune de ces découvertes n'a excité autant d'intérêt que celle d'un spirochète trouvé dans les lésions syphilitiques par Schnaudin et Hoffmann, en mars 1905.

Préparé à ce travail par ses recherches antérieures sur les spirochètes, leur coloration, leur forme, Schnaudin, avec la collaboration d'Hoffmann, examine la pulpe d'une papule syphilitique, et y trouve de nombreux spirilles, d'un aspect spécial, difficiles à colorer. Il se croit en présence d'un agent non encore décrit, pouvant bien être la cause de cette maladie, le recherche dans un second cas; plaques muqueuses de la grande lèvre, puis dans d'autres, toujours avec succès.

Schnaudin et Hoffmann décrivent alors deux spirochètes des organes génitaux, l'un *le sp. pallida*, se rencontrant dans les lésions syphilitiques; l'autre, *le sp. refringens*, vivant en saprophyte, n'ayant aucun rôle pathogène.

Pour confirmer cette découverte, ils en font part à MM. Metchnikoff et Roux, de l'Institut Pasteur de Paris, qui avaient déjà réussi à inoculer la syphilis aux singes, et leur demandent de rechercher le nouveau spirochète dans les lésions syphilitiques de ces animaux.

Dans les deux premiers cas, ils eurent d'abord un résultat négatif, dans un troisième, chez un singe, macacuscynomolgus porteur d'un chancre de la paupière, au 25^e jour, ils en trouvent, de même chez un quatrième dans un chancre au début. Ils reprennent alors les deux premiers singes, et après de patientes recherches finissent par en trouver quelques-uns. C'était un point important d'acquis; le spirochète existait dans les syphilis expérimentales comme dans la syphilis humaine.

Ce spirochète *pallida* présente les caractères suivants: il est de forme allongée, contourné en spirales assez régulières et nombreuses, ses extrémités sont minces, effilées, terminées par un cil,

quelquefois un de ces cils est dédoublé, il n'a pas de membrane ondulante, sa section transversale est circulaire.

Plusieurs procédés de coloration ont été décrits, nous n'en citons que deux que nous avons eu l'occasion d'employer.

Les produits à examiner sont obtenus par grattage du chancre ou des plaques muqueuses, par incision et grattage d'une papule, par aspiration au moyen d'une seringue dans les lésions profondes comme les ganglions. On dépose la pulve sur une lame et on étale en une couche très mince. Il est bon de préparer un grand nombre de lames.

(a) *Coloration par la solution de Giemsa.* Cette solution, en vente dans les maisons de commerce, doit être diluée à raison de 35 gouttes par 20 cc d'eau. 1° Fixer les préparations par l'alcool absolu pendant une demi-heure. 2° Colorer pendant cinq ou six heures avec la solution de Giemsa diluée. 3° Laver, monter et examiner à un fort grossissement (obj. à immersion $\frac{1}{12}$ ou $\frac{1}{16}$ Litz). Le spirochète est coloré en rouge pâle.

(b) *Coloration par le procédé d'Oppenheim et Sachs.* Cette coloration a l'avantage de n'exiger aucune matière colorante spéciale, on emploie une solution utilisée couramment dans les laboratoires de bactériologie, la solution phéniquée de violet de gentiane.

Violet de gentiane en solution alcoolique concentrée,	10 cc.
Solution phéniquée à 5 ₀ / ₀ ,	100 cc.

Les préparations ne sont pas fixées mais simplement séchées à l'air, et portées sur une table chauffante.

1° Recouvrir la préparation de solution de violet de gentiane et chauffer jusqu'à formation de vapeurs.

Fanoni (*New York Med. Jour.*, 4 nov., '05), conseille de chauffer jusqu'à commencement d'ébullition.

2° Laver, sécher, monter dans le baume du Canada et examiner à un fort grossissement.

Après cette coloration, le spirochète paraît plus large, parce qu'on évite la rétraction due à la deshydratation par l'alcool pendant la fixation.

Les cils peuvent être mis en évidence par le procédé classique de Loeffler que l'on trouve dans tous les traités de bactériologie.

Il est important de bien savoir distinguer le spirochète pallida des autres: sp. refringens, sp. dentium, sp. plicatis, etc.

Examiné sans coloration, vivant, le sp. pallida est très mobile, mais lorsqu'il est au repos il conserve sa disposition en spirales, tandis que les autres sp. ne deviennent que légèrement ondulés. Les autres caractères importants à retenir pour le diagnostic, sont: les extrémités effilées, l'absence de membrane ondulante et la difficulté de coloration.

Personne n'a pu jusqu'à présent cultiver le sp. pallida. En mai 1905, MM. Metchnikoff et Roux terminaient leur communication à l'Académie de Médecine sur ce sujet par ces paroles: " En l'absence de cultures pures, il faudra réunir un grand nombre de faits avant de conclure d'une façon définitive sur le rôle étiologique du sp. pallida, mais tout l'ensemble des données que nous venons de résumer plaide sérieusement en faveur de la thèse que la syphilis est une spirillose chronique produite par le sp. pallida de Schnaudin (Bulletin de l'Académie de Médecine, séance du 16 mai '05).

Depuis ce temps de nombreux travaux publiés en tous pays sont venus confirmer ces faits: sur un total de 596 cas que nous avons relevés dans la littérature médicale, le sp. a été trouvé 413 fois, soit dans 69 % des cas. Quelques statistiques donnent une moyenne plus élevée, Roscher a 96 cas positifs sur 100. Flugel 22 sur 22. Mulzer 20 sur 22.

La statistique la moins favorable est celle d'Oppenheim et Sachs qui n'ont trouvé le sp. que 39 fois sur 118 cas.

Le sp. a été trouvé dans le chancre et dans la plupart des accidents secondaires, papules, ganglions. Il ne paraît pas exister dans les lésions tertiaires. Il passe dans le sang puisque Hoffmann a inoculé la syphilis en frottant du sang d'un syphilitique sur la peau scarifiée d'un singe et a produit ainsi un chancre contenant de nombreux spirochètes. Sa présence a été démontrée plusieurs fois dans les organes internes d'enfants syphilitiques héréditaires, foie, rate, poumons (cas de Levatti, de Burchke et Fisher, Reischauer).

Le traitement mercuriel le fait disparaître rapidement.

Il est à remarquer que le sp. ne se rencontre pas dans les lésions non syphilitiques. Mulzer l'a cherché dans 50 cas de balanites, carcinômes, papillômes, etc., et ne l'a jamais trouvé.

La plupart des sp. décrits par quelques auteurs, dans des lésions diverses carcinômes, etc., ont été reconnus plus tard comme n'ayant rien de commun avec celui de Schnaudin.

Castellani a cependant trouvé dans un cas de parangi des sp. ressemblant à tel point au sp. pallida, que Schnaudin, à qui la préparation a été montrée, y a retrouvé tous les caractères du sp. de la syphilis. Il est possible qu'on ne connaisse pas encore tous les caractères différentiels des spirochètes.

Nous terminerons cette revue par cette phrase d'Hoffmann: "Il n'y a qu'une conclusion qui s'impose dès maintenant, c'est que le sp. palladia est le vrai parasite de la syphiliis. (1)

(1) Bulletin de l'Institut Pasteur, 26 octobre 1905.

A. BERNIER,

Agrégé, chargé du cours de bactériologie
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

Dans le No de juin nous donnerons des renseignements utiles aux médecins qui désirent assister à la réunion annuelle qui aura lieu, cette année, à Toronto, fin août.

LA SANTE PAR L'AIR PUR. DORMEZ AVEC VOS FENETRES OUVERTES (1)

Périodiquement, les orateurs du Sénat et de la Chambre se préoccupent du bien-être du soldat.

Le recrutement, les conseils de revision, les eaux potables, l'ordinaire, le chauffage des chambres ont été tour à tour mis sur la sellette, des réformes sérieuses ont, chaque fois, été promises pour donner une part de satisfaction au juste émoi des pères et mères de famille.

Je voudrais exposer ici quelques idées personnelles sur l'aération des chambres.

Déjà, au cours de l'année 1904, une voix restée sans écho se fit entendre à la tribune du Sénat: " Ah! si l'on rognait au militaire une partie de son pain, de ses légumes ou de sa viande, il y aurait immédiatement des réclamations; mais on lui supprime la moitié de sa ration d'air, et personne ne réclame pour lui." (Extrait du *Journal Officiel*.)

On a bien réclamé, même plusieurs fois, des chambres plus spacieuses, moins encombrées, munies d'appareils d'aération plus perfectionnés. Mais on sent que ces réclamations ont été faites par des aérophobes, devant une assemblée d'aérophobes, représentant une nation d'aérophobes!

Les physiologistes avaient trouvé, depuis longtemps, combien un homme inspire d'acide carbonique à chaque mouvement respiratoire.

Avec cette donnée, et connaissant la teneur de l'air en oxygène, le nombre des inspirations à la minute et la longueur des nuits, ils avaient édifié un élégant petit problème dont la solution est qu'il faut 20 mètres cubes d'air par habitant d'une chambre.

On s'est vite aperçu que, malgré ces 20 mètres cubes d'air alloués à chacun, l'atmosphère d'une chambre n'est plus respirable au bout de quelques heures.

Après cet échec de la découverte des physiologistes, sont venus les hygiénistes, hardis novateurs, qui ont assuré que ces 20 mètres cubes d'air devaient être renouvelés d'une façon continue, et qui se sont ingénies à inventer des appareils *ad hoc*.

(1) Cet article, écrit pour la France, s'applique tout aussi bien au Canada. Nous remercions l'auteur de nous l'avoir adressé. Nous n'avons qu'à remplacer le mot caserne par les mots, couvents, collèges, hôpitaux, etc.

L'intention était louable, les résultats ont été nuls.

Qu'une chambrée soit munie de bouches d'aération au ras du parquet, de hottes de ventilation aux fenêtres, de carreaux perforés, de vitres contrariées, que dans l'épaisseur des murs soient installés des appareils Renard que le plafond soit traversé d'une cheminée d'aération, entrez dans cette chambrée deux ou trois heures après l'extinction des feux, et vous éprouverez une sensation rare.

Ca pue, ça vous asphyxie, ça vous assomme !

Je connais des soldats qui renoncent à des permissions de minuit ou de théâtre, pour ne pas rentrer, en pleine nuit, dans une chambrée où dorment, depuis quelques heures, une vingtaine de leurs camarades.

Pas une voix ne s'est élevée à la tribune pour décrire cette horreur qu'est l'air d'une chambrée, pour en demander la suppression radicale et immédiate.

C'est à croire qu'aucun de nos honorables n'a été troupiier ou qu'il en a perdu la mémoire !

Parmi les appareils de ventilation continue, il y a deux grandes catégories, ceux qui fonctionnent misérablement et qui ne ventilent rien, ceux qui ventileront un peu, et que le troupiier bouche soigneusement. Paille, papier, linge sale, traversin, tout est bon pour faire obstacle à l'air.

Et comment en serait-il autrement ? le Français, sur quelque degré de l'échelle sociale que le sort l'ait fait naître, n'est-il pas élevé dans la sainte horreur de l'air ?

C'est la mentalité de toute une race qu'il faudrait changer, pour qu'on n'entende plus journellement des clichés comme ceux-ci : il a pris un coup d'air — ne restez pas à l'air, vous prendrez mal — l'air de la nuit donne mal aux yeux — il est mort d'un chaud et froid — et cent autres locutions qui marquent en quelle profonde défiance est tenu ce principe vital, ce *pabulum vitæ*, comme on l'a appelé au Sénat, sans y attacher plus d'importance.

Oui, l'air est l'aliment de la vie, le premier des aliments, bien avant l'eau et le pain. On vit des jours sans eau, des semaines sans pain ; quelques minutes sans air, la mort arrive .

Est-ce de l'air, mélange d'oxygène et d'azote à dose physiologique pour l'entretien de l'hématose, est-ce de l'air, je vous le

demande, que l'on respire dans une chambrée munie des appareils de ventilation ?

Ce sont des gaz d'excrétion du poumon, de l'intestin, mélangés aux odeurs qui se dégagent de la peau, des effets d'habillement et d'armement de l'entrevous des planchers, etc., etc.

Le poumon a autant de mal à oxygéner le sang dans ce milieu délétère, qu'en aurait l'estomac à retirer quelques parcelles alimentaires des matières excrétées par l'anus.

Et l'on s'étonne qu'à ce régime, les malades abondent dans nos casernes, que les plus forts soient terrassés, qu'ils deviennent la proie du premier microbe rencontré.

Certes, le microbe n'est pas le dernier mot de la pathogénie, il ne devient virulent que s'il tombe sur un terrain propice.

En est-il un de plus favorable que l'organisme humain, soumis pendant presque la moitié de son existence à un empoisonnement méthodique ?

Le miasme humain a été accusé, au Sénat, d'engendrer à lui seul la fièvre typhoïde. Laisant cette opinion à son auteur, je me contente de le rendre responsable de la pluralité des cas de tuberculose qui éclosent dans le milieu militaire.

Le bacille de Koch mis à part, la tuberculose qui s'achève en phthisie, n'est-elle pas le type des maladies de consommation ; ne sommes-nous pas édifiés, depuis longtemps, de sa prédilection pour tous les organismes débilités pour une cause quelconque ?

Les maladies générales infectieuses, les maladies débilitantes, l'alcoolisme, le paupérisme, les agglomérations urbaines insalubres, sont les principaux facteurs de tuberculose officiellement reconnus.

Je demande qu'en première ligne on place l'empoisonnement par l'air confiné.

Il est vraiment extraordinaire, que depuis l'apparition des premiers sanatoria et le traitement méthodique de la tuberculose par la cure d'air, il ne se soit pas fondé quelque ligue pour réclamer le droit à l'air pur, pour les gens bien portants.

Même dans le milieu médical, la force de la routine est telle, que de nombreux praticiens conseillent, de bonne foi, à leurs malades, de dormir avec les fenêtres ouvertes, sans oser faire la même recommandation aux gens bien portants, et surtout sans se conformer eux-mêmes à cette hygiène élémentaire.

C'est que dans tout médecin, comme dans tout homme, il y a une double personnalité: l'individu qui a appris, qui a réfléchi, et l'individu esclave de son milieu, de son atavisme, qui n'accepte pas, pour son propre compte, les hardiesses de son collaborateur.

En attendant qu'on ait agrandi les casernes, qu'on ait créé dans tous des réfectoires, des salles d'astiquage, de théories, que la chambre ne soit plus que la pièce où l'on dort, courrons au plus pressé, donnons de l'air pur au soldat pendant la nuit.

Cette réforme, telle que je la conçois, peut s'exécuter dans les vingt-quatre heures, sans bourse délier, ce qui n'est pas à dédaigner.

Ce n'est pas avec un appareil plus perfectionné, que je propose d'aérer les chambrées, c'est tout simplement en supprimant les vitres supérieures de toutes les fenêtres, ou au moins des fenêtres de la façade non exposée aux vents dominants dans la région.

Il sera difficile, tous les soirs, de boucher toutes ces ouvertures, et le soldat ne s'empoisonnera plus pendant son sommeil détruisant toutes les nuits la réserve de santé que lui procurent tous les jours un exercice modéré fait au grand air, et une alimentation largement suffisante, quoiqu'on en dise.

Ce projet d'aération nocturne, large et permanente, ne m'est pas venu la nuit dernière, dans une chambre hermétiquement close et bien chauffée, voilà dix-sept ans que je dors avec les fenêtres ouvertes, et, bien entendu, sans jamais allumer du feu dans ma chambre.

Affaire d'habitude et d'entraînement, dira-t-on! Aujourd'hui, c'est possible, mais voici dans quelles conditions se fit mon extrarapide entraînement.

Le 15 décembre 1887, le hasard me fit éveiller un matin, avec les fenêtres de ma chambre d'étudiant à Paris, largement ouvertes: l'eau de la toilette était un bloc de glace, j'avais passer une excellente nuit; j'aurais plus je n'ai fermé mes fenêtres pour dormir. Sous toutes les latitudes, depuis les forêts des Vosges jusqu'aux oasis du Sud Oranais, par tous les temps, froid sec, neige, pluie, brouillard, l'air de ma chambre communique largement avec l'air extérieur.

J'ai fait de nombreux adeptes parmi mes parents, mes amis, mes camarades.

Par persuasion ou par ruse, au cours de routes ou de manœuvres, j'ai obligé des camarades de chambre à dormir les fenêtres ouvertes; jamais aucun n'a contracté le moindre coryza.

Y a-t-il une période dans l'année militaire où, malgré la fatigue, les malades soient moins nombreux que pendant les manœuvres? Or, au cours de ces manœuvres, n'arrive-t-il pas plusieurs fois que des compagnies entières couchent, soit sous des hangards largement ouverts, soit même en plein air à l'abri de meules de paille? Ces hommes sont-ils entraînés à coucher à l'air libre?

J'ai obtenu l'aération nocturne, par la fenêtre ouverte, dans beaucoup de chambres de malades. Je connais des salles militaires, dans un hospice mixte, dont les fenêtres n'ont pas été fermées depuis plus de deux ans, et cela sans aucune contrainte, par la seule persuasion, et l'exemple donné d'abord par un genarme soigné antérieurement au sanatorium d'Aubrach.

Quand un nouveau malade entre, il est surpris de cette coutume et montre quelque appréhension, vite dissipée par les railleries des anciens. Forcé de reconnaître le bien-être éprouvé le matin au réveil, il devient à son tour un propagateur de la santé par l'air pur.

En outre des malades ordinaires, ces salles, largement aérées nuit et jour, ont reçu plus de cent cas d'oreillons, une vingtaine de cas de rougeole et autant de scarlatine. Tous ces cas ont évolué normalement vers la guérison, sans qu'on ait pu relever aucune complication *a frigore*.

Un hygiéniste militaire, et non des moindres, le prof. Laveran, dans son traité d'hygiène militaire, a écrit quelques lignes dont personne n'a soupçonné l'importance; l'auteur lui-même n'insiste pas, et ne tire aucune conclusion de ses constatations.

Au chapitre de l'installation et de l'hygiène des camps, il est dit que: "les hommes logés dans les camps barraqués, installés autour de Paris en 1871, jouirent d'abord d'une excellente santé, parce qu'on était au printemps et qu'ils dormaient "portes et fenêtres ouvertes."

Le mauvais temps venu, les hommes se calfeutrèrent dans leurs barraques, et l'état sanitaire devint tel, que les barraquements durent être abandonnés.

Je cite de mémoire, le texte n'est peut-être pas très précis.

Au chapitre aération, le prof. Laveran décrit force appareils, tous très ingénieux, et ne pense pas au moyen si simple des portes et fenêtres ouvertes.

Ce qui précède sont des faits, la peur de l'air froid nocturne est une chimère.

Les effets locaux et généraux du froid sont connus, mais je voudrais qu'on me montrât un homme qui aurait contracté une maladie dite *a frigore*, du fait de coucher dans un lit de troupe, placé sous un simple couvert.

Je ne me fais pas d'illusion sur le sort qui attend ma proposition, l'heure des fenêtres ouvertes toute la nuit n'a pas encore sonné, et ma campagne contre l'aérophobie soulèvera des sourires sceptiques, peut-être même compatissants; je n'en continuerai pas moins, dans ma modeste sphère, de répandre par la parole et par l'exemple cette notion d'hygiène élémentaire, que le poumon de l'homme est fait pour respirer de l'air pur, jour et nuit, et non pas le jour seulement.

Paradoxe aujourd'hui, vérité demain!

Dr DONNADIEU (de Paris).

Médecin-major.

En Juin

Nous publierons des articles intéressants sur des questions d'intérêt professionnel.

LA CRAPAUDINE A COULISSE ET L'AMPUTATION AU-DESSOUS DU GENOU.

En ces derniers temps les chirurgiens sont d'avis que dans les amputations au-dessous du genou, ce n'est pas pratique de sauver, de la jambe, tout ce qu'il y a moyen de sauver — Quelques détails importants sont admis, v. g. :

Quand c'est possible, il vaut mieux tailler des lambeaux antérieurs et postérieurs que de faire une incision circulaire.

Le péroné doit être coupé plus court que le tibia.

Le lambeau postérieur plus court que le lambeau antérieur, pour que la cicatrice ne soit pas absolument sous le moignon.

Un moignon de six ou sept pouces sous le genou est ce qu'il y a de mieux.

La Crapaudine à coulisse d'Erickson patentée et manufacturée par la Compagnie de membres artificiels E. H. Erickson de Minneapolis, Minn. rend possible, dans les amputations près du genou, l'ajustement au moignon de façon à ce que la jambe soit mue par le genou, l'amputé n'ayant pas à se servir d'un appareil pour le genou. La Crapaudine à coulisse suit le moignon quand, dans la marche, le pied est levé empêchant toute excoaration par frottement du moignon sur la jambe et donne au moignon un plus grand levier pour balancer la jambe.

DIAGNOSTIC DE LA PLEURESIE PURULENTE CHEZ LE JEUNE ENFANT

La pleurésie purulente du jeune enfant passe trop souvent inaperçue, et cette erreur de diagnostic a les conséquences les plus graves. Les enfants s'amaigrissent, dépérissent et meurent, considérés comme tuberculeux incurables, alors qu'une évacuation suffisamment précoce du pus pleural les aurait presque certainement guéris. J'ai vu plusieurs fois des enfants amenés à l'hôpital tout à fait squelettiques, porteurs de pleurésies purulentes de vieille date méconnues: l'opération les a guéris. J'ai eu, en outre, à trois reprises, occasion, dans ces dernières années, de redresser en ville des diagnostics erronés de tuberculose pulmonaire chez de jeunes enfants; dans deux de ces cas, j'ai eu la satisfaction de voir les petits malades guérir par l'intervention. L'histoire est à peu près toujours la même: un enfant d'un, deux ou trois ans, est pris un jour d'agitation, de fièvre, de toux; le médecin appelé trouve dans un poumon des râles de tout calibre, plus ou moins gargonillants, et du souffle; il parle fluxion de poitrine, et il a raison: c'est, en effet, le plus souvent à la suite d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie que survient la pleurésie purulente du jeune enfant. Au bout d'un certain temps, la fièvre tombe ou du moins la température redevient à peu près normale le matin; mais le soir persistent des élévations plus ou moins irrégulières, et l'état général, au lieu de s'améliorer rapidement comme à la suite des défervescences de pneumonie, décline progressivement: l'enfant pâlit, s'amaigrit et s'affaiblit de plus en plus. Un épanchement pleural purulent succède à l'inflammation pulmonaire; mais pour des raisons sur lesquelles je vais à insister, cet épanchement passe inaperçu, et le médecin, oubliant que "la première idée est toujours la bonne," craint de s'être trompé dans son premier diagnostic, il pense de plus en plus qu'il s'est agi, non le broncho-pneumonie franche, mais de broncho-pneumonie tuberculeuse, il porte le pronostic le plus funeste, et la gravité de l'état de l'enfant saute, du reste, tellement aux yeux des moins expérimentés que les parents ne s'étonnent pas quand il leur dit que "l'enfant s'en va de la poitrine." Pour peu que le malheureux enfant soit alors traité par

des préparations ichthyolées, iodoformées, thiocolées, l'état de ses fonctions digestives empire, il est bientôt réduit à l'état squelettique, la peau est pâle comme de la cire et présente souvent la teinte verdâtre signalée par M. Netter dans les pleurésies purulentes à pneumocoques; elle est collée aux os, les pommettes sont excavées, les yeux enfoncés, les saillies musculaires disparues, les saillies osseuses exagérées; la respiration est affaiblie, le pouls imperceptible, le cri remplacé par de vagues plaintes, et l'enfant finit par s'éteindre. Cette fatale terminaison aurait pourtant pu être évitée si le diagnostic avait été exact. On doit le faire exact quand on tient compte de certaines particularités de séméiologie infantile, qui, méconnues, sont la cause de grosses erreurs.

L'examen des poumons des jeunes enfants doit toujours être fait avec méthode. Il faut que le thorax de l'enfant soit largement découvert et que l'enfant soit tenu sur le bras de sa mère, la poitrine appuyée sur le sein et l'épaule de celle-ci, de façon à ce que le dos de l'enfant se présente directement au médecin et que les deux moitiés du thorax soient bien symétriques. L'auscultation se fera sur un linge fin; la tête du médecin se pose doucement au contact du dos de l'enfant, sans appuyer. Le médecin ausculte comparativement un côté, puis l'autre à différentes hauteurs. L'enfant n'étant pas changé de position, le médecin procède ensuite à la percussion. Elle doit être très légère, sous peine de faire résonner en entier le petit thorax et de n'obtenir aucune différenciation.

L'auscultation et la percussion sont ensuite pratiquées comparativement dans chaque aisselle; il ne faut pas oublier, en effet, d'abord que, chez l'enfant comme chez l'adulte, beaucoup de processus morbides prédominent à la partie latérale du poumon; puis que, dans le petit thorax de l'enfant, la propagation des bruits se fait facilement d'un côté à l'autre, et que c'est dans les aisselles qu'on se trouve le plus à l'abri de cette cause d'erreur.

Enfin, le médecin ausculte, puis percute, la face antérieure du thorax; nous terminons habituellement par cette région parce que l'enfant s'effraye toujours plus des manœuvres pratiquées sur sa poitrine et vues par lui que de celles effectuées sur son dos. Il importe de ménager l'enfant qu'il ne s'agite pas et ne crie pas pendant ces manœuvres.

Ce n'est pas toujours possible. Il arrive que l'enfant commence à crier à la simple vue du médecin. Cela ne doit pas empêcher de procéder toujours de la même façon. L'oreille contre le dos de l'enfant, le médecin écoute, et, après quelques cris, un moment arrive où l'enfant fait une inspiration profonde pour emplir d'air sa poitrine avant de crier de nouveau. Il suffit d'ausculter deux ou trois de ces inspirations. Les cris ont l'avantage de permettre l'étude du retentissement vocal et la recherche des vibrations; pour rechercher celles-ci, la main doit être appliquée comparativement dans l'une et l'autre aisselles, et non dans le dos, toujours pour éviter la cause d'erreur due à la facilité de la transmission des signes d'un côté à l'autre du petit thorax du jeune enfant. Les cris ne gênent pas la percussion; le médecin approchera suffisamment l'oreille pour bien percevoir le son donné par une percussion légère, sans qu'il soit couvert par les cris de l'enfant.

A l'état normal, le jeune enfant a une respiration différente de la respiration normale de l'adulte. Elle est plus rapide, puisque pendant le sommeil l'enfant fait en moyenne 35 respirations dans les premiers mois, 28 à un an, 26 à deux ans, 25 à trois et quatre ans; ces chiffres augmentent encore pendant la veille et surtout par l'appréhension que cause souvent à l'enfant la seule présence du médecin. Le murmure respiratoire est relativement plus fort chez l'enfant que chez l'adulte. On sait que Laënnec désignait sous le nom de respiration puérile la respiration plus ample et plus bruyante du poumon fonctionnant supplémentairement quand son congénère est comprimé ou détruit. Cette intensité du murmure respiratoire tient à la minceur des parois thoraciques, qui fait que les bruits d'origine pulmonaires arrivent affaiblis. Tous les bruits pathologiques sont également perçus avec plus de force. Les râles sous-crépitants retentissent violemment sous l'oreille, et pour peu qu'ils soient humides, de calibres variés et suffisamment confluent, ils simulent des gargouillements. On comprend donc qu'un observateur non prévenu croit facilement à l'existence d'une caverne, alors qu'il s'agit uniquement de foyers de broncho-pneumonie ou de congestion pulmonaire, en dehors de toute tuberculose, en dehors également de tout processus de dilatation bronchique. Cela est prouvé non seulement par les autopsies, mais encore parce que ces signes ca-

verneux disparaissent d'une heure à l'autre, et qu'on trouve le lendemain une respiration normale là où la veille semblait exister une excavation pulmonaire.

Cette transmission facile des bruits pulmonaires explique également qu'un des grands signes de la pleurésie: *l'absence ou la diminution du murmure respiratoire*, puisse faire défaut; chez le jeune enfant, la lame liquide interposée entre la paroi et le poumon est toujours mince; le poumon sous-jacent est habituellement atteint de broncho-pneumonie, et les bruits cavernuleux que cause celle-ci sont à peine atténués par l'interposition de l'épanchement; le souffle pleurétique accompagné de râles simule parfaitement le souffle broncho-pneumonique, dont le timbre est souvent aigre chez l'enfant.

Il faut un épanchement considérable pour abolir complètement les bruits respiratoires et les vibrations thoraciques; encore n'est-ce que dans l'aisselle, pour les raisons dites ci-dessous, que cette abolition est constatable. On comprend donc que l'auscultation et la palpation ne guident pas beaucoup un observateur non prévenu, vers un diagnostic de pleurésie, et qu'il soit amené à un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

En réalité, c'est *la percussion* qui permet de faire sûrement, chez le jeune enfant, le diagnostic d'épanchement pleural. Seul un épanchement liquide donne chez l'enfant une matité absolue avec disparition complète de l'élasticité de la paroi sous le doigt. Encore faut-il avoir soin de faire la percussion légère que nous avons recommandée, sous peine de faire résonner tout l'ensemble du thorax. En percutant comparativement les deux poumons tant dans le dos que dans l'aisselle et en avant, en pratiquant une percussion légère, l'oreille rapprochée du point percuté, il est impossible de ne pas percevoir la différence entre le côté malade et le côté sain. Les broncho-pneumonies, les pneumonies mêmes avec hépatisation complète, ne donnent, chez le jeune enfant qu'une submatité impossible à confondre avec la matité hydrique, *tanquam percussu femoris*.

En tout cas, cette constatation éveillera l'idée d'un épanchement, et conduira à faire une ponction exploratrice à la fois pour confirmer le diagnostic et pour s'assurer de la nature du liquide.

On observe chez l'enfant, même jeune, des épanchements

séreux, mais dans les cas auxquels nous faisons allusion, amenant rapidement une cachexie qui simule la tuberculose pulmonaire galopante, l'épanchement est toujours purulent. La maigreur, la pâleur, les sueurs abondantes, surtout pendant le sommeil engagent à croire à la tuberculose, et, même après la constatation de l'épanchement purulent pleural, on pourrait croire qu'il s'agit d'une tuberculose pleurale, d'un abcès froid de la plèvre non justiciable de la thoracotomie. En tout état de cause, toutes les probabilités sont cependant contre ce diagnostic; on observe surtout, chez le jeune enfant, des tuberculoses généralisées, et, de même que la tuberculose pulmonaire chronique, l'abcès froid pleural est exceptionnel chez les sujets au-dessous de trois ou quatre ans; il suffira, du reste, pour éliminer l'abcès froid pleural, de porter sur une lame une goutte du pus retiré par la ponction exploratrice, de l'étaler en couche mince avec le bord d'une carte de visite, de chauffer légèrement la lame au-dessus d'une flamme jusqu'à ce que l'humidité ait disparu, de passer ensuite la lame trois fois dans la flamme pour fixer la préparation, de verser à sa surface quelques gouttes de violet de gentiane phéniqué (eau phéniquée à 1%, 90 cc., solution alcoolique de violet de gentiane à saturation, 10 cc.), de laisser en contact une minute, de laver à grande eau, de sécher et de porter sous le microscope. Le plus souvent, on verra, au milieu de nombreuses cellules de pus un certain nombre de diplocoques lancéolés, nettement encapsulés qui permettront de porter le diagnostic de pleurésie purulente à pneumocoque.

Beaucoup plus rarement on trouve du streptocoque, du colibacille. Enfin, parfois, le pus ne contient pas de leucocytes, ni de microbes visibles, mais des cellules en dégénérescence graisseuse et des débris cellulaires; il y a chance, en ce dernier cas, pour qu'il s'agisse de tuberculose pleurale.

Le pronostic est alors complètement modifié. La pleurésie purulente à pneumocoques, comme l'a bien montré M. Netter, est d'un pronostic bénin. Néanmoins, il est, en somme, exceptionnel de les voir guérir par simple ponction évacuatrice. Je suis d'avis de ne tenter une ou deux ponctions évacuatrices que dans les pleurésies purulentes, récentes et enkystées. En général, il vaudra mieux faire la thoracotomie d'emblée: chez le jeune enfant

on n'obtiendra un orifice suffisant que par une résection costale où un drain sera laissé à demeure. S'abstenir de lavages de la plèvre. Sitôt la thoracotomie faite, la fièvre disparaît, l'état général se relève rapidement, la poche pleurale se réduit peu à peu et bientôt il ne persiste qu'une légère fistule qui se tarit d'elle-même vers la sixième semaine après l'opération. On a alors la joie de rendre aux parents, en pleine santé, un enfant qui, deux mois auparavant, semblait irrémédiablement condamné au dépérissement progressif et à la mort.

APERT (de Paris).

TABLE DES ANNONCEURS

	PAGE		PAGE
Associations Médicales.....	xvii, xviii	Gallatin (Hôtel)	xxxvi
Adrian.....	xxiii, xxvii, xxxv	Grillon (Tamarindien)	xxxvi
Anduran (Vin)	xxix	Histogénoï Naline	xxv
Antikamnia Chimique Cie	xxii	Horlick's Malted Milk.....	xiv
Archambault (Pianos).....	xxi	Institut Hydro — Electrothérapie.....	xi
Association Médicale Canadienne de Protection Mutuelle	xxxiv	Institut Vaccinal	xxvi
Barkley Dr Chs B. (appareils bactériologiques).....	xiv	Institut Ophthalmique	xxvi
Beauchemin (Lée).....	xxivvii	Jeager Sanitary Woollen System.....	xxiv
Bovine Co.....	v	Kress & Owen Co	lii
Bristol-Myers	vii	Lyman Sons & Co.....	iv
Beadry & fils, Narcisse	xi	Lancôt Henri	xxv
Brientenbach & Co. M. J.	xii	Lambert (Listérine)	xxxii
Bisillon Jean.....	xviii	Lachance (Pharmacie)	xxii
Byla Jeune	viii	Lecours & Décary.....	xxxv
California Flg Syrup Co.....	vi	Marchand Chs	xxviii
Catillon	vii	McGale B. E	ii
Clavigraph "Empire"	xxxvii	Midy (Pipérazine).....	xvi
Citrophène du Dr Roos	xxiii	Pallasade Mfg. Co	xxxiii
Châtel-Guyon	xxiv	Painchaud R. E	xxxv
Chenal Doullhet & Cie	xxii	Parke, Davis & Co	xxxix
Chemists & Surgeons Supply Co.....	xxxv	Quittard A.....	xi
Denver Chemical Mfg. Co	xix	Rouger frères.....	xxiii
Erickson E. H.	xv	Rivet, Delfosse & Cie	xxxvi
Fellows	vii	Stearns & Co. F	ix, x
Fairchild Bros & Foster.....	xii	Steben B. F	xxx
Freyninge	xxxix	Taénifuge Duhourcau	xxv
Frost & Cie	xxviii	Townsend S. B. & Co	xxi
Gilmour Bros & Co	xiv	Vacheron	xxvi
Garde-Malades	xviii	Vapo-Cresolene Co	xxvi
Gelneau (dragées).....	xxix	Wheeler.....	xxxvi

ACTUALITES

TROISIEME CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMERIQUE DU NORD TROIS-RIVIERES, 26-28 JUIN 1906.

ORGANISATION. — *Comité exécutif du congrès*: Président, Dr L. P. Normand, Trois-Rivières; Vice-Présidents, Dr J. O. Camirand, Sherbrooke, Dr J. E. Dubé, Montréal et Dr G. A. Boucher, Brockton, Mass., Etats-Unis; Secrétaire-Général, Dr Charles DeBlois, Trois-Rivières; Secrétaire, Dr Eug. St-Jacques, et Dr F.-X. Dorion, Québec; Trésorier, Dr Alex. St-Pierre, Trois-Rivières.

COMITÉ LOCAL: — Président Honoraire, Dr E. F. Panneton; Président, Dr L. P. Normand; Secrétaire-Général, Dr C. N. DeBlois; Trésorier, Dr A. St-Pierre.

CORRESPONDANTS: — Les Secrétaires des différentes Sociétés Médicales Françaises au Canada et aux Etats-Unis sont de droit correspondants du Comité Exécutif du 3ème Congrès de Médecine, pour leur ville ou leur district respectifs.

Le comité exécutif du congrès a aussi désigné un certain nombre de correspondants pour les centres français et les différents Etats de la Grande République voisine. Nul doute que tous uniront leurs efforts dans un même but, afin que ce prochain Congrès des Trois-Rivières soit une affirmation solennelle de la vitalité et de la force de notre Association Franco-Américaine.

Trois-Rivières, 26 février 1906.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous informer que l'ouverture du *troisième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord* est définitivement fixée au mardi, 26 juin prochain, à 2 hrs. p. m., et aura lieu dans les salles de l'Hôtel de Ville, aux Trois-Rivières.

Pour la troisième fois depuis sa fondation notre Société s'affirmera officiellement et nos réunions coïncideront avec la fête pa-

tronale des Canadiens-Français, célébrée cette année aux Trois-Rivières avec une solennité extraordinaire.

Vous vous rappelez l'éclat et l'importance qu'ont eus les deux Congrès de Québec et de Montréal. Tout fait augurer un succès non moins brillant pour celui des Trois-Rivières.

Voici un état sommaire des principales questions qui seront soumises à l'étude :

- 1° Alcoolisme: prophylaxie, traitement, éducation de l'enfance.
- 2° Hygiène infantile.
- 3° Tuberculose.

Vous êtes cordialement invité à contribuer de quelque façon au succès de ce congrès, soit en faisant une communication sur l'une ou l'autre de ces questions générales, ou encore par l'inscription d'un travail sur un sujet à votre choix.

Dans ce but, nous vous adressons un bulletin d'adhésion comme membre participant. Nous espérons que vous vous ferez un devoir de le remplir et de le retourner au Secrétaire général d'ici au 26 mai, si toutefois la chose est possible.

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE. — Les séances régulières du Congrès se continueront du 26 jusqu'au 28 juin inclusivement dans l'ordre indiqué sommairement ci-dessous.

Mardi le 26 juin à 2 hrs. p. m. — Ouverture officielle du Congrès des Trois-Rivières par le Dr L. P. Normand, président. Rapport du Secrétaire général.

Après-midi à 3 heures. — Lecture et discussion des rapports généraux.

Le soir à 8 heures. — Séance spéciale.

Le soir à 9 heures. — Feu d'artifice sur le fleuve et feux de la St-Jean sur la côte sud. Illumination du Boulevard, du Plateau et des environs. Concert.

Mercredi le 27 à 9.30 hrs. a. m. — Lecture et discussion des rapports généraux.

Après-midi à 2 hrs. — Communications scientifiques. — Visite à l'Hôpital.

Le soir à 8 hrs. — Séance spéciale.

Jeudi le 28 juin à 9.30 a. m. — Communications de travaux scientifiques et d'intérêts professionnels.

Election des officiers de l'Association. Date et lieu de réunion du prochain Congrès. Cérémonie de clôture.

Excursion à Grand'mère et aux Chutes Shawinigan gracieusement offerte aux Congressistes.

Un état plus détaillé du programme général vous sera adressé un peu plus tard ainsi qu'à chacun des membres de la profession médicale en particulier.

Dans l'espoir d'un accueil favorable de votre part, nous vous prions d'agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

LOUIS PHILIPPE NORMAND,
Président

CHARLES DEBLOIS,
Secrétaire général.
23, Avenue Laviolette,
Trois-Rivières P. Q.

NOTE.

Nos confrères de Trois-Rivières méritent des félicitations pour l'activité qu'ils déploient dans l'organisation du Congrès de juin. Ils ont su attirer l'attention du Gouvernement de Québec qui a promis et versé une somme ronde dans le *trésor* de l'Association. C'est un précédent à l'acquis de nos distingués amis.

Ce que n'avait pu faire les Bureaux respectifs de Québec et de Montréal, Trois-Rivières l'a fait.

Il est juste de dire que nous avons, en ce temps-là, un gouvernement plutôt utilitaire, tandis que nos amis ont eu le rare bonheur de frapper à la porte d'un ministre éclairé, l'honorable Lomer Gouin, qui sait reconnaître le bien que font les œuvres de science et de philanthropie.

Dernièrement MM. Normand, DeBlois, St-Pierre et Bourgeois, de Trois-Rivières, sont venus rencontrer les médecins de Montréal afin de soumettre à leur approbation le plan qu'ils avaient rédigé avec soin.

Tout est coordonné de façon à assurer le succès de ce grand ralliement médical canadien-français.

Nous comptons que les médecins canadiens-français de toutes les parties du Canada se feront un devoir d'adhérer d'une manière quelconque à ce congrès scientifique. Ils y ont intérêt.

On y apprend toujours quelque chose. Quel est celui d'entre nous qui n'a plus rien à apprendre? . . . On en rencontre, cependant, qui ont encore la naïveté de le croire. . . Pauvres confrères! . . .

Et puis, on nous affirme que la Société de Thérapeutique, de Paris, enverra un délégué que nous aurons plaisir à entendre. C'est un attrait auquel nous devons une grande part de succès, chaque fois que l'occasion nous en fournira les moyens.

Et les amusements! — car on ne saurait perorer sans relâche sur des questions de science ou d'hygiène publique — ils seront attrayants. Voyez plutôt le programme ci-joint.

Près de 100 médecins ont déjà adressé leur bulletin d'adhésion.

Au delà de 50 travaux et communications sont inscrits au programme. Le succès est donc assuré, car nous savons que l'inscription ainsi faite à l'avance représente à peine le $\frac{1}{3}$ de l'avoir du Congrès.

Il n'y manque plus que la fiche de présence. A chacun de nous d'aller la réclamer à Trois-Rivières le 24 juin: nous sommes assurés du meilleur accueil.

J. A. LESAGE.

Le fer est nécessaire à la femme enceinte.

Il est maintenant admis qu'à cause d'une anémie propre à la femme enceinte, il lui faut administrer du fer.

Pendant la gestation, l'appétit est capricieux et il y a une forte tendance à ne prendre que des aliments sans valeur nutritive réelle. Une telle habitude conduit à l'anémie et maintenant surtout que dans toutes les classes on se nourrit beaucoup de viandes épicées, de pâtes et de conserves, l'anémie n'est plus l'exception mais la règle générale chez les femmes grosses.

Les vêtements défectueux imposés par l'usage de même que la fausse mode tie qui prive les femmes enceintes d'exercice en plein air occasionnent aussi cet état anémique.

Étant donné que la santé générale de la femme grosse et le bon développement du fœtus tiennent à la bonne qualité du sang, l'administration du fer est ici tout indiquée. Il faut que le fer donné à une femme enceinte soit présenté sous une forme agréable au goût et parfaitement assimilable. Les nausées et la constipation doivent être soigneusement évités.

Le Pepto-Mangan (Gudé) est la forme d'administration idéale, il cède de l'hémoglobine, et ses propriétés nutritives sont supérieures à celles des autres formules de fer.

Le Pepto-Mangan (Gudé) s'absorbe et s'assimile facilement; il est sans mauvais effets sur les muqueuses et n'occasionne ni nausées ni constipation.

Il donne du ton aux vaisseaux sanguins et prévient la dégénérescence du muscle cardiaque.

Par son administration la future mère est améliorée au physique et au morale — le fœtus naît plus vigoureux et les couches sont mieux supportées.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Séance du 20 mars 1906

Présidence de M. BOULET.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre du secrétaire de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette au sujet de l'opportunité pour les Sociétés médicales de publier leurs procès-verbaux dans un même journal de médecine.

M. Hervieux n'en voit pas l'opportunité. La Société adopte ses vœux.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. ST-JACQUES. — *Suture métallique tardive pour fracture de la rotule.*

OBS. I. 10 mai 1906. — En courant le malade fait un faux pas, se garre avec effort, et sent subitement un choc au niveau du genou. Il tombe, sans pouvoir se relever. Un charlatan lui enroule un bandage au genou et le renvoie après avoir " tout remis en place. " Re-ste 2 mois avec ces bandages. Boitant toujours, il vient nous consulter 6 mois après l'accident et voici ce que nous constatons à l'examen.

Le malade ne peut redresser la jambe, il traîne le pied droit.

Nous constatons une fracture de la rotule avec un écartement tel que nous pouvons mettre la main en travers entre les 2 fragments.

L'encercelage métallique est fait, sans pouvoir toutefois juxtaposer les fragments. Guérison 1ère intention.

3 semaines après l'opération le malade se lève.

Aujourd'hui, Mars, 3 mois après l'opération, le patient est très bien portant.

OBS. II. — M. Radakin, 34 ans, Déc. 1904. — Il y a près d'un an, le malade glisse, et se fracture la rotule.

Il guérit par simple appareil de contention, avec un ligament fibreux inter-fragmentaire.

Il marche assez bien, mais en traînant le pied.

7 mois après, il tombe à nouveau : fracture de son ligament fibreux. Impotence absolue.

L'encercelage, proposé, est accepté et exécuté.

L'apposition des fragments est impossible à cause de la rétraction du quadriceps fémoral, mais le rapprochement est effectué. L'encercelage métallique maintient les fragments.

Guérison par lère intention.

En 3 semaines le malade est sur pieds.

Aujourd'hui, Mars 1906, 8 mois après l'opération, le patient marche bien, plie le genou au point de pouvoir se mettre à genou. plie le genou au point de pouvoir se mettre à genou.

Il étend et fléchit.

OBS. III. M^{de} X, 68 ans. Vient consulter pour bosse à la tête.

L'examen montre une masse ulcérée au sommet du crâne, en *ligne médiane*, — grosseur d'un œuf, — masse bourgeonnante, à odeur sanieuse marquée, avec en travers une bride dermique. Depuis quelques vingt ans la malade avait une bosse à cet endroit. petite noisette indolente.

Il y a trois ans elle creva, une matière comme du "fromage" dit la malade en sortit; Depuis lors la bosse devint dure et graduellement s'ulcéra.

Elle paraît un peu adhérente profondément.

Surtout, des deux côtés, les *ganglions retro et infra auriculaires* sont gros et indurés.

Opération: ablation de la masse avec une collerette de cuir chevelu. Elle est légèrement adhérente au périoste cranien.

OBS. IV. — *Kyste sébacé du cuir chevelu à dégénérescence sarcomateuse.*

M^{de} G. St-Pie, dans la cinquantaine vient nous consulter pour deux bosses sur la tête, qui ont repoussé après avoir été enlevées il y a quelques mois.

Deux autres enlevées en même temps ne sont pas reparues.

Je crois à des Kystes sébacés, dont les poches, simplement incisées sans avoir été évacuées, se sont emplies à nouveau.

Mais l'opération fait constater des masses solides qui se détachent difficilement du cuir chevelu et sont adhérentes au crâne.

La malade est perdue de vue. A quelques mois de là, j'apprends qu'elle est morte lentement avec de fortes douleurs de tête et que ses bosses étaient revenues.

L'examen microscopique dénotait du sarcome globo-cellulaire, avec tendance fusiforme par endroit.

Les cellules sarcomateuses semblent originer dans la trame conjonctive de la masse, qui présente des foyers de dégénérescence caséuse, comme dans les kystes sébacés ordinaires.

II. M. BORLET: donne lecture d'une note nécrologique sur M. de Vecker, extraite des "Annales d'oculistique" de Paris.

Sur la proposition de M. Boulet, appuyée par M. Roy (J. N.), la Société médicale de Montréal joint ses regrets de deuil à ceux qu'éprouve la science ophtalmologique par la perte d'un de ses représentants les plus distingués, M. de Vecker décédé à Paris, en janvier dernier.

COMMUNICATION.

II. M. MERCIER (Oscar) : Un cas intéressant de déchirure recto-vaginale.

Séance du 3 avril 1906

Présidence de M. BOULET.

Le secrétaire donne lecture de résolutions passées par la Société Médicale de Chicoutimi et du lac St-Jean, dans sa séance du 18 mars, relativement à un projet de loi, actuellement devant la chambre des Communes, tendant à réglementer la fabrication et la vente des médecines brevetées.

Le secrétaire donne aussi lecture d'une résolution adoptée par l'Association Médicale du district de Beauce, concernant le tarif des examens d'assurance et des Sociétés de secours mutuel.

COMMUNICATIONS.

I. — M. MERCIER (O. F.). Anesthésie chirurgicale par la stovaïne. (*Voir plus haut*).

DISCUSSION.

M. DE MARTIGNY (François), est heureux de concourir dans les conclusions de M. Mercier qui l'a converti à la stovaïne, même pour certaines laparotomies, car il sait que M. St-Jacques à l'Hôtel-Dieu de Montréal, et d'autres ailleurs ont fait des laparotomies avec plein succès et sans accident aucun.

Puis il fait l'historique de la méthode de rachianesthésie. Dernièrement certains auteurs ont publié le résultat d'expériences de rachianesthésie avec le sulfate de magnésie, ils obtinrent, chez l'homme et chez les animaux plein succès.

On doit pour produire l'anesthésie injecter 1 cent cube d'une solution de sulfate de magnésie à 25 % par Kilog. de poids corporel. La sensibilité tactile n'est pas toujours abolie d'une façon complète, au contraire l'analgésie est toujours complète.

Si l'on peut obtenir la rachianesthésie, même avec du sulfate de magnésie, quel est donc le mécanisme qui produit cette anesthésie ?

Je crois avec le docteur Meltzer (communication à l'Académie de médecine de New-York) que les phénomènes vitaux ne sont pas la conséquence d'un facteur unique : l'*excitation*. Toutes les manifestations vitales sont des résultats d'une sorte de compromis entre deux facteurs antagonistes, entre deux forces vitales fondamentales : l'*excitation et l'inhibition*.

M. BOULET, a employé la stovaïne dans les opérations sur la peau de l'œil. La stovaïne a l'avantage d'être moins toxique et a un effet anesthésique plus prolongé. La cocaïne par son action vasoconstrictive prévient les hémorragies; elle semble être préférable pour les opérations sur l'œil.

II. M. Rivet: *La réglementation des médicaments toxiques.*

III. *Association des médecins de langue française — Congrès des Trois-Rivières.*

M. DUBÉ, vice-président, soumet la liste des membres du Bureau général désignés pour le district de Montréal. Elle est approuvée dans l'ordre suivant :

ELECTIONS:

Section de médecine: — Président, M. Hervieux ; Secrétaire, M. Laramée (Alb.)

Section d'ophtalmologie: — Président, M. le prof. L.-E. Desjardins; Secrétaire, M. Lasalle (Albert).

Section de médecine mentale: — Vice-Président, M. Chagnon; Secrétaire, M. Dion.

Section de chirurgie: — Vice-Président, M. Marien.

Section d'hygiène: — Vice-Président, M. Pelletier (Elz.).

Section gynécologie: — Secrétaire, M. Ethier (A.)

ALBERT LARAMÉE.

ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

Réunion du 12 mars, 1906,

Présidence de M. SHEPPERD.

COMMUNICATIONS

I. TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE LOBAIRE FRANCHE CHEZ L'ADULTE:— Dr Joseph Lippé, St-Ambroise de Kildare.— Suivant le cas, nettoyage des voies digestives par un émétique, ou émétocathartique; ensuite je donne la calomel à la dose de 5 à 6 grains, soit seul, soit plus souvent accompagné de deux ou trois grains de poudre d'opium, divisé en dix ou douze prises et donné d'heure en heure, que je fais suivre par une dizaine de granules de digitaline au milligramme, ou une potion de teinture de digitale 30 gouttes, avec 30 gouttes de teinture de jusquiame, dans quatre onces d'eau bouillie: une cuillerée à soupe toutes les heures. Quelquefois je remplace la teinture de jusquiame par l'extrait de noix vomique. Le lendemain, d'après l'effet obtenu, j'augmente ou diminue la dose. Rarement je suis obligé de continuer ces remèdes la troisième journée. Généralement, il y a une légère diarrhée, l'urine se modifie, la fièvre tombe, et l'inflammation tend à disparaître. Alors, quelques expectorants et la teinture d'iode en frictions sur le thorax complètent la cure.

Si au contraire l'inflammation continue, et même veut augmenter, après une journée ou deux de suspension, du calomel, je le donne de nouveau, suivi de digitale. Parfois, je fais alterner la digitale avec le calomel. Si le pouls monte à 130 ou 140, je donne de la teinture de vératrum viride, pour le faire diminuer de fréquence, avec quelques granules d'aconitine au demi-milligramme. Lorsque le pouls est suffisamment ralenti, j'emploie un peu de strychnine ou de quinine pour soutenir les forces. A cette période je me suis très bien trouvé d'une à deux gouttes de nitro-glycerine au centième, ou d'un peu d'alcool dans du lait.

Autrefois, je faisais appliquer un large vésicatoire soit au devant ou en arrière du thorax, aujourd'hui je l'ordonne rarement. Je préfère les frictions avec de la teinture d'iode, ou une potion d'iodure potassium. Mais si la pneumonie est consécutive à une autre maladie, ou attaque une personne déjà affaiblie, alors il faut modifier le traitement. C'est aux toniques, aux recons-

titnants, aux expectorants et aux rubéfiants que j'ai recours. La propreté, le repos, le bon air, une nourriture très légère et de l'eau bouillie à la température de la chambre complètent le traitement.

DISCUSSION

DR G. DESROSIERS, ST-FÉLIX DE VALOIS: Je résumerai ici ce que plusieurs années de pratique m'ont démontré, quant au traitement de la pneumonie. Pour moi il est impossible d'édifier une formule unique contre cette affection. Il n'y a pas de spécifique contre le microbe de la pneumonie, comme il en existe contre la syphilis, la malaria, ou dans un autre ordre thérapeutique, contre la diphtérie. Nous ne pouvons compter aujourd'hui comme dans le passé, que sur les moyens les meilleurs que la clinique demande à la diététique et à la matière médicale. Aussi longtemps que de nouvelles découvertes n'aurent pas été faites, le médecin devra se borner à analyser et à traiter au jour le jour les indications fournies par les forces du patient, par le fonctionnement de la circulation, par la diurèse, par l'ensemble des réactions nerveuses, par l'état organique et fonctionnel du poumon. L'évolution naturelle de la pneumonie étant de tendre vers la guérison, nous devons seconder les efforts de la nature.

Dans les cas de pléthore, je me sers avec avantage de l'émétine associée à la digitale (émétine 6 grs. feuilles de digitale, à 2 dragmes en infusion, dans huit onces d'eau que je fais prendre à la dose de un demi once d'heure en heure, jusqu'à effet sur les intestins), et sous l'influence de ces deux agents tous les symptômes s'améliorent généralement; ensuite je prescris la quinine à la dose de 2 grs. trois fois par jour. En même temps que la quinine, je fais prendre à mes malades de l'eau tempérée étendue d'un peu de cognac. Il est important de ne pas trop couvrir le malade, afin d'éviter des transpirations qui pourraient diminuer la diurèse. Je conseille à mes malades de boire beaucoup de boissons fraîches, froides même. Contre la douleur de côté j'applique des ventouses, sèches ou scarifiées; s'il y a pléthore manifeste, je n'hésite pas à ouvrir la céphalique et donner une bonne saignée, j'ai cependant souvent rencontré des objections à ce traitement de la part des malades ou de la famille, par préjugés.

Comme expectorant, je preseris le carbonate d'amoniaque à la dose de 5 grs. répétée toutes les deux heures suivant l'effet.

DR J. MARION, JOLIETTE: Dans l'affection qui nous occupe, ce n'est pas la maladie qu'il faut traiter, c'est le malade. La pneumonie est une maladie infectieuse dans laquelle on trouve souvent diverses associations microbiennes, d'où traitement variable suivant les indications causales.

Mais généralement, dans la pneumonie franche, je fais un traitement antiseptique: calomel qui agit à la fois comme antimicrobien et éliminant, pilules de crésobène, comme antiseptique des voies intestinales, je fais faire des lavages de la bouche avec une solution d'acide borique, je soutiens le cœur avec de la digitale, contre le point de côté et la dyspnée je donne la morphine en injections hypodermiques, et j'applique des ventouses sèches, je stimule tous les émonctoires pour faire éliminer les toxines. Au cas d'adynamie, si les reins fonctionnent bien j'administre du sérum physiologique à la dose d'une chopine en une fois, en injection hypodermique. Je prépare mon sérum au chlorure de sodium, à sept pour mille. Lorsqu'au début la congestion ou l'œdème du poumon est prononcé, la saignée est avantageuse, de même que les bains froids contre l'hyperthermie.

DR J. P. LAPORTE, JOLIETTE: Au début de la pneumonie franche, chez les pléthoriques; je preseris l'ipecac et à la suite le calomel à petites doses souvent répétées durant un jour ou deux. Le traitement de cette affection doit être un peu d'opportunité. Suivant les cas ou les complications diverses qui accompagnent cette maladie je donnerai comme tonique du cœur: la digitale le glonoïn, le strophanthus ou la spartéine. J'ordonne des boissons froides et abondantes, de même qu'une alimentation copieuse, si l'estomac le permet. Chez un alcoolique je fais prendre la potion de Todd. Contre la douleur de côté, j'applique des ventouses sèches ou scarifiées, la teinture d'iode, parfois même une injection hypodermique de morphine. Comme expectorant: carbonate d'amoniaque. Saignée chez les pléthoriques; je considère important de bien entretenir toutes les fonctions émonctoires. Sur la fin de la maladie je cesse les expectorants et je leur substitue les tarifiants; en même temps que je preseris des toniques généraux. Parmi ces derniers je donne la préférence à l'élixir Ducrot. J'ai assez souvent employé les cataplasmes de graine

de lin en applications locales et très chauds, à titre d'antiphlogistique. Pour en finir, chaque complication comporte son traitement.

M. ALBERT LAURENDEAU. Voici, dans ses grandes lignes, le traitement que j'ai l'habitude de prescrire contre la pneumonie lobaire franche chez l'adulte: je débute d'abord par une bonne dose de calomel et de podophylène; puis je fais de l'aconitine et de la quinine la base de mon traitement. Je me sers habituellement des tablettes d'aconitine cristallisées au deux-centième de grain, que j'ordonne toutes les six heures. Quant à la quinine, je la donne généralement à la dose de 12 grains par jour. J'entretiens la liberté des intestins par une petite dose laxative saline chaque jour. Quant à la désinfection du contenu intestinal que je considère très importante, je l'entretiens par les sulfo-carbolates que je prescris sous forme de comprimés (sulfo-carbolate de zinc, 1 gr., sulfo-carbolate de soude 2 grs., sulfo-carbolate de chaux 2 grs.) deux à trois fois par jour.

Puis je pare aux divers symptômes et complications comme suit: si la malade tousse beaucoup, je prescris de l'ipecac associée à la teinture d'opium camphrée, s'il fait de la congestion de poumons, j'ordonne de l'émétine, en certains cas graves j'ouvre la veine et je donne une saignée suivant les forces du malade; pour calmer l'irritation des bronches je fais prendre de la codéine; au cas de dépression généralisée je donne la préférence à la strychnine et aux hypophosphites; s'il se produit quelques symptômes d'asthénie cardiaque, j'ordonne la digitaline; dans les cas d'insomnie, rien n'agit mieux que l'hyoscine à la dose de trois à six milligrammes au coucher; lorsque, à la dernière période de la maladie, les sécrétions bronchiques se rarifient, s'épaississent, et amènent ces quintes de toux si fatigantes pour le malade, je prescris des préparations alcalines, ou mieux le muriate d'ammoniaque, sous forme de comprimés, ou de potion. Tel est le traitement auquel je me suis arrêté, en attendant que l'on trouve un spécifique sous forme de sérum ou autrement, pour juguler le pneumobacille, ou bacille de Friedländer. Il faut aussi porter une attention spéciale à la ventilation pulmonaire et à la diététique. Je recommande à mes malades d'éviter soigneusement la fumée (La boucane des fumeurs de tabac surtout), et les pous-

sières. Sans ordonner le régime lacté exclusif, j'en fais la base de l'alimentation de mes pneumoniques.

DR ADRIEN BONIN, JOLIETTE: Je ne puis pas vous donner le résultat de mon expérience personnelle quant au traitement de la pneumonie lobaire, il y a trop peu longtemps que j'exerce notre profession. Je ne puis que condenser ce que j'ai appris à l'Université Laval et à Paris où j'ai eu l'avantage de suivre les cliniques des maîtres de la science médicale. Je crois, Messieurs, qu'il n'y a pas de traitement spécifique contre cette affection, il n'y a qu'un traitement symptomatique, qu'il est impossible de fixer d'avance. Quoique l'on ait tenté des efforts considérables pour arriver à la découverte d'un sérum spécifique contre le pneumobacille, nous n'avons pu encore réaliser un traitement sérothérapeutique effectif, chez l'homme du moins. Une seule considération qui m'a frappé et que je soumetts à votre appréciation, c'est que tout dernièrement je lisais une statistique de Vienne établissant que par un traitement expectant, la mortalité est de beaucoup inférieure que par tous les autres modes de traitement proposés ou en usage jusqu'aujourd'hui.

II.—Messieurs les Docteurs Adrien Bonin, de Joliette, et L. P. Désy, de St-Barthélemy, sont admis membres de l'Association.

Le comité, re charlatans, fait rapport que le nommé Destrempe, poursuivi à cause de pratique illégale de la médecine, a payé l'amende et les frais d'action. Le comité soumet à l'Association le cas d'un nommé Dupuis qui va de paroisse en paroisse, de maison en maison, colportant de prétendus médicaments guérissants de tous maux, et affichant sur sa voiture une enseigne à cet effet. Avec l'approbation des membres présents il est résolu que le comité de charlatans prenne action en justice immédiatement contre le susdit Dupuis.

Le secrétaire annonce qu'il a fait inscrire notre Association au "Congrès pour la répression de la pratique illégale de la médecine," lequel devra se tenir à Paris en Avril prochain, et qu'il a aussi envoyé à ce Congrès un travail sur: "La pratique de la médecine dans la Province de Québec." Le Secrétaire présente ce travail à l'Association.

L'Association prend connaissance des communications de la Société Médicale de Sherbrooke, de la société médicale de Wolfe, de la société médicale de Beauce, de la société médicale de

Portneuf, de la société médicale de Shefford, et de la société de Terrbonne, re "tarif des compagnies d'assurances pour les examens médicaux sur la vie des personnes désirant se faire assurer," et est heureuse de constater que toutes les associations ci-dessus mentionnées concourent dans les vues et résolutions adoptées à notre assemblée du 11 septembre 1905.

A ce sujet M. le Président dit qu'il a été informé qu'un des membres de l'Association faisait des examens pour les compagnies d'assurances à trois piastres l'un. "Si l'information que j'ai reçue est exacte," dit M. le Président, la chose est regrettable. Je "prierai M. le secrétaire de vouloir bien écrire à ce confrère "personnellement, et lui rappeler la résolution que nous avons "adoptée unanimement, en septembre dernier. Il serait mal- "heureux que nous fussions obligés d'en appeler au Tribunal de "discipline de l'association pour ces faits, parce qu'il y a va de "l'intérêt de tous les membres de notre profession.

"Soyez sûrs que nous entreprenons une lutte contre les com- "pagnies d'assurances, et que la condition essentielle du succès "est l'union.

"D'autre part, j'ai la satisfaction de vous dire que les agents "de certaines compagnies, entr'autres la Manufacturers' et la "Canada Life, m'ont payé cinq piastres tout dernièrement pour "quelques examens que j'ai eu occasion de faire pour chacune "respectivement, quoique leur tarif fut de trois piastres; c'est vous "dire que les compagnies vont probablement faire de l'opportu- "nisme d'ici quelque temps au moins. A ceux qui seront assez "peu soucieux de leurs intérêts pour accepter les conditions des "compagnies, celles-ci les paieront avec parcimonie; aux autres, "elles accorderont un prix rénumérateur. Le Dr Laurendeau "m'informe que certaines compagnies ont procédé de la même "manière dans son arrondissement. Que même, un agent du "village de St-Gabriel de Brandon a cessé de solliciter pour la "Travelers, et représente maintenant la Union Mutual of "Portland Maine, à seule fin de donner satisfaction aux médecins "de l'endroit, parce que cette dernière paye \$5.00 chaque "examen."

Proposé par le Dr Marion, secondé par M. le Dr Bernard :

Qu'à l'avenir aucune *inspection* pour compagnies d'assurance émettant des polices sous forme industrielle, ne soit faite à moins de cinquante centins chacune. Adopté.

III. — Proposé par M. le Dr Bernard, secondé par M. le Dr Laporte :

Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette approuve sans réserve la motion de M. le docteur Normand, demandant la suppression des assesseurs.

Et que cette proposition soit transmise au Bureau des Gouverneurs. Adopté unanimement.

IV. — La motion de M. le docteur Lessard demandant la réduction des gouverneurs de 42 à 28 est ensuite soumise à l'étude des membres présents, et cette question est remise à la prochaine réunion, l'opinion n'étant pas encore parfaitement fixée à ce sujet.

V. — Considérant :

Qu'il serait opportun que toutes les sociétés médicales fassent paraître leurs procès-verbaux dans le même journal de médecine;

Qu'il serait désirable que chaque société s'abonne au journal ainsi choisi comme organe des syndicats médicaux, et en conserve la filière pour l'usage de ses membres.

Il est proposé par M. le Dr Desrosiers, secondé par M. le Dr Marion : Que le secrétaire soit chargé de communiquer avec toutes les autres associations de la province, afin de connaître leur opinion à ce sujet; les priant en même temps de vouloir bien spécifier le nom du journal que chacune désirerait adopter. Adopté.

(Lorsque l'Association médicale de Joliette aura reçu réponse des diverses sociétés, elle compulsera ces rapports et en donnera avis à chacune. Nous supposons que la minorité acceptera le verdict de la majorité.)

VI. — Proposé par M. le Dr Lippé, secondé par M. le Dr Bernard :

Que les résolutions adoptées par la société médicale de Valleyfield, re " admission des malades indigents dans les hôpitaux " soient approuvées par les membres de l'Association médico-chirurgicale de Joliette. Adopté.

La plupart des membres prennent la parole au sujet de cette motion, et tous concourent unanimement dans les vues exprimées par la société médicale de Valleyfield.

Proposé par M. le Dr Bonin, secondé par M. le Dr Desrosiers :

Qu'un vote de bienvenue et de félicitations soit adressé aux associations de Terrebonne, de St-Jean, de Champlain.

Et qu'une copie de cette résolution soit envoyée à chacune d'elles respectivement. Adopté.

VII. — M. le Dr Laurendeau présente un instrument: passe-scie filiforme, (1) qu'il a fait fabriquer par une maison de Londres. Ce passe-scie sert dans l'opération de la section latérale du pubis sur laquelle l'opérateur a fait une communication à la dernière séance.

VIII. — Rapport du secrétaire-trésorier :

Recettes totales au 12 mars 1906..	\$207.62
Dépenses ditto ditto..	33.97
	\$175.65

M. le secrétaire dit qu'il a lieu de croire qu'avant longtemps l'association sera en état de payer à chacun de ses membres un abonnement annuel à l'un de nos journaux médicaux français.

Et la séance est ajournée au 11 juin prochain à Joliette.

ALBERT LAURENDEAU,
Sec. trés.

(1) La maison J. Stevens & Sons, 145 Wellington st., Toronto, Ont., fournira cet instrument à qui le désirerait, sous le nom de "Laurendeau, wire-saw holder."

Extrait de la *Province Médicale* du 10 mar. 1906.

TRAITEMENT USUEL DE L'ŒDEME DANS LES CARDIOPATHIES

(Par le DR L. MAYET.)

Le Strophantus est un des médicaments qui rendra le plus de services au praticien. Il provoque une diurèse soutenue pendant toute la durée de la médication qui peut être longtemps continuée... Malheureusement tout le succès de l'emploi du strophantus réside dans le choix de la préparation. C'est pourquoi on nous permettra de formuler, d'indiquer non des préparations magistrales, mais des **Granules de Catillon**, à 1 milligramme d'extrait titré de Strophantus.

2 le premier jour, 3 puis 4 par jour.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CHICOUTIMI ET LAC ST-JEAN.

Séance du 18 mars 1906, à Chicoutimi.

Présidence de M. POLIQUIN

Présents : Mess. les Drs J. A. Poliquin, L. E. Beauchamp, E. F. Fluhman, E. A. Claveau, Jules Constantin, Frs. Plourde, Joseph Morin, A. Bouchard, Ths. Duperré, Paul Trudel, D. Warren, A. Riverin et T. Mayrand.

I.— Le secrétaire donne lecture de plusieurs lettres qu'il a reçues des promoteurs du 3ème Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Le Dr Paul Trudel propose secondé par le Dr L. E. Beauchamp, et il est résolu unanimement que :

La Société Médicale de Chicoutimi et Lac St. Jean a appris avec plaisir qu'un troisième Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aurait lieu à Trois-Rivières, les 26, 27 et 28 juin prochain.

Que la Société reconnait la grandeur d'une œuvre si éminemment scientifique et patriotique, et en même temps le dévouement et le zèle que doivent déployer les promoteurs pour le mener à bonne fin.

Que la Société Médicale exprime le vœu qu'un grand succès couronne les efforts que les promoteurs et spécialement Mons. le Président général et Mons. le Secrétaire général font pour mener à bonne fin une aussi grande œuvre.

Qu'elle nomme M. le Dr Jules Constantin, de Roberval, pour la représenter pendant les séances du dit Congrès.

II. — Après lecture d'une communication de la Société Médicale de Valleyfield, regardant l'admission des indigents dans les hôpitaux il est proposé qu'une résolution identique à celle adoptée par cette société soit adoptée, à savoir :

Proposé par le Dr Jules Constantin, secondé par le Dr Frs. Plourde :

1° Il est résolu que la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St. Jean désapprouve le mode d'admission des indigents dans les hôpitaux ;

2° Que cette Société suggère qu'aucun patient ne soit admis dans les services publics, ou ne reçoive gratuitement les soins professionnels, sans un certificat du médecin de la localité d'où vient le patient, le médecin étant le seul juge dans cette cause.

3° Qu'avis de la présente résolution soit communiqué au bureau médical des différents hôpitaux, et à la Société Médicale de Valleyfield.

4° Qu'après entente entre les différentes sociétés médicales, un comité soit formé, qui rencontrera l'administration des hôpitaux afin d'obtenir la mise en pratique des suggestions plus haut citées. Adopté à l'unanimité.

III. — Lue, une communication du Dr A. Laurendeau, secrétaire de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, relativement à l'opportunité, pour les syndicats médicaux, de choisir un journal à l'exclusion de tout autre, comme leur organe et le seul autorisé à inscrire leurs procès-verbaux.

Cette mesure étant trop exclusiviste, et pouvant amener des complications dans l'administration des autres journaux médicaux qui ont également droit de vie sous le soleil que celui qui serait ainsi choisi arbitrairement, la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean ne croit pas devoir entrer dans le mouvement, et le secrétaire est autorisé à communiquer cette décision à l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette.

IV. — Lu, une autre communication de l'Association Médico-Chirurgicale de Joliette et un extrait des minutes de la dite association fixant à *deux piastres* le tarif minimum pour examen sur la vie des aspirants dans les sociétés de secours mutuel, et à *cinq piastres* le taux pour examen médical des compagnies d'assurance sur la vie.

Il est proposé par le Dr Jules Constantin, secondé par le Dr L. E. Beauchamp, qu'à l'avenir aucun médecin du district ne fasse aucun examen médical pour aucune compagnie d'assurance sur la vie à moins de cinq piastres par examen. Et que copie de cette résolution soit transmise aux agents d'assurance et aux médecins des districts. Adopté unanimement.

Proposé par le Dr Frs Plourde, secondé par E. F. Fluhman: qu'à l'avenir, la somme minimum de *deux piastres* soit chargée pour tout examen sur la vie des aspirants aux sociétés de secours mutuels: et que copie de cette résolution soit envoyée à tous les médecins du district et aux sociétés de secours mutuels. Adopté unanimement.

Proposé par le Dr A. Bouchard, secondé par le Dr Jos. Morin: Que les membres de la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-

Jean, donnent leur concours et leur influence aux agents d'assurance, représentant les compagnies et les sociétés mutuelles dont le tarif est conforme aux résolutions ci-dessus.

Et que copie de cette résolution soit transmise aux agents et aux médecins du district. Adopté unanimement.

V. — Proposé par le Dr Paul Trudel, secondé par le Dr Jules Constantin : Qu'un comité, composé de MM. les Drs L. E. Beauchamp, Edmond Savard, A. Riverin, A. Bouchard et Paul Trudel, soit chargé de recevoir et d'examiner toute plainte de la part des membres de notre association contre tout rebouteur ou charlatan, et de prendre action en justice contre le dit rebouteur ou charlatan s'il y a lieu. Adopté unanimement.

VI. — Le secrétaire est ensuite chargé de préparer un plan de la constitution et du tarif de notre Société Médicale et de le soumettre à l'approbation de ses membres à la prochaine assemblée.

VII. — Comme il y a actuellement devant la Chambre des Communes un projet de loi (Bill) tendant à réglementer d'une manière satisfaisante la fabrication et la vente des médecines brevetées, la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean croit de son devoir de donner son plus ferme appui au promoteur de ce projet et adopte à l'unanimité la résolution suivante :

Proposé par les Drs J. D. Warren et L. O. Gauthier, secondé par les Drs L. E. Beauchamp et J. Constantin :

1° Que la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St. Jean a appris avec plaisir qu'un projet de loi est actuellement devant la Chambre des Communes, lequel projet de loi réglemente la vente des médecines brevetées, et oblige tout manufacturier de remèdes à indiquer sur les bouteilles, paquets et autres contenant les dits remèdes brevetés mis en vente, le pourcentage de chaque ingrédient composant ces dits remèdes. 2° Que la Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St. Jean espère que la vente de ces dits remèdes brevetés ne pourra être faite que par les pharmaciens ou par copie de cette résolution soit transmise à M. Jos. Girard, notre député au parlement, le priant d'appuyer fortement le dit projet de loi et d'y faire inclure un article réservant la vente de ces remèdes telle que stipulée plus haut.

4° Et que copie de cette résolution soit également transmise aux secrétaires des autres sociétés médicales, avec prière de la communiquer immédiatement à leurs sociétés respectives. Adopté à l'unanimité.

VIII. — M. le Dr Jules Constantin présente à la société Médicale un très intéressant travail sur *la mort apparente et la mort réelle*.

La décomposition ou putréfaction cadavérique étant le seul signe absolu certain de la mort, et survenant longtemps après la mort apparente, rien alors ne nous empêche de croire, nous dit le savant conférencier, que dans bien des cas la vie persiste souvent plusieurs heures après la mort apparente.

La physiologie semble approuver cet énoncé, plusieurs médecins de renom le reconnaissent.

Ecrit dans un style sobre et clair, le travail de M. le Dr Constantin mérite nos plus sincères félicitations.

IX. — M. le Dr J. Constantin propose, secondé par le Dr Frs. Plourde: Que des remerciements soient votés aux médecins de Chicoutimi pour la magnifique réception qu'ils ont faite à leur confrères. Adopté.

La séance est levée. Prochaine réunion en juillet, à St-Féli-cien, chez M. le Dr Poliquin, président.

A. RIVERIN, *Secrétaire*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE ST-JEAN (IBERVILLE).

Séance du 27 février 1906

Présidence de M. MOREAU

Monsieur le Docteur ALBERT LAURENDEAU traite d'abord de questions d'intérêts professionnels; il fit une étude intéressante sur la solidarité des membres de notre profession, sur le rôle des Associations médicales, et de l'avenir qui leur est réservé. Il nous dit l'intérêt qu'il prend, le développement qu'il souhaite, la gloire qu'il rêve pour nos sociétés médicales canadiennes-françaises.

Malgré le réalisme des intérêts divers et matériels qui font le sujet de cette causerie, la pensée de l'orateur s'élève par moments à la hauteur d'une saine et pure philosophie.

M. le Dr. LAURENDEAU, fit ensuite une brillante conférence sur l'hébotomie. Il établit d'abord que l'hébotomie étant une

opération d'urgence, tous les médecins doivent être en état de la faire. Il démontra la supériorité de la section latérale du pubis sur la symphyséotomie, tant au point de vue de la facilité opératoire, qu'à celui de la morbidité chez les opérées. "Au mois de "Janvier dernier," dit le conférencier, "L'UNION MÉDICALE "du Canada me faisait l'honneur de publier un article intitulé: "pubiotomie," au sujet d'une observation qui m'était personnelle. "Ce petit travail était fait surtout à un point de vue critique. "Car il m'avait semblé à la lecture d'une communication de M. "Gigli à la Presse Médicale de Paris (27 mai 1905), que le ré- "novateur de cette opération accaparait un peu trop exclusive- "ment la gloire attachée à cette intervention. Gigli a eu le mé- "rite d'inventer la scie filiforme beaucoup plus facile à manier "que l'ancienne scie à chaînes, sans compter que le prix de re- "vient de la première est insignifiant; de plus, le médecin italien "peut revendiquer l'honneur d'avoir tiré cette opération de l'ou- "bli, ou plutôt de l'indifférence des accoucheurs modernes, et "d'avoir fixé l'attention du monde chirurgical sur les mérites de "cette intervention. — Mais sont-ce là des titres suffisants pour "en réclamer la paternité? La paternité de cette opération ap- "partient à Stoltz; Gigli n'en est que le parrain."

Après avoir décrit l'anatomie du bassin osseux, pièces en mains, ainsi que l'instrumentation que le conférencier a fait faire spécialement pour cette opération, entr'autres une passe-scie fili- forme, fabriqué par la maison Stevens, de Londres, auquel le Dr Laurendeau a attaché son nom, et que nous pouvons nous procurer à sa succursale de Toronto, (J. Stevens & Sons, 145 Wellington Street West, Toronto), l'auteur trace ainsi la technique opératoire de l'hébotomie, qu'il a suivie, dans un cas opéré par lui avec succès, vers la fin de septembre dernier.

"Après avoir anesthésié la parturiente, de préférence à la sco- "polamine, — morphine, — rasez le mont de Vénus, et désinfectez parfaitement les parties génitales externes ainsi que le "vagin. — En tirant une ligne droite de l'ombilic au clitoris, vous "passez exactement au-dessus de la symphyse; — si maintenant "vous vous éloignez de trois quarts de pouce de cette ligne de re- "père, à droite ou à gauche, en longeant la crête supérieure du "pubis, vous tombez juste à l'endroit où vous devrez faire péné- "trer votre passe-scie. Mais préalablement, il faudra ou faire

“une boutonnière cutanée, comme l'enseignait Stoltz, ou inciser
“la peau sur toute la hauteur du pubis, comme le veut Gigli.
“Cette incision devra courir du point d'élection indiqué plus
“haut, jusqu'au près et un peu à côté du clitoris; alors poussez
“hardiment le passe-scie en arrière du pubis, pénétrant par la
“partie supérieure, rasant le périoste en vous guidant sur l'index
“de la main inoccupée, en place dans le vagin. Lorsque vous
“verrez la pointe de votre passe-scie émerger à l'extérieur, à côté
“du clitoris, fixez-y la scie de Gigli que vous ramènerez en posi-
“tion, tout simplement en retirant votre passe-scie. Enfin, après
“avoir adapté les poignées à la scie, quelques mouvements de va-
“et-vient, sectionneront rapidement l'os pubien. Appliquez quel-
“ques tampons de gaze aseptique sur la plaie, retenus en place
“par quelques lisières de diachylon; faites l'application des for-
“ceps, terminez l'accouchement, puis finalement suturez la peau.”

“Quelques auteurs ont recommandé de faire des sutures métal-
“liques osseuses, je me suis contenté de sutures cutanées, et mon
“accouchée a guéri parfaitement, avec consolidation osseuse
“exacte, en moins de deux mois. J'ai simplement appliqué le
“pansement classique sur la plaie, et la traditionnelle ceinture
“autour des hanches et de l'abdomen.

“Je conclurai, Messieurs, en vous affirmant que cette opéra-
“tion est simple facile, et que chacun de vous peut la mener à
“bien.”

Ajoutons, pour terminer, que cette observation sur l'hébotomie
est la première qui ait été publiée au Canada, et que le savant
conférencier qui a su intéresser et instruire les membres de notre
Association en est le propagateur.

Cette conférence fut suivie d'une discussion sur les applica-
tions de la scopolamine morphine.

J. L. DUVAL,
Sec.-Trés.

ANALYSES

MÉDECINE

Angine de poitrine. — Une théorie nouvelle. — Dans *Scalpel*, 18 oct. J. M. William Russell, d'Édimbourg :

On sait que l'angine de poitrine est souvent liée à une grave affection organique du cœur, c'est-à-dire dégénérescence athéromatense des artères coronaires; mais on a aussi observé des cas, sans lésions cardiaques, à la suite d'un repas copieux, de troubles digestifs, d'abus de tabac, de l'alcool, d'émotions morales.

Suivant Russell, les accès d'angine de poitrine seraient dus à un spasme vaso-moteur périphérique par exagération du réflexe abdominal — qui existe normalement, et qui s'accroît durant la digestion, surtout, de matières protéiques. L'alcool y prédispose aussi.

L'auteur a remarqué que, chez les personnes qui consomment beaucoup d'alcool et qui se nourrissent presque exclusivement de matières albuminoïdes, le moindre effort, la simple palpation de l'épigastre provoquent un réflexe qui détermine une attaque.

Dans ces cas l'auteur conclut que le cœur est le siège d'une contractilité insuffisante soit à cause de ses artères coronaires défectueuses, comme le système artériel en général, soit à cause de la dégénérescence du muscle cardiaque.

Donc, exagération du réflexe vaso-moteur par absorption de substances toxiques; albuminoïdes, alcool, tabac, voilà le nou... au point de vue pathogénique de l'auteur.

Lait et tuberculose. — MM. Calmette et Breton, *Gazette des hôpitaux* — Dans une communication à l'Académie de Médecine, ces auteurs ont fait ressortir ce fait important, contrôlé expérimentalement, que l'ingestion de produits tuberculeux, même stérilisés par la chaleur, peut être très dangereux pour les sujets déjà infectés de tuberculose, et ne pas être inoffensif pour les sujets indemnes de cette maladie. On devra donc proscrire de l'alimentation de l'homme, le lait, même stérilisé, provenant de vaches tuberculeuses, la stérilisation par la chaleur ne suffisant pas à enlever à ce lait toute nocuité. On devrait surtout éviter d'une manière absolue de nourrir des enfants et des sujets adultes, déjà tuberculeux, avec les laits même stérilisés, provenant de vaches suspectes ou tuberculeuses.

Les taches de koplik dans la rougeole. — M. Benj. Th. Paris. Dans *Gazette des hôpitaux*, mars 1905.

Le signe de koplik apparaît sur la muqueuse gingivo-labiale à la période d'invasion de la rougeole. Il se compose d'un nombre variable d'éléments éruptifs, dont chacun est formé d'une auréole rose, centrée d'un petit point blanc blanchâtre. Seul ce point est pathognomonique; il est petit et ne dépasse pas le millimètre. Autour de lui, la muqueuse prend un aspect dépoli. Si les taches roses qui le bordent peuvent perdre leur individualité par coalescence

les points blanc blennétre gardent toujours la leur et ne se fusionnent jamais avec les voisins. Exclusivement localisé à la muqueuse gingivo-labiale, le koplik ne s'ulcère jamais, mais laisse quelquefois après lui une petite suffusion hémorragique punctiforme de la muqueuse.

Ce signe est très précoce et pathognomonique de la rougeole, on devra le rechercher chaque fois qu'on pratiquera l'examen d'un enfant.

Le coup de rasoir. -- Après le blond vénitien du prof. Landonzy, qui constitue un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose, voici le coup de rasoir du prof. Lorrain, mort depuis plusieurs années. On le rencontre chez une certaine classe d'individus à facies spécial. Ils ont le poil rare, maigre, sur les joues et sur le menton, avec un ou deux travers de doigt de peau absolument glabre, comme si le poil avait été enlevé au rasoir, sur une ligne qui part de la commissure des lèvres à l'angle du maxillaire inférieur, rarement un peu plus haut.

Les sujets porteurs de ce signe sont toujours des jeunes gens, adolescents ou à peine adultes. "Chaque fois, disait-il, que vous vous trouverez en présence d'un sujet porteur de ce signe, défiez-vous; vous avez devant vous un tuberculeux ou un candidat à la tuberculose."

J. A. LE SAGE,

OPHTALMOLOGIE

Traumatismes. (VACHER, Arch. M.C.)

Contusions.—Le traitement est basé sur les lésions observées dans les cas légers : lotions froides et anti-septiques fréquentes et bandeau occlusif, qu'on remplace bientôt par des lotions chaudes. Dans les cas graves : compresses chaudes et irrigations fréquentes, myotiques ou mydriatiques.

S'il y a rupture de la cornée avec hernie et enclavement, *crisis* les portions de l'iris herniées, libérer cette membrane de tout enclavement et pratiquer la suture cornéenne.

Plaies.—Dans toute plaie cornéenne simple ou compliquée, il faut avant tout, chercher à obtenir une réunion par première intention, la moindre supuration pouvant entraîner des désordres irréparables par propagation aux membranes profondes. Après avoir placé l'écarteur le malade étant dans une position convenable, on fera un nettoyage complet de la cornée, des culs-de-sacs, et un lavage de la chambre antérieure si la plaie est large et pénétrante.

Cette irrigation de toute la partie antérieure de l'œil sera suivie immédiatement de l'exclusion des paupières et de l'application d'un bandeau compressif.

Le pansement sera renouvelé dix heures après, si cela est possible, ou douze heures au plus tard.

En enlevant la ouate antiseptique qui recouvre les paupières, on verra s'il y a trace de suppuration, auquel cas la même irrigation devrait être recommencée, ainsi qu'une insufflation de poudre d'iodoforme-tamisée impalpable.

Si la ouate est retirée parfaitement pure, on se gardera d'ouvrir l'œil, le bord des paupières sera simplement lavé et la ouate renouvelée. Le même traitement sera suivi pendant 4 à 5 jours sans relâche, car ce temps est absolument nécessaire à la formation d'une cicatrice suffisamment résistante.

Le bandeau sera maintenu dix à quinze jours.

Brûlures. — Il faut par tous les moyens possibles, enlever le corps brûlant ou la substance causative.

Pour cela, écarter les paupières et laver à grande eau.

Les lotions froides sont préférables. Elles sont acidulées, si on a la certitude que c'est une base qui a lésé la cornée, et alcalinisées si c'est un acide.

Si, malgré la continuation des applications froides, les accidents inflammatoires prennent une marche inquiétante, il faut avoir recours à tous les moyens employés en pareil cas; lotions chaudes alternant avec les froides; instillations d'atropine, dérivatif sur le tube intestinal.

Contre les accidents produits par la chaux, irrigations d'eau sucrée.

Nitrate de fer, nitrate d'argent et sulfate de zinc.

Parmi les médicaments les plus usités en ophtalmologie se placent certainement en premier lieu le sulfate de zinc et le nitrate d'argent.

On regarde ces deux médicaments comme toujours inoffensifs, vraiment curateurs et on a tendance à les ordonner dans des affections où ils sont formellement contre-indiqués.

Dans les cas de kératites, d'ulcères et d'abcès de la cornée, à plus forte raison dans l'iritis, le glaucôme, les traumatismes etc., ils sont formellement interdits et il faut les rejeter dans les cas douteux si on ne veut pas obtenir des résultats désastreux. Les seuls cas où il faut ordonner le sulfate et le nitrate d'argent étant toutes conjonctivites aiguës, subaiguës, chroniques. Le médecin qui n'est pas spécialiste dans l'ophtalmologie trouve de temps en temps des cas où son diagnostic ne peut pas être absolument sûr et il serait heureux d'éviter, par un moyen bien simple, de commettre une erreur dans le traitement de l'affection de son malade.

Ce moyen est le suivant: *Si les yeux sont collés le matin*, et si naturellement les autres symptômes viennent confirmer le diagnostic de conjonctivite il faut prescrire des cellyres astringents. *Si les yeux ne sont pas collés le matin* le sulfate de zinc et le nitrate d'argent sont contre-indiqués.

R. BOULIER.

NEUROLOGIE

Le régime alimentaire des épileptiques; régime végétarien et régime hypoazoté, par Jules Voisin et Royer Voisin. — (*Presse Méd. — Revue Neurologique.*)— Les auteurs ont entrepris leurs expériences en se mettant dans les conditions les plus exactes pour apprécier le résultat thérapeutique d'une alimentation strictement végétarienne et hypoazotée — Or, le résultat fut absolument négatif: pendant le mois de l'expérience, les enfants présentèrent un nombre d'accès identique à celui constaté dans les mois précédents et suivants. L'expérience démontre l'inutilité d'un régime alimentaire végétarien et hypoazoté dans l'épilepsie.

Donc il est inutile de prescrire un régime spécial, quant au taux et à la variété des éléments azotés. Le régime ordinaire mixte, animal et végétal, doit être autorisé ; les seules indications à donner sont, les unes d'ordre général, pour éviter la production de troubles digestifs : le rejet de mets excitants, de viandes peu fraîches et d'une nourriture trop copieuse ; les autres d'ordre particulier, suivant la constitution du sujet.

Cet insuccès thérapeutique du régime hypoazoté ne paraît pas en désaccord avec la théorie de l'épilepsie basée sur l'auto-intoxication. Il montre simplement que la viande et les autres éléments azotés ne causent, pas en plus grande quantité que les graisses et les hydrocarbures de phénomènes d'intoxication, lors qu'ils ne sont pas en excès.

En résumé, la prescription du régime lacto-végétarien dans l'épilepsie est basée sur une extension trop large d'une théorie pathogénique juste (théorie de l'intoxication), et sur une idée fautive des phénomènes qui accompagnent la digestion de la viande. La prise de la viande ou d'éléments azotés de quelque nature qu'ils soient, pourvu qu'elle ne se fasse pas en excès, ne provoque pas d'augmentation dans le nombre des attaques. Le régime lacto-végétarien et le régime hypoazoté sont donc inutiles à prescrire ; il suffit que l'épileptique, avec son traitement bromuré, suive les règles d'une bonne hygiène générale et évite les troubles digestifs.

Traitement du tic douloureux convulsif de la face par la sympathectomie ; résultats éloignés, par M. Poirier, (*sec. de Chir. — Revue Neurologique.*)

Une résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, pratiquée il y a trente mois, chez un malade atteint de tic douloureux convulsif typique de la face qui avait résisté jusqu'ici à tout autre mode de traitement, amena, dès le lendemain de l'opération, la disparition de tous les symptômes. La guérison parfaite s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Un résultat à peu près aussi satisfaisant a été obtenu chez un second malade, opéré dans les mêmes conditions, il y a six mois.

La résection du ganglion cervical supérieur apparaît donc comme d'une efficacité certaine contre le tic douloureux convulsif de la face. Ce n'est point toujours cependant une opération facile, car dans un troisième cas, il a été impossible à M. Poirier, malgré les recherches les plus minutieuses, de découvrir le ganglion à réséquer. La résection du tronc du sympathique cervical lui-même, qu'il crut pouvoir faire au lieu et place de son ganglion supérieur, ne fut suivie que d'une amélioration tout à fait passagère : au bout d'un mois récidive était complète et le malade présentait en plus une paralysie de la corde vocale gauche, ce qui indiquait que la section nerveuse n'avait pas porté inclusivement sur le tronc du grand sympathique.

E. P. CHAGNON.

SÉROTHÉRAPIE

Cinq ans de Sérothérapie anti-typhoïde, par le professeur Chautemesse — *Presse Médicale*, 24 février 1906.

Une statistique sur la fièvre typhoïde doit s'étendre sans interruption, en durée sur des années, et en nombre sur des centaines de cas, elle doit, en plus, être comparée aux résultats obtenus avec les traitements habituels, pendant les mêmes épidémies.

Du 1er avril 1901 à janvier 1906, l'auteur a traité, par la sérothérapie au Bastion 29, — 712 cas de fièvre typhoïde, et a eu une mortalité totale de 27, soit une moyenne de 3, 7 pour 100. Pendant le même espace de temps 3 586 cas ont été traités dans quatorze hôpitaux de Paris, donnant une mortalité de 753, soit une moyenne de 17, 3 pour 100.

La moyenne de mortalité pour chaque hôpital varie entre 12.7 et 24.4 pour 100. L'auteur a donné, à ses malades, en plus du sérum des bains chauds, tièdes ou froids tels qu'employés dans les autres hôpitaux; la diminution de la mortalité ne peut donc être attribuée qu'à la sérothérapie.

La marche de la température est modifiée par l'injection du sérum; il y a d'abord une période de réaction durant un à cinq jours, pendant laquelle la rate et le tissu lymphoïde s'hypertrophient, puis une période de défervescence parfois brusque comme dans la crise pneumonique, le plus souvent en lysis. Dans les formes graves, traitées tardivement, à défervescence lente, il faut injecter une seconde dose de sérum.

Le pouls diminue généralement en fréquence, avec la température. Quelquefois cependant il devient rapide mais en même temps la pression artérielle est légèrement augmentée.

La pression artérielle varie entre 13 et 17 centimètres de mercure. L'état général des malades est vite amélioré, la diarrhée cesse, la quantité augmente. La durée de la maladie est le plus souvent abrégée, surtout lorsque le sérum est injecté dès le début. Les complications graves sont rares. Sur les 27 cas de décès on note 9 perforations intestinales, 7 cas d'ataxo-adyndamie, 3 cas de pneumonie, 3 cas de péritonite sans perforation, 1 cas de suppuration ganglionnaire péri-cœcale, 1 cas d'occlusion intestinale, 1 cas de gangrène de la bouche, 1 cas d'érysipèle, 1 cas de rupture d'anévrisme de la sous-clavière, 1 cas de cancer du sein, 1 cas de pleurésie gangreneuse opérée.

La phlébite avec œdème d'un membre inférieur survient dans 1, 5 p. 100 des cas, cette lésion guérit assez vite par le régime strictement achloruré. Il n'y a pas eu de mort par hémorragie, l'auteur attribue ce fait à l'action préventive du chlorure de calcium, qu'il donne à ses malades vers le milieu ou à la fin du deuxième septenaire, c'est le seul médicament qu'il emploie en dehors du sérum.

Les 9 perforations intestinales sont survenues chez des malades traités tardivement. Aucune complication mortelle ne s'est produite chez les malades traités durant la première semaine de fièvre.

Le sérum est antitoxique, il fait disparaître le mal de tête, la diarrhée, et les symptômes généraux d'intoxication, mais il n'agit pas directement sur les toxines, car la dose injectée est petite (une fraction de c.c.), et elle doit être d'autant plus faible que la maladie est plus grave.

Il n'est pas toxique ni bactéricide. Il agit en surexcitant les tissus myéloïdes et lymphoïdes. En effet, après l'injection la rate s'hypertrophie, l'examen du sang montre un affluent de polynucléaires, retour des éosinophiles puis augmentation des grands mononucléaires.

Les résultats annoncés par le professeur Chantemesse ont été confirmés par le professeur Brunon, de Rouen et le Dr Josias, de l'hôpital Bretonneau, qui ont traité avec le même succès plusieurs centaines de typhigies.

THERAPEUTIQUE

Pouls lent permanent et atropine. — Par R. Simon, Paris et Schmidt. *Bulletin médical, de Paris, 7 mars 1906.*

Le pouls lent permanent est un syndrome caractérisé par une lenteur habituelle du pouls associée à des crises vertigineuses ou syncopales ou épileptiformes. Le pouls pouvant aller à 17 pulsations par minute et les crises vertigineuses ou syncopales se répétant jusqu'à 16 fois par 24 heures.

La cause de ces crises vertigineuses réside dans l'ischémie cérébrale et bulbaire. La cause du pouls lent permanent, encore discutée, résiderait dans une intoxication alimentaire ou dans un surmenage musculaire, favorisant à la longue l'apparition de l'artério-sclérose par un état d'hypertension artérielle provoquant la contraction spasmodique ou prolongée des vaisseaux avec tous les troubles qui en découlent.

A l'appui de cette pathogénie, les auteurs rapportent plusieurs faits probants.

Ma s c'est surtout au point de vue thérapeutique qu'ils attirent l'attention. Dans un cas, en particulier, ils ont donné avec succès l'*atropine* à la dose de 3 demi-milligrammes durant sept jours consécutifs, avec le *tétranitrol* à la dose de 1 à 6 milligrammes par jour, durant 15 à 21 jours consécutifs, avec amélioration sensible. Obligés de cesser l'*atropine* à cause des troubles visuels, on reprend dix jours plus tard, à la même dose avec association de *tétranitrol*. Bientôt les crises cessent complètement et le pouls remonte à 72 puis 80 et 90 à la marche.

Puis ces auteurs rapportent trois observations de pouls lent par surmenage physique et auto-intoxication alimentaire où le repos et nettoyage de l'intestin ont mis fin à tous les troubles. Bref, dans le premier cas, l'action de l'*atropine* a été manifeste. Comment agit-elle ?

En présence d'une hypertension artérielle excessive, disent-ils, nous avons pensé qu'un hypotenseur (scopolamine ou atropine) pouvait, en diminuant l'ischémie bulbaire, non seulement prévenir les vertiges et les syncopes, mais encore augmenter la fréquence des pulsations et diminuer le nombre et la durée des intermittences ?

L'*atropine* agirait en paralysant les terminaisons intra-cardiaques du pneumogastrique, supprimant ainsi l'excitation des noyaux bulbaires du nerf vague qui amène un ralentissement du pouls. (F. Franck).

D'autre part le *tétranitrol* n'agirait pas seul, il doit être associé à l'*atropine* pour produire l'effet désirable.

Guérison des kystes hydatiques par le formol.

M. Chaput, de Paris, préconise le formol à 40 p. 100 en injections dans la poche kystique comme un moyen curatif puissant et facile à appliquer. Il en cite plusieurs exemples qui lui sont personnels. Il a injecté ainsi quatre malades atteints de kystes hydatiques du foie qui ont tous guéri sans récurrence.

En voici la technique: avec une seringue de Pravaz, muni d'une aiguille rachidienne de Tuffier, on ponctionne le kyste soit à travers les téguments, soit après ouverture du ventre; on retire un ou deux c. cubes de liquide hydatique et on injecte la même quantité de formol à 40 p 100, soit xx gouttes. On applique un bandage de corps très serré sur le ventre et on garde le malade au lit pendant 48 heures.

Traitement du coryza aigu par les inhalations d'aldéhyde formique. — M. Lacroix, dans *Concours Médical*, février 1906.

Nous recommandons dans le traitement du coryza aigu, du vulgaire rhume de cerveau — si commun, si pénible et quelquefois si sérieux par ses complications, les inhalations d'aldéhyde formique.

Voici comment s'applique cette médication. Vous prescrirez :

Aldéhyde formique (formol à 40 o/o), 5 gr. dans un flacon à large ouverture. Employer en inhalations.

Pour faire l'inhalation, le malade tient le flacon ouvert immédiatement au-dessous de l'une et l'autre narines, comme s'il s'agissait de sentir un parfum, et il respire doucement. Il se produit dans les fosses nasales, et généralement aussi au niveau du front, des joues et de la nuque (indices de la pénétration des vapeurs formiques dans les sinus frontaux, maxillaires et sphénoïdaux) un sentiment de cuisson, de picotement assez intense qui amène un léger larmolement et un écoulement de mucus nasal. Lorsque cette sensation devient pénible, on cesse l'inhalation pour la recommencer quelques instants plus tard. Les inhalations sont ainsi renouvelées toutes les heures, toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant l'importance du coryza.

Les avantages de cette médication sont les suivants :

a) Simplicité : il suffit de déboucher un flacon, de taille aussi minime que l'on veut, et de respirer son contenu comme un parfum. Avec 4 ou 5 gr. de formol, on peut soigner ses rhumes de cerveau pendant plusieurs années.

b) Innocuité : l'aldéhyde formique, employé dans ces conditions, n'a aucun inconvénient.

c) Activité : les vapeurs d'aldéhyde formique ont une valeur antiseptique de premier ordre et elles anéantissent les germes bactériens du coryza. Elles sont de plus, très diffusibles. Tandis que les poudres et les pommades préconisées en pareil cas sont arrêtées à l'entrée des fosses nasales par les cornets tuméfiés, les vapeurs de formaldéhyde pénètrent dans tous les replis où l'air circule. Elles gagnent même les sinus frontaux, maxillaires et sphénoïdaux. Elles assurent, en un mot, d'une manière inoffensive, la désinfection des fosses nasales et constituent un des meilleurs moyens d'éviter les complications du coryza aigu. Elles ont, d'ailleurs, toutes les indications de l'antisepsie du nez et de ses cavités accessoires.

d) Efficacité : en fait, les inhalations d'aldéhyde formique procurent de très bons résultats cliniques. Nous connaissons des malades qui conservent précieusement leur petit flacon de formol et qui y ont recours à toute menace de coryza : depuis plusieurs années, nous ont-ils dit, ce traitement n'a jamais failli chez eux à ses promesses.

En résumé, les inhalations d'aldéhyde formique, pratiquées comme nous venons de l'indiquer, constituent une excellente médication des rhinites aiguës microbiennes en général et du rhume de cerveau en particulier.

J. A. LE SAGE.

PHARMACOLOGIE

Formulaire

Coryza simple des nouveaux-nés :

Glycérine stérilisée.....	30 grammes
Acide borique.....	1 —

En instillations matin et soir dans les narines. (*Variot*).

Contre les angines simples :

Si l'inflammation est vive et la dyspnagie pénible, on prescrira les gargarismes détersifs, antiseptiques et calmants, par exemple :

Gargarisme détersif :

Borate de soude.....	10 grammes
Glycérine.....	25 —
Eau distillée.....	460 —
Suc de citron.....	4 —

Gargarismes antiseptiques :

a) Résorcine.....	5 grammes
Glycérine.....	25 —
Eau distillée.....	460 —
Alcoolat de menthe.....	5 —

f. s. a.

b) Acide salicylique.....	0 gr. 50
Glycérine.....	25 grammes
Eau distillée.....	465 —
Alcoolat (frais) de citron.....	5 —

Gargarisme calmant :

Menthol.....	0 gr. 10
Teinture de coca.....	5 grammes
Glycérine.....	30 —
Infusion de feuille de coca à 1 pour 100.....	460 —

f. s. a.

Chez les enfants, on remplacera les gargarismes par de grandes irrigations de la gorge avec de l'eau bouillie additionnée d'acide borique (une cuillerée par litre), de borate de soude salicylé (une ou deux cuillerées à café du mélange ci-dessus formulé), de phénosalyl (deux cuillerées à bouche de la solution à 1/100 pour un litre d'eau), d'eau oxygénée (deux cuillerées par litre).

Les gargarismes et les irrigations conviennent plutôt aux angines diffuses. Lorsque l'affection est localisée, on a intérêt à localiser aussi la médication et à pratiquer des badigeonnages. En voici deux formules :

a) Borate de soude.....	4 grammes
Menthol.....	0 gr. 10 centig.
Alcool à 90°.....	XX gouttes
Glycérine.....	20 grammes

f. s. a.

b) Résorcine.....	2 grammes
Glycérine.....	20 —

Contre la pelade :

Tannin.....	20 gr.
Alun.....	20 gr.
Soufre en poudre.....	10 gr.
Sel marin.....	10 gr.

Mélanger ce liquide dans un demi-litre d'alcool à 90°. En frictions une fois par jour.

Traitement des brûlures.

Tout le monde a entendu parler de la *Pommade de Reclus* et peu de praticiens en connaissent la formule. Cette excellente préparation, qui est analgésique et hémostatique, est composée de la façon suivante:

Vaseline.....	200 gr.
Antipyrine.....	5 —
Acide borique.....	3 —
Salol.....	3 —
Iodoforme.....	1 —
Acide phénique neigeux.....	1 —
Sublimé corrosif.....	0 gr. 10 ctg.

Elle s'emploie en en enduisant des lanières de gaze aseptique qui sont ensuite posées sur les surfaces brûlées après désinfection aussi complète que possible.

Traitement du coryza syphilitique des nouveau-nés. (MALBEC.)

1° Déboucher les narines en introduisant dans les cavités un pinceau imbibé d'huile d'amandes douces;

2° Badigeonner les parois des cavités nasales avec la pommade suivante

Vaseline.....	10 gr.
Calomel.....	1 "

Sirop de bromoforme composé.

Bromoforme ..	0 gr. 50
Codéine.....	0 " 50
Alcoolature de racines d'aconit.....	5 "
Alcool à 90°.....	30 "
Sirop de laurier cerise.....	125 "
Sirop de baume de tolu.....	125 "
Sirop de Désessartz.....	225 "

Une cuillerée à bouche (= 20 grammes) renferme: 0 gr. 02 de bromoforme et de codéine. (*Journal de Médecine de Paris*)

BIBLIOGRAPHIE

En guérit-on? par le Professeur ALFRED FOURNIER, de l'Académie de Médecine
Un vol. in-12, broché, 1 fr. (*Librairie Ch. DELAGRAVE, 15, rue Soufflot Paris.*)

"Sans être écrit pour des médecins, cet opuscule aura une qualité, — à défaut d'autres peut-être, et une qualité toute médicale, à savoir la franchise. *Il dira la vérité.*

Sans dissimulation, sans réticence, sans atténuation, il dira ce qui est, à la façon d'un traité de pathologie. Il dira ce qu'on peut attendre du traitement en tant que correctif et neutralisant de la maladie, comme aussi ce qu'on n'a pu obtenir jusqu'à ce jour. Il exposera tour à tour, et avec une égale impartialité, les victoires, les triomphes même, — le mot n'a rien d'exagéré, — de la thérapeutique antisiphilitique, comme aussi ses échecs et ses revers. En un mot, *il parlera vrai*, ce qui, je crois, est le meilleur des langages en toute chose, en médecine tout spécialement.

La vérité, d'ailleurs, en l'espèce, suffira amplement au soulagement moral de nos malades."

(*Extrait de la Préface.*)