

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

---

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBE,

M. A. LeSAGE,

MM. L. de L. HARWOOD,  
A. MARIEN.

---

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

---

Vol. XLIV

1er SEPTEMBRE 1915

No 9

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU VARICOCÈLE

Par le Dr Aimé Paul HEINECK

Professeur de Chirurgie, au Bennett Medical College, de Chicago, Illinois, Etats-Unis.

---

Quoique le varicocèle soit une infirmité relativement fréquente, les auteurs sont loin de s'accorder en ce qui concerne son importance, son étiologie, sa pathologie, et les résultats obtenus par son traitement opératoire. Afin de stimuler et de faciliter les recherches ayant rapport à l'élucidation de cette entité anatomique et clinique, nous soumettons les considérations suivantes qui sont basées sur trois cent cas soumis à l'opération ouverte au Cook County Hospital.

Le varicocèle est une dilatation, un allongement et une torsion anormaux et permanents des veines du cordon spermatique, dus soit à une pression intra-veineuse anormale, soit à un affaiblissement et à une altération anatomique des parois vasculaires accompagnés ou non du relâchement pathologique des tissus péri-veineux. Ces changements sont permanents et co-existent avec des modifications histologiques des parois vasculaires. Ils sont presque toujours limités à la veine spermatique et à ses branches. Il est assez rare que les veines crémastériques, déférentielle, scrotales et leurs branches participent séparément ou conjointement au processus. La veine spermatique prend naissance sur le bord postérieur du testicule sous forme d'un réseau épais, étroitement entrelacé formant le plexus pampiniforme — le plexus se compose de huit à dix veines dont la plupart sont antérieures au vas déférens; ce plexus devient un des éléments constitutifs du cordon spermatique, traverse le canal inguinal et se termine en un seul vaisseau dans la cavité abdominale.

Le varicocèle est primaire ou secondaire, uni ou bi-latéral, peut être accompagné ou non d'autres lésions veineuses: hémorroïdes (10 cas dans notre série), varices des jambes, etc., peut co-exister avec d'autres états pathologiques de la région inguino-sacrotale: hernie, hydrocèle vaginale, tumeur du cordon spermatique, ectopie du testicule, etc.

On observe les trois variétés suivantes:

a. Simple dilatation et varicosité des veines avec ou sans relâchement scrotal.

b. Orchidoptose.

c. Varicosités et orchidoptose.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que le côté gauche est atteint dans le plus grand nombre de cas (80 à 90 pour cent—Chassaignac, Dardignac—, 92 pour cent—Istomin). L'observation clinique confirme amplement ces chiffres. La bilatéralité est rare.

Aucune race n'est exempte. Nos trois cents cas de varicocèle opérés au Cook County Hospital furent observés chez des malades de race blanche. Cette infirmité est rare chez les nègres, car chez eux le scrotum est plus serré, est moins relâché que dans la race blanche.

Dans le varicocèle idiopathique, les malades se plaignent souvent d'une sensation de poids et de tiraillement dans l'aîne et dans le scrotum. Ces symptômes sont soulagés par la station horizontale, qui facilite la circulation veineuse et par l'action du froid qui fait contracter le dartos, et sont augmentés par les efforts physiques, par la station verticale, sous l'action de la chaleur et surtout sous l'influence de la compression des veines spermatiques à l'entrée du canal inguinal. Une absence complète de symptômes subjectifs n'est pas rare et il y a des varicocèles très marqués qui ne sont accompagnés d'aucun symptôme subjectif et dans lesquels on observe ni douleur, ni affaiblissement sexuel, ni altération du testicule.

Dans le varicocèle idiopathique, les veines s'affaissent quand le malade prend la position horizontale. Quelle que soit la nature du varicocèle, réelle ou imaginaire, les tendances morbides qu'il engendre sont fréquemment aggravées par les réclames de mauvaise foi, par la littérature médicale commerciale et par les industries artificielles des charlatans.

Le varicocèle symptomatique est presque toujours indolore. Un de ses symptômes caractéristiques est que ses veines ectasiées restent distendues même quand le malade se couche.

La cause efficiente du varicocèle idiopathique est encore inconnue.

Parmi les causes du varicocèle secondaire ou symptomatique, on énumère :

1. Les tumeurs du rein.
2. L'invasion, l'obstruction et l'occlusion des veines rénale gauche ou spermaticques. Dans un cas de Hochenegg de varicocèle symptomatique, il y avait invasion et obstruction de la veine rénale gauche par une tumeur rénale.
3. La compression des veines spermaticques produite soit par des ganglions lymphatiques cancéreux, soit par des tumeurs rénales ou par des ganglions rétro-péritonéaux hypertrophiés.
4. Le déplacement des veines spermaticques dû à des adhérences inflammatoires, au poids d'une tumeur, à un prolapsus du rein gauche, etc.
5. Toutes tumeurs inguinale, iliaque, abdominale ou toute autre lésion qui entrave la circulation de la veine rénale gauche, des veines spermaticques ou de la veine cave inférieure.

Parmi les causes prédisposantes ou déterminantes du varicocèle, on cite :

1. La grande longueur, le trajet vertical, la suspension, la tortuosité et les anastomoses fréquentes des veines spermaticques.
2. La minceur anormale des parois veineuses.
3. Le peu de support qu'offre aux veines spermaticques le tissu relâché qui les entoure.
4. La pression qu'exerce les contractions des muscles abdominaux sur la portion inguinale des veines spermaticques, au cours des efforts de défécation, de miction, etc.
5. La disposition plexiforme des veines spermaticques dans le scrotum et leur terminaison en un seul gros tronc dans l'abdomen. La capacité des veines spermaticques réunies est grande par rapport à celle de l'artère spermaticque; il en résulte que le vis-a-tergo est réduit à un minimum.

Les cinq conditions anatomiques qui précèdent se rencontrent chez tout homme de développement normal.

6. L'aplasie: "Le varicocèle est une aplasie congénitale de l'appareil génito-scrotal". (Deschamps). "Le varicocèle est une aplasie fibro-musculaire, génito-crurale, affectant principalement le côté gauche". (Longuet).

7. L'absence de valvules efficientes dans les veines spermaticques

malades. La rareté du varicocèle à droite est due, en partie, à la présence presque constante d'une valvule efficiente au point où la veine spermatique droite débouche dans la veine cave inférieure. "Les veines spermatiques sont garnies de valvules, mais parfois la valvule de l'orifice de la veine spermatique gauche est absente". (Cunningham).

8. Toute entrave au libre retour du sang veineux venant du testicule, un coecum ou une anse sigmoïde remplis de matières fécales, *la pression de la pelote d'un bandage herniaire, etc.*

La constipation n'est pas plus fréquente chez les varicocéleux que chez les autres individus du même âge et de même catégorie sociale. Chez les vieillards, la constipation est fréquente; le varicocèle est rare. Ceux qui envisagent la constipation comme cause occasionnelle du varicocèle n'expliquent pas pourquoi dans le varicocèle idiopathique les veines s'affaissent au lieu de se gonfler quand le malade se couche.

9. Les excès vénériens. Chez beaucoup d'individus, la fatigue sexuelle est suivie d'un relâchement considérable des tissus du scrotum. Dans les climats chauds, l'allongement et le relâchement du scrotum accompagnent souvent le varicocèle.

10. Les occupations qui exposent le scrotum à des traumatismes légers, mais fréquemment répétés (l'équitation, le bicyclisme, etc.), et aussi celles qui nécessitent la station debout prolongée.

11. La prédisposition héréditaire en vertu de laquelle les veines ont une tendance à devenir variqueuses, de certains états inflammatoires antérieurs, et d'autres facteurs dont l'influence étiologique est mal définie.

Les raisons suivantes avancées pour expliquer la grande prédominance du varicocèle à gauche ne sont pas convaincantes:—

1. Le développement musculaire inférieur du côté droit.

2. Le déversement à angle droit de la veine spermatique gauche dans la veine rénale gauche, condition défavorable à la circulation.

Les veines spermatiques gauches sont plus longues que celles du côté droit. Le testicule gauche descend plus bas et est plus volumineux que le testicule droit. D'après Schulz, la terminaison de la veine spermatique droite se trouve à environ 4 cm. plus bas que celle de la gauche.

Pour le diagnostic différentiel du varicocèle, on exclura la hernie inguinale, le lipôme du cordon, l'hydrocèle du cordon, l'hydrocèle vaginale, l'hydrocèle en bissac, etc.

## TRAITEMENT.

Si l'on opérât tous les varicocèles, un grand nombre de malades seraient lésés localement, constitutionnellement et mentalement d'une façon permanente. Il est de notion courante que beaucoup de varicocèles sont opérés sans indications positives. Toute opération inutile est une opération nuisible.

Attendu que la chirurgie a dans le traitement du varicocèle un champ d'action nécessaire et défini, il importe que les indications et contre-indications opératoires soient formulées avec précision.

L'intervention chirurgicale est contre-indiquée et nettement répréhensible.

1. Dans le pseudo-varicocèle, quand les veines du cordon spermatique ne présentent pas de lésions anatomiques visibles et palpables.

Beaucoup de ces pseudo-varicocéleux sont des pessimistes invétérés et des névropathes dangereux. Lorsqu'il n'y a pas de lésion veineuse, une intervention chirurgicale sur les veines et sur le scrotum n'apporte aucun soulagement aux douleurs, aux névralgies et aux autres symptômes testiculaires dont se plaignent ces malades.

2. Dans le varicocèle symptomatique, les résultats du traitement dépendent entièrement de la nature du facteur étiologique; la suppression de celui-là amène la disparition du varicocèle.

3. Dans le varicocèle observé chez des malades souffrant d'état constitutionnels qui interdisent les opérations de choix — le diabète sucré, les affections avancées du rein, du cœur, du foie, les tumeurs malignes, etc.

## INDICATIONS OPERATOIRES.

L'opération est indiquée dans tout varicocèle.

1. Accompagné d'une hernie inguinale du même côté (26 cas dans notre série), que cette hernie soit complète ou incomplète, réductible ou irréductible, qu'il s'agisse d'un cystocèle, d'un entérocele, d'un épiplocèle ou d'un entéro-épiplocèle. La pression d'un bandage mal appliqué peut aggraver un varicocèle existant, peut provoquer le développement de cette affection. La hernie et le varicocèle seront opérés dans la même séance. Carta, dans quinze cas de varicocèle, en trouva six co-existant avec une hernie du même côté. Sur vingt et un malades opérés pour le varicocèle. Narath rencontra cinq sacs herniaires. Chez deux de nos malades, le varicocèle et la hernie étaient bilatéraux.

2. Complicqué du même côté d'une hydrocèle, soit du cordon, soit de la vaginale (5 cas dans notre série). Le varicocèle et l'hydrocèle seront opérés dans la même séance; la même incision donne accès aux deux lésions. Carta, dans cent cinquante cas de varicocèle, trouva vingt fois une hydrocèle vaginale du même côté.

3. Associé avec ou déterminé par une tumeur kystique du cordon spermatique (1 cas dans notre série). Deux des malades de Narath avaient un lipome du cordon.

4. Dans lequel il y a eu des attaques récidivantes de phlébite et de thrombose. Ici, on pratiquera l'opération pendant une période d'accalmie, afin d'éviter qu'une thrombose progressive ne prenne naissance aux sièges des ligatures.

5. Dans lequel il y a ou il y a eu rupture accidentelle ou spontanée d'une ou de plusieurs veines du cordon spermatique affecté. Cet accident est rare car la mobilité du cordon et l'élasticité de ses diverses tuniques permettent aux veines d'échapper aux traumatismes.

6. Dont la dilatation et la flexuosité excessive des veines menacent ou compromettent l'intégrité fonctionnelle du testicule. Loumeau a opéré un malade âgé de 18 ans pour un varicocèle volumineux et douloureux qui descendait jusqu'au milieu de la cuisse. Berger rapporte une veine spermatique du calibre du petit doigt.

7. Occasionnant de l'orchialgie, des douleurs dans le dos et dans la région inguino-scrotale, une sensation de pesanteur, de tiraillement, de gêne notable après la marche, un érythème douloureux dû aux frottements et à la sueur, etc.; en résumé, tout varicocèle douloureux dont les symptômes subjectifs ne sont amendés ni par le port d'un suspensoir bien ajusté et ni par l'emploi de procédés médicaux judicieux. Il n'y a aucune proportionnalité constante entre le volume du varicocèle et les troubles qu'il entraîne. Les douleurs du varicocèle reconnaissent plusieurs causes: Compression des filaments nerveux par des varices, névrite due à l'ectasie des vasa-nervorum, atrophie du testicule, état psychique du malade. Les varicocéleux sont souvent des neurasthéniques.

8. Survenant chez un hystérique, un hypocondriaque, un vésanique. Ces malades, fatigués de la présence de leur varicocèle, présentent souvent un état psychique mélancolique déprimant. L'opération n'aggrave pas la neurasthénie, mais améliore souvent l'état

général du malade. Chez les hypocondriaques, chez les vésaniques on n'opérera qu'après la faillite des autres traitements.

9. Dont les parois veineuses présentent des bosselures et des épaisissements renfermant des dépôts calcaires, etc.

10. Si le malade désire entrer dans un service public, Civil, militaire ou naval et dont le varicocèle est le seul empêchement (10 cas de notre série).

11. Si le testicule opposé est le siège d'un état pathologique: Epididymite tuberculeuse, kyste ou ectopie du testicule, etc. Il importe de maintenir l'intégrité anatomique et fonctionnelle du testicule sain.

12. En cas d'absence, congénitale ou acquise, du testicule du côté opposé.

13. Quand le testicule est menacé d'atrophie, soit que le varicocèle gêne les échanges nutritifs intraglandulaires par l'hypémie passive qu'il détermine, soit que son volume excessif comprime la glande, soit que le processus s'étende aux veines intra-testiculaires ou les atteigne.

14. Associé à des altérations évidentes du scrotum, allongement marqué, sueur profuse, lésions dermiques rebelles.

15. S'il est bilatéral.

Toute opération sous-cutanée est aveugle et doit de ce fait être rejetée. Afin de bien traiter cette infirmité, il est utile de connaître l'anatomie topographique du scrotum et du cordon spermatique.

L'opération ouverte pour la résection des veines spermatiques variqueuses offre les avantages suivants:

1. Chaque temps de l'opération peut être exécuté avec précision. Il n'y a ni ablation insuffisante ni excessive des veines variqueuses. Les méthodes sous-cutanées permettent la ligature mais non la résection des veines.

2. La ligature du conduit déférentiel est sûrement évitée. Dans les opérations sous-cutanées, il est facile de prendre pour le vas une veine dont les parois sont épaissies et indurées et ainsi de ligaturer par erreur le vas déférens.

3. Une hémostase complète est assurée. Au cours des opérations sous-cutanées, la perforation accidentelle d'un vaisseau, petit ou grand, entraîne soit la formation d'un hématôme funiculaire ou scrotal soit une infiltration sanguine diffuse ou localisée des tissus scrotaux. Cet accident nécessite une incision du scrotum permettant l'évacuation du sang extravasé et la ligature des points saignants.

4. Une prolongation légère de l'incision permet au chirurgien de traiter radicalement, s'il y a lieu, les états pathologiques environnants: Hernie, hydrocèle vaginale, néoplasmes du cordon spermatique, etc.

5. La simplicité des opérations ouvertes les met à la portée de tous les opérateurs. Elles sont le moins nocives pour le testicule et plus efficaces pour le varicocèle.

Pour le traitement du varicocèle, les méthodes opératoires suivantes sont d'un fréquent emploi:—

- a. La ligature veineuse sans résection.
- b. La ligature et la résection des veines.
- c. La résection des veines avec réunion des deux moignons.
- d. La ligature et la résection des veines ectasiées et la réunion des tronçons inférieurs et supérieurs qui sont suturés aux pilliers interne et externe, du grand oblique de façon à rapprocher ces pilliers et à plisser la paroi antérieure du canal inguinal.
- e. La résection du scrotum.
- f. La ligature veineuse associée à la résection du scrotum.
- g. L'inclusion du varicocèle dans la vaginale retournée et suspendue au pubis au voisinage de l'anneau inguinal externe.
- h. La résection et le raccourcissement du muscle crémaster allongé et relâché (Vince).
- i. Orchidopexie isolée ou combinée à l'éversion et à la suspension de la vaginale, et suivie ou non de la diminution de la cavité scrotale par un point en capiton.
- j. Brault considère la résection bilatérale du scrotum comme opération de choix, mais dans beaucoup de ses cas, il pratique l'opération suivante:—

1. Excision d'un pont oval de la partie postéro-externe de la partie du scrotum.
2. Division longitudinale des gaines du cordon spermatique.
3. Résection des vaisseaux spermatiques variqueux.
4. Suture soignée des gaines du cordon spermatique.
5. Fermeture de la plaie de manière que la ligne résultant de la suture ait la forme d'un V retourné.

Bien que toutes les méthodes ci-dessus mentionnées aient souvent donné des résultats satisfaisants, nous préférons les deux procédés opératoires suivants, employés séparément quelquefois, conjointement presque toujours.

Ces deux procédés opératoires pratiqués dans une seule et même séance :

1. Suppriment les symptômes subjectifs : douleurs, sensations de tiraillement le long du canal inguinal, de poids et de plénitude du scrotum, etc.

2. Suppriment en partie ou en totalité les vaisseaux malades, et en assurant le rétablissement physiologique de la circulation veineuse préviennent la dégénérescence du testicule. Si, avant l'opération, le testicule paraît petit, atrophié, arrêté en son évolution, il sera bon de signaler ce fait au malade (12 cas dans notre série).

3. Suppriment l'allongement primitif ou secondaire du scrotum et lui redonnent sa conformation et ses dimensions normales. Le scrotum reconstitué supporte le testicule, empêche sa descente et prévient ainsi l'allongement du cordon spermatique. La résection du scrotum substitue un suspensoir naturel à un suspensoir artificiel.

Ce procédé opératoire mixte :

1. Résection en partie ou en totalité des veines malades,

2. Résection du scrotum penduleux et relâché,

est simple, efficace et sans danger et peut, sans aucune hâte, être pratiqué en un quart d'heure environ. Un aide est nécessaire.

Le champ (région inguino-pubienne-scrotale) opératoire, ayant été préparé suivant les enseignements de la chirurgie moderne aseptique, le malade est couché sur le dos, puis chloroformé ou étherisé.

Une incision oblique de cinq centimètres de longueur dont le milieu correspond à l'épine du pubis, divise la peau, le fascia superficiel et découvre le cordon spermatique. Cette incision est presque supra-pubienne. Il est plus facile d'isoler les veines près du canal inguinal que près du testicule et comme il y a là moins de vaisseaux à lier, la masse comprise dans la ligature est plus petite.

Le cordon spermatique ayant été isolé, dégagé de son lit, les enveloppes du cordon sont incisées longitudinalement afin de rendre les veines spermatiques et leurs branches aisément accessibles.

On ne lèsera ni le vas déférens, ni l'artère spermatique. On reconnaît le vas déférens à son volume, à sa consistance, à la sensation de cordon qu'il donne au toucher. L'artère spermatique est toujours rapprochée du vas déférens, qu'elle accompagne et qu'elle suit dans son trajet. La section ou la ligature de cette artère nourricière, peut entraîner l'atrophie d'un testicule dont la vitalité est déjà précaire. Ne blessez ni le vas déférens, ni ses vaisseaux, ni les veines qui passent sur les gaines du cordon. Ces vaisseaux ne seront ni ligaturés,

ni réséqués car ils sont importants pour le rétablissement de la circulation collatérale. Quoique dans le varicocèle les différents paquets veineux soient inégalement ectasiés, et que la phlébo-sclérose soit rarement limitée à l'un d'eux, ce sont les veines du plexus pampiniforme qui montrent habituellement les lésions les plus avancées. La plus grande portion de ce plexus peut être réséquée. La résection de toutes les veines du cordon spermatique est une grave erreur, et a entraîné dans certains cas la gangrène du testicule.

Isolez le segment de veines volumineuses dilatées, sinueuses, épaissies et bosselées que vous vous proposez d'enlever. Appliquez perpendiculairement deux pinces à forci-pressure sur ce paquet veineux à environ huit centimètres l'une de l'autre; transfixez les deux sillons laissés par ces pinces avec une ligature de catgut fort. Ligaturez la masse veineuse à ces deux endroits et réséquez la portion intermédiaire. Les ligatures, supérieure et inférieure, sont nouées ensemble, et les moignons, supérieur et inférieur, sont réunis et suturés l'un à l'autre. Par rapprochement des extrémités des veines réséquées, il résulte un empâtement, une induration qui est résorbée au bout de quelques mois.

La ligature et la résection des veines spermatiques diminuent le poids de la colonne veineuse sanguine, et la réunion des ligatures supérieure et inférieure des veines réséquées aide le crémaster affaibli à supporter le testicule et supprime plus ou moins la tension continue du canal déférent et des vaisseaux environnants.

Evitez de blesser le nerf génito-crural qui innerve le muscle crémaster. La section de ce nerf prive le crémaster de son pouvoir contractile; le muscle s'altère, s'affaiblit, se distend et il en résulte une certaine flaccidité du scrotum.

Examinez avec soin les moignons. On s'efforcera d'obtenir une hémostase complète. De petits points saignants peuvent produire des hématomes volumineux. Un hématome résultant de la blessure d'une veine peut comprimer les veines restantes et déterminer un oedème et une induration du scrotum et des tissus sous-jacents. Une hémorragie post-opératoire peut résulter du glissement d'une ligature, d'un noeud mal fait, de fils de ligature défectueux.

La réunion des moignons supérieur et inférieur des veines réséquées, il est plus facile en cas de glissement de ligature, de trouver le ou les points saignants. Certains opérateurs fixent par un ou deux points le moignon supérieur aux piliers de l'anneau inguinal superficiel.

Toute hémorrhagie ayant été arrêtée, les gaines du cordon sont suturées et la plaie opératoire est fermée.

Dans les cas de varicocèle volumineux et dans les cas qui sont compliqués d'orchidoptose, nous suppléons à la ligature et à la résection des veines ectasiées par une amputation partielle du scrotum. Cette ablation des tissus scrotaux inutiles et superflus remédie à la laxité exagérée des bourses. Nous considérons ce dernier temps, la résection scrotale, essentiel au succès de l'opération. Sur trois cents opérés, suivis et revus, nous n'avons eu que deux récidives, et encore, insignifiantes, à enrégistrer. C'étaient deux cas de distention du scrotum ultérieure à l'opération.

La peau du scrotum est mince, élastique, pigmentée, parcourue par un raphé longitudinal et, quand elle se contracte, par des sillons transversaux. Dans une amputation du scrotum convenablement pratiquée, le vas déférens, ses vaisseaux, et l'artère spermatique ne risquent pas d'être blessés.

La technique que nous préconisons pour la résection du scrotum présente les avantages suivants :

1. Elle est d'exécution simple et rapide. Elle rejette l'emploi de points séparés; car les sutures interrompues compliquent, prolongent l'opération et assurent l'hémostase opératoire moins bien que les sutures-ligatures continues.

2. Elle corrige tout relâchement scrotal exagéré quelle qu'en soit la cause — varicocèles volumineux, grandes hernies scrotales, hydrocèles vaginales, tumeurs testiculaires, etc.

3. Elle n'exige pas l'emploi d'instruments spéciaux; pas de clamps, deux aiguilles, trois pinces hémostatiques, quelques fils de catgut et une paire de ciseaux suffisent pour pratiquer l'opération.

4. Elle élimine positivement tout danger d'hémorrhagie opératoire ou post-opératoire.

5. Elle demande peu ou point de traitement post-opératoire. Le catgut étant seul employé pour sutures et sutures-ligatures, il n'y a ni fils ni ligatures à enlever. La portion de catgut enfouie dans les tissus est résorbée; la partie externe est enlevée ou rejetée.

6. Elle est sans péril, efficace et donne des résultats permanents et satisfaisants; même en cas de guérison retardée ou par seconde intention, les résultats ultimes et définitifs ne laissent rien à désirer.

L'amputation du scrotum se serait vulgarisée si une méthode permettant le contrôle facile et sûr de toute l'hémorrhagie avait déjà

été proposée. Le danger de l'hémorragie opératoire et post-opératoire, et d'hématome post-opératoire a éloigné beaucoup de chirurgiens de cette opération et en a conduit d'autres à imaginer des clamps ingénieux pour la prévention et le contrôle de cet accident.

Il est admis de nos jours qu'aucune pince, quel qu'en soit le modèle, droite, concave ou convexe, appliquée en deçà ou au-delà du point de section scrotale, employée seule ou en paire, n'offre une garantie absolue contre l'hémorragie. De grandes hémorragies sont survenues dans les mains d'opérateurs reconnus compétents (Dardignac, Lucas-Championnière, etc.).

Dans la résection du scrotum, la ligne de section sera unilatérale ou bilatérale, longitudinale ou transversale. Quoique beaucoup d'opérateurs sont d'avis que la résection longitudinale donne un résultat morphologique plus satisfaisant, nous avons presque invariablement recours à une ligne de section bilatérale transversale qui offre l'avantage d'agir sur les deux moitiés du scrotum en même temps et de donner une cicatrice qui ne compromet, qui ne gêne nullement l'érection du pénis. La même technique s'adapte à une ligne de section longitudinale. Dans la résection longitudinale, la cicatrice tombe dans la ligne du raphé médian ou plutôt le reconstitue et le scrotum n'est nullement déformé. Dans la résection longitudinale, il faut laisser du côté de la verge une quantité de peau suffisante pour les érections futures; du côté du périnée, au contraire, il faut en laisser très-peu.

On procède ainsi :

1. D'une main l'aide refoule les testicules vers le pubis et de l'autre il saisit le scrotum en éventail de façon à former un grand pli transversal. On enlève assez de tissu scrotal pour s'assurer que les nouvelles bourses supporteront solidement les testicules et on en conserve assez pour assurer aux testicules une enveloppe cutanée non-douloureuse. La quantité à enlever varie selon le cas. Il est à désirer que ni les testicules ni la tunique vaginale ne soient traumatisés ou blessés.

2. N'oubliez pas que dans les amputations scrotales, l'hémorragie post-opératoire a souvent pour point de départ les vaisseaux de la cloison. Le moyen habituellement employé pour arrêter l'hémorragie, c'est de lier les vaisseaux à leurs points saignants. Les chirurgiens s'éloignent rarement de cette règle et il est rare qu'on lie un vaisseau dans sa continuité pour assurer l'hémostase. Dans la ligature des vaisseaux, le fil compressif est placé perpendiculairement à la

direction du vaisseau et directement sur ses parois. Ce procédé est connu sous le nom de ligature immédiate.

Dans notre procédé de résection scrotale, nous employons une ligature médiante. Les boucles compressives de catgut sont placées perpendiculairement à l'axe longitudinal des vaisseaux et de façon à intercaler une couche de peau scrotale et de tissus sous-jacents entre ces boucles et les parois vasculaires.

3. L'hémorragie de la cloison scrotale est contrôlée par le passage d'une ligature perforant les parois antérieure et postérieure au point marqué 1, Fig. 1, 3, 4. Cette ligature, rapprochant la paroi antérieure à la paroi postérieure dans la région du raphé, est nouée et ses chefs sont coupés.

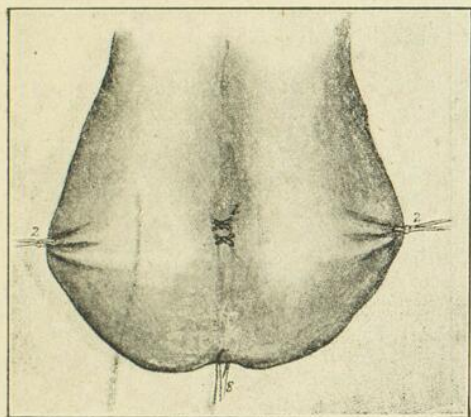


Figure 1

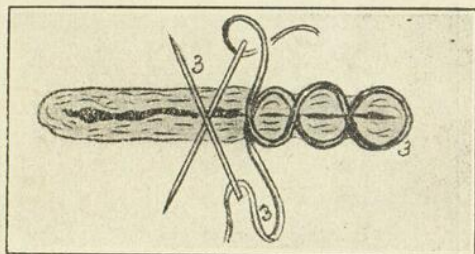


Figure 2

1. Ligature perforant dans la région du raphé, les parois scrotales, antérieure et postérieure.

2. Ligatures, droite et gauche, nouées, les chefs sont encore longs et serviront à maintenir les tissus scrotaux pendant l'introduction des deux sutures-ligatures.

3. Mode d'introduction des deux sutures-ligatures d'hémostase et d'approximation.

4. Une ligature analogue est placée à chaque bord du scrotum (2, Fig. 1, 3, 4). Ces deux ligatures sont nouées et leurs extrémités servent à soutenir et à étendre le tissu scrotal durant tout le temps de l'introduction des deux sutures-ligatures.

5. On choisit un long fil de catgut épais à chaque extrémité duquel on enfle une aiguille. L'aiguille que nous employons pour ces sutures ligatures, est une aiguille longue, droite et aplatie. On peut aussi se servir de l'aiguille droite à extrémité en forme de lance.

Le chirurgien, ayant déterminé la ligne de section scrotale, l'assistant à l'aide des deux ligatures latérales (2, Fig. 1, 3, 4), et d'une pince placée au point 8, étire la partie du scrotum qu'on se propose de réséquer.

6. A 1/4 m. de la future ligne de section scrotale, on pose le milieu du fil de catgut sur le bord scrotal le plus éloigné de l'opérateur et on procède alors à l'introduction de la première suture ligature, selon le procédé figuré dans la planche 3.

Cette suture ligature constitue un point continu analogue au point du cordonnier et l'étend d'un bout scrotal à l'autre, comprenant dans ses boucles les parois antérieures et postérieures du scro-

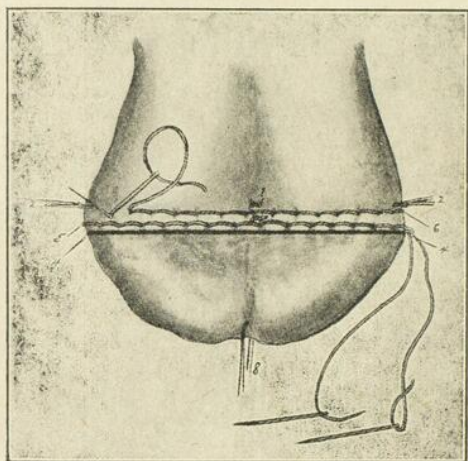


Figure 3

4. Ligne de section scrotale. Avec le temps, les angles s'arrondissent.

5. Première suture-ligature insérée à quatre millimètres en deçà de la ligne de section scrotale.

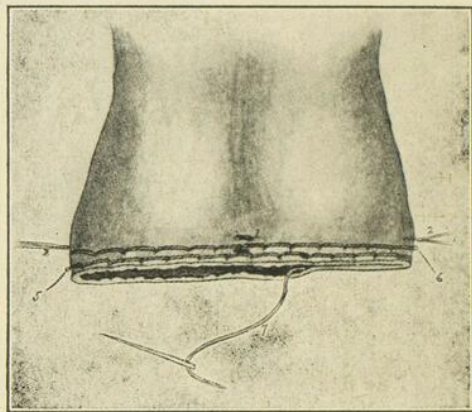


Figure 4

6. Seconde suture-ligature insérée à sept millimètres en deçà de la ligne de section scrotale.

7. Suture intra-dermique rapprochant les bords de la plaie scrotale.

tum (5 et 6, Fig. 1, 3, 4). Les deux aiguilles sont employées en même temps et dirigées en directions diamétralement opposées. En atteignant le bord latéral opposé, on noue et on coupe les extrémités de la suture ligature.

7. Une suture ligature semblable à la précédente est insérée à 1/4 cm. en deçà de la première.

8. On enlève à l'aide de ciseaux le tissu scrotal superflu qui correspond à la ligne de section.

9. Habituellement il y a éversion des bords de la plaie. On y remédie en introduisant un surjet intra-dermique de catgut (7, Fig.

4). La plaie est pansée, du gutta percha en feuille recouvrant la gaze empêche toute contamination du champ opératoire par l'urine.

10. Un double spica de gaze est appliqué maintenant de façon à soutenir les testicules et à exercer une compression légère et indolore sur le nouveau sac scrotal. Veillez à ce qu'il n'y ait pas de rétention urinaire.

La résection des veines est parfois suivie d'un léger oedème du scrotum et d'une légère tuméfaction du testicule. Ces accidents sont d'ailleurs tout à fait passagers.

Pour que le champ opératoire soit toujours sec, on change le bandage scrotal tous les deux ou trois jours.

Le malade reste au lit quinze jours et porte pendant un mois seulement un suspensoir bien ajusté.

## **Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Forlanini**

Par le Docteur Eugène GRENIER  
De Montréal.

L'idée de traiter la tuberculose pulmonaire, par compression, date de longtemps. Dès 1822, Carson, de Liverpool, croyait que la production d'un collapsus du poumon, activerait la cicatrisation des lésions, laquelle, disait-il, est retardée par la mobilité constante de l'organe. En 1834, Ramagde, de Londres, revient sur la même idée. L'application d'un bandage compressif à la cage thoracique, est proposée par Piorry, vers 1865. Forlanini, de Pavie, commence en 1882 la publication d'une série d'articles sur ce sujet, mais ce n'est qu'en 1892, qu'il constitue son premier pneumothorax thérapeutique. Murphy, de Chicago, commençait aussi vers la même époque à employer ce mode de traitement. Puis graduellement, la méthode se répand et pénètre en Suisse, en Allemagne, en Autriche, en Danemark et en France, où elle est introduite par Dumarest.

Ainsi, par le pneumothorax artificiel, on cherche à mettre le poumon tuberculeux au repos, condition reconnue favorable à la guérison des tuberculoses articulaires.

En raison de l'élasticité du tissu pulmonaire, cet état est obtenu en injectant un gaz inerte dans la cavité pleurale. Nous ne discuterons pas ici, si l'affaissement du poumon ainsi réalisé, est dû plutôt à la cessation du vide pleural qu'à la pression faite par le gaz injecté, notons simplement le résultat qui est la compression produisant, immobilisation de l'organe malade, suppression de sa fonction de ventilation, d'hématose, tassement des alvéoles, accollement des parois des cavités normales et pathologiques. De plus, la compression exprime des cavités le pus ou les autres sécrétions toxiques, réduit la capacité du système circulatoire, arrête la circulation fonctionnelle; point dont l'importance n'échappe à personne puisque l'intensité de l'inflammation est en raison directe de l'intensité de la circulation. En résumé, mettre au repos, décongestionner, vider les cavités de leurs sécrétions toxiques et accoler les lèvres des plaies, voilà ce que l'on veut obtenir par le mécanisme de la compression.

Lors de son apparition, le pneumothorax artificiel n'était conseillé que dans les cas très avancés; les lésions devaient être profondes, circonscrites, strictement unilatérales et avoir résisté à l'in-

fluence des traitements usuels, hygiéno-diététique, etc., etc. Les observations se multipliant et la technique opératoire se perfectionnant, ce cadre est aujourd'hui moins restreint.

Les indications énoncées d'après les nombreuses formes cliniques de la tuberculose sont certainement précises, mais cette classification présente des difficultés que plusieurs n'ont pas le temps d'attaquer. Une étude que nous poursuivons, depuis trois ans, sur ce sujet, l'analyse minutieuse des travaux épars publiés et notre expérience personnelle nous permettent d'affirmer que le pneumothorax artificiel est indiqué et dans les formes de phtisie chronique et dans les formes de phtisie aiguë, la condition requise étant que les lésions *évoluent*.

C'est le temps d'intervenir, dans la tuberculose chronique, quand le processus morbide, sous l'effort du traitement ordinaire, continue son évolution vers le ramollissement; dans la tuberculose aiguë, quand la poussée actuelle ne se refroidit pas, ou s'il y a eu rémission que d'autres poussées se succèdent à de courts intervalles. Dans la phtisie subaiguë, l'intervention s'impose aussitôt le diagnostic établi. Le pneumothorax thérapeutique est tout indiqué dans l'hémoptysie incontrôlable ou dans les expectorations sanguines chroniques.

L'unilatéralité des lésions est considérée aujourd'hui, comme une condition idéale mais non indispensable à l'application du procédé de Forlanini. L'importance de la bilatéralité est relative à l'étendue de poumon infiltrée par les tubercules en évolution.

Si la tuberculose pulmonaire est greffée sur un terrain diabétique ou sur toute autre maladie constitutionnelle ayant déjà enlevé ou enlevant à l'organisme son pouvoir de résistance vitale, on devra se garder d'intervenir. On agira de même si la tuberculose est généralisée à la majorité des organes, se rappelant toutefois, qu'une localisation secondaire au larynx ou à l'intestin ne constitue pas une contre-indication. Mais contre-indiquent ce traitement, les maladies de coeur, l'emphysème généralisé, les syncopes pour des causes futiles, l'éclampsie puerpérale, une tumeur comprimant déjà les organes du médiastin ou l'ascite volumineuse et les tuberculoses bénignes.

Les obstacles au traitement sont constitués par les adhérences pleurales. Celles-ci existent chez presque tous les tuberculeux. Faciles à rompre dans les cas aigus, elles sont tenaces dans la tuberculose chronique. L'examen stéthoscopique et l'examen radioscopique nous renseignent un peu sur leur existence mais nous laissent ignorer leur degré de résistance. Selon qu'elles sont élastiques ou tenaces, nous

pourrons avoir un pneumothorax complet, partiel ou impossible à réaliser.

On a proposé deux méthodes pour produire artificiellement le pneumothorax.

L'une sanglante, préconisée en Amérique par Murphy et Lemke, en Europe par Brauer, consiste à inciser au bistouri, tous les plans de la paroi thoracique jusqu'à la plèvre pariétale, pour ensuite percer celle-ci au moyen d'une canule mousse. Ce procédé fut imaginé dans le but d'éviter la blessure du poumon et la production d'embolie gazeuse.

De son côté, Forlanini se servant d'une aiguille acérée, munie d'un robinet à trois voies, traverse tous les plans thoraciques et ponctionne la plèvre d'emblée. La première méthode a peu d'adhérents, la seconde, plus simple pour le médecin et pas douloureuse pour le patient est bien acceptée.

L'injection de liquides, pour constituer un pneumothorax, ne se pratique plus. On emploie des gaz inertes, chargés ou non de vapeurs antiseptiques. Se rappelant d'un côté, que le pneumothorax une fois constitué, n'a d'action que si la compression établie n'est maintenue et d'autre part, que tout gaz se dissout au contact d'un liquide, il n'y a pas à s'étonner si le choix du gaz ne fut fait qu'après nombre d'expériences et de discussions. Aujourd'hui, nous employons par ordre de fréquence, l'azote, l'air stérilisé et l'oxygène.

Les appareils à injection sont tous basés sur le principe des vases communicants. Deux réservoirs, dont l'un est gradué, reposent sur un plan horizontal et sont mis en communication à leur extrémité inférieure, par un tube en caoutchouc. Les deux flacons sont à demi remplis d'une solution antiseptique. A la partie supérieure du flacon gradué, s'adapte un tube servant à conduire le gaz à travers un filtre de coton stérilisé, et de là, à la cavité pleurale. Sur ce tube conducteur, est branché le manomètre. Le second réservoir, mobile ou stationnaire et, dans ce dernier cas, muni d'une soufflerie contient la colonne d'eau devant refouler le gaz enfermé dans le flacon gradué. Quelques robinets différemment disposés selon les appareils servent à isoler ou à relier entre eux les divers conduits.

Le manomètre, que l'on trouve aujourd'hui attaché aux appareils, en nous renseignant, à tout instant, sur la localisation de la pointe de l'aiguille, donne au procédé de Forlanini, une sécurité qui lui manquait au début. C'est d'ailleurs la méthode que nous employons et nous procédons comme suit:

Le malade a été bien examiné, tenu sous observation, les lésions ont été parfaitement localisées. Le patient se présente le matin à jeun. Il reçoit d'abord une injection de morphine pour diminuer la sensibilité du réflexe pleural et éviter les accès de toux durant l'intervention. L'opéré repose sur le côté, le bras libre relevé sur la tête. On évite de choisir le champ opératoire au niveau des lésions, puis on prépare ce dernier par des lavages à l'alcool, à l'éther suivis d'une pulvérisation ou d'un badigeonnage à la teinture d'iode. L'opérateur, avec l'index de la main gauche, localise l'espace intercostal choisi et repère le bord supérieur de la côte. Un jet de chlorure d'éthyle est dirigé sur ce point et immédiatement suit l'injection d'une solution fraîche de novocaïne. Après quelques minutes, l'anesthésie locale est complète. L'aiguille, connectée au tube conducteur de l'appareil à injection, est tenue de la main droite et est enfoncée perpendiculairement avec lenteur, afin de percevoir les différents plans traversés. S'il n'y a pas d'adhérences, à ce niveau, en perçant la plèvre pariétale, on aura la sensation de perforer une feuille de papier parchemin. Au même instant, la colonne manométrique s'élève, puis des oscillations négatives se produisent. Elles sont rythmées par les mouvements respiratoires, cessant si ceux-ci sont suspendus, reprenant avec eux, traduisant leur amplitude de même que les saccades de la toux. La plèvre est ponctionnée, c'est le moment de laisser entrer le gaz. Dans cette première intervention, nous ne faisons qu'amorcer le pneumothorax en injectant 150 à 500 cc. de gaz; nous le compléterons par des réinsufflations subséquentes, répétées à trois ou quatre jours d'intervalle, selon la tolérance du sujet.

“Le pneumothorax, une fois total, nous citons ici Dumarest (1), “sera entretenu à l'aide d'insufflations dont la fréquence et l'importance varient avec la capacité de résorption de la séreuse vis-à-vis du “gaz injecté. Le pouvoir de résorption, d'autant plus marqué que la “plèvre est plus saine, va en s'atténuant avec le temps et varie “d'ailleurs avec les sujets; il peut être évalué en moyenne, pendant “la première année à un litre par mois pour l'azote. Chaque cas “individuel se règle par tâtonnement en espaçant progressivement les “insufflations et en s'inspirant des indications du manomètre et du “principe suivant dont l'importance est capitale dans toute cure par “le pneumothorax: c'est que l'*immobilisation pulmonaire une fois “obtenue doit être entretenue rigoureusement*. Pour cela, il faut que “la pression intra-thoracique soit *constante* et maintenue telle sans

---

(1) Dumarest, Journal méd. franç., jun, 1912.

“fluctuations possibles, sans alternatives de compression et de décompression pendant une durée qui est subordonnée à l'importance des lésions à cicatrifier et qui varie suivant les sujets, mais qu'il est sage de n'estimer, en aucun cas, inférieures à deux années.

“On peut en déduire aisément quelle sollicitude, quel esprit de suite, quelle persévérance toujours attentive de la part du médecin, quelle docilité de la part du malade exige la conduite de cette cure, et il ne s'agit encore là que du cas le plus simple. On s'explique aussi que les auteurs qui se sont le plus occupés de la question et en première ligne, Forlanini, n'aient pas réuni un très grand nombre d'observations. L'application de la méthode est trop absorbante et prend trop de temps pour permettre à un médecin consciencieux, occupé par ailleurs, de traiter simultanément beaucoup de malades.

“Ce qui contribue le plus à rendre difficile à ces derniers cette longue persévérance c'est la rapidité de l'amélioration subjective qui accompagne la création du pneumothorax. Après chaque insufflation, la défervescence s'accuse, la toux et l'expectoration passagèrement augmentées par l'intervention diminuent, l'état général se relève, et il peut arriver dans les cas favorables qu'une fois le pneumothorax constitué, c'est-à-dire dans un délai de quinze jours, les symptômes subjectifs si pénibles qui durent souvent depuis des années aient complètement disparu. Les semaines passant, l'amélioration se confirme, les bacilles et les fibres élastiques disparaissent de l'expectoration, les forces et le poids reviennent à la normale et c'est alors que trop souvent le malade, se croyant guéri, échappe à la surveillance du médecin, se déplace, laisse s'espacer exagérément les interventions, commet aussi des imprudences...”

Il est évident que le résultat thérapeutique, décrit ci-haut par Dumarest, ne s'applique pas au pneumothorax partiel, où l'amélioration subjective est proportionnelle à l'importance du pneumothorax créé. L'opérateur rencontre aussi, au cours de l'intervention, dans ce dernier cas, beaucoup plus de difficultés. Sans pouvoir en donner ici une énumération complète, nous allons mentionner les plus fréquentes.

Le manomètre reste à zéro: la pointe de l'aiguille est dans un champ d'adhérences serrées; nous n'avons que de faibles mouvements négatifs: la pointe de l'aiguille est au milieu d'adhérences lâches; le manomètre enregistre de grandes oscillations négatives à l'inspiration, positives à l'expiration et la pression revient nulle en immobilisant le thorax: la pointe de l'aiguille est dans le poumon; la

colonne manométrique dessine une légère pression positive puis s'immobilise: un peu de sang vient de remplir la lumière de l'aiguille. Cette dernière complication, tout à fait bénigne en elle-même, donne à l'opérateur un avertissement sérieux. La pointe de l'aiguille se trouve soit dans une veine, soit dans une zone d'adhérences dont le tissu est très vasculaire. Faire une injection d'azote à cet endroit, serait provoquer délibérément l'embolie gazeuse et ses conséquences néfastes. Mais on a eu l'aspiration pleurale, les oscillations sont libres et bien que le gaz pénètre avec lenteur, la pression s'élève rapidement: nous sommes en présence d'adhérences résistantes. Dans ces conditions, l'opérateur doit être aussi prudent que patient. Il essaiera à vaincre l'obstacle par des injections fréquentes d'un faible volume de gaz, en élevant chaque fois la pression finale. La pression doit être continue afin de distendre les adhérences, mais jamais exagérée pour ne pas produire de déchirures pulmonaires. Même en prenant toutes ces précautions, le malade se plaint quelques fois de douleurs thoraciques et, nous nous rappelons un cas où l'abaissement du diaphragme fut cause de douleurs abdominales assez intenses. L'emphysème superficiel ou profond, par infiltration de gaz dans les tissus, est une complication bénigne et assez rare. Au cours du traitement, on constate dans un certain nombre de cas, la formation d'un épanchement pleural. Cette condition est sérieuse ou non, selon la nature et la quantité du liquide.

De l'exposé précédent, nous pouvons conclure que le pneumothorax n'est pas une formule de tiroir que l'on peut dispenser indistinctement à tous les porteurs de bacilles tuberculeux. Mais, appliqué dans les conditions requises avec une technique éclairée, ce mode de traitement a une puissance d'action indéniable. Le maniement de cet agent thérapeutique est délicat, mais en cela, pour le phthisiothérapeute consciencieux, le pneumothorax artificiel ne diffère ni du traitement biologique ni du traitement dit rationnel.

Au surplus nous croyons d'à-propos de compléter l'exposé de cette méthode par un tableau des résultats que nous avons obtenus de l'application du traitement de Forlanini. Si ces résultats ne sont pas tous également parfaits, au moins sont-ils encourageants.

**PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL****(Statistique)**

Sur 327 malades tuberculeux observés, dans notre clientèle privée, du 1er juillet 1914 au 30 juin 1915, nous avons choisi et tenté de traiter 19 patients, par le pneumothorax artificiel. De ce nombre, 12 cas sont assez anciens pour établir la statistique suivante, au point de vue résultats immédiats.

|  |       |
|--|-------|
| Pneumothorax impossible à réaliser . . . . .         | 1 cas |
| Pneumothorax complets . . . . .                      | 6 —   |
| Résultats très bons (arrêt de la maladie) . . . . .  | 4     |
| — bons (amélioration notable) . . . . .              | 1     |
| — nuls . . . . .                                     | 1     |
| Pneumothorax incomplets . . . . .                    | 5 —   |
| Résultats bons . . . . .                             | 2     |
| — satisfaisants (diminution des symptômes) . . . . . | 1     |
| — nuls (traitement discontinué) . . . . .            | 2     |
| Décès . . . . .                                      | 3 —   |

Des six cas où nous avons réussi à constituer un pneumothorax complet, cinq malades pouvaient être classés dans la deuxième période de la maladie. Avec des lésions franchement évolutives, ils possédaient encore une résistance vitale très prononcée. Le sixième malade, rendu à la troisième période, était dans un état précaire avec puissance de réaction plutôt problématique. Les résultats, dans ce dernier cas, furent nuls; le mal a continué son évolution et le patient est décédé.

Des cinq cas où nous avons obtenu un pneumothorax incomplet, quatre malades pouvaient être classés dans la deuxième période de la maladie, et le cinquième dans la troisième période. Chez deux de ces cinq patients, la résistance invincible des adhérences pleurales nous a forcé à discontinuer l'application de la méthode de Forlanini. Les douleurs persistantes et la dyspnée prononcée faisaient que l'un tolérait mal le traitement tandis que l'autre n'en retirait aucun bénéfice. Le mal a continué son évolution et ces deux malades sont décédés.

## **LES GROSSES LETTRES DU NOBLE MÉTIER DE NOURRICE**

Par le Dr Aurèle NADEAU

De Beauce Junction.

---

Nous donnerons ici très brièvement les notions élémentaires et pratiques que toute candidate à la maternité devrait posséder.

Avant d'indiquer comment on doit s'acquitter de ses devoirs de nourrice, nous dirons un mot de ce qui doit être fait pour se bien préparer à l'accouchement.

### **Hygiène générale de la femme enceinte**

Pas n'est besoin de faire rien d'extraordinaire; la femme enceinte devra vivre comme à l'ordinaire, si elle est ordinairement bien. Son travail sera celui de son état, tout en évitant le surmenage, surtout dans les derniers mois de la grossesse.

Elle devra prendre chaque jour un peu d'exercice au dehors. Laisser entrer librement dans sa maison l'air et la lumière, deux grands remèdes qui ne coûtent rien. Ne pas négliger la propreté corporelle, au sujet de laquelle nous reviendrons plus loin.

Sa nourriture devra être simple, saine, assez riche en végétaux pour prévenir la constipation qui origine ou s'aggrave alors si on n'attache pas d'importance à ce point. Ne pas faire de suralimentation sous prétexte qu'on doit *vivre pour deux*. Dans les deux derniers mois, on conseille d'être très sobre de viandes rouges et de sel de cuisine, de boire beaucoup de lait.

Dans ces deux mois, également, si on éprouve des maux de tête inaccoutumés, accompagnés de bouffissures, étourdissements, il sera prudent de faire analyser ses urines par son médecin.

Dans les dernières semaines il faudra multiplier les soins de *propreté spéciale*, c'est-à-dire du côté des organes génitaux. Propreté scrupuleuse des sous-vêtements qu'on changera dès qu'ils seront souillés. Port de serviettes sanitaires souvent changées et longuement bouillies. Même chose pour les draps de lit. Toilette intime très soignée au moyen de lavages quotidiens à l'extérieur, avec eau bouillie vingt minutes, linge bouilli dans cette eau, savon qui ne sert

---

(1) Notre correspondant nous adresse ce qu'il appelle ses "notes de voyage". Ce sont des propos qu'on lira avec profit.—N. de la R.

pas à d'autres personnes, et qui sera conservé à l'abri de la poussière dans un savonnier couvert.

Il va sans dire que ces soins de propreté minutieuse seront continués plus que jamais après l'accouchement et administrés par des personnes de l'entourage reconnues pour être "particulières" et prudentes.

Avant comme après, éviter les lavages *en dedans* comme traitement de routine, et ne les pratiquer que sur prescription du médecin, et apprendre à les faire de manière à ne pas ajouter au danger.

De grands progrès ont été réalisés en notre pays, depuis 20 ans, en matière de propreté à l'occasion des accouchements. Aujourd'hui par exemple, on sait partout à n'en pas douter qu'on *n'attrape pas de froid* à se laver, comme on le croyait autrefois. Aussi les résultats sont indéniables. La fièvre puerpérale est devenue une rareté. Et plus on devient "particuliers", scrupuleux en matière de propreté, moins on voit de ces frissons, poussées de fièvre et autres signes d'infection généralisée qui étaient l'accompagnement presque fatal de relevailles d'autrefois. Non-seulement ces ennuis compromettent la vie, altèrent la santé mais encore sont les plus grands facteurs pour tarir la source du lait.

### Préparation des seins

Cet enfant qui est en route, il faut lui préparer la table et on a neuf mois pour y penser. Les personnes âgées dans l'entourage de la future mère, à son premier, devraient s'enquérir pour savoir s'il n'y aurait pas absence de bouts de sein, comme ça arrive souvent. Les enfants qui n'ont jamais "voulu de leur mère" c'est parce qu'ils n'avaient pas assez de *prise* sur le bout de sein insuffisamment développé.

Pour corriger ce défaut source de bien des ennuis, il importe de s'y prendre bien d'avance. Il faudra à l'aide de ses doigts, pétrir, malaxer, étirer le bout de sein avec patience, et les résultats sont toujours excellent. A l'aide d'une poire en caoutchouc annexée à la partie en verre d'une tétérelle, on fait merveille également. Votre médecin vous fournira l'instrument. Il ne faut pas attendre aux derniers temps pour s'en servir, car la sortie du lait fait glisser le mamelon dans la tétérelle et empêche de faire le vide nécessaire pour étirer ce mamelon en défaut. Ce sont des détails qui font monter le rouge aux pommettes des apprenties dans ce nouvel art, mais qui sont de grande importance. Rien n'est vulgaire en médecine d'ailleurs.

Il y a un autre danger sur ce point: ce sont les crevasses difficiles à guérir si on s'est négligée, mais *toujours évitables* et à bon marché. Il s'agit de laver les bouts de sein longtemps à l'avance avec du whiskey en esprit, de l'eau de Floride ou de l'eau de Cologne pour les endurcir. Secondement, on *achètera d'avance* du boura (borax) en poudre, dont on mettra une pincée dans la bouche de l'enfant avant chaque tétée, et ceci, pour plus de prudence, pendant les trois premiers mois de la vie de l'enfant. Il s'agit ici de *prévenir les coups*, et si vous attendez pour le boura, que l'enfant ait du mal dans la bouche, il sera trop tard.

Ces précautions sont de bonne guerre, et permettent d'éviter des malheurs, à peu de frais. Prévenir est un des meilleurs moyens de guérir. L'absence de bout de sein qui condamne au biberon dès le premier jour, est un malheur. Les *enfles* et *abcès* des seins, à *peu près toujours* causés par la crevasse en sont de plus grands encore. Vous entendez dire: "Moi je n'en fais rien, parce que je n'ai pas coutume d'avoir rien de tout cela".

Certaine femme qui n'avait jamais rien eu dans le genre, a abouti à son huitième enfant, et ses deux seins sont passés en matière. Plus d'allaitement possible à jamais, et elle était encore jeune!

Ici, comme ailleurs, les personnes avisées ne laissent rien au hasard et savent mettre toutes les chances de leur côté.

### **Après l'accouchement,**

la mère devra commencer à donner le sein à son bébé dès qu'elle se sentira suffisamment reposée, disons, en moyenne, trois heures après.

Quelques-unes attendent que l'enfant soit revenu du baptême: ce n'est pas nécessaire d'être si cérémonieux. D'autres attendent le gonfle du troisième jour. Avant de dégonfler sa mère, le bébé qui arrive a un autre rôle à jouer: celui de vivre. Or, il a droit à la vie au premier comme au troisième jour.

On dit, surtout au premier, qu'il n'y a pas encore de lait, alors, dans les seins. Mais c'est précisément pour le faire venir que l'enfant doit prendre. La succion de sa bouche donne le branle à la montée du lait et c'est cela qui prévient le mieux le fameux gonfle. Qu'on lui donne une chance; il ne tardera pas à y trouver son compte.

Quand on lui donne le sein tardivement, l'enfant perd cet instinct de sucer qu'il apporte en naissant, et c'est encore une des raisons qui font que des enfants ne veulent pas de la mère qui a manqué son coup en attendant le gonfle.

Et ça évitera la tentation de donner à l'enfant la traditionnelle *eau sucrée*, une autre cause de crevasses, qu'il ne faut pas oublier. La bouche est déjà un milieu de culture microbienne assez actif, on pourrait s'exempter d'y ajouter cet autre élément de fermentation qu'est le sucre. Quand la bouche de bébé fermente à l'excès, les bouts de sein se fendillent et s'infectent.

Je regretterais beaucoup d'avoir oublié de mentionner ici l'habitude de donner des *ponces* aux nouveaux-nés. C'est plus qu'une erreur, c'est un crime.

### Régularité des tétées

On a vu ci-haut que l'enfant devait être mis au sein *dès les premières heures*. Il faudra répéter les repas du petit, régulièrement, à peu près comme suit:

Dans le premier mois: à toutes les deux heures. dans le deuxième et le troisième: à toutes les deux heures et demie. A trois mois, et par la suite: à toutes les trois heures. JAMAIS PLUS SOUVENT, car il faut donner au lait le temps de se condenser, de se faire. Autrement le bébé risque de n'attraper que du "petit lait", c'est-à-dire à peu près de l'eau. Si l'enfant veut prendre avant l'heure désirable, c'est qu'il a soif. Donnons lui donc de l'eau qui le contentera et lui permettra d'attendre à son heure. Pour un grand nombre on dirait que c'est un mystère de comprendre qu'il faut de l'eau à un enfant, surtout en été, encore plus s'il vomit ou s'il a de la diarrhée.

LA NUIT, lui doner le sein le *moins possible*, pour arriver graduellement à lui enlever toute tétée, la nuit, après cinq mois. On considère qu'alors l'estomac de l'enfant est assez grand pour qu'il puisse être nourri parfaitement par les seules tétées du jour. En outre, on donne du repos à son estomac qui a jusque-là travaillé jour et nuit et l'estomac du bébé est un bon et laborieux serviteur qu'il faut ménager. Ça permet, de plus, à la pauvre mère de dormir en paix. C'est très facile d'éduquer l'enfant dans ce sens quand on le veut, c'est-à-dire quand on en comprend l'importance.

### Nourrir son bébé seule

Toute femme qui s'est rendue à *terme* et qui a deux seins qui n'ont *jamais été malades*, peut nourrir seule deux enfants. C'est dire que suffire à un seul est besogne aisée. Et l'allaitement intégral et

exclusif doit durer de 9 à 12 mois suivant la vigueur des sujets. Il y en a qui font encore beaucoup mieux que cela.

Après cela, quand on jugera opportun d'adjoindre d'autre lait ou des bouillies, au lait maternel, il faudra continuer à prendre l'enfant à toutes les 4 à 5 heures, car la fréquente succion entretient la sécrétion du lait. Si l'enfant n'est pris que deux ou trois dans les 24 heures, le lait ne tarde pas à disparaître.

Ne pas prêter l'oreille aux donneuses de conseils qui, à chaque malaise de la mère ou du bébé sont là pour dire que votre lait est insuffisant ou méchant. La mère est la dernière qu'il faut accuser.

Il peut arriver que votre lait soit insuffisant de façon passagère, temporaire, comme, par exemple, à l'occasion d'émotions vives, d'un deuil, de perte de sommeil, d'un gros rhume, etc. Mais aussitôt que ces accidents seront corrigés, la mère devra se hâter de reprendre à nourrir elle seule.

Le meilleur moyen de ne pas avoir assez de lait, c'est de ne *nourrir qu'à moitié*. Et pour peu qu'on continue dans la voie des *demi-mesures*, on gâte son affaire. En effet l'enfant rassasié de lait étranger, et à plus forte raison, d'aliments solides, prend avec moins d'avidité et ce tirage défectueux n'assure plus la montée du lait en quantité suffisante. Et voilà que sous prétexte de se ménager on s'est compromise.

Puis, ce petit mortel né paresseux a vite fait de remarquer que ça tire plus aisément sur une sucette que sur un mamelon. Il ne tarde pas à adopter la besogne la plus facile et vous voilà abandonnée par votre enfant. Et alors, la pauvre petite femme trop faible pour faire son devoir de nourrice se trouve, pas longtemps après, assez forte pour recommencer une autre grossesse sans avoir bénéficié de ce repos si salutaire conféré à la matrice à la faveur d'un allaitement actif et bien conduit.

## Repos

Après un accouchement normal et des relevailles non accidentées (sans pertes, frissons, fièvre, etc.) une femme doit rester au lit 8 à 10 jours, autant à sa chambre, et autant sans travailler ou marcher au dehors. En été, elle peut s'asseoir sur la "galerie", au bout de deux semaines, en ayant soin de bien se couvrir. Sans de repos voulu — et on ne gagne rien à vouloir aller trop vite! — la matrice reste grosse et saignante. C'est le point de départ de tiraillements, déplacements, et autres misères. Ceci, avec la reprise trop

hâtive des rudes besognes, amène les *règles prématurées* qu'on trouve si désagréables au cours de l'allaitement.

### Le balayage

Il paraît que c'est un crime de laver le plancher dans une maison où il y a une accouchée. Pourtant la propreté n'a jamais fait mourir personne. Mais une chose redoutable dont on n'a pas peur, c'est le balayage à sec.

A part la question de danger — car tous les microbes aisément s'associent — il y a là une question de propreté élémentaire que les gens "curieux" saisiront vite. Au cours des soirées de "*compéragé*", par exemple, bien des mal appris crachent sur les planchers des choses plus nauséuses que du jus de pipe. Ces "*abominations*" sèchent pendant la nuit, et au matin, sous les coups de balai, les crachats réduits en poussière vont se loger dans les nez et les bouches. Quel régal d'abord, et quel vaccin contre *l'infection puerpérale*, ça doit être pour la pauvre accouchée! Si les mots sont crus, la pratique de la chose est encore plus odieuse. Il faudra donc remplacer le balayage à sec par celui qui se fait avec sciure de bois humectée, et épousseter à l'aide d'un linge humide. Si on avait moins peur de l'eau qui est si *naturelle* et si on redoutait plus la *mortelle* poussière!

On pourrait aussi, en toute saison fermer la chambre de la malade, et balayer ailleurs portes et fenêtres grandes ouvertes. Fermer quand on est assuré que la poussière a déménagé, laisser réchauffer, puis ouvrir la porte de chambre de l'accouchée. On ajouterait ainsi au chasse-poussière la ventilation toujours si précieuse aux convalescents.

### Lavages

Une femme peut-elle faire sa lessive au cours de l'allaitement?

Dès le deuxième mois, elle peut faire des petits lavages courts. Quant aux "gros" lavages, ce sont besognes à retarder le plus possible, à cause du retour des règles provoqué par les travaux ardu. S'il y a urgence, diviser ses "gros" travaux, laver plus souvent et moins longtemps à la fois. En lavant rudement toute une journée, il est évident que la nourriture que vous dépensez pour faire du travail vous ne l'aurez pas pour faire du lait. Et l'enfant n'attrape qu'un lait qui vaut guère mieux que de l'eau. S'il pleure alors, vous dites que le froid (le grand ennemi! ?) contracté en lavant vous a fait faire du "méchant" lait. Ce n'est pas du froid, ni du mauvais lait,

mais un "petit-lait" maigre que vous avez fabriqué, et l'estomac du bébé crie famine.

### A quand le sevrage ?

Quand vous le voudrez, Madame. Vous êtes le seul juge en la matière, et n'avez de compte à rendre à personne. Ne jamais sevrer dans les chaleurs de l'été: c'est presque toujours le coup de mort pour l'enfant.

Nourrissez aussi longtemps que vous le pourrez; ce sera à votre grand avantage comme à celui de votre enfant.

Il y a des femmes qui nourrissent bien au-delà des limites ordinaires: ce sont ni les moins intelligentes ni les moins fraîches. Où peut être le mal? Quand une femme est en bonne santé, qui l'empêche d'ajouter aux autres aliments le lait maternel, qui comporte les digestifs les plus normaux, lesquels aideront à faire tolérer tant d'autres choses moins recommandables?

A propos de sevrage disons que tous les fameux remèdes qu'on fait à cette occasion "pour séparer le lait d'avec le sang", ne sont que d'inutiles niaiseries.

### LA FAMEUSE QUESTION DES REGLES AU COURS DE L'ALLAITEMENT.

C'est une histoire qui revient souvent sur le tapis. Quelques jeunes mères qui ont peur de tout, s'alarment de cette chose pourtant bien simple. D'autres qui cherchent un prétexte pour se soustraire à leur devoir sans trop de remords, s'en réclament pour cesser l'allaitement.

Des règles *normales* (pas trop abondantes, sans douleurs, survenant chaque mois seulement) ne peuvent être d'aucune objection. Au contraire, ça doit être une incitation à mieux faire. Il peut arriver que pour quelques-unes, le lait en soit diminué, mais c'est passager, et ça se corrige tout seul si l'allaitement est bien fait.

Si les pertes sont de véritables hémorragies (abondantes, fréquentes, douloureuses) on demande à son médecin des remèdes pour corriger cet excès, mais ce n'est pas une raison pour sevrer; tout au plus, devrez-vous pour quelques jours, vous aider d'un peu de lait de vache, et reprendre au plus tôt l'allaitement par la mère seule.

Les principaux moyens bien simples et bien effectifs pour prévenir les règles tant redoutées, sont:

I. D'abord, de se donner après l'accouchement, le *repos* si essentiel au retour de la matrice à son état normal. La formule fran-

gaise est une bonne moyenne: "*Dix jours au lit, 10 jours à la chambre, 10 jours à la maison.*"

II. En second lieu, la maman doit nourrir son enfant elle seule et régulièrement. Quand l'activité vitale est reportée aux seins, matrice et ovaires sont en repos, et par conséquent, pas d'ovulation et pas de règles.

III. Une troisième condition de succès, d'une très grande valeur, c'est d'avoir un intestin libre. La nourrice, plus que tout autre, doit surveiller son intestin, non pas en se bourrant de pilules, mais par tous les moyens naturels (Voir mon livre sur la constipation et son traitement par le REGIME).

Le séjour trop prolongé des selles irrite, infecte et *congestionne* le gros intestin, et par influence de voisinage, tous les organes du bassin. Or, c'est précisément la congestion de sa voisine la matrice qui est le commencement (première phase) de toute menstruation.

Et les pilules purgatives si à la mode pour traiter à *l'envers* la constipation viennent ici aggraver singulièrement le mal. Elles font pour la plupart, à base d'aloès et de cascara, deux emménagogues, c'est-à-dire deux remèdes *provocateurs* des règles. Si vous avez horreur de ce retour des menstrues pendant l'allaitement, ne prenez donc pas de remèdes capables de les déterminer.

IV Est responsable aussi, en pareil cas, l'abus des excitants : liqueurs alcooliques, thé, café, épices, moutarde, etc. Les médecins qui prescrivent aux nourrices la bière et le porter sont de pauvres gens à qui il faudra beaucoup pardonner parce qu'ils ont beaucoup ignoré.

V. N'oublions pas, non plus, comme facteur non négligeable de provocation des règles, la reprise trop hative des rudes besognes (grands lavages, grand ménage, travaux des champs).

Mais la cause de beaucoup la plus sérieuse quoique rarement invoquée ou avouée, c'est l'allaitement irrégulier, mal conduit ou *fait à moitié*. (Voir le chapitre précédent).

Quand ces négligences ont déterminé l'apparition intempestive de la menstruation, on entend la pauvre femme crier: "Mon Dieu que ça épuise donc de brûler ainsi par les deux bouts!!"

Le plus souvent, alors, elle *coupe les vivres* au petit. Quelquefois plus avisée, elle se remet à nourrir plus et mieux que jamais. C'est très bien, mais si les règles s'éloignent ou disparaissent, *précisément parce qu'elle nourrit mieux*, c'est pour le coup que le bébé est abandonné et la décision est sans appel... Puis, quelques jours après, la jeune femme s'aperçoit qu'elle avait eu peur pour rien... Quel dommage, mais c'est irréparable!...

Au bout d'un certain temps, pas bien long, la jeune mère réalise qu'elle a la peur et le mal ! ! . . .

Encore si la leçon pouvait servir pour une autre fois?? . . .

On demande souvent au médecin des remèdes pour empêcher le retour des règles pendant l'allaitement. Ce serait si gentil si on pouvait faire *seulement ce qui nous plaît* et tout corriger à coup de drogues!

Il n'y a pas de médicaments qui empêchent le retour des règles, mais, comme nous l'avons vu précédemment, il y a une *manière de se comporter* qui *retarde* le plus possible leur apparition.

Si par votre incurie ou par accident, elles se montrent, ne vous fâchez pas contre la Providence, ne vous laissez pas aller à la dérive parceque le danger d'une grossesse subséquente se trouve augmenté. Il faut vous redresser pour être à la hauteur de la situation devenue plus difficile. Redoublez d'attention, de savoir-faire, de ponctualité. Puisque vous avez tant peur d'une grossesse à *trop brève échéance*—et c'est légitime! . . . prenez donc tous les moyens également légitimes de l'éloigner.

Nourrir sans "*voir*" c'est l'idéal, mais en-deça de l'idéal, il y a place pour beaucoup de confort, de sécurité et force améliorations dans les conditions de sa vie. Il y a un très grand nombre de femmes qui nourrissent longtemps tout en étant menstruées, et cela, au milieu du plus bel état de santé. C'est ce que faisaient nos grand'mères et elles n'empoisonaient pas leur vie de toutes sortes de peurs.

Après un accouchement ne faites *pas la moitié*, mais *tout ce* qu'il y a à faire pour ne pas "*voir*" si tant est que ça étrive. Si par négligence ou autrement, vous manquez d'atteindre à la perfection tirez le meilleur parti de la condition qui vous est faite, et ne vous attardez pas en des angoisses stériles autant qu'énervantes. Nourrissez mieux que jamais sachant qu'une *demi-protection* vaut infiniment mieux que rien du tout. N'imitiez pas cet enfant rétif qui voulait mourir de faim plutôt que de ne pas avoir un pain complet.

D'ailleurs, nos braves femmes canadiennes qui ont le coeur au bon endroit, doivent avoir en faisant leur devoir de bonnes mères, bien d'autres plus nobles préoccupations que celle de retarder une grossesse ultérieure.

Et quand vous ne savez pas *où vous en êtes*, donnez-vous donc le *bénéfice du doute* en continuant à nourrir au grand avantage du bébé et de vous-même.

Attendez *d'être certaine* pour sevrer, et alors encore ça ne presse pas, et rien ne vous oblige à y aller précipitamment.

Et même si vous étiez “repartie” quel mal peut-il y avoir de continuer à nourrir. Tous les auteurs de médecine sont d'accord pour reconnaître que grossesse et allaitement sont nullement incompatibles. Mieux que cela, les grands maîtres de France prétendent que l'allaitement opère une excellente diversion pour soulager la femme enceinte des vomissements et autres ennuis de la grossesse. Beaucoup de nourrices *averties*, continuent à nourrir à *dessein*, dans le but d'être moins malades et l'expérience leur réussit d'une façon étonnante.

Donc, ça ne presse pas de cesser une fonction si naturelle pour la mère et l'enfant. Au moins, avant de prendre telle détermination, on devrait attendre d'avoir autre chose que des doutes.

N'oublions pas que le sevrage est souvent l'arrêt de mort de l'enfant. On sait comme le choléra d'été est terrible aux jeunes bébés récemment sevrés. D'après nos statistiques, sur 100 enfants sevrés dans le premier mois 90 pour cent meurent avant un an. Soixante dix pour cent des enfants nourris moins que trois mois succombent. Le taux de la mortalité tombe à 35 pour cent chez ceux qui ont été nourris six mois et à 9 pour cent pour ceux qui l'ont été 12 mois. Qu'on jette un coup d'oeil dans l'histoire des familles qui nous entourent, et on verra que ces chiffres sont exacts.

Il se rencontre des jeunes femmes dont la vigueur est telle qu'elles allaitent leur bébé, voient leurs règles et recommencent une autre grossesse, tout en remplissant leurs fonctions de nourrices “à la perfection”. C'est très rare d'abord, et on peut dire que ça ne se voit que dans les premières années de mariage. Et même dans ce cas—il s'agit toujours ici de celles qui nourrissent très bien—les plus vigoureuses et les plus fécondes ont encore de six à huit mois de répit, et ce répit va en augmentant d'une fois à l'autre, ce qui rend plus doux et plus léger le fardeau de la maternité. Après quelques années, soit parce qu'elles ont vieilli, soit parce que leur “vertus nourricières” se sont accrues, (l'exercice d'un organe augmente sa valeur fonctionnelle) elles en viennent à nourrir sans menstruation et la grossesse ne les surprend plus au cours de l'allaitement.

Ca me rappelle le cas de deux soeurs mariées la même année, et qui offrent un de ces exemples de vigueur et de fécondité extraordinaires.

L'une s'est négligée, s'est alarmée, s'est impatientée, s'est révoltée et a trouvé moyen d'avoir dix enfants en douze ans, dont quatre sont morts. L'autre, femme soigneuse, sensée et habile à saisir la raison des choses, n'a eu que huit enfants dans la même période. Tous

sont vivants, bien portants, et le plus court intervalle entre deux enfants a été de dix-sept mois. Deux de moins en 12 ans, 4 de moins en 24, c'est une épargne sur son capital de santé. Un repos convenable entre chaque bébé c'est aussi une vie plus confortable, et des enfants qui ont toutes les chances d'être plus viables et plus solides.

---

### ***L'hôpital stationnaire No 6 Laval***

Nous avons appris avec satisfaction que l'Université Laval, Faculté de médecine, avait offert au Gouvernement de fonder un hôpital de 500 lits. L'offre a été acceptée et le Dr Beauchamp, nommé, depuis, lieutenant-colonel a été chargé de l'organiser.

Cette unité est composée de 12 médecins, 1 quartier-maître, 6 sous-officiers d'administration, 12 sous-officiers d'état-major, 1 clairon, 108 hommes, et 26 infirmières.

Les inscriptions se font rapidement.

Nous ne saurions trop engager les médecins qui peuvent le faire de s'inscrire.

Laval ne pouvait pas s'abstenir, d'un autre côté elle ne pouvait pas s'engager à faire plus qu'elle ne pouvait conduire à bonne fin.

Le choix du Dr Beauchamp est très-heureux et nous avons confiance dans l'organisation qu'il pousse avec activité.

### ***Hôpital stationnaire No 6 Laval***

Cet hôpital est toujours en Angleterre. Le Dr Pelletier est revenu au Canada pour cause de santé. Il a l'intention de rejoindre son poste aussitôt que sa guérison sera complète.

Nous sommes informé que cet hôpital établirait ses quartiers à St-Cloud, près de Paris.

## **A PROPOS DE L'HÉLIOTHÉRAPIE**

Par le Dr C. ROEDERER

Ancient assistant d'orthopédie des hôpitaux.

Depuis quelques années de très nombreuses communications attirent l'attention médicale sur l'héliothérapie. C'est là évidemment une méthode simple et, dans nos existences compliquées, la simplicité a gardé tout son prestige.

Dans quelle mesure les succès escomptés sont-ils vérifiés scientifiquement? Faut-il croire tout le bien qu'on dit de la méthode? Y a-t-il vraiment dans ce procédé une nouvelle ressource thérapeutique?

Nous avons voulu nous en rendre compte, il y a deux ans, en allant vers celui qui depuis 1902, s'est en quelque sorte spécialisé dans la question, Rollier de Leysin.

C'est en effet vers cette époque que tenté par les recherches de Bernhard, de Samaden et les travaux de l'école de Finsen, Rollier, ancien assistant de Kocher, commença dans les montagnes Vaudoises des expériences, qu'il conduisit avec toute la rigueur désirable, un esprit méthodique et scrupuleux, une extrême défiance des communications hâtives et hasardées.

Il est actuellement avec nos compatriotes Malgat et Monteuis, avec Poncet, l'homme qui connaît le mieux la question et l'on ne saurait mieux faire que d'aller se documenter auprès de lui.

Si l'on arrive à Leysin, à 1,200 mètres d'altitude, en plein hiver, par un temps clair, le spectacle n'est pas banal, des malades couchés, nus, sous des galeries ouvertes, exposant aux rayons du soleil leurs corps cuivrés ou runisb. Le contraste entre ces allures sénagaliennes et l'ambiance polaire est tout à fait saisissant. L'absence de vent, la grande luminosité, la réflexion sur la neige épandue dans le cirque de montagnes et concentrant la chaleur sur les maisons du village, permet cette bizarrerie sans risque de refroidissement.

Les malades, atteints de tuberculose externe, n'arrivent pas, aux premiers jours, à cette insolation radicale et complète. Une accoutumance qui varie avec chaque sujet est absolument nécessaire. On commence par irradier localement le sujet pendant quelques minutes seulement, et, peu à peu, on augmente et la zone exposée et la longueur de l'insolation.

On arrive ainsi à faire supporter aux malades des heures de soleil, l'accoutumance étant d'autant plus rapide que le malade s'est

pigmenté davantage. Rollier attache une très grande valeur à la pigmentation. Son expérience lui a permis d'observer que les malades qui bronzent vite guérissent en général plus vite et plus complètement que les autres.

Lors d'un récent voyage, j'ai eu l'occasion de revoir complètement transformés, deux malades, confiés aux soins de Rollier. L'un était un petit pottique, multifistuleux, arrivé au dernier terme de la cachexie, l'autre un adulte atteint de tuberculose intestinale fistuleuse, parti très mal en point, et tous deux avaient pris à l'altitude et sous l'influence du traitement solaire bien mené un air admirable de santé.

Cet aspect n'est pas trompeur. Comme le dit la simple logique, c'est l'état général qui bénéficie tout d'abord de la cure. Le bain d'air qui active les fonctions cutanées, augmente les oxydations et détermine une nutrition plus rapide. Les malades dorment et mangent mieux, leur fièvre tombe, leurs fonctions intestinales se régularisent, ils engraisserent, se sentent plus robustes, reprennent avec l'espoir de la guérison le goût de la vie.

La formule hématique se modifie. Les globules rouges se multiplient et leur valeur globulaire augmente.

Parfois cependant, la réaction est trop brusque, si le traitement a été trop vite conduit. Un état fébrile reparaît, avec des éblouissements, des vertiges, des nausées, il est nécessaire d'interrompre quelques jours avant de reprendre le chemin de l'accoutumance.

Les résultats locaux, pour être moins constants, sont cependant souvent très remarquables. Le premier effet de l'héliothérapie est une action analgésiante.

En très peu de jours, des *tumeurs blanches douloureuses* dont les douleurs avaient même résisté à une immobilisation plâtrée, se sont très souvent améliorées. Rollier a vu de même cette action calmante se produire dans la *péritonite* et la *tuberculose urinaire*. Il a dit, quelque part (*Paris Médical*, de janvier 1911. La cure solaire de la tuberculose chirurgicale), que cette action lui a donné des résultats immédiats chez des malades atteints de cystites bacillaires ou d'annexites très douloureuses, qu'aucune médication n'avait soulagés jusqu'alors.

Dans les premiers jours de l'*insolation*, les *écoulements fistuleux* augmentent de quantité. Cela dure un temps plus ou moins long, suivant les malades, puis la sécrétion se ralentit et parfois s'arrête; en tout cas, la fluidité et l'odeur du pus sont presque toujours modifiées. Ce sont surtout les adénites, comme il faut s'y attendre, qui

donnent les meilleurs résultats à ce point de vue, mais dans des coxalgies depuis longtemps fistuleuses, dans des ostéites du sacrum, dans des bacilloses du pied, le suintement s'est tari, les fistules se sont fermées.

A la surface des plaies, des bourgeons se montrent, les bords se détergent, des plaques de cicatrisation se montrent et la cicatrisation, quand elle se produit, est d'ailleurs plus souple, moins exubérante que celle produite spontanément.

C'est d'ailleurs un phénomène que nous avons remarqué pour les cicatrisations facilitées par la radiothérapie.

Dans les *tuberculoses fermées*, il est plus difficile d'apprécier les résultats qui bien entendu sont moins objectifs. Cependant, maintes adénites ramolies, à la peau, régressent après une ou deux ponctions; d'autres voient leur contenu se *résorber*. Des ganglions même indurés, énormes, de la grosseur d'une mandarine se sont sclérosés après des mois d'insolation sans autre traitement (*loco citato*).

Même résultat dans les gommés, les *abcès d'origine osseuse et articulaire*, qui se résolvent souvent sans ponction.

Des *tumeurs blanches fermées* douloureuses, aux fongosités considérables, présentant une tendance *opiniâtre* à la flexion, prennent cependant le chemin de la guérison. Aussi, confiant dans la cure héliothérapique, Rollier a-t-il souvent combattu mon humeur immobilisante et l'espèce de dogme que l'immobilisation rigoureuse représente pour les gens de ma génération.

Sauf dans les cas douloureux, il n'immobilise pas par le plâtre qui gênerait la cure de soleil. Se souvenant avec Poncet "qu'un membre plâtré est mis dans des conditions de nutrition particulièrement défavorables", il se contente souvent de l'*extension continue*. Ses guérisons sans ankylose semblent lui donner raison. Mais il ne faut pas oublier qu'il agit sur des sujets qui ne quittent pas sa surveillance, alors que dans les villes, dans des milieux hospitaliers et même de clientèle, les résultats seraient évidemment plus déplorables.

Deux points nous paraissent tout particulièrement dignes de remarque; c'est d'abord le fait pour d'anciennes ankyloses du coude, du genou, de la hanche, de disparaître entièrement, laissant une articulation reprendre à nouveau sa souplesse, faisant place à une liberté articulaire complète.

Enfin, c'est l'élimination spontanée de séquestres, des séquestres de métacarpien, ou de phalange, ou d'os de pied ont été ainsi mis au jour par une élimination spontanée.

Les résultats de l'héliothérapie sont consignés dans des obser-

vations déjà nombreuses. En France, on trouve dès 1889 une thèse de Million, un élève de Poncet, qui traita par l'héliothérapie un certain nombre de tuberculoses articulaires. Reboul a présenté, depuis, les observations de quelques cas favorables.

Rollier, tout récemment, publiait toute une série de cas heureux concernant des tuberculoses d'adulte.

Quelques-unes méritent la citation : Il s'agit par exemple d'une femme de 42 ans, présentant une tuberculose du sacrum et des os iliaques qui nécessita 75 ponctions en l'espace de deux ans. Elle grossit de 17 kilos, guérit complètement et reprit ses occupations.

Une ostéite du sternum présentant une ulcération cratériforme de la région du manubrium, large comme une paume de main, se cicatrise en cinq mois.

Une coxalgie chez un malade de 38 ans, présentant 6 fistules, qui coulent depuis dix ans, guérit après dix-huit mois d'insolation, avec fermeture des fistules et retour à la fonction du membre.

J'ai le regret de n'avoir pas à présenter des cas aussi brillants. Le soleil est chez nous plus avare de ses rayons. Aux belles séries succèdent de longues semaines de brumes et de pluies, et je n'ai pu encore utiliser, comme je le désire, le système de lentille, imaginé par Arthaud, pour les jours de demi-lumière, ni substituer à la lumière solaire une lumière artificielle Finsen, pour les jours couverts. Mais, pour modestes, mes résultats sont encourageants.

Voici déjà quatre ans que mes premiers malades ont été soumis à l'action du soleil. Un des premiers était un garçon de 23 ans, qui avait fait une tuberculose des sommets et fut ensuite atteint d'arthrite cervicale, puis d'une tumeur blanche des deux genoux, enfin d'une légère arthrite d'un cou-de-pied. Il fut soumis à l'héliothérapie locale, à Chambéry, qu'il habitait alors, puis à Leysin où il continua la cure. C'est du début de ses séances d'irradiation que date la cessation des *phénomènes douloureux* et la *régression de ses lésions*. Alors qu'on le considérait comme condamné (et tous ceux qui connaissent la gravité de ces tuberculoses multiples s'en étonneront comme nous-même), il a lentement vu la guérison venir.

Au cours de ces deux derniers étés, nous avons soumis à l'irradiation des ulcérations bacillaires, des adénites fistuleuses, des spina ventosa.

Un petit spina ventosa du pouce, qui grossissait malgré toutes les médications et s'était même fistulisé, fut guéri après deux mois de cure solaire.

Un autre spina, intéressant deux métacarpiens voisins, et fistu-

leux, vit rapidement sa sécrétion se tarir, le gonflement disparaître. L'enfant qui en était porteur put se resservir de sa main. Mais au printemps de cette année, les fistules s'étant rouvertes, l'enfant, de lui-même, reprit les séances d'insolation, aux beaux jours, et revint nous conter la chose alors que l'état local s'était à nouveau amélioré et la sécrétion presque tarie.

Il en fut de même d'une énorme tuberculose du pied qui n'était guère justiciable que de l'amputation. Le traitement fut entrepris, à titre d'essai suprême et sans aucune confiance de notre part. Il n'y a que deux mois et demi d'écoulés et il ne faut pas hâter de présumer de la guérison malgré l'arrêt presque absolu de l'écoulement purulent, le dégonflement de moitié, la cessation des douleurs. Mais ces résultats au moins sont acquis.

Récemment, nous avons vu se fermer une sorte de *spina ventosa très ulcérée*, chez une femme de 65 ans. Qu'importe la précision du diagnostic, la plaie suppurait depuis des semaines et en dix-huit jours de soleil, elle s'est fermée. Une femme adulte portait des adénites fistuleuses et des ulcérations du cou en collier, sous l'influence du soleil en quelques jours, les plaies se détergeant, se cicatrisèrent; les unes sont fermées, les autres sont en bonne voie. Ce sont là des exemples pris sur une trentaine de malades que nous suivons pour l'instant.

Sans doute, il serait puéril de nier qu'une amélioration semblable ne puisse être donnée par une méthode différente. Une autre est toute proche: C'est la *radiothérapie* que je veux dire. Nul ne méconnaît moins que moi les résultats de cette thérapeutique dans bien des cas. J'ai même fait jadis avec Barret un des premiers travaux d'ensemble, sur la question, et nombreux sont les auteurs qui se sont attachés à la question. Mais tandis que les *ultra-violetts de Finsen* ou les rayons X de Roentgen, sont d'une application difficile en ce sens qu'ils nécessitent une *installation* et des *frais*, il y a dans la cure solaire une *ressource* qui devrait tenter tous les praticiens.

"La lumière est l'agent d'assainissement à la fois le plus universel, le plus économique et le plus actif auquel on puisse avoir recours dans l'hygiène publique et privée", disait jadis Duclaux. Il est peut-être mieux que bactéricide. Mais ce n'est pas le lieu d'énumérer les théories proposées pour expliquer les faits que nous avons cités. Sans rien vouloir présenter avec trop d'optimisme, on peut cependant affirmer que les résultats sont généralement trop concordants pour qu'une méthode si simple ne soit pas essayée dans ces cas.

Pour notre part, nous croyons qu'on pourrait faire une adjonction au proverbe italien, qui dit que là où ne pénètre pas le soleil pénètre le médecin, et continuer: Où pénètre le soleil, pénètre souvent la guérison.

## SOCIÉTÉS

### ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'ARTHABASKA

ASSEMBLEE DU 16 JUIN 1915.

Sont présents :

MM. les Drs Philippe Ant. Brassard, A. J. Boisvert, O. Desjardins, O. Rogers, J. B. Drouin, Arthur F. Poulin, W. Laroche, Alf. E. Jutras, J. P. H. Massicotte et J. H. Raymond.

Monsieur le docteur Brassard préside et Monsieur le Docteur Raymond agit comme secrétaire en l'absence du Docteur Delâge.

On procède d'abord à l'élection de nouveaux officiers et le résultat donne pour :

Président : M. le Docteur A. J. Boisvert.

Vice-Président : M. le Docteur J. P. H. Massicotte.

Secrétaire : M. le Docteur J. H. Raymond.

Une motion de remerciements est ensuite votée aux officiers sortant de charge.

M. le Docteur J. B. Drouin est alors invité à donner lecture d'un travail intitulé : *Traitements gynécologiques, leur technique et les services qu'ils peuvent rendre dans la pratique journalière.*

M. le Docteur Drouin traite son sujet en parlant : 1° des injections vaginales ; 2° des pansements vaginaux ; 3° des pansements utérins dans différents cas infectieux.

M. le Docteur Drouin mentionne l'eau chaude seule ou boriquée, l'eau de sublimé à 1/5000 et l'eau de permanganate de potasse au 1/1000 pour injections dans les vulvites, vaginites et leucorrhées. Il nous met en garde contre les accidents mercuriels après les accouchements : accidents d'albuminurie, d'anurie et même de mort. Il recommande l'eau chaude pour injections hemostatiques.

M. le Docteur Drouin donne ensuite la technique pour pansements vaginaux iodés ou glycélinés, au moyen desquels les médecins de campagne et des villes peuvent guérir un grand nombre de métrites, causes de tant de dyspepsies chez les femmes mariées et chez les jeunes filles. C'est en connaissant la pratique de ces traitements et surtout en ne négligeant pas de traiter tous les cas traitables que les médecins pourront sauver un grand nombre d'annexes, oeuvre si précieuse en ces temps de guerre.

M. le Docteur Drouin parle en dernier lieu du curetage avec curette mousse dans les cas d'infection utérine par rétention placentaire partielle, puis de l'heureux effet du badigeonnage intra-utérin à la teinture d'iode pure dans ces cas.

M. le Docteur Boisvert donne ensuite lecture d'un travail fort documenté et fort intéressant sur les "Intérêts Professionnels" qu'il traite :

Au point de vue de l'exercice de la médecine ;

Au point de vue du prestige du médecin.

M. le Docteur Boisvert prêche fortement l'union des médecins et un des moyens qu'il signale pour faire naître cet esprit d'union entre médecins, qui souvent manque, c'est l'effort commun de tous les membres pour assister aux séances des sociétés où on apprend à se mieux connaître et à fraterniser.

Il montre ensuite comment chaque membre peut et doit travailler à relever le prestige du médecin.

1° Par les rapports du médecin envers la médecine.

2° Par les rapports des médecins entre eux.

3° Par les rapports des médecins envers leur clientèle.

M. le Docteur développe ces trois points d'une façon brillante et fort documentée. Durant cette causerie on peut lire sur la figure de tous les membres présents l'intérêt suscité dans l'esprit de chacun par l'étude de cette question.

M. le Docteur Boisvert dit que le médecin doit avant tout être médecin et non charlatan, c'est-à-dire s'appliquer à faire le diagnostic le plus sûr d'une affection et ne pas se contenter de soigner au moyen des prétendues découvertes miraculeuses du charlatanisme. A ce propos, il cite en passant "la Séverine".

Il conseille aux membres présents d'être des médecins studieux et de se tenir constamment au courant des progrès de la science, ce qui est bien facile avec les nombreuses et excellentes revues que le corps médical canadien reçoit d'Europe à titre gratuit.

La routine est l'ennui de la science, continue-t-il, donc il faut prendre contact souvent avec les journaux et revues modernes.

Pour ce qui est des rapports des médecins entre eux, M. le Docteur lit quelques pages des préceptes de déontologie qui ont paru dans le *Bulletin Médical* d'il y a quelques années.

En dernier lieu le médecin a affaire au public et, par suite, il doit observer une discrétion sage et prudente à toutes les questions posées par l'entourage du malade. Il s'efforce aussi de montrer que

faire de la médecine au rabais n'est pas un moyen de faire honneur à sa position sociale, surtout avec les exigences toujours croissantes du coût de la vie et, à ce propos, il répète l'adage qui sera toujours vrai: "Qui reçoit peu donne peu".

Pour terminer la séance, il y eut discussion par plusieurs membres sur quelques points principaux des travaux présentés et l'on put constater l'intérêt qu'il y eut à assister à cette séance de la Société.

Des félicitations et remerciements furent offerts à messieurs les deuxconférenciers, puis remerciements à M. le Maire de Victoriaville qui a fait ouvrir les portes de la chambre du Conseil pour les délibérations des messieurs de l'Association.

J. H. RAYMOND,  
Secrétaire.

---

### **Le Dr CORMIER**

La mort soudaine de notre excellent confrère et ami le Dr Cormier nous a pris par surprise.

Le Dr Cormier a joué un rôle important dans la pédiatrie, à Montréal. Nous pouvons dire qu'il a été un pionnier dans cette branche. Nous exposerons ses titres plus longuement dans le prochain numéro.

---

## **SUPPLEMENT**

### *LA FIEVRE DES FOINS*

C'est la saison des rhino-pharyngites; ces affections si tenaces ont épuisé la thérapeutique. Fort heureusement, nous avons aujourd'hui un certain nombre de produits parmi lesquels le médecin peut faire un choix judicieux et dont l'efficacité est reconnue: nous voulons surtout mentionner le groupe de la famille "Adrénaline", parmi lesquels nous indiquons les plus récents: la solution de "*Chlorure d'Adrénaline*", l'"*Adrénaline inhalant*" et l'"*Anesthone inhalant*", que l'on administre en vaporisations dans le nez contre la fièvre des foins. Il y a aussi la pommade "*Anesthone*" dont on applique gros comme un pois sur le bord de la narine.

Nous pouvons aussi employer les phylacogènes mixtes en injections hypodermiques ou intra-veineuses.

Ces préparations se recommandent à l'attention du médecin.



COLLOÏDES ANTI-LAB DU SÉRUM SANGUIN

# ATURAL

**SUPPRIME L'INTOLÉRANCE GASTRIQUE**

**CHEZ les ADULTES, les ENFANTS et les NOURRISSONS**

*ADJUVANT INDISPENSABLE DE TOUT RÉGIME LACTÉ*

**Spécialement indiqué**

**dans l'ATHREPSIE, la GASTRO-ENTÉRITE des NOURRISSONS**

**la DIARRHÉE INFANTILE, etc.**

**DOSE :** Une mesure à chaque repas dans un peu d'eau  
ou Une mesure par prise de 100 gr. de lait (*une tasse*)

*Littérature et Echantillon sur demande.*

**DÉPÔT GÉNÉRAL :**  
**LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES**  
92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS



VACCINS ATOXIQUES STABILISÉS

# DMÉGON

**VACCIN ANTIGONOCOCCIQUE CURATIF**

**TRAITEMENT RATIONNEL DE LA BLENNORRHAGIE**

**ET DE SES COMPLICATIONS**

*S'EMPLOIE EN INOCULATIONS SOUS-CUTANÉES*

*Ne nécessite aucune interruption dans les occupations du malade*

*Littérature franco sur demande*

**LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES**  
92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS.