

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE :

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

COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1906 :

MM. Benoit, Bourgoin, D'Amours, DeBlais, Desjardins, Gauthier, Gregor,	MM. Heineck, Joyal, Laramée, Laurier, Laurendeau, Marsan, Pelletier,	MM. Rhéaume, Rousseau, Roy, Sirois, St-Pierre.
--	--	--

63* Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Secrétaire,
36, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVI

1er JUILLET 1907

No 7

MEMOIRES

DES GROSSESSES EXTRA-UTERINES — LEURS TERMINAISONS — LEURS TRAITEMENTS D'APRES UNE STATISTIQUE DE 40 CAS PERSONNELS

Par le Dr AIMÉ PAUL HEINECK, de Chicago, Ill. U. S. A.

TRAITEMENT (1).

La grossesse extra-utérine de même que l'appendicite ne relève que du traitement chirurgical. Dans cette maladie comme dans l'appendicite, le traitement non opératoire peut parfois produire des cas de guérison apparente, mais il est rare que ces guérisons cliniques soient des guérisons anatomiques. Nous sommes d'avis que le traitement le plus opportun est celui qui sauve le plus de vies. Nous ne considérons pas la viabilité d'un fœtus extra-utérin, excepté que comme une source de dangers pour la mère; nous sommes prêts à et nous enseignons de détruire le fœtus pour sauver la mère, car pour nous, le sac fœtal extra-utérin est un parasite qui expose son hôte à de très graves dangers.

(1) Voir la 1re partie Union Médicale 1er Juin 1907. L'auteur porte l'entière responsabilité de ses opinions, libre à chacun de nous de les discuter. N. D. L. R.

Nos vues paraîtront peut-être extrêmes, mais notre expérience et nos observations cliniques ne font que fortifier notre confiance dans leur valeur. La grossesse extra-utérine est une maladie qui n'est jamais trop tôt terminée. La mère est en danger constant de rupture primitive ou secondaire; les meilleurs résultats sont obtenus par les opérations hâtives. Si l'opération est faite après le développement de complications inflammatoires, telles que: septicémie, suppuration du kyste fœtal, etc., les chances de guérison sont de beaucoup diminuées. Quoique les opérations tardives soient d'une exécution difficile, elles sont de nos jours bien moins dangereuses qu'elles ne l'étaient autrefois, grâce à l'asepsie et à une plus grande familiarité avec la technique opératoire. L'éminent Fenger dit que l'opération faite dans les premiers mois de la grossesse n'offre pas plus de difficultés techniques qu'une ablation des annexes utérines normales; vers la fin de la grossesse l'enlèvement complet de l'œuf et de son contenu est une opération redoutable et souvent d'une impossibilité technique absolue.

La co-existence d'une grossesse utérine n'interdit pas l'opération. G. Zinke (1) a réuni 88 cas de grossesse utérine coexistant avec une grossesse ectopique. Dans ce cas, enlevez le sac ectopique mais ne faites rien qui puisse interrompre le cours de la gestation utérine. L'opération de l'enlèvement du sac fœtal ectopique, en elle-même ne peut nuire en rien à l'évolution de la grossesse utérine.

Il faut considérer au point de vue du traitement ces deux alternatives.

1° La malade vivra-t-elle, (a) si elle est abandonnée aux soins de la nature; (b) si elle est opérée?

2° Les dangers accompagnant l'ouverture du ventre sont-ils moindres que ceux qu'entraîne la rupture? Choyan, dans les cas de ruptures traitées opératoirement, place la moyenne des guérisons maternelles à 84.4%. D. Veit dit: Opérez tous les cas de grossesse extra-utérine, quel que soit l'âge de l'embryon ou du fœtus; il ajoute avec emphase: opérez immédiatement tous les cas où il y a suppuration du sac fœtal et drainez largement.

Entre les mains d'opérateurs habiles les seuls dangers auxquels l'opération expose la malade sont: l'infection, l'hémorrhagie et le choc opératoire. Le premier peut être prévenu; le deuxième peut

(1) Zinke E. Z. Amer. Jour. of Obst. New-York, 1902, vol. XIV, p. 623.

être largement contrôlé et le troisième peut être rendu à son minimum et presque toujours surmonté.

Vinberg (1) rapporte 53 opérations pour grossesse extra-utérine; dans 50 cas il utilisa la voie abdominale, dans 3 la voie vaginale; il n'eut qu'un décès dans cette série. Schauta, dans 123 opérations consécutives eut une mortalité de 3 et 7 %; 121 cas traités non opératoirement lui donnèrent une mortalité de 86.9%. C. C. Barroux (*Medical Record*, vol. 4, xviii, p. 880), dans 79 cas, utilisa la voie abdominale 77 fois; la voie vaginale 2 fois; il n'eut aucun décès.

Certains opérateurs font usage des termes de laparotomie primitive et laparotomie secondaire. Dans la première l'opération n'est pas retardée, elle est faite pendant la vie du fœtus et elle s'accorde avec la théorie et avec la pratique de la chirurgie moderne; elle attaque les tissus quand ils sont encore sains; elle attaque les conditions pathologiques immédiatement. La laparotomie secondaire est l'opération faite après la mort du fœtus.

Nous reconnaissons que le diagnostic des grossesses extra-utérines offre beaucoup de difficultés, souvent un diagnostic probable est le seul qu'on puisse faire. Les conditions qui simulent la grossesse extra-utérine sont des états qui eux aussi exigent un traitement opératoire. Il ne faut pas oublier que d'autres états que la grossesse extra et intra-utérine causent une augmentation de volume et un ramollissement du col de l'utérus.

En faisant nos examens vaginaux et abdominaux, il faut procéder avec précaution, en agissant autrement on risque de rompre le kyste fœtal si cela n'a pas déjà eu lieu et de provoquer une hémorragie. Si l'hémorragie s'est déjà produite et qu'elle est arrêtée on risque de provoquer une récurrence, ou si elle est en cours une recrudescence.

Quand le sac fœtal, à une période peu avancée de son existence se rompt dans les tissus extra-péritonéaux, nous aurons présents des signes et des symptômes qui existent dans les abcès pelviens, dans les fibro-myomes, etc. Une grossesse extra-utérine non rompue peut avoir les apparences d'une antéflexion, d'une rétroflexion, d'un pyosalpinx, d'un kyste ovarien, d'une tuberculose annexielle ou péri-annexielle, et il est facile d'être induit en erreur. Les meilleurs cliniciens eux-mêmes s'y sont trompés.

(1) Vinberg. *Heltkunde*. July 1906.

Beaucoup de traitements anciennement employés sont aujourd'hui abandonnés. Ces traitements, ainsi que la ponction dans le kyste fœtal, les injections de substances narcotiques dans la cavité kystique, etc., sont des traitements dangereux, ils ont pour but de tuer le fœtus. Il est reconnu maintenant qu'un fœtus mort peut à tout moment devenir un grand danger pour la mère. La mort du fœtus ne met pas la mère à l'abri des dangers qu'entraîne la présence en elle d'un fœtus extra-utérin. Le seul traitement qui offre pour la mère des chances positives de recouvrer la santé est le traitement opératoire.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, est en lui-même une indication impérieuse d'opérer. En l'absence de symptômes urgents, nous avons une opération de nécessité, mais nous pouvons procéder délibérément, choisir l'heure et le lieu de l'opération, donner à notre malade les bénéfices de toutes les précautions d'une préparation chirurgicale aseptique et antiseptique, et nous pouvons opérer dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Si la rupture s'est produite et qu'une hémorrhagie progressive a eu lieu ou a lieu, nous avons une opération d'urgence.

Alors, la première indication est d'arrêter l'hémorrhagie; cette indication ne souffre aucun délai, il faut ouvrir le ventre, il faut arrêter l'hémorrhagie à sa source, la ligature des points saignants est indiquée. Même en l'absence de rupture ou d'avortement, l'opération ne doit pas être longtemps retardée, car tant que l'embryon ou le fœtus est vivant, le placenta accroît ses dimensions, augmente sa vascularité et rend plus difficile et plus laborieux l'enlèvement.

Le traitement opératoire étant admis, deux voies nous sont ouvertes: (a) la voie abdominale, et (b) la voie vaginale (1). Dans quelques cas difficiles on peut être obligé d'employer les deux voies en même temps. C. P. Noble, de Philadelphie (*Medical Record*, 1905, p. 717), sur 91 cas de grossesse extra-utérine a employé 87 fois la voie abdominale et 4 fois la voie vaginale, deux cas de cette dernière série nécessitant ensuite la section abdominale. La voie vaginale est préférable quand il y a abcès pelviens, quand le sac fœtal a été converti en un abcès pelvien, quand la suppuration s'est produite dans un kyste fœtal intra-ligamen-

(1) Ford Willis E. Results of vaginal section and drainage in early cases of ectopic gestation *Boston Med. and Surg. Jour.* Nov. 15, 1906.

taire, aussi dans tout hématóme intra-ligamentaire. L'ouverture des abcès pelviens par la voie vaginale est une opération chirurgicale sans danger; elle donne presque toujours des résultats satisfaisants. La voie vaginale peut aussi être employée dans les cas où le sac fœtal est comprimé fortement contre la paroi vaginale, quand le fœtus est enclavé dans le bassin. Mais ici, il peut être nécessaire d'employer la voie abdominale en plus de la voie vaginale. La vue et le toucher sont pour le chirurgien des auxiliaires d'une grande utilité.

Dans toute autre condition, en l'absence de contre-indication quelconque, nous préconisons la voie abdominale.

En plaçant complètement le champ opératoire sous le contrôle du chirurgien, elle permet à l'opérateur de remédier en même temps aux conditions pathologiques co-existantes, telles que l'hydrosalpinx, l'oblitération de l'ouverture abdominale, de l'oviducte, etc. Ainsi dans le cas de Baudron (1), où une torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit co-existait avec une grossesse tubaire gauche; dans le cas de Roberts (2), où un tératóme du tube gauche co-existait avec un sac fœtal tubaire droit; 2. d'obtenir une hémostase plus complète, plus soignée et plus rapide; 3. de mieux se rendre compte de l'étendue des lésions existantes; 4. de pouvoir faire un examen plus direct et en conséquence un diagnostic plus certain; 5. en le mettant plus rapidement en contact avec la condition, elle lui permet d'enlever le sac fœtal et son contenu mieux et plus complètement; de faire une ablation plus conservatrice des organes lésés.

Quand l'œuf séparé est perdu dans la cavité abdominale, son enlèvement n'est possible que par la voie abdominale; 6. dans le cas d'un diagnostic erroné, l'opérateur peut, par l'incision abdominale remédier aux troubles cause d'erreur.

En opérant une grossesse ectopique près d'être à terme, à terme ou après terme, la grande difficulté c'est l'enlèvement du placenta; une hémorrhagie alarmante résulte souvent d'un léger détachement du placenta. La séparation des adhérences détermine il est vrai, de petites hémorrhagies, mais les hémorrhagies redoutables viennent du site placentaire. Elles peuvent survenir, soit au moment de l'opération, soit après. Dans la grossesse ectopique le site pla-

(1) Baudron E. Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris 1900. Vol., LIII, p. 333.

(2) Roberts D. Lancet. London, 1933, vol. II, p. 1164.

centaire n'est pas contractile, il n'y a pas de mécanisme maternel qui arrête le saignement après la division ou la séparation du placenta. Quand le fœtus est encore vivant ou qu'il vient de mourir, nos craintes sont nécessairement plus grandes. Si le fœtus est mort depuis déjà quelque temps, nous pouvons souvent, sans crainte d'hémorragie dangereuse enlever le placenta dont les vaisseaux sont contractés ou oblitérés. Il serait plus exact de dire, quelquefois, au lieu de souvent. Après la mort du fœtus les fonctions placentaires cessant, les vaisseaux du cordon ainsi que ceux du gâteau placentaire s'oblitérent graduellement.

L'enlèvement du placenta ne comporte pas les mêmes dangers dans tous les cas. Les placentas de ces grossesses varient en dimensions, en modes et en site d'implantation. Dans le cas où le placenta a continué à se développer dans l'oviducte, son ablation est facile. On rencontre aussi peu de difficultés dans les cas où le placenta et le sac fœtal forment une tumeur bien définie, bien pédiculisée, bien développée.

Plus grandes sont les difficultés techniques dans les cas où le placenta forme une masse épaisse et solide, ayant l'apparence d'un morceau de poumon hépatisé.

Quand le placenta est mince et que ses attaches couvrent une large surface, les difficultés opératoires atteignent leur maximum.

L'enlèvement de la masse ectopique est un problème qui ne peut être résolu pour chaque cas individuel qu'après l'ouverture du ventre. La conduite du chirurgien après l'ouverture du ventre est déterminée par l'étendue et la situation des insertions placentaires, par la présence ou l'absence d'adhérences aux tissus et aux organes environnants, par l'origine et le développement des connexions vasculaires. Le facteur le plus important c'est l'étendue et la nature des insertions placentaires ; elles sont de nature variable ; le placenta peut être implanté sur l'utérus, sur le péritoine viscéral ou pariétal, sur l'épiploon, sur le mésentère, sur les intestins et sur les autres contenus intra-abdominaux. Dans les cas d'insertions placentaires étendues, le placenta nourri par un très grand nombre de vaisseaux, sa base est une surface et non un pédicule. Par exemple, dans le cas rapporté par Neugebauer, le placenta était attaché à la paroi postérieure de la vessie, à la paroi utérine antérieure et au cul-de-sac vésico-utérin. Dans un cas rapporté par McLean (*British Medical Journal*, 1904, ii 1315),

la tumeur fut trouvée légèrement adhérente au péritoine pariétal et fortement adhérente à l'utérus, à l'anneau sigmoïde, au rectum, à quelques anses de l'iléum et à la paroi pelvienne gauche. Dans un cas cité par le professeur T. J. Thomas, le placenta de dimensions énormes était adhérent au colon ascendant, transverse et descendant. Dans un cas rapporté par Ferré (de Pau), (*Ann. de Gyn.*, Paris, 1902), le placenta adhérait fortement aux intestins.

Pour éviter la répétition, nous allons, ayant de commencer la description de notre mode d'opération aux diverses périodes de la grossesse ectopique, faire les déclarations suivantes :

1° Dans toute opération abdominale et vaginale, nous employons des gants en caoutchouc très justes, stérilisés par la chaleur. Des gants bien justes ne diminuent que légèrement le sens tactile; des gants trop larges embarrassent et émoussent le sens du toucher.

Quoique en opérant nous employions invariablement des gants, nous soumettons nos mains aux mêmes préparations aseptiques et antiseptiques que si nous opérions les mains nues. Pour empêcher l'écoulement dans le champ opératoire d'aucune sécrétion cutanée entre la manchette du gant et le poignet, nous l'entourons d'un morceau de gaze.

On sonde la malade immédiatement avant de la placer sur la table opératoire. Cette évacuation de la vessie est d'une importance toute spéciale chez les malades d'un tempérament émotionnel et nerveux. (a) Nous évitons ainsi d'inciser une vessie distendue; (b) nous éliminons une source d'ennuis et de confusion (vessie distendue) de notre champ opératoire.

3° Nous n'ouvrons pas l'abdomen par une incision médiane. Notre incision est pratiquée d'un côté ou de l'autre de la ligne médiane. L'examen vaginal nous dirige dans le choix du côté. La grossesse ectopique se présente aussi fréquemment dans l'une des trompes de Fallope que dans l'autre; aussi fréquemment du côté droit que du côté gauche. En pratiquant une incision d'un côté de la ligne médiane, nous pensons pouvoir obtenir une cicatrice plus ferme. En faisant usage d'une incision latérale, les bords de la blessure sont mieux adaptés à notre manière de suturer la paroi abdominale. (a) Évitez de couper les vaisseaux épigastriques. (b) Évitez de couper l'ouraqué. Couper dans un ouraqué dont la lumière n'est pas oblitérée est aussi sérieux que de

couper dans la vessie. L'ouverture doit être réparée. (c) Employez la position de Trendelenburg. La malade ne doit pas être mise dans cette position soudainement, mais graduellement. Le retour à la position horizontale doit aussi se faire graduellement. La position de Trendelenburg facilite la gravitation des intestins vers le diaphragme; elle permet de mieux voir les tissus ou organes pelviens.

4° Dans toutes les opérations de grossesse extra-utérine, la trompe et l'ovaire du côté opposé doivent être soigneusement examinés. Chez quelques malades la grossesse extra-utérine a récidivé. Nous faisons cet examen pour déterminer la présence ou l'absence d'une grossesse antérieure ou co-existante dans le tube ou l'ovaire du côté opposé (1). H. Varnier et C. Sens ont réuni 96 cas dans lesquels la grossesse prit place d'abord dans l'un des tubes et ensuite dans l'autre. Aucune de ces grossesses n'était simultanée; elles étaient toutes consécutives (2). Jayle et Nandrot ont trouvé dans la littérature 29 autres cas de grossesses extra-utérines récidivantes. Sanberg et Burford rapportent un cas où la conception eut lieu simultanément dans les deux tubes: des grossesses gémeillaires; pour être sûr de la présence ou de l'absence d'une maladie co-existante de l'annexe.

5° Ne jamais sacrifier inutilement aucun tissu ou aucun organe. En l'absence d'indication positive, telle qu'un bassin fortement contracté empêchant la venue au monde d'un enfant vivant, etc., le tube ou l'ovaire du côté sain ne doit jamais être enlevé. Comme presque toutes les grossesses extra-utérines sont tubaires, une opération pratiquée dès les débuts permettra de conserver l'ovaire. La conservation des ovaires ne peut qu'être utile à la malade. Leur enlèvement l'expose aux dangers d'une ménopause prématurée. L'idée d'une incapacité sexuelle est redoutée des malades. La récurrence de la grossesse extra-utérine est trop peu fréquente pour justifier l'enlèvement d'un tube ou d'un ovaire sain. Sur 80 cas de grossesses extra-utérines opérées par Bouilly (de Paris), il n'y eut pas un seul cas de récurrence. Sur 40 cas opérés par Schwartz (de Paris), aucun cas non plus de récurrence. On rapporte de nombreux cas de grossesses utérines normales survenues après une opération pour grossesse ectopique. W. R. Nichols

(1) A. Varnier H. et Sens C. Sur la récurrence de la grossesse ectopique. *Ann. de Gyn.* 1901.
 (2) B. Jayle F. et Nandrot Ch. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.* 1901, p. 195.

(*Canadian Lancel*, 1897), rapporte la naissance d'un bel enfant parfaitement sain, chez une de ses malades sur laquelle treize mois auparavant le tube gauche avait été enlevé pour grossesse tubaire. Beaucoup d'autres cas semblables se rencontrent dans la littérature. L'existence d'une grossesse extra-utérine n'empêche pas la migration dans l'utérus d'un ovule fécondé. Même si le fœtus extra-utérin est mort, une grossesse normale peut se produire.

6° Le grand danger dans toutes ces opérations, qu'elles soient précoces ou tardives, c'est l'hémorrhagie, et son meilleur traitement c'est de la prévenir. Les cas sont trop dissemblables pour tracer une ligne inflexible de conduite. Essayez de déterminer avant de commencer si l'extirpation totale est possible ou si vous serez obligés de vous contenter d'une opération conservatrice.

L'hémorrhagie sera contrôlée, ou par la ligature ou par la compression des points saignants. Ne faites usage du sérum artificiel qu'après avoir arrêté l'hémorrhagie, son emploi augmenterait la pression sanguine, délogerait les thrombus internes et provoquerait de nouvelles hémorrhagies; mais une fois que notre hémostase est parfaite, son usage est d'un grand avantage. Ces hémorrhagies sont très profuses si le fœtus est vivant au moment de l'opération. Les causes suivantes en sont les plus importantes:

(a) L'état du placenta qui fonctionne encore jusqu'au moment de sa séparation d'avec le fœtus vivant.

(b) Les caractéristiques anormaux du placenta lui-même.

(c) La position spéciale et ectopique du placenta dans chaque cas individuel.

(d) La vascularité des parois du kyste fœtal.

(e) La non contractilité de la base d'implantation du placenta.

En enlevant le sac fœtal et son contenu, il faut agir avec beaucoup de prudence pour ne pas léser les organes voisins. Toute éraillure, toute déchirure doit être réparée, péritonisée. La péritonisation diminue l'hémorrhagie et crée une barrière capable de limiter l'extension d'un processus inflammatoire.

Évitez, s'il est possible, de laisser des surfaces péritonéales dénudées. Les surfaces dénudées sont des voies possibles d'infection, et elles peuvent déterminer la formation d'adhérences. Nous sommes familiers avec les dangers auxquels les adhérences exposent les malades. Après une ablation unilatérale des annexes, suturez

l'un à l'autre les plis du ligament large depuis le détroit pelvien supérieur jusqu'à l'angle de l'utérus.

7° En l'absence d'indications positives, nous ne drainons pas. Les cas simples n'ont pas besoin de drainage (Bovée). Si on fait usage du drainage, on doit le discontinuer aussitôt que les décharges deviennent séreuses ou séro-sanguinolentes.

Notre matériel de suture doit remplir les cinq conditions suivantes: 1° Il doit être aseptique; 2° il doit pouvoir supporter une certaine tension sans se rompre; 3° il doit être facile à enlever ou être absorbable; 4° il doit rester dans les tissus jusqu'à ce que leur union organique soit solide et complète; 5° il ne doit pas être pour les tissus une cause d'irritation mécanique.

Le premier état, le traitement que nous allons considérer est la grossesse tubaire précoce non rompue. Dans ce cas il n'y a généralement pas d'adhérences; s'il y en a elles sont séparées comme dans toutes les autres interventions chirurgicales intra-abdominales avec grand soin et par les mêmes méthodes. Nous conserverons dans ces cas comme dans tous les autres, toutes les précautions mentionnées dans les paragraphes précédents et concernant le traitement. L'incision est faite à travers les différentes couches de la paroi abdominale et nous donne accès dans la cavité péritonéale. La longueur de l'incision est déterminée en grande partie par l'âge de la grossesse. L'incision est légèrement de côté de la ligne médiane. C'est ordinairement une incision intra-ombilicale. La malade ayant été placée graduellement dans la position de Trendelenburg, les intestins et la cavité péritonéale sont isolés de la cavité du bassin par des compresses de gaze. Premièrement chercher et trouver le fond de l'utérus. L'utérus est un corps si grand et si ferme, si différent des autres organes abdominaux qu'il est peu difficile de le reconnaître par le palpage.

Employant le fond de l'utérus comme guide, et procédant à droite et à gauche, nous examinons les deux tubes et les deux ovaires. La grossesse ectopique se présente aussi fréquemment d'un côté comme de l'autre. Séparez le sac fœtal de toute adhérence s'il en existe; enlevez ensuite en totalité le sac fœtal (qui est généralement tubaire), si cela est possible, par une résection typique de la trompe de Fallope. Suturez les plis du ligament large ensemble, assurez-vous que l'hémostase soit complète; étanchez la cavité péritonéale, ne laissant aucune surf. péritonéale

dénudée, et procédez à sa fermeture. Le traitement post-opératoire est celui de la laparotomie sans complications. Si la grossesse est du type gravidique et est précoce et non rompue, faites une ovariectomie typique. Dans ces opérations comme dans tout autre travail abdominal, il est utile de procéder rapidement et avec dextérité. Si le sac fœtal est rompu et que l'hémorragie ait eu lieu ou soit en cours, après avoir ouvert la cavité abdominale, placez la malade dans la position de Trendelenburg, trouvez immédiatement le fond de l'utérus, saisissez-le avec une pince double, vous avez alors sous les yeux le point de repère le plus important. Quand vous avez découvert de quel côté s'est produite la rupture (elle est généralement tubaire), appliquez un clamp-forceps à l'extrémité utérine du tube. Par ce moyen vous prévenez toute hémorragie ultérieure de l'artère ovarienne de ce côté. Appliquez un autre clamp-forceps au-dessous du tube, comprimant les plis du ligament large, mais ne lésant aucunement l'ovaire. Alors enlevez le tube intéressé et le sac fœtal. Liez tous les points saignants, suturez l'un à l'autre les plis du ligament large et péritonisez le moignon tubo-utérin. Déterminez la cavité péritonéale ainsi que le pelvis aussi rapidement que possible du sang et des caillots facilement enlevables. Enlevez l'embryon s'il peut être trouvé sans une recherche prolongée. Ne faites aucune manipulation, aucun traumatisme inutile des intestins. Le traitement post-opératoire est celui d'une hémorragie utérine aiguë pour laquelle on a pratiqué la laparotomie. Employez la solution saline normale *secundum artem*.

Nous terminerons cet article par la discussion du traitement de ces cas de grossesses extra-utérines qui sont près du terme, à terme et après terme. Les conditions qui comportent le plus de dangers pour la mère sont celles dans lesquelles le fœtus est vivant; l'hémorragie peut alors être fatale. Dans ces cas alarmants d'hémorragie, quelques auteurs ont conseillé la compression de l'aorte abdominale. Si le placenta est attaché à la ligne de l'incision, l'hémorragie est profuse mais peut être arrêtée par une compression énergique. Dans les cas où le fœtus est vivant, nous avons deux choses à accomplir et elles doivent être accomplies sans mettre en péril la vie de la mère. La conservation de la vie de la mère doit toujours être présente à notre pensée. D'abord, vous enlevez l'enfant, après cela procédez à l'enlèvement de l'œuf, c'est-à-dire

du placenta, des membranes, etc. On n'est pas souvent appelé à opérer des cas où un enfant vivant est présent. Un médecin qui, sciemment, s'abstient d'opérer un cas de grossesse extra-utérine avant qu'elle arrive à terme, commet un acte peu judicieux. L'enseignement doit être de toujours terminer ces grossesses de bonne heure et avant que le développement de l'œuf ne soit très avancé; tout retard est hasardeux et expose la mère aux dangers que nous avons mentionnés ci-dessus.

Nous sommes partisans de l'opération immédiate, qu'il s'agisse d'un enfant mort ou vivant, la chose importe peu; cette opinion est partagée par la grande majorité des auteurs; quelques auteurs n'admettent d'exception qu'en faveur des mères qui réclament impérieusement un enfant.

Il ne peut y avoir aucune discussion au sujet de l'opportunité de terminer de bonne heure ces grossesses; elles doivent être envisagées comme des excroissances malignes qui demandent à être enlevées complètement et le plus tôt possible.

Si le fœtus est vivant, incisez les parois abdominales et refoulez vers le diaphragme par des compresses de gaze les anses intestinales, ces compresses, en même temps protégeront la cavité péritonéale contre tout déversement du liquide amniotique. Incisez les parois du kyste fœtal et enlevez le fœtus après ligature du cordon ombilical ainsi que dans une grossesse normale. Faites de sorte que le liquide amniotique s'écoule autant que possible à l'extérieur. Si à sa naissance le fœtus est dans un état d'asphyxie neonaturum, employez les méthodes dont on se sert généralement dans ces cas. Les fœtus extra-utérins s'étant développés dans des conditions d'existence anormales, sont de viabilité précaire. Pour le sauver il sera nécessaire de les entourer de beaucoup de soins.

Dans les cas où la grossesse est à terme ou près du terme, et que le fœtus soit mort, deux enseignements existent: l'un, d'enlever l'œuf et son contenu immédiatement, l'autre de n'opérer que 5 ou 6 semaines après la mort du fœtus. Les avantages qui entourent le retard de l'opération sont plus que contrebalancés par les nombreux dangers qui l'entourent. En cas de mort du fœtus, qu'elle soit récente ou de longue date, après préparation suffisante, ouvrez le ventre. Exceptionnellement l'incision même dans la cavité péritonéale; ce sont les grossesses extra-péritonéales ou intra-ligamentaires. Dans ces variétés, le sac et le placenta sont entière-

ment hors du péritoine, lequel peut même avoir été détaché sur une étendue assez considérable de la paroi abdominale antérieure; dans ces cas, enlevez le fœtus sans déranger le placenta et liez le cordon près de son insertion placentaire. Alors essayez d'enlever le sac et le placenta auquel ils adhèrent ensemble, après les avoir séparés des organes et des tissus. Généralement, une fois le ventre ouvert on tombe sur des adhérences épiploïques et intestinales qu'il faut rompre ou couper entre deux ligatures. Parfois, il faut réséquer une portion de l'épiploon.

La cavité péritonéale est protégée par des compresses qui sont numérotées et comptées, alors on procède à l'enlèvement de l'œuf. L'ablation totale de l'œuf et de son contenu est la conduite la plus sage, excepté dans les cas où la circulation du placenta communique largement avec la circulation générale par les vaisseaux du mésentère et de l'intestin. Si la nature des adhérences aux organes environnants est de telle nature et de telle intimité que leur séparation serait fatale, on se contente de l'évacuation du sac fœtal, on réduit la poche au minimum et on suture le sac en collerette à la partie inférieure de la plaie. Ce sac est pansé quotidiennement jusqu'à ce que le placenta ait été expulsé complètement et que la cavité du sac soit oblitérée. Dans les cas où il y a danger de provoquer une hémorrhagie incoercible, mieux vaut ne pas tenter l'ablation du placenta, mieux vaudra la masurpialisation.

Comme nous l'avons déjà dit, les cas difficiles sont ceux où l'enlèvement total de l'œuf présente des difficultés insurmontables, la grande difficulté est l'enlèvement du placenta.

Les méthodes suivantes ont été employées :

1° Le fœtus et le cordon ombilical sont enlevés et le liquide amniotique est évacué, la cavité péritonéale est étanchée, le placenta est laissé dans le ventre et celui-ci est refermé. Cela nous paraît très risqué; néanmoins, cela a été fait fréquemment avec succès, dans les cas heureux où la résorption du placenta est lente et indolore.

2° Le fœtus est enlevé, le liquide amniotique est évacué, le cordon ombilical est lié près de son insertion placentaire, la poche est réduite à son minimum et extériorisée en suturant ses bords en forme de collerette à la partie inférieure de la plaie abdominale. La poche est drainée et le sac et le placenta sont abandonnés à l'expulsion spontanée. C'est le procédé le plus fréquemment employé.

Pinard n'est pas partisan de l'extraction immédiate du placenta. Dans 17 cas dans lesquels après une légère laparotomie il abandonna le placenta à l'expulsion spontanée, son élimination se fit du 17^{me} au 20^{me} jour.

3° Après l'enlèvement du fœtus, du cordon ombilical et l'évacuation du liquide amniotique, on enlève autant du placenta qu'on peut le faire avec sécurité, le reste est abandonné à la résorption spontanée.

4° Après l'enlèvement du fœtus, le placenta est laissé en place, après l'expiration d'un certain temps quand on croit que ses vaisseaux sont oblitérés, on ouvre le ventre et on l'enlève.

5° Dans tous les cas où l'énucléation de l'œuf paraît facile, il faut la pratiquer, c'est la méthode idéale, toutes les autres sont des méthodes de nécessité; c'est la seule qui soit théoriquement parfaite, qui ne comporte pas l'abandon dans la cavité abdominale de ce qui doit être enlevé, qui nous donne des suites opératoires courtes, une convalescence rapide, qui ne nécessite pas de pansements répétés et minutieux et qui n'expose que peu la malade aux dangers d'hernie post-opératoire.

6° Le placenta et le sac fœtal sont enlevés en même temps que l'utérus et l'ovaire quand l'hémorragie ne peut pas être contrôlée autrement. C'est la méthode qui a été employée dans les nombreux cas où une hystérectomie totale ou sub-totale fut faite pour grossesse extra-utérine.

7° Vineberg croyant que la mortalité est sextuplée par l'abandon du placenta dans le ventre, procéda ainsi dans un cas difficile: il lia les vaisseaux du côté libre, puis coupa l'utérus à travers, à la hauteur de l'os interne sans essayer de le séparer de la masse à laquelle il était fortement adhérent et lia l'artère utérine du côté attaqué, finissant par l'enlèvement de l'utérus et de la masse ectopique, faisant ce qui peut être appelé une hystérectomie partielle; sa malade guérit.

8° Quelque soit le nombre des vaisseaux accessoires originant de l'épiploon, du mésentère ou de la paroi abdominale qui contribuent à l'irrigation sanguine du placenta et, qui au moment de l'opération demandent à être divisés et ligaturés séparément; les vaisseaux nourriciers du placenta sont des branches des artères ovariennes et utérines du côté de la grossesse, cela étant le cas, des opérateurs ont pratiqué la ligature préliminaire des artères uté-

rines et ovariennes du côté de la grossesse, suivie de l'enlèvement du placenta. Martin rapporte des cas où des hémorrhagies alarmantes furent arrêtées par la ligature des artères utérines et ovariennes du côté affecté.

Toutes les fois que cela est possible, nous faisons une ablation totale du placenta. Dans les cas où nous craignons de déranger le placenta nous procédons ainsi: après l'émission du sac nous enlevons le fœtus et les contenus intra-ovulaires, nous ligaturons le cordon ombilical près de son implantation et après avoir réséqué une portion du sac fœtal nous en suturons les bords à la plaie abdominale; cela extériorise le sac, nous laisse une grande poche que nous bourrons de gaze aseptique; nous essayons de maintenir cette cavité aseptique jusqu'à l'élimination complète du placenta. L'élimination complète du placenta par cette méthode prend de 20 à 50 jours. Boissard rapporte deux cas: dans un, le fœtus étant mort, l'élimination du placenta prit 26 jours, dans l'autre, le cas d'un enfant vivant, l'élimination ne fut complète que le 45^{me} jour. Dans de certains cas il est utile d'ajouter le drainage vaginal au drainage abdominal, les bandelettes de gaze qui sont insérées dans la poche fœtale au premier pansement sont employées comme tampons pour arrêter l'hémorrhagie. Après le premier pansement nous nous servons de bandelettes pour drainer. La plaie abdominale est fermée comme dans les cas où on a employé un Mikulicz.

ANALYSE DE 40 CAS TRAITÉS A L'HOPITAL DU COMTE DE COOK (ILLINOIS).

1° Pour 4 de nos malades c'était leur première grossesse, 24 avaient eu un ou plusieurs enfants, 9 avaient eu une ou plusieurs fausses couches, une de nos malades avait sept enfants, une autre huit et deux, quatre enfants chacune.

2° La plus jeune malade avait 18 ans, une 19 ans, la plus âgée 42 ans, celle qui la précédait avait 40 ans. Quinze de nos malades étaient dans la quatrième décade, 18 avaient de 20 à 30 ans.

3° Les signes ordinaires de la grossesse, seins douloureux, augmentation du volume de l'utérus, ramollissement du col, etc., etc., furent notés dans la moitié des cas.

4° Le symptôme douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen fut observé 38 fois; le symptôme irrégularités menstruelles,

telles que: suppression ou retard des règles, hémorragies vaginales continues, passage d'une membrane déciduale ayant la forme de l'utérus dans 35 cas.

5° Le symptôme de masse palpable dans l'un ou dans l'autre ou dans les deux culs-de-sac latéraux fut observé dans 37 cas. Nous attachons beaucoup d'importance à la présence de ces symptômes réunis, et leur présence nous suggère toujours une grossesse extra-utérine. Dans les cas de rupture, les symptômes d'hémorragie interne sont présents.

6° Nous eûmes 20 grossesses tubaires droites, 18 gauches et 2 non déterminées. Dans 91 cas opérés par C. P. Noble (de Philadelphie), la grossesse était à gauche dans 44 cas, à droite dans 40 et dans 7 cas le rapport n'indique pas le siège de la grossesse. Sur 101 cas de grossesse extra-utérine rapportés par Hôrman (de Munich), 51 étaient des grossesses tubaires droites et 50 gauches.

7° 38 cas furent opérés par la voie abdominale, un par la voie vaginale et un par la voie vagino-abdominale; dans ce dernier cas la malade mourut. Le drainage fut employé dans 9 cas, rendu nécessaire dans presque tous les cas par un suintement capillaire qui ne paraissait pas contrôlable autrement.

8° Il y eut deux cas de mort dans la série, chacun d'eux occasionné par une péritonite aiguë généralisée. Dans un de ces cas, de nombreuses adhérences durent être déchirées; dans les autres cas la grossesse était très avancée et l'opération fut ainsi très compliquée. Sauf les deux cas de mort, la guérison fut rapide.

LE TRAITEMENT DU RHUMATISME A CALEDONIA SPRINGS (1)

Par E. S. Harding, B. A. M. D.

(Suite.)

Dyspepsie. — Nous avons obtenu de bons résultats dans les cas de dyspepsie nerveuse, dy-pepsie acide, avec flatulence par atonie de l'estomac. Le traitement est rationnel: il consiste à boire en abondance de l'eau saline chaude le matin, alternant avec de l'eau gazeuse froide à intervalles fixes durant le jour. Les intestins doivent fonctionner régulièrement et l'exercice doit être modéré.

(1) Voir 1re partie dans Union Médicale 1er Juin.

La diète est mitigée mais elle est généreuse; les bains sont plutôt stimulants, c'est-à-dire qu'on donne une friction à l'eau froide le matin ou bien un bain tiède terminé par un douche froide.

Catarrhe du tube digestif — J'ai été surpris de la rapidité avec laquelle ces cas s'améliorent sous l'influence de l'eau saline chaude. L'eau froide est dosée ou défendue, on donne des bains sédatifs. Plus tard, on institue un traitement plutôt stimulant.

La constipation chronique. — L'hydrothérapie est, je crois, le seul traitement rationnel qui puisse opérer des guérisons dans ces cas. J'ai vu plusieurs guérisons aux Sources de Caledonia. On peut obtenir des résultats temporaires par certains expédients, mais les cas de constipation chronique opiniâtre sont nombreux et difficiles à traiter d'une façon satisfaisante.

Voici le traitement que je fais suivre à Caledonia Springs: — Le malade se lève de bonne heure, il prend un bain d'éponge à l'eau froide, et pendant qu'il fait sa toilette, il boit trois à six verres d'eau salée chaude Duncan (la plus riche du groupe en éléments salins). Ce changement, de l'eau saline chaude à l'eau de Duncan chaude le matin, est quelquefois suffisant dans les cas bénins.

Après la toilette du matin vient l'exercice léger: une marche, une course, de la gymnastique, une partie quelconque sur l'herbe ou ailleurs. Puis un ou deux verres d'eau saline froide prise à la source, suivi d'une marche avec quelques minutes de repos avant le déjeuner. Ainsi, la partie importante du traitement a lieu avant le déjeuner, de sorte que l'intestin fonctionne dans l'avant-midi.

Au point de vue physiologique, l'action s'exerce presque entièrement sur l'intestin; l'eau saline *chaude* provoque la sécrétion des glandes du système porte et de l'intestin, en même temps elle dissout le résidu de la digestion incomplète ainsi que le mucus, puis l'eau saline *froide* vient, à son tour, accélérer le péristaltisme de l'intestin sur lequel elle agit aussi comme évacuant. L'appétit augmente en même temps que la diète se fait plus généreuse. Durant le jour on recommande les exercices qui mettent en mouvement les muscles de l'abdomen, et on prescrit 6 à 8 verres d'eau saline froide. Au début, on ne donne pas les bains chauds, parce qu'ils tendent à diminuer le péristaltisme intestinal, on prescrit

plutôt les bains froids, en particulier la douche écossaise. Si ce traitement ne produit aucun effet le premier jour, on donne un purgatif le soir.

Cette routine un peu sévère se relâche dès que les intestins deviennent réguliers; on s'efforce alors de les conserver ainsi dans les conditions ordinaires de la vie. Un jour, j'eus à traiter ainsi un homme politique important, à la tête d'un commerce considérable; il avait déjà consulté plusieurs médecins éminents à propos d'une constipation chronique impossible, jusque là, à guérir d'une façon permanente. De retour à ses affaires la constipation reparaît comme auparavant.

Anxieux de connaître, comme chez les autres, le résultat du traitement qu'il avait suivi, je lui écrivis: voici la réponse: "Je puis dire que les deux semaines que j'ai passées à Caledonia Springs m'ont été plus profitables que les deux mois que j'ai passés à Karlsbad à différentes époques."

Eczéma chronique. — Plusieurs cas se sont améliorés sous l'influence du traitement, mais ils sont trop peu nombreux pour que je puisse tirer des conclusions.

Cirrhose. — J'ai traité deux alcooliques: chez l'un, les symptômes s'améliorèrent rapidement; chez l'autre, il y avait un peu d'ascite; je lui avais à peine proposé la ponction qu'il retournait chez lui.

L'irritation vésicale par hyperacidité des urines guérit rapidement sous l'influence de ce traitement.

Ulcères de la langue. — J'ai observé un cas intéressant d'ulcères de la langue qu'on avait attribué à l'acide urique. Ils avaient résisté à tout traitement — local ou constitutionnel. Plusieurs autres, plus petits, se développèrent durant les premiers jours, mais disparurent rapidement sans traitement local. La guérison semble complète car elle s'est maintenue depuis.

Alcoolisme. — Les malades qui suivent le traitement semblent perdre le goût pour l'alcool.

Les buveurs invétérés qui n'ouvrent même pas un flacon de whisky — même à leur portée — sont nombreux. Après une phase aiguë que se prolonge plus ou moins longtemps, la guérison est rapide et l'état de faiblesse disparaît en peu de temps. Nous avons échoué dans un cas, mais le malade ne faisait aucun effort et refusait tout contrôle.

Rhumatisme. — C'est par le traitement du rhumatisme que s'est établie la renommée de Caledonia Springs. Le praticien sceptique ou ultramontain devrait consacrer une journée à entendre raconter — sous la véranda — l'histoire des traitements suivis par chacun des habitués de l'endroit avant de reconnaître l'efficacité des eaux.

Aux réfractaires on peut répondre qu'ils refusent de constater les résultats chez les malades et qu'ils décrient cette cure parce qu'ils trouvent les rapports exagérés, et parce qu'ils désapprouvent cette tendance qu'ont les malades de choisir leur propre traitement sans l'avis préalable de leur médecin. Ce sont deux erreurs, et elles ne doivent pas nous induire à désapprouver des séjours aux sources, ni à déprécier les bénéfices que l'on en retire.

J'ai essayé de démontrer que l'usage des eaux minérales *intus et extra*, opère des cures réelles en me basant sur les effets physiologiques. Le point important pour les médecins est de bien connaître l'action des différentes eaux minérales et de donner des conseils judicieux à leurs clients.

Il est impossible, dans cet article, de passer en revue toutes les affections rhumatismales et les maladies qui s'y rattachent, ni d'arriver à une classification.

Pour l'instant, je divise ce chapitre en trois parties: Le Rhumatisme, l'Arthrite déformante et la Goutte.

Je diviserai le rhumatisme en trois chapitres: articulaire, musculaire et névralgique.

Le Dr Hay, de Londres, dans son livre sur l'acide urique, affirme que l'arthrite simple est due à l'action irritante de l'acide urique sur les tendons des articulations. Il dit qu'une attaque de rhumatisme dépend de l'augmentation ou de la diminution de l'urée et de l'acide urique dans le système, due à une diminution de l'alcalinité du sang. Ainsi, un refroidissement diminue le pouvoir excréteur des glandes de la peau et augmente l'acidité du sang en obligeant l'acide urique à se déposer dans les tissus fibreux — de préférence une articulation malade. L'irritation cause de la fièvre, et celle-ci augmente l'acidité du sang, conséquemment le dépôt est plus considérable. Les cartilages et les tendons des articulations sont moins riches en vaisseaux et moins alcalins que les autres tissus; ce sont des lieux d'élection. Mais d'autres tissus

fibreux y sont aussi prédisposés, v. g. le grand dorsal (lumbago), l'enveloppe des grands troncs nerveux (sciatique), les tissus fibreux des organes pelviens chez la femme et les tissus fibreux du cœur (péricardite, endocardite). Il est aisé de se rappeler, au point de vue théorique, que l'acidité du sang jointe à une oxydation et à une assimilation incomplètes est un facteur important au point de vue étiologique.

Rhumatisme articulaire aigu et fièvre rhumatismale. — Il est assez rare que ces cas s'améliorent par les salicylates, les alcalins, le repos au lit, à l'hôpital ou à la maison, il faudrait une statistique importante pour démontrer la supériorité du traitement aux Sources Caledonia.

Je crois qu'il est possible de prouver que les complications sont moins fréquentes, les guérisons plus rapides et les résultats plus durables. Des médecins compétents affirment que les complications cardiaques sont moins fréquentes quand, dès le début de la maladie, on peut alcaliniser l'organisme. J'ai toujours été surpris, en traitant ces malades de constater que, malgré les douleurs articulaires — si vives dans le rhumatisme — ils voyaient arriver l'heure du bain avec plaisir: ils en éprouvaient un bien-être réel, et ils pouvaient même, à leur grande surprise, mouvoir leurs membres avec facilité et sans douleur. Les douches chaudes appliquées sur les articulations œdématisées produisent l'effet d'un calmant. En même temps on encourageait les malades à faire des mouvements afin de faciliter le passage de l'acide urique dans la circulation, car nous savions, d'une part, que l'ingestion d'eau alcalino-carbonatée avait alcalinisé le sang au point de lui permettre d'absorber une plus grande quantité d'acide, tandis que la sudation, la diurèse et les purgatifs en favorisaient l'élimination rapide, d'autre part.

De fait, on doit faire ingérer de grandes quantités d'eaux minérales pour favoriser la sécrétion et l'excrétion du surplus de déchets organiques causés par les bains qui augmentent le métabolisme dans l'économie toute entière.

Avant de sortir du bain, j'ai trouvé que, dans les cas où il y a hyperthermie, on peut refroidir l'eau de façon à obtenir un effet antithermique, et les malades s'en trouvent bien. Ils éprouvent un bien-être marqué durant quelques heures, souvent même ils s'endorment paisiblement. On provoquait la diaphorèse en don-

nant au malade des bains d'éponge à l'eau froide durant la nuit. On ne donnait les salicylates qu'en cas d'hyperthermie avec douleurs vives et insomnie. Si la fièvre tombait on mettait le malade en plein air, au soleil, et on lui faisait faire quelque exercice aussitôt que possible.

Rhumatisme articulaire sub-aiguë et chronique. — Nous voyons beaucoup de ces cas aux Sources. Les articulations sont douloureuses, raides et œdématisées. Le traitement consiste dans l'eau saline chaude le matin, l'eau sulfureuse durant le jour, diète modérée, bains chauds et exercice physique. Durant le bain, on pratiquait du massage, des frictions et des mouvements méthodiques. Sous l'influence de ce traitement, la raideur des articulations disparaissait et les mouvements devenaient plus faciles. Presque tous se sont améliorés et le pourcentage des guérisons est très élevé. Les cas de déformation osseuse avec destruction des ligaments ont pu être améliorés, mais non guéris, bien entendu. Un grand nombre d'entre eux reviennent, chaque année, pour une quinzaine ; car, disent-ils, cette cure a fait disparaître les attaques habituelles dont ils étaient atteints durant chaque hiver.

Le Rhumatisme musculaire chronique, présente quelques points de ressemblance avec le précédent. A part les cas où il y a des lésions graves on obtient des résultats rapides, mais on est quelquefois désappointé car ces cas sont très-résistants.

Rhumatisme névralgique. — La sciatique en est la forme la plus fréquente, mais j'ai vu plusieurs cas de névralgie brachiale avec douleur localisée à l'épaule. On ne relève chez eux aucun point douloureux à la pression, aucune perte de force musculaire ni l'enflure des articulations ; chez un certain nombre d'entre eux même, il n'y avait aucun autre symptôme de rhumatisme. Au cours du traitement, j'ai remarqué que ces affections étaient aussi tenaces que la sciatique. Les bains chauds procuraient un soulagement temporaire, la douleur était plus aiguë. On employait alors les bains-stimulants avec plus de succès ; c'est en alternant les douches chaudes avec les douches froides, que nous avons obtenu les meilleurs résultats. Dans ces névralgies, les résultats tardifs sont meilleurs que les résultats immédiats. Aussi longtemps que j'ai pu suivre ces malades, j'ai pu me convaincre que la guérison était complète, pas toujours, cependant, à leur départ des Sources. Je leur conseillais de faire de l'exercice, joint à un traitement reconstituant.

Arthrite déformante. — J'en ai eu un cas intéressant sous mes soins, je regrette de ne pas pouvoir détailler son histoire. Je mentionnerai deux résultats remarquables. Avant son arrivée aux Sources, ce malade était entièrement cloué à la maison. Au bout d'un mois il pouvait facilement faire de longues marches. De retour chez lui, il y eut reprise des accidents et il fut de nouveau cloué à la maison par la douleur qui réapparut à la suite d'une marche, il était démoralisé. Un nouveau séjour à Caledonia fit disparaître tous les troubles. Au bout de 12 semaines, le malade pouvait fléchir ses doigts jusqu'à la paume de la main, ce qui lui avait été impossible jusque-là.

La goutte. — Je n'en ai vu aucun cas aux Sources. Nul doute qu'une cure serait très avantageuse.

C'est l'habitude, à Caledonia, de donner peu ou pas de médicaments durant la cure d'eaux, parce que je les crois inutiles. La base du traitement consiste : 1° à améliorer la digestion afin de rendre l'assimilation plus parfaite ; 2° d'alcaliniser le sang et l'urine afin d'augmenter autant que possible son pouvoir dissolvant de l'acide urique et des déchets de la nutrition ; 3° de stimuler les fonctions des glandes sudoripares et, en général, toutes les fonctions de l'excrétion ; 4° de développer l'appétit par un régime généreux mais bien ordonné ; 5° de développer les muscles par un exercice quotidien ; 6° enfin de relever le moral par un entourage agréable. L'alcool, les bonbons, les farines et la viande en excès sont défendus. Au point de vue de l'exercice, les terrains environnant sont préparés en vue de tous les jeux ordinaires : depuis le croquet jusqu'au golf ; l'entraînement mutuel devient ainsi plus facile et plus suivi.

Une des causes qui empêchent la guérison complète des cas chroniques tient à ce que les gens s'imaginent qu'ils ne doivent pas séjourner plus de deux semaines aux Sources. J'ai lu, récemment, avec intérêt le travail du Dr F. L. Satterlie, de New-York, sur le poison rhumatismal et son traitement, j'en cite quelques lignes : " La diète rhumatismale prolongée durent des années sans changement important, constitue, à mon avis, une erreur — c'est d'une sévérité excessive — j'ai acquis l'expérience qu'il suffit, dans ces cas de couper les viandes rouges et l'alcool, de diminuer, autant que possible, les aliments qui renferment du sucre. L'exercice est nécessaire non-seulement pour activer l'oxydation des déchets de l'organisme, mais aussi pour en faciliter l'élimination.

Que les malades quittent leurs béquilles et leurs cannes et qu'ils s'efforcent plutôt de mouvoir leurs muscles jusqu'à ce qu'ils travaillent comme à l'état normal." Plus loin : "Je condamne absolument l'emploi de certains médicaments si vantés dans nos manuels comme des spécifiques... (Conseil)... le traitement par les alcalins — aussi vieux que la médecine et qui nous a donné de si beaux résultats — est le meilleur de tous dans ces cas."

En terminant, je désire ajouter un mot à propos de l'avenir des *Sources Caledonia*. Fort heureusement pour elles, le C. P. R. en a fait l'acquisition il y a quelques mois. L'endroit est favorable à l'établissement d'un vaste édifice — espèce de rendez-vous public — où, sous prétexte de faire une cure d'eau, il y aurait bénéfice pour tous. Sans doute elles ont des rivales très renommées en Europe ; mais c'est un grand avantage que d'avoir au pays un endroit convenable où l'on puisse suivre en toute sécurité le traitement qui convient à ces cas.

Pour gagner la confiance des médecins, il importe que le traitement et les avis des médecins ordinaires soient pris en sérieuse considération.

Caledonia est, avant tout, une place de santé, et nous espérons que la Compagnie s'efforcera de la développer à ce point de vue.

On y a déjà pourvu en ouvrant un hôtel pour le traitement de ces maladies durant l'hiver — la saison par excellence des rhumatismes. Un second hôtel avec prix moins élevés nous permettrait de traiter un plus grand nombre de malades. On devrait en donner le conseil au gérant actuel, très versé dans tout ce qui touche aux Sources, et soucieux avant tout de donner à ses hôtes tout le confort possible.

Dans le passé, les malades prenaient les bains suivant leur bon plaisir et plutôt sur les avis d'amis complaisants ; cette façon d'agir a nui considérablement à la bonne réputation des Sources et nous espérons qu'à l'avenir les malades seront sous la direction immédiate d'un médecin résidant.

Des places comme celles-ci attirent des touristes désireux plutôt de prendre du repos et de la distraction que de se soumettre à un régime alimentaire spécial ; il suffirait d'un peu de tact pour allier les deux : l'utile et l'agréable. Cependant, nous sommes tous d'accord pour placer l'intérêt du malade avant tout et je suis sûr qu'il en sera toujours ainsi.

CORRESPONDANCE

LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL HOSPITALIER EN FRANCE (1)

Par le DR DARDEL, d'Aix-les-Bains.

Les étrangers qui visitent les hôpitaux français ont souvent entendu les médecins et les chirurgiens se plaindre de l'insuffisance du personnel infirmier. De même, les Français qui ont occasion de voyager en Angleterre constatent, non sans envie, combien nos confrères sont utilement secondés par le personnel secondaire.

Pourquoi cette différence entre deux pays si voisins ? De nombreuses études ont été publiées sur l'organisation des hôpitaux tant français qu'anglais. (2) La visite collective des médecins Parisiens à Londres il y a trois ans nous a valu des observations et des comparaisons très judicieuses. Bref, tout a été dit et redit.

Nous n'avons donc pas la prétention de découvrir ce qui est connu de tous, mais seulement d'émettre certaines réflexions qui sont suggérées par les faits. Malgré de nombreux efforts, nos hôpitaux français ne recrutent point encore un personnel hospitalier à la hauteur de sa tâche. Quelles sont les vraies causes de ce fait, et comment pourrait-on y remédier ?

Nous aurons surtout en vue les hôpitaux de Paris, qui sont de beaucoup les plus importants et les plus connus des étrangers. Les hôpitaux français n'ont pas tous la même organisation, mais l'influence de Paris sur le reste du pays est telle qu'à peu de différence près, les hôpitaux parisiens peuvent servir de type.

Les hôpitaux français étaient autrefois desservis par des religieuses ; à Paris notamment, plusieurs communautés assuraient les services dans les nombreux établissements de l'Assistance Publique. On sait que l'Assistance Publique est une administration chargée de tout ce qui concerne les indigents : secours et visites à domicile, hôpitaux, asiles, etc. Les lois françaises rendant très difficile le fonctionnement des hôpitaux indépendants, l'Assistance Publique possède et dirige presque tous les hôpitaux parisiens.

(1) Cette lettre nous permet de comparer notre mode de recrutement des gardes-malades, qu'est conseillé par l'auteur et dont nous avons raison de nous féliciter. N. D. L. R.

(2) Les personnes que ces questions intéressent trouveront d'utiles renseignements dans la *Revue Philanthropique* ; les comptes-rendus du Congrès d'assistance de Bordeaux ; les travaux du Dr Hamilton ; ceux du Dr Marc Blatin ; et dans un article anonyme de la *Revue des Deux-Mondes*, (Janvier 1901).

Il y a une trentaine d'année, le Conseil Municipal décida de laïciser les hôpitaux de Paris. L'exécution de cette mesure fut longue et difficile, car elle portait sur près de 15 grands hôpitaux ; à l'heure qu'il est, le changement du personnel est à peu près complet dans la Capitale, et il est en voie d'être opéré dans les villes de province, ces dernières suivant toujours avec le temps l'exemple donné par Paris.

Les lois nouvelles votées récemment par le Parlement font prévoir que d'ici peu les religieuses infirmières ne seront plus qu'un souvenir (suppression des congrégations — 1901).

Dans quel but la ville de Paris décida-t-elle de procéder à une réforme aussi profonde ? La laïcisation fut un *acte politique* et uniquement politique. Nous touchons ici à la première cause qui faussa la réforme et qui la faussera pour longtemps. On envoya les religieuses non pas parce qu'on avait des torts à leur reprocher, mais seulement dans un but politique.

La campagne de presse qui accompagna la laïcisation des hôpitaux se passa sur un terrain exclusivement politique. Ce ne fut qu'une épisode de la lutte bientôt vieille de 40 ans entre le parti clérical et le parti anti-clérical. Les uns chargeaient les religieuses de tous les méfaits, les autres en faisaient des martyres qu'on ne pourrait jamais remplacer. Au fond, les deux opinions péchaient par la base, mais les rares hommes sensés qui émirent une opinion moyenne se virent traiter de renégats ou de jésuites, pour avoir voulu poser la question sous un véritable jour et recherché simplement ce qui convenait le mieux à l'intérêt des malades. Le fonctionnement d'un hôpital était, de fait, étranger à beaucoup de promoteurs de la réforme ; il s'agissait avant tout de porter un coup à un parti ennemi qui avait eu le dessous dans la lutte électorale. Il est même piquant de constater que dans les discussions de cette époque (1880-1885) les questions d'ordre technique tinrent fort peu de place.

En réalité, on n'avait rien à reprocher aux religieuses. Elles remplissaient, dans les hôpitaux, le rôle de surveillantes (*sisters, staff-nurses*) ; elles étaient en petit nombre, deux environ par salle. Elles dirigeaient le service et en étaient responsables vis-à-vis de l'administration et des médecins. Au-dessous d'elles, un personnel laïc donnait les soins effectifs aux malades. Ce personnel, mal recruté, mal payé, sans instruction et souvent sans grande moralité,

jouissait d'une fâcheuse réputation. Les fautes qu'il commettait sont souvent retombées sur les religieuses et ont été habilement exploitées contre elles.

On a reproché aux religieuses d'être routinières, rebelles au progrès, de s'absenter souvent pour les offices, d'être trop indépendantes du médecin. Il peut y avoir une part de vérité dans ces critiques. Les religieuses étaient loin d'être toutes parfaites et leur instruction pouvait être améliorée. Mais il faut tenir compte d'une date qui a son importance.

La campagne de laïcisation coïncida avec l'époque où fut généralisée en France la méthode Listérienne. Les idées d'asepsie et d'antisepsie étaient alors enseignées comme nouveautés aux jeunes médecins, et les anciens avaient à refaire leur éducation à ce sujet. Ce fut une période de transition et le personnel des hôpitaux comme le corps médical eut à s'adapter aux idées nouvelles. On eut sans doute de la peine à réduire de vieilles religieuses, mais ce ne fut point spécial à elles.

Quant aux reproches de prosélytisme religieux, de pression exercée sur les malades, les hommes impartiaux reconnaissent que ces reproches ne sont pas fondés ; la liberté de conscience des malades était sauvegardée.

Par contre, les religieuses s'entendaient à merveille à maintenir l'ordre dans les salles, à y éviter toute grossièreté et toute licence. Elles savaient consoler et encourager les malades et faisaient régner dans l'hôpital une véritable décence en face de la maladie et de la mort. En outre, elles étaient parfaitement respectées des malades et du personnel médical et aucune familiarité n'était possible à leur égard.

Nous disions, il y a un instant, que les religieuses étaient comme quiconque sujettes à imperfection et que leur instruction technique laissait parfois à désirer. Il eut été facile de les instruire ou, tout au moins, d'instruire les jeunes, les novices ; l'administration pouvait l'exiger des ordres hospitaliers, si elle n'avait eu pour but que d'assurer de bons services aux hôpitaux.

Cependant, les dures leçons de la laïcisation n'ont pas été perdues pour les religieuses. Les supérieures ont senti le besoin de se moderniser et de s'adapter aux exigences nouvelles de façon à ne prêter le flanc à aucune critique. Plusieurs hôpitaux à Paris et en province ont créé un enseignement théorique et pra-

tique obligatoire pour les jeunes sœurs, et on tend, dans les maisons encore confiées aux religieuses, à ce que les soins soient donnés aux malades par les sœurs elles-mêmes. Aussi, les maisons de santé privées recrutent maintenant des religieuses parfaitement instruites et les jeunes générations de religieuses hospitalières pourront rivaliser comme professionnelles avec les meilleures infirmières.

Nous laissons de côté certaines réformes, modification des règles d'ordre et de coutume. Ce sont là des questions secondaires et les femmes fort intelligentes qui dirigent les ordres se prêteront à bien des changements si l'utilité leur en est prouvée.

Quand, en 1880, la laïcisation fut décidée dans les hôpitaux de Paris, on ne songea point comment on remplacerait les religieuses. Faute d'un personnel préparé d'avance, on s'adressa aux éléments qu'on avait sous la main, c'est-à-dire au personnel laïc secondaire qui soignait les malades sous la direction des religieuses. Ce personnel qui était, en somme, plutôt domestique, fut brusquement et sans transition chargé de la direction des salles. Mais on s'aperçut bien vite qu'il fallait l'instruire ; on fonda des écoles d'infirmières et parfois il fallut même apprendre à lire à certaines élèves.

Voici 25 ans que ces écoles fonctionnent, les tâtonnements du début sont loin et on peut juger des résultats. L'enseignement technique a porté ses fruits, mais on n'a pas pu parvenir à attirer des jeunes filles possédant une éducation morale suffisante. Des infirmières du début qui étaient presque des servantes, parfois mal dégrossies, on est parvenu à faire des infirmières ayant une instruction technique suffisante, faisant en somme bien leur travail ; leur salaire a été élevé, mais la *situation sociale* de l'infirmière n'a pas beaucoup changé. Or, tant que ce point ne sera pas acquis, nous ne recruterons pas de bonnes infirmières.

* * *

Ce qui déprécie en France la profession d'infirmière, ce n'est pas la modicité du salaire, mais le genre de vie qui lui est imposé, le rang inférieur où elle est maintenue, enfin le travail grossier et pénible auquel elle est condamnée, et tout cela avec une bien-être négatif.

Une infirmière des hôpitaux de Paris est payée dès son entrée en service ; son salaire minimum est de 33 francs par mois. Ce salaire s'élèvera pour les infirmières diplômées à 41 frs. pour monter progressivement jusqu'à 60, 80, et même 90 frs. par mois. Le logement et la nourriture sont donnés, cela va de soi ; les allocations en nature les remplaçant parfois varient de 940 frs. à 1.400 frs. Enfin, une retraite de 370 à 650 frs, est assurée après un certain nombre d'années de service. C'est, à peu de choses près, une situation pécuniaire analogue à celle qui est faite aux nurses en Angleterre.

Ce traitement ne constitue pas la fortune, mais il est presque suffisant ; une femme peut vivre avec ces ressources à la condition, bien entendu, de n'avoir pas de charges de famille. Aussi, la question d'argent n'est pas là la véritable cause du recrutement difficile de notre personnel hospitalier.

Quel est le genre de vie qui est imposé à "l'infirmière" ?

Les infirmières sont logées dans des dortoirs sales, étroits, souvent mansardés, mal clos, où les rigueurs de la saison se font péniblement sentir. L'air est insuffisant, le chauffage est inconnu. Quelques misérables chaises ou tables en mauvais état ; pas une armoire ou tiroir où l'infirmière puisse serrer ses affaires personnelles. Moins de confort, en somme, que dans les chambres ordinaires des domestiques.

Les lavabos sont installés dans un angle de la pièce ou dans un couloir voisin, mais pas une place où les malheureuses femmes puissent s'isoler pour leur toilette intime. Les water-closets, souvent communs aux deux sexes, sont mal tenus. Il n'est pas question de salles de bains et encore moins de salles de réunion ou de repos.

C'est cette pénible et parfois dépuignante promiscuité qui constitue l'intérieur, le *home* de la pauvre infirmière ; c'est là qu'elle devra prendre son repos, vaquer à ses affaires personnelles. Ajoutons que les dortoirs sont les mêmes pour le personnel de jour et le personnel de nuit, c'est dire que, pour ce dernier, le repos sera presque impossible.

La nourriture est des plus médiocres, l'administration n'a prévu ni salle à manger, ni même les couteux et les serviettes. Les repas sont donc pris au hasard, sur le coin de quelque table, en tout cas dans des conditions peu agréables.

Une réclamation est impossible au personnel. Le directeur est un personnage officiel, omnipotent, souvent plein de bonnes intentions, mais il est lui-même un rouage et une victime de la grande machine administrative. Pas de réclamations ! tel est le mot d'ordre du haut en bas de l'échelle ; il s'agit d'éviter les incidents et de dépenser le moins possible ; le budget est indigent et l'administration n'aime pas à augmenter les crédits.

En réalité, l'infirmière, quel que soit son grade, est traitée comme une domestique. Que la cause de ce fait réside dans le recrutement du personnel ou dans la façon dont on le traite, c'est un cercle vicieux. Tout se ressent de ce défaut primordial ; considération médiocre accordée à l'infirmière, par les malades, par la direction, par les médecins, familiarités regrettables permises trop souvent à leur égard.

(A suivre)

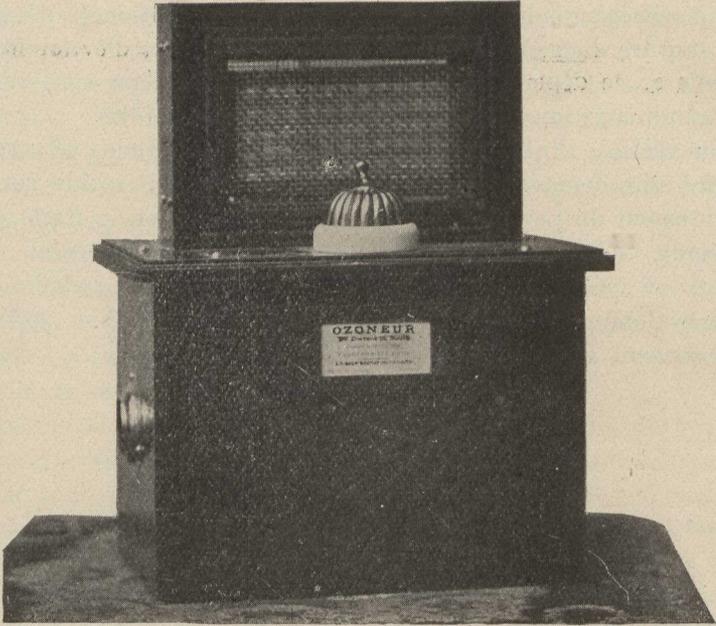
ACTUALITES

LES INHALATIONS D'OZONE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

A la dernière séance de la société médicale de Montréal le Dr de Blois, de Trois-Rivières, a fait une communication intéressante sur l'action de l'ozone dans les affections pulmonaires, spécialement dans la tuberculose.

L'ozone, c'est de l'oxygène à l'état naissant. On peut l'obtenir par différents procédés chimiques, mais le moyen le plus simple est soit la machine statique, qui est dispendieuse et encombrante,

soit un appareil spécial appelé *ozoneur* dont un spécimen a été déposé sur le bureau de la Société médicale et que voici :



Cet appareil fonctionne bien et donne un débit considérable d'ozone que le malade inhale par le petit entonnoir que l'on voit ci-contre.

S'inspirant des travaux faits à l'étranger, surtout en France, M. de Blois rapporte les conclusions de MM. Labbé et Oudin qui ont expérimenté cette méthode sur une large échelle.

Les séances d'inhalation étaient, pour chaque malade, de 10 à 15 minutes, et répétées, quand cela se pouvait, deux ou trois fois par jour.

On recommandait au malade de respirer tout d'abord sans effort, et ensuite de plus en plus profondément, l'air ozoné qui se dégageait de l'embouchure de l'appareil.

Sous l'influence de ce traitement, continué et régulièrement poursuivi durant six semaines ou deux mois en moyenne, on a constaté chez les malades une augmentation constante de l'oxyhémoglobine, une plus grande quantité de globules rouges, une

diminution de globules blancs, l'augmentation du poids variant de 1 à 5 kilogrammes, une capacité respiratoire plus ample, et le relèvement de l'état général avec retour des forces et de l'appétit.

“ A ces signes purement objectifs s'ajoute, disent MM. Labbé et Oudin, une amélioration rapide des symptômes fonctionnels ; la toux devient plus rare, l'expectoration purulente devient muqueuse et de moins en moins abondante. Les points douloureux, la dyspnée, les sueurs profuses disparaissent au fur et à mesure que l'état local s'améliore. Il en est de même de la fièvre. Nous en dirons autant des signes physiques de percussion et d'auscultation, pour lesquels une énumération serait fastidieuse. Disons cependant que, chez les malades au premier degré, au bout de deux mois de traitement au maximum, il n'y avait plus de bruits anormaux. Même chez des malades au troisième degré, nous avons noté des modifications sthétoscopiques, comme la disparition du gargouillement.”

Un des grands avantages de cette méthode, c'est de s'attaquer directement à l'organe malade, au siège même du mal, et cela, sans fatiguer l'estomac, sans troubler la circulation ni la nutrition.

Sur 38 malades qu'ils ont traités, ils comptent 7 guérisons au 1er degré et 7 au 2e degré ; améliorés : 15 au 2e degré et 3 au 3e degré ; les 6 autres ont succombé.

Ces résultats avaient été confirmés par les Drs Caillé et Mangold, de New-York ; Dr Ramage, de Détroit et les Drs Walker et Cotton, de Toronto. Le Dr Walker s'exprime très catégoriquement : “ depuis six ans, dit-il, je traite la tuberculose pulmonaire par des inhalations d'ozone concentré... sans prétendre que c'est une panacée pour la cure de la tuberculose, — il n'en existe pas, d'ailleurs, en médecine — je considère que cette méthode est celle qui m'a donné le plus de succès dans les cas de consommation que j'ai eu l'occasion de traiter durant les six dernières années.”

Le Dr Cotton, de Toronto, a publié plusieurs observations démonstratives (1).

I. Un homme de 35 ans, tuberculeux, 2e pr. avec fièvre 102, pouls 110, commence le traitement le 5 novembre 1900. En février il est apparemment guéri ; quatre ans après le malade se porte toujours bien.

(1) Voir *Montreal Medical Journal*, février 1906.

II. Jeune homme, fermier, 21 ans, tuberculeux. 2^e période avec nombreux bacilles dans ses crachats et pouls 110. Temp. 103, frissons etc., est soumis aux inhalations d'ozone durant trois mois. Il retourne à sa ferme où il demeure depuis trois ans, en bonne santé.

III. Jeune homme de 21 ans, tuberculeux à la 2^e période, bacilles dans ses crachats ; suit une cure de 3 mois avec succès. Au bout de 3 ans et 4 mois, il est toujours en bonne santé.

IV. Jeune fille de 16 ans, traitée pour une fièvre typhoïde depuis 3 mois. Tuberculeuse à la 3^e période ; commence le traitement le 22 janvier, est opérée (laparatomie exploratrice) pour péritonite tuberculeuse. Guérison apparente au bout de 3 mois. Le 6 avril 1903, la malade retourne chez elle parfaitement rétablie.

Le Dr Cotton rapporte, ainsi, 14 observations si encourageantes qu'elles nous engagent à mettre en œuvre un traitement qui a donné de si beaux résultats dans une maladie aussi grave que la tuberculose pulmonaire.

Il est un point important à signaler. Il arrive quelquefois que le malade éprouve de la difficulté à respirer l'ozone en grande quantité. La gorge devient irritée et provoque de la toux. Dans ces cas, le Dr Ramage a imaginé de combiner l'ozone avec l'eucalyptol. On projette sur deux épaisseurs de fine gaze suspendue près de l'embouchure du petit entonnoir de l'essence d'eucalyptus globulus, qui, en se décomposant forme du peroxyde d'hydrogène à l'état naissant qui est un antiseptique puissant.

Voici la technique que l'on conseille de suivre.

La technique qui nous a semblé la meilleure est celle-ci :

Deux, trois et même quatre inhalations par jour, chacune de 10 à 15 minutes de durée. Après quelques jours, augmentez graduellement jusqu'à 30 minutes. Commencer les inhalations à une certaine distance de l'embouchure de l'appareil ozoneer et s'en rapprocher progressivement au fur et à mesure qu'on s'habitue à la sensation provoquée par l'ozone.

Les malades s'habituent vite au léger picotement produit par l'ozone sur la muqueuse pharyngienne.

Cependant, si les inhalations produisaient des quintes de toux, il sera préférable de faire respirer au malade, avant chaque séance, des vapeurs d'eucalyptol pendant 3 à 5 minutes. (On obtient ces

vapeurs en faisant chauffer l'eucalyptol à 140°F. au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.)

Il sera alors possible de respirer l'ozone concentré, en grande quantité, sans aucun danger d'irritation.

Comme conclusion, voici un procédé, entre mille autres qui semble donner des résultats favorables. Devons-nous croire que la guéri-on est assurée dans chaque cas ? évidemment non. Mais il y a là une méthode rationnelle qui peut rendre des services signalés, et il est bon qu'on la connaisse.

ALBERT LESAGE.

NOUVELLES

LISTE OFFICIELLE DES NOUVEAUX DOCTEURS EN MEDECINE DE LA FACULTE DE LAVAL DE MONTREAL

Allaire, J. M. Paul (a.d.), Archambault, Z. (a.d.), Badeaux, Joseph (a.d.), Bélisle, Sév. (a.d.), Birs, A. (a.d.), Raily, R., Bouillé, J. L., Bernier, J. E., Cléroux, Vital (a.d.), Croteau, T. (a.d.), Corriveau, U., Caza, O. (a.d.), Collin, H., Chabat, L. A., Champoux, E. (a.d.), Dupuis, E. (a.d.), Damaïs, Jos. (a.d.), Demers, Henri, Delvecchio, P. (a.d.), Dusseau, E., David, J., Gross, Chs, Grégoire, G. M., Gariépy, Eug. (a.d.), Handfield, D. (a.d.), Hébert, A. (a.g.d.), Jasmin, Horace, Jabour, Dominique, Lauzé, L. (a.d.), Lussier, L. (a.g.d.), Lamoureux, E., Lachapelle, Ernest, Millier, A. J. (a.g.d.), Prévost, A. (a.d.), Perrin, P., (a.d.), Roch Sylvio, (a.g.d.), Roy, D., Robichaud, P. A. (a.d.), Wiseman, M. (a.d.).

Quatorze candidats, après avoir subi les épreuves jusqu'à la fin, ont été refusés par le bureau des examinateurs.

Plusieurs autres avaient déjà déposé les armes pour retraiter avant la fin de l'examen.

Si la force moyenne des candidats n'était pas inférieure à celle des années passées, l'examen de cette année est réellement un des plus sévères qu'on ait fait subir à la Faculté.

Nous sommes heureux de souhaiter la plus cordiale bienvenue à nos nouveaux collègues. Nous voudrions leur nouvelle carrière fructueuse pour eux, pour la profession médicale et pour l'humanité.

Prix Hingston. — Deux élèves se disputent cette année la médaille Hingston, offerte au lauréat de l'épreuve du doctorat. Sur un maximum de 2000 points, MM. Alphonse Hébert et Sylvio Roch ont obtenu chacun 1830 points. Ils ont été, par conséquent, déclarés lauréats *ex-æquo*.

Lequel des deux portera sur sa poitrine la médaille offerte par la veuve du regretté Sir William ?

C'est peut-être le sort des dés ou le hasard des cartes qui en décidera.

Gouverneurs du Collège des Médecins. — La Faculté, à sa dernière assemblée, a choisi les professeurs L. D. Mignault et A. A. Foucher pour la représenter dans le prochain parlement de la profession médicale de notre Province. Serait-ce là un indice que M. le docteur E. P. Lachapelle a l'intention de rompre toute relation avec le Collège des médecins ?

Les élections générales auront lieu au mois de septembre.

Internat. — L'Hôtel-Dieu a nommé les internes suivants pour l'année 1907-1908 : J. Hamelin (chef-interne), H. Ethier, O. Chabot, U. Corriveau, A. Brassard, E. Dupuis, P. A. Robichaud, U. Cléroux, E. Lachapelle, E. Lamoureux.

L'hôpital Notre-Dame a nommé M. C. E. St-Pierre (chef-interne), et MM. P. Delvecchio, E. Champoux, U. Gariépy, P. Perrin, H. Demers.

Statistique intéressante. — En face du flot toujours croissant des membres de notre profession et de l'acharnement d'un grand nombre de jeunes gens à étudier la médecine, pour la seule raison qu'ils possèdent un diplôme qui leur ouvre, toutes grandes, les

portes des Universités, j'ai eu la curiosité de consulter le registre médical de la Province de Québec.

Combien de médecins, pensez-vous, exercent leur profession dans notre province ?

Le chiffre va certainement vous étonner. **1680 !**

Comme la population de la Province, au dernier recensement, était de 1,649,000, cela fait une moyenne de 982 habitants par médecin. Montréal seul atteint le chiffre colossal de 552 médecins et donne une moyenne de 707 habitants par médecin.

Si l'on tient compte de l'état de fortune, plutôt modeste, de nos compatriotes ; si l'on soustrait des revenus des médecins le nombre incalculable de patients qui sont traités gratuitement dans nos hôpitaux ; si l'on soustrait encore le grand nombre de mutualistes qui reçoivent les soins du médecin de la Cour pour une bagatelle ; si l'on élimine les ouvriers qui sont traités *par abonnement* dans plusieurs grandes industries ; si l'on tient compte enfin de la clientèle considérable qu'absorbent les charlatans de toutes sortes, on se rendra vite à l'évidence qu'il reste bien peu à se partager, et que la moyenne de 982 *habitants* par médecin n'est pas réelle et doit être considérablement diminuée.

Il est vrai que le soleil luit pour tout le monde, mais, dans la profession médicale de notre Province, les rayons n'en sont *pas* très éblouissants.

Médecin charlatan. — Mes chers confrères, vous pouvez vous résigner à voir désertier de vos consultations tous les rhumatisants de votre clientèle. En effet quel est l'affligé qui pourra résister à la réclame barnumesque, qu'un médecin charlatan de Montréal se paie dans un de nos grands quotidiens.

“ Cédant aux instances pressantes des personnes nombreuses qu'il a guéries du rhumatisme inflammatoire, il a décidé de mettre son remède dans le commerce afin de permettre à tous ceux et celles qui souffrent de rhumatisme inflammatoire, articulaire, musculaire ou nerveux, de se procurer cette préparation qui a valu à l'*habile spécialiste* tant de succès. Guérison assurée en 24 heures ; pas de guérison, pas de paiement. ”

Et dire que ce criminel, doublement coupable, est à l'abri des

tribunaux par le fait qu'il possède un diplôme qui lui permet toutes les fumisteries.

Quand donc notre profession bénéficiera-t-elle, comme tout corps bien organisé, d'un bureau de discipline ?

De l'uniformité des pharmacopées. — L'Académie de médecine de Belgique a eu une séance spécialement consacrée à la discussion des différences qui existent dans les pharmacopées officielles de tous les pays.

Elle a adopté une résolution recommandant à son gouvernement de prendre l'initiative de la formation d'une commission internationale qui aurait pour but l'établissement d'un bureau permanent qui travaillerait à l'uniformité des différentes pharmacopées.

Z. RHÉAUME.

L'admission des malades dans les hôpitaux de Paris. — La direction de l'Assistance Publique vient de faire afficher l'avis suivant :

“ Les consultations dans les hôpitaux et les dispensaires sont exclusivement réservées aux malades privés de ressources, nécessiteux ou indigents. Toute personne se présentant à l'hôpital doit justifier de son identité, de son domicile à Paris et de son indigence, par une carte du Bureau de Bienfaisance, quittance de loyer, etc. Hors les cas d'urgence, les médecins et les agents de l'administration doivent écarter de la consultation les personnes que leur profession, le chiffre de leur loyer, etc., n'indiquent pas comme ayant droit à la gratuité des soins.

L'administration de l'Assistance Publique fera des enquêtes à domicile pour vérifier les déclarations des consultants et exercer, au besoin, des poursuites pour le recouvrement d'office des frais de séjour ou de consultation, et pour la répression des abus.”

G. MESUREUR.

Si ce moyen était mis en œuvre ici, les hôpitaux feraient une concurrence moins déloyale aux médecins s'il n'admettaient que les indigents et non les gens de toute condition en mal de consultations gratuites.

Vendettas américaines.—II M. Charles Wilmot-Townsend, l'un des médecins les plus réputés de Statenland près de Nèw-York, qui vivait paisiblement avec sa femme, ses 5 enfants et plusieurs domestiques, dit le *Journal d'accouchement* (10 février), était réveillé, samedi matin, par sa femme qui lui disait qu'un homme masqué demandait à le voir et se tenait debout près de son lit. "Je ne veux pas vous tuer, poltronne, lui avait dit l'inconnu en la réveillant ; je veux seulement que votre mari se lève." M. Townsend se leva et tout aussitôt l'inconnu tira sur lui trois coups de feu. Deux balles se logèrent en pleine poitrine et vinrent, croit-on, effleurer le cœur.

Son coup fait, le mystérieux visiteur bondit au dehors par une fenêtre dont il avait forcé les loquets. Quand il était entré, la malheureuse femme de M. Townsend avait essayé d'appeler du secours par téléphone, mais elle s'aperçut que les fils avaient été coupés.

Descendue au rez-de-chaussée, elle put téléphoner aux voisins du docteur qui accoururent. Déjà la vaillante femme avait pansé, tant bien que mal, les blessures de son mari, mais on croit que celui-ci n'y survivra pas. Un des voisins assure que M. Townsend aurait pu prononcer quelques paroles et déclarer : "J'ai mon compte, je n'en réchapperai pas." Et il nomma le mari d'une de ses clientes comme ayant été son agresseur.

La tuberculose dans les habitations parisiennes.— M. Roux présente à l'Académie un rapport de M. Paul Juillerat, chef de bureau à la Préfecture de la Seine, à M. de Selves, sur la répartition de la tuberculose dans les maisons de Paris.

Dans ce rapport il est relevé que le casier sanitaire a enregistré 9,573 décès par tuberculose pulmonaire en 1906, contre 9,578 en 1905 ; les 5,263 maisons tuberculeuses révélées l'an dernier ont fourni à elles seules 29% du nombre total des décès, contre 28% en 1905, et 36,6% des décès ont affecté des maisons déjà frappées (36% en 1905) ; la proportion est restée la même.

Quant à la mortalité moyenne pour maisons suspectes, elle est restée ce qu'elle était en 1905, 6,50 pour 1,000 habitants.

On peut donc dire que la tuberculose continue à répartir ses

ravages dans des conditions à peu près identiques à celles des onze années écoulées, du 1er janvier 1894 au 31 décembre 1904, et qu'avaient confirmées les chiffres de 1905.

Aussi l'Administration a-t-elle pris des mesures pour assainir ces maisons en leur appliquant les dispositions de la loi de 1902.

NECROLOGIE

DR CH. FÉRÉ.

Le Dr Ch. Féré, médecin de l'hospice de Bicêtre, vient de mourir à l'âge de cinquante-quatre ans. Le Dr J. Séglas (1) apprécie ainsi son œuvre scientifique. " Il n'est peut-être pas une des branches des sciences médicales vers laquelle ne se soit tournée un moment sa curiosité. Infatigable au travail, son activité fut telle que la liste seule de toutes ses productions et de ses communications aux diverses sociétés savantes dont il faisait partie, dépasserait de beaucoup le cadre de cette simple notice.

" Dans la spécialité même, on le voit s'intéresser à la fois à l'observation clinique, à l'anthropologie, à la psychologie, à la physiologie, à la pathologie générale, à la cratologie, etc.

" Comme neurologiste, Ch. Féré est toujours resté fidèle aux principes qu'il avait puisés à l'école de Charcot et à la méthode anatomique. Il était donc d'ailleurs naturellement des meilleures qualités qui font l'observateur, et qu'une pratique journalière n'avait pu que développer encore. Son coup d'œil sagace et pénétrant savait toujours détacher le fait intéressant, qui est passé inaperçu pour bien d'autres; et l'on peut dire que toutes ses observations cliniques constituent une des principales, et resteront une des meilleures parties de son œuvre.

" L'hystérie fut la porte par laquelle il pénétra dans le domaine des affections mentales. Là encore, l'orientation qu'il donna par la suite à ses études psychiatriques, lui fut dictée par la méthode adoptée par Charcot pour l'étude de l'hystérie. Tout en reconnaissant dans l'hystérie une maladie psychique, ce fut surtout aux

(1) L'Informateur des aliénistes et des neurologistes.

symptômes objectifs que s'adressa Charcot pour tracer la symptomatologie et délimiter les cadres de cette affection ; en même temps qu'il recherchait dans l'expérimentation sur les hypnotiques un moyen d'étude et de contrôle.

“ Cette méthode, déjà suivie par Féré dans son livre sur le *Magnétisme animal*, nous en retrouvons l’empreinte dans toutes ses productions ultérieures.

“ Dès le premier livre où il aborde les études psychologiques, *sensation et mouvement*, il semble donner lui-même le thème de ce que seront ses recherches futures, lorsqu'il écrit aux premières pages : “ Les excitations périphériques et les phénomènes physiques qui en sont la conséquence s'accompagnent de manifestations motrices que l'on peut mettre en évidence, même par des procédés grossiers, lorsqu'on se place dans des conditions favorables d'expérimentation.” Ce livre, d'ailleurs, renferme dans ses différents chapitres comme le germe de toutes les idées qu'il développera successivement dans *les Epilepsies et les épileptiques*, dans la *Pathologie des émotions*, dans *l'Instinct sexuel*, et jusque dans son dernier livre, *Travail et plaisir*.

“ Accordant de plus en plus d'importance au côté objectif des phénomènes psychologiques, il finit par négliger presque systématiquement l'examen mental proprement dit, en même temps que, par contre-coup, il étendait le champ de ses investigations expérimentales. C'est ainsi qu'il en arriva à se consacrer presque exclusivement aux recherches de psycho-mécanique et de biologie expérimentale.

“ Il devait d'ailleurs se trouver encore amené à la biologie par le goût qu'il avait pris chez son maître Boucharde, pour la pathologie générale, et par les enseignements de Charcot sur le rôle prépondérant de l'hérédité dans le développement des maladies nerveuses. On retrouve la succession des étapes qu'il a ainsi franchies dans ses livres sur la *Famille névropathique*, puis sur la *Dégénérescence et la criminalité*, enfin dans ses nombreuses communications à la Société de biologie sur la tératologie et la tératogénie, qui constituent peut-être la partie la plus originale de son œuvre.”

Action physiologique : Chez l'homme sain les rayons de Roentgen exercent sur la peau une action irritante dont les degrés s'étendent suivant la quantité absorbée, depuis la simple dépi- lation jusqu'à l'escharification, en passant par la rubéfaction la vésiculation et l'ulcération.

L'action destructive de ces rayons n'est d'ailleurs pas limitée à l'enveloppe tégumentaire, comme on l'a cru longtemps. Il est aujourd'hui démontré expérimentalement qu'elle peut s'étendre aux organes internes, en particulier au fond de l'œil, aux glandes génitales, testicules, ovaies et aux organes, hémato-poïétiques.

L'emploi thérapeutique des rayons de Roentgen s'applique actuellement à trois grands groupes d'affections.

1° Aux dermatoses, teignes, sycosis, acné psoriasis, eczéma, prurigo, lupus, tuberculide, chéloïdes, etc.

2° Aux néoplasmes de la peau et des muqueuses, ainsi qu'aux néoplasmes superficiels de l'hypoderme, quelqu'en soit la formule histologique.

3° A certaines affections des organes hémato-poïétiques : rate ganglions, moëlle osseuse et folliculite lymphatiques, ou plus exactement, aux diverses formes de lymphadénie et de la leucémie.

Tout agent thérapeutique doit être dosé ; c'est une règle à laquelle les rayons X ne font plus exception. De l'invention des instruments de mesure destinés à doser la quantité et la qualité des rayons absorbés par les tissus, datent à la fois l'avènement de la radiothérapie scientifique, et la vulgarisation du nouveau mode de traitement parmi les praticiens.

Par contre c'est au mépris de l'emploi des instruments de précision et à l'ignorance de la posologie radiothérapique que sont dus les accidents, parfois désastreux, trop fréquemment observés à la suite de l'emploi imprudent de cette médication.

Pour pratiquer la radiologie médicale, pour obtenir le meilleur résultat des rayons Roentgen comme instrument de diagnostic et comme agent thérapeutique il est une condition nécessaire, indispensable, c'est d'être médecin, c'est-à-dire de posséder tout un ensemble de connaissances anatomiques, physiologiques, pathologiques et cliniques dont l'acquisition représente plusieurs années d'études laborieuses et de fréquentation assidue de l'hôpital.

Ce n'est pas tout de faire une radiographie, l'interprétation est le principal, à moins d'être expert on peut très facilement être induit en erreur. Nous avons vu un des meilleurs radiographes de France "mettre dedans" un chirurgien éminent, pour s'être trop fié à un radiographe, qui n'était que radiographe — photographe.

La nécessité d'être médecin est encore plus grande quand il s'agit de les employer comme moyen de traitement, de manier un agent aussi puissant, pour le bien et pour le mal, que les rayons.

Le diagnostic préalable de l'affection, Est-ce de la tuberculose, de la syphilis ou du cancer. Le choix à faire entre l'intervention chirurgicale ou la radiothérapie, la délimitation du champ à irradier qui tantôt ne doit pas dépasser le mal visible, tantôt au contraire doit s'étendre aux ganglions lymphatiques les plus proches, l'adaptation de la dose à l'âge du malade, à la région traitée à la nature et à la profondeur des lésions, la distinction entre les phénomènes dus à l'évolution naturelle de la maladie et les effets de la réaction thérapeutique. Voilà quelques-uns des problèmes d'ordre beaucoup plus médical que technique qui sont journellement posés au radiothérapeute.

Il faut aussi, cela va s'en dire, savoir bien manier ses rayons X, posséder toute une série de notions théoriques et techniques, avoir fait un apprentissage.

HENRI LASNIER,
Chirurgien et radiologiste.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Séance du 21 mai 1907

Présidence de M. MARIEN

M. Asselin donne lecture d'une lettre du comité d'organisation du deuxième congrès international de physiothérapie qui sera tenu à Rome en octobre 1907.

M. Monod annonce qu'en octobre prochain à Paris, il y aura une réunion préparative en vue de l'organisation d'un congrès international d'urologie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Bourgeois, au nom de M. St-Jacques, rapporte une observation intéressante de contusion rénale avec pièces.

Il insiste sur l'indication d'opérer de bonne heure dans ces cas et sur la nécessité de faire l'opération radicale c'est-à-dire la néphrectomie.

L'organisme s'arrange très bien d'un seul rein et d'autre part la résorption d'éléments rénaux qui se produit au niveau du rein traumatisé est excessivement toxique.

Pour des raisons particulières la néphrectomie n'avait pu être faite dans le cas actuel.

Il est intéressant de noter les services rendus par le diviseur de Luys ; il a permis de constater l'inaction complète du rein droit malade en même temps qu'il assurait la présence et la perméabilité de son congénère sain.

Les conclusions qui se dégagent de cette observation sont que le rein gauche était parfaitement suffisant pour assurer la dépuratation urinaire et qu'il n'a failli à sa tâche, au bout de 16 jours, que par suite du surmenage continué que lui occasionnait l'élimination des toxines sans cesse renouvelées au niveau du traumatisme.

M. de Martigny (Fr) insiste fortement en faveur de l'intervention rapide, chaque fois que le chirurgien se trouve en face d'un traumatisme abdominal considérable.

M. Monod dit que dans le cas rapporté par M. Bourgeois il eût mieux valu faire la néphrectomie totale. Le malade aurait probablement supporté cette intervention.

COMMUNICATIONS

M. de Blois (des Trois-Rivières) : *Les inhalations d'ozone dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.*

(Présentation d'appareil).

L'auteur cite des communications présentées devant l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le congrès de la tuberculose.

Il donne le résultat d'expériences faites par des médecins américains et de la province d'Ontario. . .

L'ozone concentré relève l'organisme et favorise la phagocytose.

M. de Blois présente aussi un appareil producteur d'ozone, il en explique le fonctionnement.

M. Lasnier : Les rayons X.

(Application à la médecine).

M. Lasnier énumère les services nombreux qui rendent à la médecine les rayons X, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement.

ALBERT LARAMÉE.

N.B. — La Société médicale de Montréal a suspendu ses séances pour le temps des vacances, jusqu'au premier mardi d'octobre.

Le secrétaire,

ALBERT LARAMÉE.

ASSOCIATION MEDICALE DE L'OUEST DE MONTREAL.

Le cinq juin, une autre assemblée d'organisation, sous la présidence de M. le Dr A. A. Bernard, a été tenue dans le but de consolider les fondations d'une association médicale pour l'Ouest de Montréal.

Monsieur le Président, en des termes heureux, dit le but de cette société, et les nombreux avantages qu'elle aurait pour ses membres. Tous les gens de professions diverses, tous les hommes de métier, tous les travailleurs forment avec raison, des unions pour se protéger : seuls, nous resterions isolés.

Que chacun émette ses idées : formons en un faisceau de rè-

glements pour la bonne régie de notre société naissante.

M. le Dr P. P. McCormick, appuyé par M. le Dr J. H. Bastien, propose alors que le but de notre association soit :

- 1° Uniformité du tarif ;
- 2° Étiquette professionnelle ;
- 3° Protection mutuelle.

M. le Dr L. N. Delorme, appuyé par M. le Dr J. A. Trempe, proposa qu'un comité soit formé dans le but 1° D'étudier un tarif qui serait soumis à une assemblée des médecins de l'Ouest de Montréal. 2° De proposer des règlements en rapport avec l'étiquette professionnelle, et autres dans l'intérêt de notre profession et de notre société médicale.

Que le comité soit composé de-messieurs les Drs A. A. Bernard, L. N. Delorme, Hector Roy, J. H. Bastien, P. P. McCormick, J. O. Lapointe et J. M. Aumont.

Il est proposé par M. le Dr J. O. Lapointe, appuyé par M. le Dr Léon Dubois :

Que les membres du Comité nommé visitent dans l'intérêt de notre association, les médecins de leur quartier respectif.

M. le Dr J. M. Aumont lit la constitution de l'association médico-chirurgicale du district de Joliette, et démontre par des faits les bons résultats obtenus par de telles sociétés.

Des remerciements sont adressés à M. J. A. Payette pour sa gracieuse permission de nous réunir dans ses bureaux.

Monsieur le Rédacteur, veuillez agréer l'expression des remerciements des membres de notre association pour l'hospitalité accordée dans votre revue aux rapports de leurs assemblées.

Votre tout reconnaissant,

J. M. AUMONT,

Sec. Trés. A. M., de l'O. de M.

P.S. — Plusieurs autres médecins dont la liste des noms serait longue à énumérer ici, étaient aussi présents à cette réunion du 5 juin.

Séance du 10 juin 1907

Re. Charlatans : — Le Comité fait rapport : Madame Pontbriand de St-Charles a payé dix dollars et les frais, pour pratique illégal de l'obstétrique.

Dans la cause de Dupuis, celui-ci ayant résolu de quitter Joliette, ayant annoncé publiquement la vente de ses propriétés, le Comité a cru devoir discontinuer toutes procédures contre le susdit Dupuis. Les frais en cette cause ont été payés par le défendeur.

Nous avons failli dans la dernière poursuite que nous avons intentée, contre le fameux récidiviste Mireault. La preuve a bien démontré l'exercice illégal de la médecine de sa part, mais nous n'avons pu prouver la rémunération. Toutefois, chaque partie a été condamnée à payer ses frais, parce que le dit Mireault avait accepté un billet de passage sur le C. P. R., du patient qui avait requis ses services, lequel résidait à St-Damien.

De sorte qu'à l'avenir notre fameux rebouteur sera non seulement d'exercer gratuitement, mais il devra se transporter à ses frais. Enfin, au sujet de l'action intentée contre Farley, le Comité rapporte progrès.

Re. Compagnies d'assurances. — Le Secrétaire est chargé de se mettre en rapport avec les diverses sociétés médicales de la province, et de s'enquérir du fonctionnement de la plupart d'entre elles. Choix du gouverneur pour le prochain triennat. — Il est proposé par M. le Dr J. Marion, secondé par tous les membres présents, au nombre de quinze, que le Dr Albert Laurendeau soit choisi comme candidat à la charge de gouverneur pour le district de Joliette, aux prochaines élections.

Communications. — Le Secrétaire donne communication :

1° " D'une lettre de M. le Dr D'Arche de Sherbrooke, au sujet du tarif des examens pour les compagnies d'assurances dans le district de Joliette ;

2° " D'une lettre de Sa Grandeur Monseigneur Archambault, s'enquérant des principes émis par le Dr A. Laurendeau dans sa conférence de mars dernier sur l' " *anthropogénie* " ;

3° “ De M. le Dr Bissonnette, député de Montcalm, se vantant, s'enorgueillissant de l'attitude qu'il a prise pendant la dernière Session à la Législature, au sujet de la clause de l'Acte médical, prolongeant le curriculum des études à cinq ans, et s'attribuant le mérite d'avoir fait rejeter cette clause ;

4° “ De M. le Dr Omer E. Desjardins, secrétaire de l'Association médicale d'Arthabaska, appelant l'attention des diverses sociétés médicales de la province, sur l'exécution des articles 25a et 25c des “ Règlements du Conseil d'hygiène de la Province de Québec,” lesquels ordonnent la déclaration obligatoire des cas de tuberculose, avec pénalité comme sanction légale.

5° “ Enfin, lettre de M. le Dr Marsolais Régistrare du Bureau, appelant l'attention des médecins sur le fait que pour avoir droit de vote aux prochaines élections, il faut être financièrement en règle avec le Collège des Médecins.

Monsieur le Dr Henri Lasnier, de Montréal, donne une très intéressante conférence, à la fois pratique et théorique sur la “ *Radioscopie, la Radiographie et la Radiothérapie.*” Il fit d'abord l'histoire de la découverte de Roentgen, le résumé des travaux qui ont abouti à cette découverte, les étapes qu'a suivies cette question, à partir de l'Abbé Nolet, (1750-1770), puis Becquerel (1857-1858), Sir William Crookes, et finalement Roentgen (1895). Le conférencier montra les phénomènes qui se passent dans un tube de Crookes, à mesure qu'on en modifie le vide, pendant que le courant électrique passe dans le tube. Il répéta les expériences de George Claude, permettant de réaliser en quelques minutes toute la série de ces phénomènes. Il décrit les circonstances dans lesquelles ont été découvertes la *radioscopie* d'abord, la *radiographie* ensuite, et enfin l'application des rayons X comme traitement, ou la découverte de la radiothérapie.

Puis nous avons le plaisir de voir en de magnifiques projections, les applications les plus heureuses de la radiologie, à la chirurgie, à la chirurgie et à la médecine. M. Lasnier appuya sur les applications à la médecine, moins connues en général du public médical de ce pays, et s'efforça de démontrer qu'il y a là une méthode d'investigation qui complète et devance en certains cas, les autres méthodes : (auscultation, percussion et recherches des vibrations thoraciques). Il en donna la portée et la limite ; nous dit ce que

la radioscopie et la radiographie peuvent et ne peuvent pas nous donner, comme méthode de diagnostic dans les affections du thorax.

Il réduisit une fracture du pouce, en se servant des rayons X pour en contrôler le résultats ; il prit deux radiographies d'un bassin d'enfant atteint de luxation spontanée d'origine tuberculeuse : une épreuve de face et l'autre de profil. Enfin, il donna une séance de radiothérapie chez une femme qui avait été opérée d'un cancer au sein, et chez laquelle il y avait quelques symptômes de récidive.

Dr Lauredeau : — “ Comme vous l'a dit M. le Dr Lasnier, les rayons X agissent merveilleusement sur certaines affections : lupus, épithéliomes, cancers superficiels, teigne, favus, sycosis, etc. Vous remarquerez que tous les cas justiciables de la radiothérapie, sont des affections superficielles, cutanées pour la plupart ; — c'est dire, que les rayons de Roentgen sont très actifs, mais peu pénétrants. Actifs, en ce qu'ils tuent certains microbes très résistants aux anti-septiques classiques, et par la singulière propriété qu'ils ont de ralentir et même d'annihiler les processus de kariokinèse normale. La démonstration de ces deux faits : — pénétration superficielle des rayons, et arrêt de développement, de multiplication cellulaires, — est bien mise en évidence, par les expériences opérées sur les ovaires des femelles cobaies, lapines, chiennes, etc. Lorsque les ovaires sont bien près de la paroi abdominale, et que cette paroi est mince, quelques séances de radiologie suffisent à amener la stérilité parfaite, en arrêtant le processus d'ovulation. Si, au contraire, les ovaires sont bien protégés par le milieu environnant, profondément situé dans le bassin, il est impossible d'amener cette stérilité, analogue à l'état de vieillesse. D'où il résulte, comme indication thérapeutique, que les cancers internes, ceux profondément situés : cancers de l'utérus, du sein, des os, etc., sont justiciables de l'exérèse hâtive, et non de la radiologie, car dans ces cas il serait criminel de s'attarder à une méthode qui ne serait que palliative ; — mais après l'ablation, la radiothérapie reprend tous ses droits. Tels sont, dans l'état scientifique actuel, les indications positives de cette nouvelle méthode thérapeutique.

Pour bien mettre en évidence les propriétés des Roentgens, je vous rapporterai un fait :

Il y a environ un an, une religieuse se faisait enlever un sein cancéreux à Montréal, par un chirurgien canadien français de renom. Quatre mois plus tard, je fus appelé auprès de cette Dame, et je constatai qu'elle faisait une récurrence en nappe de tout le plastron thoracique antérieur, avec prédominance néoplasique du côté opéré ; tandis que les douleurs étaient d'une violence extrême du côté opposé, localisées à l'union du sternum et des deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes. Les ganglions sus-sternaux gauches et droits étaient très hypertrophiés.

Sur mes conseils, elle retourna à Montréal, et se mit entre les mains de l'éminent chirurgien dont j'ai parlé plus haut. L'on m'a dit, qu'après avoir scrupuleusement étudié ce cas, mon confrère en chirurgie, en était arrivé à la conclusion que la science était à bout de ressources, qu'en face de cette récurrence indubitable, la chirurgie était désarmée.

Cette bonne religieuse revint dans mon pays, quelque peu désespérée. — C'est alors que nous eûmes l'idée, M. le Dr A. LeSage, de Montréal, et moi, dans une consultation tenue à St-Gabriel, quelques jours plus tard, de conseiller la radiothérapie, dernière planche de salut.

Pour raconter cette petite anecdote, notre confrère le Dr Lasnier, qui fait les frais de nous intéresser aujourd'hui, donna une séance radiothérapique chaque semaine à notre dévouée religieuse, et après trois mois environ de ce traitement, tous les symptômes cliniques de la récurrence cancéreuse étaient complètement disparus, sauf les ganglions sus-claviculaires dont j'ai parlé plus haut, trop volumineux et trop profondément situés pour être touchés dans toute leur épaisseur ; — démonstration évidente de la pénétration limitée des rayons X.

J'apporte aujourd'hui ces ganglions que j'ai enlevés tout dernièrement à notre bonne Sœur. Je remets ces pièces à conviction à mon confrère le Dr Lasnier, afin que celui-ci puisse ajouter l'argument microscopique à l'évidence clinique que nous avons déjà.

— Monsieur le Président félicite chaleureusement M. le Dr Lasnier, pour son intéressante conférence, et au nom de tous les membres de l'Association, offre des remerciements sincères au savant conférencier, qui a su nous tenir sous le charme de sa parole durant plus de trois heures.

Et la séance est ajournée au second lundi de septembre.

ALBERT LAURENDEAU,

Sec.-Trés.

ANALYSES

CHIRURGIE.

Tentatives de greffe artérielle (Société Chirurgie, Paris, 24 avril 1907).

M. Tuffier a fait une tentative de greffe artérielle chez un malade atteint de gangrène du pied. Il a cherché, dans ce cas, à remplir une indication d'anastomose astério-veineuse. Il s'agissait d'un homme de 60 ans qui était atteint d'un sphacèle progressif du pied. M. Tuffier fit une anastomose latérale entre l'artère et la veine, au niveau du triangle de Scarpa, après avoir lié le bout supérieur de la veine. Malgré cette intervention le malade succomba et à l'autopsie on vit que l'anastomose établie par M. Tuffier se trouvait bouchée par un caillot qui était remonté par la veine.

M. Delbet ayant à traiter un malade atteint d'anévrisme du creux poplité en fit la résection et se proposait ensuite d'anastomoser avec les deux bouts de l'artère, un bout d'artère fémorale pris sur un membre qu'on venait d'amputer.

En raison de l'état scléreux des artères du malade, cette anastomose ne put être effectuée, les fils coupant chaque fois l'artère. M. Delbet n'eut plus que la ressource de ligature de la fémorale.

Il résulte de cette intéressante observation que dans cette question de greffe et de suture des artères il ne faudrait pas conclure des expériences sur les animaux à une application toujours facile et pratique chez l'homme. La chirurgie est facile chez les malades qui ont de bonnes artères, alors que son utilité est douteuse. Elle est impossible quand les artères sont très malades, c'est-à-dire dans les circonstances où elle rendrait service.

La blennorrhagie rectale et ses complications. (Fournier, Académie de Méd. Paris, 30 avril 1907).

M. Fournier donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Brunswick-Bihan (de Tunis) consacré à ce sujet.

La blennorrhagie rectale est très fréquente dans la population musulmane de Tunisie. Elle s'y présente le plus souvent avec les allures d'une affection presque latente. Pour obtenir du pus, il est nécessaire de pratiquer le toucher rectal : ce pus, brunâtre, est riche en gonocoques et en microbes variées.

Les complications sont au nombre de trois : la péri-rectite aiguë, la péri-rectite chronique qui constitue un pseudo-rétrécissement rectal, enfin, le rétrécissement blennorrhagique du rectum.

Le goménol. Ses indications dans la thérapeutique des voies urinaires.
(Gaz Hop.)

A la suite des travaux de l'École de Necker, le goménol est entré dans la thérapeutique courante des voies urinaires.

Le goménol est une essence naturelle, retirée des feuilles d'une variété du *Nelaleura viridiflora*. C'est un liquide légèrement oléagineux, de couleur ambrée. Son odeur est douce et aromatique, intermédiaire entre la camphre

et la menthe ; sa saveur, légèrement cuisante, laisse une impression de fraîcheur comme la menthe ou le menthol.

Le goménol n'est pas toxique.

Son pouvoir antiseptique a été démontré par Guéguen, qui range ce médicament entre le sublimé et phénique, l'acide, avant le thymol, l'iodoforme, le gâïacol, le permanganate de potasse, etc.

Le goménol a été introduit dans la thérapeutique urinaire par Pasteau, qui, le premier, prouva expérimentalement que l'huile goménolée, à la fois, par l'huile qui isole la paroi vésicale de l'urine infectée qui la baigne, et par le goménol dont le rôle antiseptique et analgésique est nettement marqué. Le goménol est devenu le médicament de choix de l'École de Necker.

Son action est certaine pour diminuer la sensation désagréable du contact des instruments.

L'huile goménolée à 10 ou à 20 p. 100 sert pour huiler les explorateurs et les bougies dilatatrices. Elle permet au malade de supporter plus facilement l'examen. En outre le pouvoir antiseptique du goménol lui confère un précieux avantage.

Le goménol a une action des plus nettes dans l'urètre. Il est particulièrement indiqué dans les uréthrites chroniques douloureuses.

Son action est encore plus marquée, plus rapide et plus durable quand l'huile goménolée à 20 p. 100 est mise bien au contact de la paroi à anesthésier. Dans les cystites douloureuses et tuberculeuses, le goménol est supérieur à l'antipyrine et au gâïacol. On peut injecter deux fois par jour une pleine seringue à instillations d'huile goménolée à 20 p. 100.

Les malades suivis pendant plusieurs mois n'ont ressenti aucun inconvénient de ce mode de traitement.

Au point de vue thérapeutique, il est un fait remarquable sur lequel il convient d'insister, c'est que le goménol agit mieux seul qu'en associations médicamenteuses, cela a été démontré notamment pour le traitement des cystites.

C'est une preuve de l'efficacité réelle de ce médicament.

Hernie de la vésicule biliaire. (Brit. Med. Jour. Avril 20, 1967).

Hanson rapporte le cas d'une femme Hindoue, âgée de 50 ans, qui se présenta avec une tuméfaction, molle, ronde, d'un pouce et demi de diamètre, siégeant du côté droit de l'abdomen, à deux pouces de la ligne médiane et à trois pouces en bas de la marge des côtes. Elle avait eu des indigestions les deux derniers mois, et la tuméfaction était apparue subitement un mois avant, pendant qu'elle faisait un effort musculaire. Elle n'a souffert, dit-elle, que dix jours.

À l'opération, on trouva, entre le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles abdominaux, le fond de la vésicule biliaire recouverte d'un sac péritonéal. Les bords de l'anneau, formés par les muscles abdominaux, furent débridés, les adhérences défaites ; le sac fut réséqué, et la vésicule biliaire retournée dans l'abdomen. Le foie était hypertrophié.

La malade quitta l'hôpital deux semaines après l'opération.

Z. RHÉAUME.

OPHTALMOLOGIE

De l'énucléation avec anesthésie locale. Indication et technique.

M. Terrien après Weiss, Otto Meyer et d'autres conseille pour l'énucléation d'un œil ou d'un moignon non douloureux, de remplacer l'anesthésie générale par l'anesthésie locale produite par la cocaïne. Il y ajoute une injection hypodermique d'un centigramme de morphine.

L'auteur emploie une solution de 0.10 cent. de cocaïne pour 10 grammes d'eau dont on peut injecter deux centimètres cubes. Il fait d'abord une injection sous conjonctivale au niveau des muscles droits, et une fois la conjonctive disséquée et le muscle sectionné, c'est-à-dire le globe libéré de ses adhérences, M. Terrien comme dans le procédé d'Otto Meyer, introduit une petite aiguille d'Anel, courbe et mousse qui glisse entre la conjonctive et la paroi du globe jusqu'au niveau du pôle postérieur pour injecter un demi-centimètre cube de la solution précédente.

Comme le fait remarquer M. Terrien, il n'est pas indifférent de se passer du chloroforme par ces temps où, de plus en plus notre responsabilité opératoire tend à être engagée.

Aussi nous pourrions réserver l'anesthésie générale pour les opérations à faire chez les enfants ou pour les yeux fortement enflammés contre lesquels la cocaïne n'a pas un pouvoir anesthésique suffisant.

La Thiosinamine dans la thérapeutique oculaire.—Grunert (Brème.) C. op.

L'auteur a employé la formule suivante :

Thiosinamine.....	4 grammes.
Glycerine.....	8 —
Eau distillée.....	40 —

en injection dans les muscles du bras, d'un centimètre cube ou plus, contre l'atrophie optique port-névritique.

Sur 13 cas, 4 seulement ne furent pas améliorés.

Il ne faut pas appliquer le traitement sur des cas de névrite, mais seulement lorsque l'atrophie est produite.

Blépharite ciliaire : Traitement.

Compresses chaudes d'une solution à 3 % d'acide borique, 4 ou 5 fois par jour, pendant 10 minutes chaque fois.

Application sur le bord des cils, 3 fois par jour, d'une des pommades suivantes :

Oxyde jaune d'Hydrargyre.....	0.20 cent.
Lanoline.....	7 grammes.
Huile de Vaseline.....	3 —
ou	
Oxyde de zinc.....	1 gramme.
Résorcine.....	0.10 cent.
Vaseline.....	10 grammes.
ou	
Protargol.....	1 gramme.
Vaseline.....	} à à
Lanoline.....	

R. BOULET.

NEUROLOGIE

Sur la signification de l'épilepsie jacksonnienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales, par K. Bonhoeffer. (Berliner Klinische Wochenschrift — L'Encéphale).

Dans un important mémoire comprenant cinq observations, Bonhoeffer fait le procès de la valeur diagnostique de l'épilepsie jacksonnienne. Ce symptôme doit toujours être rapporté à une lésion organique ; mais au point de vue du diagnostic topographique, son importance a considérablement diminué depuis ces dernières années.

Dans le traumatisme, l'épilepsie jacksonnienne peut être symptomatique d'une hémorragie subdurale, sous-arachnoïdienne, ou de lésions hémorragiques sous-corticales, dans le voisinage des circonvolutions motrices. Elle peut présenter dans ce cas un certain intérêt, car le siège du traumatisme externe ne correspond pas toujours à la lésion interne. D'autre part, lorsque l'épilepsie jacksonnienne siège du côté traumatisé, elle indique une lésion par contre-coup.

Lorsqu'une épilepsie essentielle débute par quelques contractions localisées à un groupe musculaire, puis se généralise, il ne faut tirer aucune conclusion du siège primitif des convulsions. Celui-ci n'a de valeur que si l'attaque reste unilatérale, et si elle se répète avec les mêmes caractères.

Certaines épilepsies jacksonniennes doivent, au moins provisoirement, être considérées comme essentielles ; peut-être sont-elles dues à des processus encéphaliques de l'enfance ? D'ailleurs, il n'y a aucune impossibilité à ce que le processus, encore inconnu, qui est la cause de l'épilepsie généralisée essentielle, soit seulement unilatéral.

Cette épilepsie jacksonnienne essentielle se rapproche de l'épilepsie généralisée par certains caractères : elle débute dans le jeune âge, survient d'une façon périodique, ne laisse pas de paralysie transitoire et s'accompagne d'une perte de connaissance absolue.

Les épilepsies jacksonniennes, alcoolique ou dues à d'autres intoxications, traduisant souvent une pachyméningite hémorragique, tiennent le milieu entre les épilepsies jacksonniennes dites essentielles et celles symptomatiques d'une lésion en foyer.

Lorsqu'une épilepsie corticale traduit une lésion cérébrale située du même côté de l'épilepsie, il faut avant tout penser à une lésion du cervelet. Dans les affections cérébelleuses, en effet, la crise se manifeste du côté de la lésion. La pathogénie de la crise existe dans une transmission de l'irritation par les voies cérébello-corticales ; il ne s'agit pas d'une perturbation dans la circulation cérébrale.

L'hydrocéphalie peut s'accompagner de crises jacksonniennes. Les ponctions restent en général sans résultat. D'ailleurs, l'hydrocéphalie n'est point la cause même des attaques, mais un symptôme concomitant, preuve que l'épilepsie jacksonnienne est le résultat d'un processus inflammatoire ancien.

Tous ces faits montrent que l'épilepsie jacksonnienne n'a point la valeur qu'on lui accordait autrefois, qu'elle ne peut suffire à diagnostiquer d'une façon précise le siège d'une lésion.

Contribution à l'anatomie pathologique et à la clinique des tumeurs de la base du crâne, par F. Hartman. (Journal für Psychologie und Neurologie L'Encéphale.)

Neuf observations personnelles dont voici la substance :

1° Les tumeurs hémilatérales intracrâniennes (intra et extra dure-mériennes) et extracrâniennes de la base du crâne doivent être considérées comme des types morbides unitaires de temps à autre simultanés.

2° Les tumeurs unilatérales de la base sont surtout des fibromes, des sarcômes ou des fibrosarcômes. Les carcinomes de beaucoup moins fréquents sont généralement métastatiques ou propagés (propagation de voisinage). Rares sont les endothéliomes.

3° Les tumeurs unilatérales de la base, *fibro-sarcomateuses*, affectionnent à peu d'exceptions puis, certains endroits ; cette localisation se traduit cliniquement par des phénomènes attirant l'attention sur le trijumeau ou l'acoustique dès le début. Ce sont le plus habituellement des fibromes, sarcômes ou fibro-sarcômes originaires des gaines des nerfs émergents. La clinique et l'anatomie pathologique autorisent à incriminer le tissu conjonctif de ces deux nerfs crâniens ; et le repli dure-mérien du trijumeau, y compris ses éléments endoneuraux, qui est le lieu de prédilection des tumeurs pour cette paire. Quand les symptômes se limitent à un seul étage de la base ou s'englobent qui faiblement les nerfs d'un étage voisin, c'est que la tumeur la forme tubéreuse au sphérique. Si la nerf crânien est atteint sur un grand étendu, il est certain que l'on a affaire à une sarcôme.

Il est relativement rare qu'il se produise une *névrite optique*. La *papille étranglée* est un phénomène fréquent des tumeurs qu'occupent d'emblée l'étage postérieur du crâne ; elle ne survient pas dans celles de la fosse moyenne.

4° Les *carcinomes* imitent parfois un des types cliniques ressortissant au groupe fibro-sarcômateux, mais on arrive à les dépister en constatant la métastase, ou à l'aide des symptômes optiques spécifiques.

Toute *papille étranglée*, toute *amaurose précoce*, qu'elle s'accompagne ou non de phénomènes en rapport avec l'étage moyen du crâne, doit être rattachée à une tumeur du genre carcinome.

Tout tableau clinique qui s'écarte du type ordinaire appartient presque sans exception au carcinome et à l'endothéliome : ceci s'applique aussi aux tumeurs bilatérales à symptômes étendus ou disséminés, à part de très rares exceptions.

Traitement du délirium tremens, par S. Ganser. (L'Encéphale).

De 1890 à 1905, l'auteur a traité 1051 cas de délirium. Il repousse le chloral, se méfie des bains chauds prolongés et préconise la digitale en infusion à la dose de 1gr. 50 en vingt-quatre heures. Dans certains cas, cette dose fut doublée ou même triplée. On l'introduit par le rectum si la bouche refuse. Jamais d'accumulation. Si, malgré la digitale, la faiblesse cordiaque persiste, injections répétées d'huile camphrée. Dans des cas très rares, du champagne frappé par cuillerées à bouche toutes les demi-heures. Bien entendu on a supprimé l'acool dès l'entrée du malade ; autant que possible

on le garde dans la salle commune et au lit. On l'alimente bien et on veille à la liberté du ventre. Pour augmenter la diurèse on fait boire au délirant une solution sucrée d'acétate de soude à 1 p. 100 qui lui rappelle la bière, par sa couleur.

Si la durée du délire ne semble pas avoir été diminuée, la mortalité a baissé par cette thérapeutique de 6.37 pour 100 à 0.88 p. 100.

E. P. CHAGNON.

THERAPEUTIQUE

Traitement des paralysies diphtériques par le sérum Roux. (Comby Soc. Méd. Hop. Paris, mai 1907.

M. Comby rapporte 4 nouveaux cas de guérison de paralysies diphtériques par le sérum de Roux. Il injecte des doses quotidiennes de 10 à 20 c. c. durant trois à six jours, suivant la gravité des cas, la dose totale pouvant atteindre 60 à 80 c. c. Cette méthode lui a donné 13 guérisons sur 13 cas différents.

M. Netter confirme ces résultats en rapportant 4 guérisons semblables.

D'autre part, on a souvent opposé au bien que pouvait opérer ce traitement le mal qui en résultait quelquefois dans ce que l'on appelle les accidents "sériques." M. Marfan vient d'écrire un long article sur ce sujet dans la "*Revue des maladies de l'enfance.*" On peut les réunir en trois groupes.

1° L'urticaire avec érythèmes et œdèmes ortiés.

2° Erythèmes partiels limités à la région où le sérum a été injecté.

3° Phénomènes douloureux : arthalgies, myalgies etc. M. Marfan attache une grande importance à un exanthème particulier qu'il a nommé *érythème marginé aberrant*.

Il se distingue de l'urticaire parce qu'il est tardif. Se. 12^e q.q.f. 15^{ème} jour, c-à-d. penant la convalescence ; il s'accompagne de fièvre, débute sur le ventre, au lieu de l'injection, atteint les membres où elle apparait sous la forme d'une tache rouge vif qui s'élargit rapidement en même temps que le centre devient blanc. Cette tache prend bientôt la forme d'un anneau et qui s'entrecroise avec les anneaux voisins, décrivant ainsi de grandes arabesques, trait caractéristique de cet érythème marginé aberrant.

Cette éruption est très mobile, elle évolue dans une demi journée, elle n'atteint pas le visage.

Cet accident serait dû au sérum, suivant que la dose injectée est plus ou moins élevée, en général supérieure à 50 centimètres cubes. Aussi est-il plus fréquent dans les cas graves, chez l'adulte plutôt que chez l'enfant. Certains chevaux semblent le provoquer. A l'Institut Pasteur, on a remarqué que les sérums préparés de juin à septembre 1906, ont paru déterminer de l'érythème plus souvent.

Au bout de 5 jours, tout rentre dans l'ordre.

Marfan prescrit le repos au lit, le régime lacté et une poudre de calomel de 0.05 centigrammes. En cas de douleurs violentes, il prescrit l'antipyrine ou le pyramidon. Netter donne le chlorure de calcium à la dose de 1 gramme par jour, environ, comme moyen préventif et curatif.

Comme conclusion, cet accident éruptif ne vaut guère contre les beaux résultats que donne la sérothérapie.

A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE

1° *Contre les chancres mous :*

Acide phénique cristallisé..	15 grammes
Camphre en poudre..	30 —

Mélanger et ajouter :

Alcool absolu..	5 grammes
-------------------------	-----------

En application locale durant q. q. secondes, puis pratiquer autour une pulvérisation à la solution de Van Swieten.

2° *Les injections d'eau iodée contre la blennorrhagie.* — Davydor a obtenu de bons résultats dans la blennorrhagie aiguë en injectant dans l'urèthre après disparition des phénomènes inflammatoires aigus, la solution suivante :

Eau..	180 grammes
Teinture d'iode..	V gouttes

Le 4e ou le 5e jour, la dose de teinture d'iode est portée à VIII, puis à X gouttes.

Le sécrétion tarie, on remplace cette solution iodée par la suivante :

Sulfo-phénate de zinc..	} aa 1 gr.
Acétate de plomb..	
Eau distillée..	180 gr.

Davydor a réussi à guérir la plupart des blennorrhagies qu'il a traitées en 12 à 15 jours.

3° *Caféine, administration et posologie :*(a) *Pour injection hypodermique :*

Caféine pure..	2 gr. 50 centig.
Benzoate de soude..	3 grammes
Eau distillée bouillie..	Q. s. p. 10 c. c.

1 centimètre cube renferme 0gr. 25 centigr. de caféine (Codex).

(b) *En potion :*

Caféine pure..	0 g. 15 cent. à 1 gramme
Benzoate de soude..	1 gramme
Eau de tilleul..	30 grammes
Eau de laitue..	60 —

A prendre par cuillerées à café dans les 24 heures. Il est bon d'ajouter à ces potions 1 à 2 grammes de bromure pour éviter les phénomènes d'excitation cérébrale. (Vaquez (1).

4° *Théobromine :*

Est retirée du cacao sous forme de poudre blanche, cristalline, amère, très peu soluble. Elle provoque quelquefois de la nausée et de la céphalée, il faut avoir soin de fractionner les doses. Puissant diurétique, elle agit par irritation des épithéliums rénaux. Elle est indiquée chez les cardiaques atteints d'asystolie aiguë ; on peut la donner après la digitale pour prolonger son action. On la donne aussi dans la sclérose artérielle généralisée à la phase de débilité cardiaque quand apparaît l'œdème maléolaire. Chez ces sujets, elle

(1) Dans "Thérapeutique" de la bibliothèque Gilbert et Fournier (1907) (Baillières et fils.)

provoque une polyurie abondante accompagnée d'une véritable décharge de chlorures et d'urée. Mais son action est fugace, il faut la donner presque d'une façon continuelle, elle a d'ailleurs l'avantage de ne déterminer ni accumulation, ni accoutumance.

Posologie — Se prescrit à la dose de 1 à 3 grammes par jour en cachets de 0gr. 50 centigr.

Note — Il faut rejeter comme instable et dangereux un soi-disant salicylate double de soude et de thébromine connu sous le nom de *diurétin*.

5° *Poudre diurétique des voyageurs :*

Poudre de gomme arabique.	60 grammes
Nitrate de potasse.	10 —
Guimauve.	10 —
Régliasse.	20 —
Sucre de lait.	60 —

Une cuillerée à café dans un verre d'eau.

6° *Le mode d'administration du pyramidon.*

Le pyramidon est certainement le dérivé le plus important de l'antipyrine. Sa dose active est de 30 centigrammes et on n'est presque jamais obligé de dépasser 75 centigrammes à 1 gramme pour une période de vingt-quatre heures.

M. Pouchet, dans le remarquable *Précis de pharmacologie et de matière médicale* qu'il vient de publier (1), recommande comme le mode d'administration le plus simple l'emploi de la solution suivante :

Pyramidon.	1 gramme
Sirop d'écorces d'oranges.	25 —
Eau distillée.	75 —

qui se prescrit par cuillerées à soupe dans une période de vingt-quatre heures.

On l'a également associé au bromhydrate de quinine ; dans ce cas, on prescrit des cachets :

Bromhydrate de quinine.	0,10 centigr.
Pyramidon.	0,05 —

pour un cachet (5 à 10 par jour).

Dans ces conditions, ajoute M. Pouchet, le pyramidon est un remarquable analgésique, et il est souvent fort utilisé dans le cas de névrites toxiques, dans la péritonite tuberculeuse, la céphalalgie des anémiques, les douleurs des tabétiques. Dans la migraine, il donne de très bons résultats lorsqu'il est administré au début de l'accès, mais son action est presque nulle lorsque l'accès s'est installé. L'action antipyrétique qu'il produit est absolument constante à la condition que ce médicament soit absorbé par des individus en état d'hyperthermie. Cet abaissement s'obtient d'une façon lente et progressive, on observe une sédation du pouls et cette action se prolonge beaucoup plus que celle déterminée par l'antipyrine dans les mêmes circonstances.

Employé à des doses de moins d'un gramme, par doses réfractées en vingt-quatre heures, le pyramidon n'exerce aucune action sur le cœur et la circu-

(1) Doin éditeur à Paris.

lation et on peut l'administrer pendant plusieurs jours consécutifs. Chez les néphrétiques il n'est pas contre-indiqué et n'augmente pas l'albuminurie. Par contre chez les tuberculeux, il provoque rapidement l'apparition de sueurs profuses et, malgré l'emploi du camphorate acide de pyramidon, qui atténue cet inconvénient, il vaut mieux renoncer à son emploi chez ces individus, en raison de l'action excitante qu'il exerce sur les combustions organiques.

Le seul inconvénient de ce médicament consiste dans l'action irritante qu'il exerce, chez certains malades, sur le système digestif et qui nécessite la suspension ou même suppression complète de son emploi.

Notons qu'il colore l'urine en rouge par suite de sa transformation en un pigment acide, précipitable par le sous-acétate de plomb, et qui ne paraît pas résulter d'une métamorphose de la matière colorante du sang.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau Traité de Chirurgie, publié en fascicules sous la direction de A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 33 fascicules grand in-8, avec figures. Il paraît un fascicule par mois depuis le 1er mai 1907. L'ouvrage complet coûtera environ 250 francs. On peut souscrire en envoyant un à-compte de 50 fr.

Vient de paraître: **Les Grands Processus morbides**, par D. DELBET, CHEVASSU, SCHWARTZ et VEAU. 1 vol. gr. in-8 de 588 pages, avec 53 figures. Broché: 10 fr.; cartonné: 11 fr. 50 (Librairie Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* a reçu du public médical un accueil si favorable que, peu de temps après la publication du dernier volume, nous pressentions la nécessité d'en préparer, à bref délai, une nouvelle édition.

Pouvions-nous nous borner, tout en conservant notre plan primitif et l'ordonnance générale de l'ouvrage, à combler quelques lacunes et à faire certaines additions? Cette façon traditionnelle de procéder au rajournissement des publications scientifiques, pour être la plus simple, ne nous a semblé ni la plus opportune ni la plus logique.

Les points de vue sous lesquels on doit envisager actuellement certaines questions chirurgicales, n'étant plus les mêmes, nous avons été amenés à introduire dans plusieurs de nos chapitres d'importantes modifications. C'est surtout sur le terrain de la pathologie générale chirurgicale que les acquisitions les plus récentes de la science ont nécessité de sérieux remaniements. Ailleurs, là où les questions ont des limites bien précises et se déroulent dans un cadre traditionnel, nous nous sommes bornés à faire une place à côté des faits anciens, offrant le caractère de vérités définitives, aux faits nouveaux dignes d'une mention spéciale, et aux merveilleuses méthodes d'investigation qui, chaque jour, viennent utilement en aide au diagnostic clinique: nous avons nommé la radioscopie et la radiographie. Ainsi, tout en restant fidèles au respect du passé, nous avons ouvert la porte aussi grande que possible aux recherches scientifiques propres à éclairer les points en litige, aux innovations utiles de la médecine opératoire, en un mot au progrès sous toutes ses formes. Nous avons adopté pour ce *Nouveau Traité* la publication en fascicules séparés. Ceux-ci représentent autant de monographies où se groupent naturellement les affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites, au point de vue de leur nature ou de leur siège. Leur indépendance absolue permettra d'en poursuivre la publication plus rapidement que s'il s'agissait de faire paraître plusieurs volumes dans un ordre conforme au plan général de l'ouvrage.

A. LE DENTU, PIERRE DELBET.

Éléments d'obstétrique, par V. WALLICH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-16 de 660 pages avec un atlas de 88 figures. Prix cartonné, 8 fr. Paris 1907. G. Steinheil éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Ce petit volume est un exposé lumineux de la pratique obstétricale moderne. Ce n'est pas une réduction en cinq cents pages des traités classiques, mais un livre personnel, vécu, fruit de l'observation clinique journalière. Rompu à la pratique et à l'enseignement de l'art des accouchements, le docteur Wallich avait l'autorité nécessaire pour se libérer des superfluités scholastiques et donner tous ses soins à l'exposé des faits d'observation et des méthodes thérapeutiques éprouvées par l'expérience.

Successivement, l'obstétrique normale, la pathologie obstétricale, les opérations sont décrites en des chapitres présentés suivant un plan original.

De bonnes figures d'après nature ont été choisies avec soin par l'auteur, soucieux avant tout de ne pas graver, dans l'œil de ses lecteurs, des représentations inexactes de la nature.

Erit pour les étudiants qui ont tout à apprendre et pour lesquels aucun détail utile n'a été négligé, pour les praticiens et les sages-femmes qui, souvent, ont besoin d'un guide au milieu des difficultés de la pratique, ce livre aura le succès des œuvres sincères, lentement mûries. Ce nouveau-né est venu à terme. Le professeur Pinard ne le reniera pas.

Nous ne saurions trop recommander ce petit volume aux étudiants, et même aux médecins, car c'est un vade-mecum précieux.

TRAITE DES URINES, analyse des urines, considérée comme un des éléments de diagnostic, par le Dr Ern. Girard, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. *Deuxième édition revue et augmentée*. Un volume in 8° écu cartonné avec 41 figures dans le texte et une planche en couleurs. 8 fr.

VIGOT FRÈRES, éditeurs, 23, place de l'École de Médecine, Paris.

Le titre de cet ouvrage "TRAITE DES URINES," et son sous-titre, "*l'Analyse des urines considérée comme un des éléments de diagnostic*," indiquent suffisamment l'esprit dans lequel il a été conçu.

L'auteur a voulu faire une œuvre pratique répondant à un réel besoin en publiant un livre d'urologie indispensable à la fois aux médecins et aux pharmaciens.

Il a tenu à présenter sous une forme simple et concise la technique analytique des urines et il s'est attaché à montrer l'importance de l'examen urologique comme moyen d'investigation clinique pour l'établissement d'un diagnostic.

En s'appliquant à montrer les relations qui existent entre les états morbides et les variations de composition des urines, l'auteur a rendu facile pour les médecins l'interprétation des résultats de l'analyse.

Les pharmaciens, de leur côté, auront l'avantage d'y trouver les méthodes d'analyse les plus récentes et ils y puiseront les notions indispensables pour éclairer le médecin sur la caractéristique clinique des urines examinées. — M. le Professeur Gérard a eu le soin, en effet, de réserver une partie de son traité à l'urologie clinique des diverses maladies où il fait ressortir les anomalies de composition des urines dans chaque affection considérée.

Le succès obtenu par la première édition, nous indique combien cet ouvrage a été apprécié et que le but cherché a été atteint. Aussi dans cette seconde édition refondue et augmentée des dernières acquisitions de la science, de nombreux chapitres ont été ajoutés tels que la *Cryoscopie urinaire*, la *Bactériologie urinaire*, l'*Examen des fonctions rénales* et les *éliminations proquoées*, etc.

De nombreux procédés analytiques et plus pratiques ont été décrits pour faciliter la tâche de l'analyste.

La partie *Urologie clinique* a été considérablement augmentée, permettant aux médecins et aux pharmaciens, de retrouver la caractéristique clinique des urines des diverses maladies. Les nombreux documents que contient cette seconde édition rendent encore plus simple l'interprétation des résultats de l'analyse.

Ainsi modifié et augmenté, nous sommes persuadés que cet ouvrage est appelé à rendre les plus grands services, et qu'il trouvera auprès du public médical, le même accueil que l'édition précédente.

Précis d'Ophthalmologie. par le Dr. V. Morax, ophthalmologiste de l'hôpital Lariboisière. 1 vol. petit in-8 de la *Collection de Précis Médicaux*, de xx-640 pages, avec 339 figures dans le texte et 3 planches hors texte en couleurs, cartonné toile souple (Masson et Cie, Editeurs)... .. 12 francs

Le plan classique des manuels d'ophthalmologie semble avoir été la cause de l'aversion qu'ont eue nombre de médecins pour l'étude des maladies des yeux; les longs développements dans la description de l'appareil optique, l'exposé des formules traduisant les lois de la réfraction, laissent supposer que toute la pathologie oculaire fût basée sur la compréhension de ces formules et basée sur la compréhension de ces formules et qu'une forte connaissance des mathématiques était indispensable à qui voulait étudier ces affections spéciales. Le Docteur Morax s'est efforcé de supprimer de ce précis tout ce qui pouvait propager cette croyance, car le futur médecin n'a pas à s'embarasser de toutes ces connaissances.

L'auteur a poursuivi, dans la description des affections de l'appareil visuel, la marche habituelle de l'investigation clinique et n'examine les membranes profondes de l'œil qu'après avoir observé les téguments cutanés. L'appareil

lacrymal, la conjonctive, la cornée, etc. Les méthodes spéciales sont indiquées à propos des affections qu'elles permettent de dépister. Pour rendre la classification plus claire on a conservé le groupement anatomique et régional et réparti les affections ou les symptômes dans quatre chapitres étiologiques principaux: 1° les lésions congénitales ou malformations; 2° les affections traumatiques; 3° les infections; 4° les néoplasies. Enfin, pour rendre ce précis aussi pratique que possible, l'auteur s'est efforcé de limiter au strict nécessaire, aux indications les plus concises, les méthodes de recherche, choisissant, parmi les procédés proposés, ceux auxquels il est resté fidèle et qui lui semblent les plus aptes à établir le diagnostic des affections oculaires, à baser le pronostic et à prescrire un traitement.

Ce précis est illustré d'une façon tout à fait remarquable et rare jusqu'à ce jour dans les précis de ce genre: 339 figures, la plupart originales, et 3 planches hors texte en couleurs, facilitent la compréhension du texte et seront d'un grand secours aux étudiants et aux praticiens qui seront soucieux de connaître tout ce qu'un médecin doit savoir en ophthalmologie.

Maladies de la nutrition, par les Drs Richardière et Sicard médecins des hôpitaux de Paris. vol. gr. in-8 de 378 pages, avec 15 figures. Broché: **7 fr.** Cartonné: **8 fr. 50** (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille, à Paris).

Le nouveau fascicule du *Nouveau Traité de Médecine*, qui vient de paraître, est consacré aux *Maladies de la nutrition*; il est dû aux Drs Richardière et Sicard, médecins des hôpitaux de Paris.

SUPPLEMENT

ERREUR.

Dans le n° de juin, page 357, 11ème ligne, dans l'article du Dr Bernier sur "la *génération spontanée*" au lieu de "Pasteur n'a pas démontré que la *génération spontanée* n'existait pas dans les circonstances" et il faut lire : "Pasteur n'a pas démontré que la *génération spontanée* n'existait pas, mais qu'elle n'existait pas dans les circonstances où l'on croyait l'avoir trouvée."

Sel Hépatica.—Le sel hépatique est particulièrement indiqué comme laxatif dans tous les cas d'auto-intoxication gastro-intestinale d'origine alimentaire: il soulage promptement dans tous les cas de diarrhées estivales, de coliques chez l'adulte ou chez l'enfant. On le tolère bien parce qu'il est alcalin et très doux.

On peut s'en procurer un échantillon en s'adressant à Bristol-Myers Co., 277 Green avenue, Brooklyn, N. Y.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION.

Réunion annuelle à Montréal, les 11, 12 et 13 septembre 1907.

Les médecins qui désirent faire des communications devront adresser leurs manuscrits au comité de publications trois semaines avant l'ouverture, au nom du Dr R. Mackenzie, secrétaire à Montréal, 192 rue Peel.
