

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /  
Couverture de couleur
- Covers damaged /  
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /  
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /  
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /  
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /  
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /  
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /  
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /  
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion  
along interior margin / La reliure serrée peut  
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la  
marge intérieure.
  
- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

## SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES.
<i>Traumatismes de l'urèthre et traitement</i> , par le Dr Eugène ST-JACQUES.....	641
<i>Quelques gynécologistes européens de renom</i> , par M. A. Laphorn SMITH, professeur de clinique gynécologique à l'Université Bishop, Montréal.....	655
<b>COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.</b>	
<i>Sténose du larynx</i> . (BOULET).....	662
<i>Curabilité de la tuberculose pulmonaire</i> , (LESPÉRANCE).....	664
<i>Hernie ombilicale et mort après l'opération</i> (MERRILL et MARIEN)	665
<i>Cancer du pylose</i> (FORTIER).....	667
<i>Syngomye</i> (DUBÉ).....	667
<i>Fibromes utérins</i> (de LOTBINIÈRE-HARWOOD).....	668
<i>Invagination intestinale</i> (MERRILL).....	669
<i>Endométrite exfoliante ou dysménorrhée membraneuse</i> (PARIZEAU)	670
<i>Angine à streptocoques et à Klebs-Löffler suivie à bref délai de diphthérie laryngée</i> (BENOIT et PARIZEAU).....	672

( Voir la suite, page 3.)

" Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETZ.

# LISTERINE

**LA LISTERINE** est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptie—dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses, **La Listerine** occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'érucltations acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que **La Listerine** est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par cuillerée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produit un soulagement considérable.

**Affections causées par la DIATHESE URIQUE**

## LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

**Altérant des Reins—Anti-Lithique**

**INDICATIONS**—Calcul urinaire, Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.

Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

**Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.**

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par **W. LLOYDWOOD**, Agent. En écrivant mentionnez ce journal.

# Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,

MONTREAL

La maison J. LEDUC & CIE., qui a son siège d'affaires dans le splendide édific Rodier, est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

## AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “ .....	1.25
“ “ “ “ .....	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Farenheit.

Seringues Hypodermiques.....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur .....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,  
médicaments nouveaux de tous les pays.

## BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

**Flours sèches.-Parfums,**

**Articles de toilette, etc.**

 Prescriptions remplies avec soin. 

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

# DR. J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

**Carré Chaboillez, . . . . . Montreal.**

## SOMMAIRE (Suite)

	PAGES.
<i>Monstruosités fœtales.—Anencéphaliens et célosomiens (De Co-</i> <i>TRET)</i> .....	680
<i>La fièvre typhoïde (LESAGE)</i> .....	682
<i>Fibromes utérins (HARWOOD)</i> .....	691
<b>REVUE DES JOURNAUX.</b>	
<b>GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.</b>	
<i>Traitement de l'avortement; de l'expression abdomino-vaginale de</i> <i>l'utérus (BUDIN)</i> .....	692
<i>Le lait d'une nourrice atteinte de diphtérie est-il toxique ? (ARNO-</i> <i>ZAN)</i> .....	696
<i>Traitement ioduré dans l'avortement habituel (LAMBINON)</i> .....	696
<b>REVUE D'HYGIÈNE.</b>	
<i>Sur la prophylaxie de la tuberculose.—Rapport présenté à l'Aca-</i> <i>démie de Médecine dans la séance du 3 mai 1898, par</i> <i>M. le prof. GRANCHER (suite et fin).—La tuberculose à</i> <i>l'hôpital</i> .....	698
<i>Tuberculose animale</i> .....	699
<i>Conclusions générales</i> .....	700
<i>Le Congrès de Tuberculose (1898)</i> .....	701
<b>INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.</b>	
<i>La dernière assemblée des Gouverneurs</i> .....	703

# J. H. CHAPMAN.

**2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294**

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - **MONTREAL.**

**BELL TELEPHONE 4396.**

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés - - - - - **Discompte de 5% au comptant.**

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries GaiFFE (de Paris)  
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)  
Dubois, etc.

La plus soigneuse et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine  
de l'Université Laval.

**H. J. CHAPMAN.**

# EXPOSITIONS UNIVERSELLES

Paris 1889, Mention Honorable — Lyon 1894, Médaille d'Or



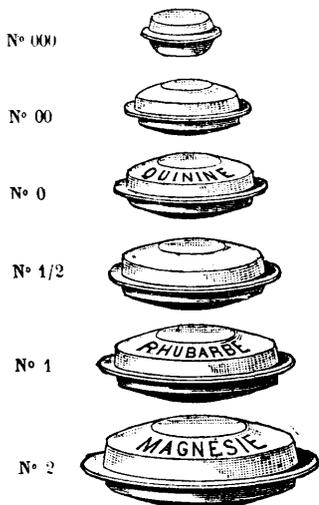
# CACHETS DIGNE

SOUPLES  
RÉSISTANTS  
CONSERVATION INDÉFINIE

## Appareils

### CAPELLIFORMES

ÉLÉGANTS, de grande contenance, à cupule saisissable par les appareils Cacheteurs.



### HYPERCONCAVES

N° 00 — 0 — 1/2 — 1 — 2 et 3.



### CONCAVES

FORME BASSE N° 1 — 2 et 3.



### EXPÉDITIF-SIMPLIFIÉ

cacheteur des Cachets concaves et Hyperconcaves.

CACHETS avec Inscriptions du nom et de l'adresse du Pharmacien (ou de noms de médicaments) soit en impression de couleur, soit timbrés en relief sans couleur.

### CACHETS DE COULEUR

Envoi franco d'Échantillons, Prospectus, Prix-Courants

J<sup>N</sup> DIGNE et C<sup>ie</sup>, boulevard St-Charles, 97 et 99, MARSEILLE.

Dépôts à *Montreal* (Canada) : LYMAN KNOX ; — à *Québec* (Canada) : ULD FRANCEUR.

### CACHETEUR

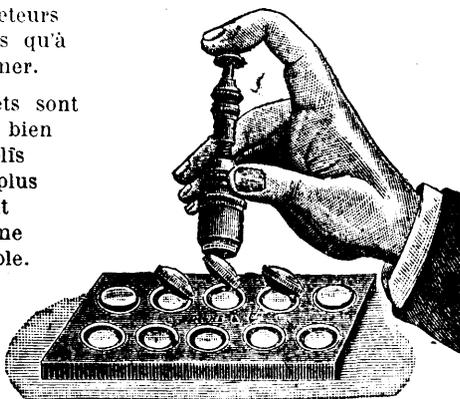
### COMPRESSO-DOSEUR

des *Cachets comprimés*

Dosage des Poudres,  
Réduction des doses en comprimés,  
Distribution dans les Cachets  
laissant les bords intacts :

Les Cacheteurs  
n'ont plus qu'à  
les fermer.

Les Cachets sont  
toujours bien  
remplis  
et du plus  
petit  
volume  
possible.



Le *Compresso-Doseur* devient Cacheteur des *Capelliformes* en remplaçant son cylindre par celui du Cacheteur.

### CACHETEUR DES CAPELLIFORMES

dit « *Compresso-Cacheteur* »

Le plus simple et le plus pratique des appareils qui saisissent les cachets par la cupule pour les fermer.

BOÎTE, DE 3 — 4 — 5 — 6 GRANDEURS.

Compresso-Doseur seul.

Cacheteur seul.

Compresso-Doseur et Cacheteur réunis.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## TRAUMATISMES DE L'URÈTHRE ET TRAITEMENT.

---

Par le Dr Eugène ST-JACQUES.

---

Sans être très fréquents, les traumatismes de l'urèthre sont chose assez commune. Comme les résultats ultimes en sont presque généralement sérieux et de si grande importance, je viens en causer de quelques détails d'après des cas intéressants observés dans le service du professeur Guyon et tout dernièrement à la Clinique Universitaire de Bonn sur Rhin.

La rupture de l'urèthre s'entend d'une solution de continuité du canal sans lésions des parties molles. Rares dans la portion libre, ce qui se comprend facilement en se rapportant aux causes, les déchirures sont de beaucoup plus fréquentes dans l'urèthre postérieur.

### ÉTIOLOGIE.

La portion "pénienne", étant sujette aussi à des avaries de cet ordre, reconnaît des causes variées à ces déchirures.

I. *Érection*,—facteur qui entre en cause assez fréquemment et de différente manière. C'est ainsi que pendant le coit un violent effort produira parfois une déchirure, et peut être le seul signe qui mettra sur la trace sera une légère hématurie à la suite du coit, ou même simplement une éjaculation sanguinolente. C'est ainsi que nous eûmes à traiter à la Terrasse de Necker un sujet d'une trentaine d'années,—lymphatique marqué et nerveux aussi—qui, sans aucun passé d'infection locale, avait à la suite d'un coit trop ardent avec sa femme, fait une légère uréthrorrhagie. Petit à petit le jet était devenu moins gros, moins fort, plus difficile, et bientôt, sans cuisson aucune, il s'était vu le matin une gouttelette blanchâtre au méat. L'examen microscopique répété révéla un pus sans gonocoques, pas de spermatozoïdes non plus. Pas de signes de tuberculose aux bour-

ses, ni à la prostate, ni aux vésicules séminales. Mais un rétrécissement siégeait à la partie membraneuse et malgré la dilatation graduelle par les Beniqués, alternée avec les instillations au nitrate d'argent à 20/0, puis au sulfate de cuivre à 5 0/0, l'amélioration fut très lente et peu encourageante.

Une intromission difficile, une torsion de la verge en érection, une position anormale, voilà autant de causes de ruptures uréthrales.

La chaude-pisse y apporte aussi son contingent. La rupture a lieu durant l'érection, si fréquente et si douloureuse parfois, et elle est spontanée. Le mécanisme s'en comprend aisément. Les corps caverneux tendent à donner à la verge la position rectiligne et de son côté l'urèthre enflammé, malade, ayant perdu son élasticité, ne pouvant suivre le mouvement, forme corde et vient le moment d'une poussée un peu active, la muqueuse cède et avec elle souvent en tout ou en partie la couche sous-muqueuse.

Un vieux rétrécissement, surtout d'origine traumatique, cèdera souvent durant une érection, car la muqueuse à cet endroit ayant perdu ses propriétés extensibles, est toujours plus friable.

II. L'érection est loin d'être la seule cause des ruptures de la portion pénienne, et l'on sait la part que les *traumatismes* directs jouent ici, quoique beaucoup plus rarement que pour l'urèthre postérieur.

Je rapporte pour la curiosité ces cas suivants observés par Voillemier, une ruade de cheval, et un autre où l'individu, en poussant un tiroir de commode avec ses cuisses, se trouva la verge prise en le fermant.

Bollard relate les détails d'un cas où une roue de voiture doit être mise en cause.—Un cas intéressant vint sous les soins de Leguen à Necker. Homme 70 ans,—à 14 ans reçoit un coup de pied, dirigé de bas en haut, sur la face inférieure de la verge. Urétrorrhagie assez abondante, avec rétention. Amendement passager. Six mois après il doit se sonder. Voilà depuis 56 ans qu'il se sert d'une sonde No 12. Le cathétérisme étant devenu très difficile il entre à Necker. Examen : Rétrécissement pénien, à la partie moyenne de la verge, avec virole énorme ; toute la paroi inférieure de l'urèthre est dure, calleuse, ramassée sur elle-même, de sorte que le gland est déformé, aplati et rappelle celui d'un hypospade. Gêné pour érection et coit. Bougie filiforme est passée et laissée à demeure. Uréthrotomie interne-consécutive. etc.

*Urèthre postérieure* : Les ruptures ont ici lieu par traumatisme direct ou par fracture du pubis, et la différence du mécanisme entraîne des différences dans le siège et l'étendue des lésions.

I. Les *traumatismes* sont soit une chute à califourchon sur le péri-née, en sautant par-dessus une clôture, en tombant d'un échaffaudage, etc..., soit un coup de pied reçu.

On a longuement discuté le mécanisme de ces ruptures. Longtemps furent admises les idées de Velpeau qui voulait que la lésion uréthrale résultât d'un écrasement de la portion bulbeuse contre la surface antérieure du pubis, ou de la portion membraneuse contre le bord inférieur de l'arcade pubienne.

Ollier et Poncet, de Lyon, les soutinrent à leur tour, mettant en plus en cause le ligament de Carcassonne qui s'étend entre les deux branches descendantes du pubis et forme une bandelette de  $\frac{1}{2}$  pouce de hauteur : son bord tranchant entamerait l'urèthre.

Cras, plus tard, vint proposer ses idées, que Terrillon soutint à son concours d'agrégation. Si le corps contondant est peu volumineux et peut s'enclaver sous l'arcade pubienne, l'urèthre est repoussé sur le côté et vient se rompre sur le bord tranchant de la branche ischio-pubienne. Au contraire est-il gros, l'urèthre serait pressé sur la ligne médiane de l'arcade pubienne. La rupture est ici moins nette, les bords en sont plus déchiquetés : le pronostic est donc plus sérieux.

Cependant, quelles que soient les vues entretenues à ce sujet, on doit ici reconnaître que sauf de très rares exceptions, la paroi inférieure seule de l'urèthre est rompue ;—on verra qu'il en sera différemment pour les fractures du pubis.

II. En effet, les *fractures du pubis* sont une des causes très graves de rupture de l'urèthre. Dans le déplacement osseux consécutif à la fracture, le fragment inférieur vient généralement déchirer la portion membraneuse de l'urèthre, immobilisée par le ligament de Carcassonne. Parfois c'est une esquille qui vient perforer le canal. Quant à la portion du canal lésée, ici c'est la partie supérieure, ce qui rendra toujours plus difficile une intervention, si la rétention urinaire la nécessite.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ici comme en toutes les questions pathologiques, l'anatomie est pleine de renseignements intéressants qui jettent beaucoup de jour sur la symptomatologie et l'évolution de l'affection.

Disons de suite qu'il est 3 degrés de rupture suivant la profondeur de la lésion et les tissus atteints.

Le canal uréthral se compose de trois couches distinctes qu'il est bon de bien se figurer : une couche 1° muqueuse,—2° sous-muqueuse, contenant les éléments élastiques et vasculaires,—3° une plus

externe, ou fibreuse, qui fait de l'urèthre un canal complet et résistant, qui, une fois déchirée, met le canal uréthral en communication directe avec les loges, péniennes ou périnéales.

Or la lésion pouvant porter sur une seule ou plusieurs à la fois de ces trois couches, nous rencontrons les ruptures

“ Interstitielles ” ou simplement muqueuses,

“ Muco-interstitielles, ” intéressant à la fois la muqueuse et le tissu spongieux.

“ Totales, ” où les trois couches sont rompues.

Complète ou incomplète est aussi la déchirure par rapport à la circonférence du canal, et ceci est de grande importance tant pour le pronostic que pour les difficultés opératoires. En passant, notons que nous rencontrons très rarement une rupture circulaire complète de la partie pénienne.

Sur bon nombre de malades sur lesquels j'ai vu faire l'uréthrotomie externe pour rétrécissement d'origine traumatique, il a toujours été constaté un plafond uréthral sain ; le plancher et les côtés jusqu'à un certain point étant englobés dans la masse fibreuse de néoformation.

D'ailleurs les expériences de Terrillon et les conclusions de Guyon permettent de dire que sauf des traumatismes exceptionnels le rétrécissement a son siège au plancher de l'urèthre.

Pour Cras, Terrillon et Guyon, la grande majorité des ruptures ont lieu au niveau de la partie moyenne ou antérieure du bulbe, — tandis que la portion membraneuse est presque toujours atteinte dans les fractures du pubis ou dislocation du bassin. Quant à la rupture de la portion prostatique, c'est une absolue rareté pathologique.

Que se passe-t-il consécutivement au traumatisme ? — Dans la rupture interstitielle, le sang du corps spongieux refoulé sous le choc en fait éclater la trame peu solide, et l'hématome consécutif, bridé jusqu'à un certain point extérieurement par la membrane fibreuse résistante, refoule la muqueuse vers la lumière du canal : on comprend donc ainsi facilement le mécanisme de la rétention consécutive et passagère généralement dans les traumatismes légers.

Au contraire, dans la variété muco-interstitielle, la muqueuse a cédé et le canal communiquant avec le corps spongieux, l'uréthrorrhagie apparaît, l'urine pénètre dans cette interstice pour se mélanger au sang, et si la miction suivante est difficile, les dégâts seront augmentés : ce qui n'était qu'une légère déchirure peut devenir plus considérable et bientôt l'on verra se développer un abcès urinaire, ou

même une infiltration d'urine si à son tour la membrane fibreuse a cédé.

La rupture est-elle d'emblée totale, il est évident que l'uréthrorragie sera plus marquée, et le canal communiquant avec les loges aponévrotiques, le malade verra par cette ouverture sa vessie dans son périnée, on verra la verge et le scrotum s'infiltrer. C'est dans les cas de rupture au 3e degré, que l'urèthre est plutôt complètement sectionné en deux tronçons dont l'écartement peut atteindre alors jusqu'à 4 centimètres.

#### SYMPTOMATOLOGIE.

Il est 3 signes capitaux de la rupture de l'urèthre : la Douleur,—les Troubles de la miction,—et l'Hémorrhagie.

I. Quant à la *douleur* elle persiste après le traumatisme, avec maximum au point lésé, et augmentée par la cuisson et les efforts à la miction,—de même qu'aussi par la distention vésicale.

II. Les *troubles de la miction* sont généralement constants, soit qu'ils apparaissent d'emblée, soit un peu plus tard. Il pourra y avoir impossibilité complète d'uriner, ou simple dysurie. Comme différents facteurs peuvent ici intervenir, ces troubles pourront suivant le cas aller en s'aggravant, ou bien s'améliorer. C'est ainsi que les lésions possibles de la vessie, l'hématome interstitiel, l'éloignement des bouts de l'urèthre sectionné, les caillots, le spasme de la portion membraneuse sont autant de causes qui produiront la rétention, complète ou incomplète, passagère ou persistante. Ainsi dans une série de cas traités à Necker, plusieurs malades, après avoir souffert de rétention ou de dysurie pendant quelques heures, ont-ils pu se remettre à pisser aisément d'eux-mêmes, 6, 18 ou même 60 heures après l'accident.

III. Quant à l'*hémorrhagie*, c'est là un symptôme qui manque de constance, c'est ainsi qu'elle ne se montrera pas dans la rupture interstitielle simple. Quelquefois elle n'apparaîtra qu'au bout de quelques jours, à la chute de l'eschare, ou par suite d'une rupture tardive de la muqueuse.

A la suite des traumatismes, le plus souvent il se forme un hématome local, que l'on sent à la région périnéale sous forme d'un gonflement, plus ou moins limité suivant le cas.

Il a beaucoup été écrit sur la possibilité d'une hémorrhagie intravésicale ;—le fait est qu'elle n'est possible que dans une rupture de l'urèthre tout postérieur, membraneux ou prostatique. De plus faut-il noter qu'il n'est pas besoin d'un traumatisme direct et énergique

pour produire l'urétrorrhagie. Ainsi un des malades traités à Necker était tombé sur la glace, il y avait eu simplement chute et non pas contusion directe du périnée. Cependant il voyait se produire immédiatement une hémorrhagie par l'urèthre. Pas de fracture osseuse constatée. Dysurie passagère de quelques heures, puis il pisse facilement, mais une urine sanguinolente pendant plusieurs jours. A peine 3 semaines après l'accident, les symptômes du rétrécissement étaient apparus.

L'hémorrhagie n'est que rarement grave. Il n'y a que si les corps caverneux sont intéressés, ce qui n'a lieu généralement que dans le traumatisme de l'urèthre pénien. C'est ainsi que le professeur Guyon rapporte les détails dans un cas où l'hémorrhagie dura 10 jours et se reproduisit après chaque miction. Chez un malade du service de Legueu elle continua pendant 14 jours.

#### MARCHE, COMPLICATIONS ET TERMINAISON.

Il ya 3 périodes : celle des complications immédiates,  
 " " " secondaires,  
 " " " tardives.

Quant aux accidents *immédiats*, l'hémorrhagie et la rétention sont les deux plus importants : je n'y reviens pas.

Les troubles *secondaires* sont liés à l'infiltration d'urine et l'infection du foyer hémorrhagique. Remarquons qu'une rupture au 2e degré *légère* (muco-interstitielle) peut guérir sans accident immédiat ou à peu près. Dans la rupture interstitielle même simple, le caillot, outre qu'il sera le point de départ d'un tissu de néo-formation qui sera avant longtemps un rétrécissement du canal, est toujours en danger d'être infecté et dès lors de donner lieu à un *abcès urinaire*.

Mais l'*Infiltration d'Urine* est le grand danger à craindre. Elle peut débiter quelques heures après le traumatisme, à la suite de la première miction, ou n'apparaître que quelques jours plus tard. Et alors c'est que la rupture première, incomplète au début, s'est complétée sous les efforts de la miction.

Maintenant, suivant le point de rupture de l'urèthre, l'infiltration se trahit plus ou moins facilement et ses dangers sont de même peu ou beaucoup à craindre. La rupture a-t-elle lieu dans l'urèthre antérieur, i, e, pénien, l'infiltration est superficielle, s'en prenant à la peau du périnée, au scrotum et à la verge qui deviennent énormes, et gagne la racine des cuisses pouvant remonter vers l'abdomen. Les dommages sont en superficie plutôt qu'en profondeur.

Au contraire, la rupture a-t-elle lieu dans la région membraneuse

(ce qui arrive dans les fractures de la symphyse ou les luxations du bassin), au-dessus en arrière de l'aponévrose moyenne, c'est la loge profonde qui est prise et l'infiltration se fait profondément, se trahissant à peine à l'extérieur, gagne le périnée antérieur ou les fosses ischio-rectales.

Dans les ruptures prostatiques, l'infiltration se fait dans la loge supérieure, limitée en arrière par le feuillet vésico-rectal de l'aponévrose de Denouvilliers, gagne le bassin, monte derrière le pubis et, disséquant les plans profonds, peut arriver au contact du péritoine.

*Complications tardives.*—Les deux premières périodes se sont-elles passées sans trop d'encombre, le malade n'est pas encore clair de son affaire ; il a devant lui la perspective certaine d'un rétrécissement qui se montrera à brève échéance,—en quelques semaines généralement—et qui sera de traitement plus difficile que le rétrécissement inflammatoire ou blennorrhagique.

#### TRAITEMENT.

Les traumatismes de l'urèthre ne font pas exception aux autres accidents et peuvent être légers ou graves, ou mitoyens. Tenons-nous en à cette distinction qui nous permettra des indications assez précises et partant pratiques.

##### *Cas légers.*

A la suite d'une contusion périnéale peu forte, sauf la douleur un peu vive sur le moment, il se peut très bien que la miction se fasse facilement en tout au moins avec à peine de difficulté,—que l'uréthrorrhagie fasse complètement défaut et que le périnée, bien qu'ecchymotique, ne présente aucun point de tuméfaction. Alors ?—La contusion est-elle simple ou y a-t-il déchirure de l'urèthre ?

Les indications sont ici assez claires : aucun symptôme grave ne demandant intervention immédiate, il faut tenir le patient sous observation et au moindre signe sérieux—suppression des urines, gonflement du périnée—intervenir d'après les indications données plus loin.

Que rien ne vienne à la suite de l'accident compliquer davantage l'état de choses, il ne s'en suit pas que le malade soit absolument sauf. Peut-être fait-il un rétrécissement, et alors les symptômes ne tarderont pas à se montrer, dans les 4 à 8 semaines.

##### *Cas moyens.*

Le traumatisme assez violent a été suivie d'uréthrorrhagie, plus ou moins abondante ; la miction, bien que possible, se fait difficilement,

avec de grands efforts et lentement ; la vessie se vide incomplètement ; la douleur, très forte sur le coup, persiste quoique moins vive, est augmentée par les efforts de miction et par la distention de la vessie, dès qu'elle dépasse le point physiologique. Le périnée est non seulement ecchymotique, mais présente une tuméfaction.

Etant donnée la miction encore possible, quelle conduite à tenir ? Voilà les cas difficiles, car les indications ne sont pas nettes : Guyon les classe sous la rubrique de "cas douteux." En effet, s'il n'y a actuellement rien de pressant comme symptômes, d'un autre côté, rien ne peut faire prévoir la gravité des complications.

Il y a certes déchirures au deuxième degré,—les bords déchiquetés de l'urèthre sectionné sont plus ou moins éloignés, il y a hématome localisé, en danger d'infection, une porte entrebaillée sur les loges périnéales.—Il faut alors essayer et très délicatement le cathétérisme, au moyen d'une sonde béquille ou d'une sonde molle sur mandrin forme-béquille : suivre la paroi supérieure du canal ce qui probablement permettra à la sonde de franchir la déchirure en tenant son bec en contact avec le "pont" d'urèthre sain au plafond de l'endroit déchiré. Dès lors l'évacuation vésicale est assurée, le canal est mis à l'abri de l'urine en son point déchiré et l'infection est moins probable. La cicatrisation a toute chance de se faire avant qu'il ne survienne de complication, certaine sans cette intervention. Mais surveillez de près ce périnée en imminence d'infection.

Au contraire, la miction est-elle à peine possible et si peu marquée, le cathétérisme a-t-il été peu satisfaisant tant par ses difficultés que par la douleur,—le périnée fort distendu, les complications sont des plus à craindre. Sur 27 observations de Terrillon, on les trouve dans 12 cas. Mieux vaut les prévenir et ne pas attendre que l'infection ait pris foyer ou que le malade ait pissé dans son périnée. Alors l'intervention hâtive sera plus satisfaisante : la poche sanguine sera vidée de ses caillots, l'hémostase sera assurée, la désinfection préviendra les complications, et à ciel ouvert pour ainsi dire, une sonde sera plus facile à introduire, et la cicatrisation se fera plus sûrement, avec moins de danger de rétrécissement.

#### *Cas graves.*

Ici les symptômes immédiats sont tels qu'il n'y a pas d'hésitation. Le traumatisme a été violent, la miction est impossible, le cathétérisme à peu près aussi impossible sinon complètement, l'urétrorrhagie abondante et la tuméfaction périnéale marquée. Si l'on est dans de mauvaises conditions opératoires, il est permis de tempo-

riser de quelques heures pour avoir les accessoires nécessaires : assistance, instruments, aseptie. Et alors la ponction vésicale en soulageant le malade donne temps de tourner la tête, et voir au nécessaire.

La conduite à tenir ici est toute tracée, et ne saurait laisser de doutes après les travaux de Cras et Guyon, la thèse de Terrillon et les discussions de la Société de Chirurgie. Le danger n'est pas dans le bistouri, mais bien dans une attente, presque criminelle ici. L'hématome est en contact direct avec la cause d'infection, le périnée est ouvert, et l'urine va s'engager, infiltrant tous les tissus de cet œdème urinaire si terrible et si rapidement gangréneux.—L'intervention arrêtée, voyons-en les détails.

*Technique Opératoire.*—Le malade sera-t-il anesthésié profondément au chloroforme ou à l'éther,—ou simplement cocainisé? On sait jusqu'à quel point il faut pousser l'anesthésie chloroformique pour arriver à l'insensibilisation génitale. De plus, ne perdons pas de vue que l'urètre étant sectionné, on aura peut-être besoin de faire uriner le malade,—car tous ceux qui se sont trouvés en face de tels cas savent les difficultés parfois de retrouver le bout postérieur, souvent distant de 3 à 4 centimètres.

Le scrotum relevé, incision médiane de la racine des bourses à un point distant de  $\frac{1}{2}$  pouce de l'anus. Section de l'aponévrose superficielle, souvent lacérée en ces cas graves. A mesure que l'on chemine, les tissus infiltrés de sang et peut-être déjà d'urine sont nettoyés, et l'némostase assurée. L'urètre mis à découvert, la partie difficile et longue de l'opération ne fait que commencer. Peut-être le hasard aidant, un regard perçant fera-t-il immédiatement apercevoir le bout de l'urètre postérieur. Sinon, une sonde introduite par le méat sera poussée jusqu'à ce que son bec vienne dans la plaie, puis, si la section circulaire de l'urètre n'a pas été complète, on lui fera suivre ce pont et peut-être ainsi sera-t-il conduit dans le bout postérieur.

Si la section a été complète, le stylet pourra aider à la recherche du tronçon rétracté,—ou bien engageons le malade à pisser, s'il a simplement été cocainisé,—ou encore s'il est profondément anesthésié, une forte pression de la main sur la région supra-pubienne fera-t-elle sourdre quelques gouttes d'urine.

Tous ces moyens ayant échoués, la situation devient plus difficile. Mais écoutons Guyon. Le cathéter ayant été introduit par le méat et poussé tout juste jusqu'à la limite du tronçon antérieur, le doigt placé dans la plaie, pulpe vers le canal, "la sonde qui doit

pénétrer dans la vessie est alors présentée dans l'intervalle que sépare le cathéter du doigt, et, soutenue par celui-ci, est poussée vers la vessie."

Malgré tous ces moyens, en vain emploiera-t-on une longue patience, ce tronçon postérieur sera parfois introuvable. Je me rappelle les détails d'une intervention faite à Necker six mois après le traumatisme : " stricture perméable infranchissable et virole dure et saillante à l'extérieur." La recherche du bout postérieur fut infructueuse, et on dut avoir recours à une seconde intervention quelques jours plus tard, pour retrouver ce tronçon postérieur, auquel on arriva grâce au plafond urétral conservé intact comme un pont entre les deux bouts. La patience est ici la principale garantie du succès.

Si ce segment postérieur est introuvable, il faut alors avoir recours au cathétérisme rétrograde, après ouverture sus-pubienne de la vessie : cystostomie sus-pubienne. C'est là évidemment une intervention qui complique l'opération, et qui est grave si l'on n'est pas certain de l'aseptie. Mais avec les procédés aseptiques de nos jours à la disposition du chirurgien cette cystotomie est à peu près sans danger,—et d'ailleurs il " faut " retrouver l'urèthre et assurer la miction.

*Sonde à demeure.*—Une fois la vessie vidée de son urine, tout n'est pas fini,—il est deux choses qui demeurent pleines d'importance : assurer la miction et favoriser la réparation du canal, en le mettant à l'abri de l'infection urinaire. C'est donc dire qu'il faut mettre une sonde à demeure. Pour les uns, c'est une sonde de Nélaton qui restera en place, d'autres préfèrent une sonde en gomme. Cette dernière me paraît préférable, moins facilement chassée qu'elle est par les contractions de la vessie, et plus facile à fixer. Il est évident que la sonde ayant été introduite par la plaie périnéale dans la vessie, il ne sera pas question de la retirer pour ré-introduire une sonde par le méat. Au contraire, la maintenant en place, on lui fera gagner le méat " à reculons," son extrémité extérieure ayant été introduite par la plaie et la sonde glissant sur une bougie de plus petit calibre poussée au devant d'elle par le méat et lui servant de mandrin.

*Urétroraphie.*—Doit-on affronter les tissus après une telle opération et tenter une résection par première intention?—Tout cela dépendra de l'état des tissus au moment de l'opération. On comprend que s'ils sont tellement lacérés que la mortification semble inévitable, ou si l'infiltration d'urine est déjà telle que le sphacèle est déjà en progrès :

alors pas de suture :—ce serait emprisonner un foyer de suppuration. Donc pansement à plat.

Au contraire, les tissus sont tels que tout fasse espérer une réunion immédiate, il faut la tenter, et si l'aseptie est rigoureuse toutes les chances sont pour nous. Un premier plan de sutures profondes à la soie très fine ou au catgut rapprochera les tissus périuréthraux. Si la juxtaposition des surfaces de section des deux portions du canal est possible, faisons-là sans faute. Le plafond de l'urèthre étant sain, la réunion des côtés et du plancher est facile.

Autrement en est-il si la déchirure circulaire est complète. On commencera naturellement par la suture du plafond : trois points ne perforant pas la muqueuse. Par conséquent, les nœuds de la suture seront extra uréthraux, et c'est d'importance. Maintenant la sonde étant bien en place et ne sortant pas par le méat, reste la suture des côtés et du plancher uréthral.

Un second plan de sutures prendra la partie musculo-aponévrotique de la plaie,—plus un dernier plan superficiel.

Si le rapprochement des tronçons uréthraux est impossible, ce qui est très rare cependant, alors ne forçons pas une tension défavorable à la bonne cicatrisation. Des sutures profondes au catgut prendront en masse les tissus périuréthraux et les rapprocheront de la sonde. Ils ne tarderont pas à former un bon canal : la clinique en a donné la preuve. Noquès a même pu montrer expérimentalement que ce canal de néo-formation se tapissait bientôt d'un épithélium continu.

*Traitement Post-Opératoire.*—4 à 8 jours au maximum la sonde restera en place. Cela aura suffi pour le moulage du tronçon granuleux de l'urèthre, et prévenir son infection par contact urinaire. Au lendemain de l'enlèvement de la sonde, on commencera à passer les Bénéquès pour assurer la canalisation parfaite.

#### COMPLICATIONS.

*Abcès Urineux.*—Ces abcès se rencontrent le plus souvent chez les vieux rétrécis porteurs d'une goutte militaire. Mais aussi la trouve-t-on comme complication d'un traumatisme uréthral : c'est l'hématome local qui est devenu infecté.

Le premier principe qui doit guider ici est l'intervention hâtive, aussitôt le diagnostic posé. Il ne s'agit pas d'attendre la fluctuation. N'oublions pas que les aponévroses périnéales sont solides, surtout la moyenne, et qu'elles forment brides résistantes. Le doigt qui une fois a senti un abcès urineux un peu développé et bridé, s'en rap-

pelle la dureté quasi pierreuse. "La dureté de la tumeur, dit Tillaux, et sa fusion apparente avec les branches ischio-pubiennes la feraient à la rigueur confondre avec une tumeur d'origine osseuse ainsi que je l'ai vu dans un cas qui fut considéré comme un chondrome du bassin."

Donc incision hâtive : "il faut ouvrir ces abcès avant leur maturité, disait J. L. Petit ; on a toujours lieu de se repentir d'avoir différé."

Par exception, l'abcès urinaire peut se développer en haut vers la cavité de Retzius et donner naissance à une espèce de phlegmon de la paroi abdominale.

Prenons le cas le plus ordinaire, d'un abcès périnéal : incision de la racine des bourses vers l'anus faite rigoureusement sur la ligne médiane, entamant couche après couche les tissus généralement fort œdématisés. Le pus jaillit sur ponction de l'apouévrose, dont il faut agrandir cette boutonnière première. Quelques-uns font d'emblée un léger curetage de la plaie, avec soin pour ménager l'urèthre. Il se pourra que déjà le canal communique avec le foyer. Si non, attendez-vous à cela sous peu. L'abcès largement ouvert, pansons à plat après avoir assuré un drainage parfait. C'est là d'importance majeure, — car pour un succès définitif, il faut que la cicatrisation se fasse par le fond, de manière à ne pas emprisonner le foyer infectieux. Aussi Guyon insiste-t-il, tout comme d'ailleurs Witzel et Schœde à Bonn, Caspar et Nitze à Berlin, sur le drainage, et le procédé opératoire des chirurgiens allemands est-il à peu de chose près identique à celui du maître français et de son école.

Comme l'abcès urinaire est généralement une complication d'un rétrécissement, il faudra pour une cure radicale s'attaquer à la cause. La clinique montre qu'il est préférable de voir à l'abcès d'abord, — puis dans une séance ultérieure, lorsque la plaie est aseptique et en bonne voie de cicatrisation, voir au rétrécissement : uréthrotomie interne ou externe suivant les indications du cas.

Horteloup a proposé un traitement un peu différent de ces abcès : l'excision complète de la poche purulente. Il est évident que ce serait là éviter les tissus cicatriciels si rétractiles, cause de stricture consécutive. Ce n'est pas une simple avancée théorique. Le distingué chirurgien, en présentant son mémoire, rapporta l'observation de deux malades opérés d'après ce procédé. De même que Guyon, il conseille l'opération en deux temps : un premier pour l'enlèvement de la poche, un second pour l'uréthrotomie, interne ou externe, ou la résection du canal si besoin il y a. Mais l'on comprend que

cette méthode ne saurait être d'emploi général : les abcès avec clapiers multiples et prolongements sont si fréquents, qu'on voit de suite le champ fort limité. D'ailleurs ce procédé n'a pas fait ses preuves parfaites et le dernier mot est encore à dire.

*Infiltration Urinaire.*—Inutile de dire que voilà la plus grave des complications. L'habitude des voies urinaires nous a montré les dégâts terribles et le sphacèle si rapide de tissus en infection urinaire. Il s'agit d'avoir une fois vu un scrotum et une verge en œdème urinaire et surtout d'avoir débridé de tels foyers pour en savoir la gravité. Plus que jamais le principe de Petit est impérieux. Un retard de 12 heures est de maîtresse importance pour le malade.

Deux choses en vue : donner issue à l'urine infiltrée, et prévenir la réinfection en assurant une miction régulière.

L'apparence de la verge et du scrotum impressionne vivement l'œil peu habitué et le novice s'y laisserait prendre. N'oublions pas le vieux précepte de Gosselin, si vrai : "Quand il y a infiltration urinaire du scrotum, il s'est fait un épanchement préalable d'urine et de pus dans le périnée." Nous avons là toutes les indications opératoires.

En effet le foyer est au périnée, car c'est là que l'urèthre s'est rupturé dans la grande majorité des cas. Donc prenons nous en surtout au périnée bien qu'il ne puisse paraître que très peu distendu. Les apnévroses sont toujours là et savent brider résolument les collections purulentes, si bien que le doigt s'y laisse tromper parfois. Sitôt que le bistouri les a attaquées, le jet de pus ne laisse pas de doute. Débridons largement et évacuons tout.

Si l'infiltration existe déjà depuis quelque temps, le tissu cellulaire sera fortement nécrosé et dans le cas de sphacèle marqué il sera bon d'avoir recours au thermo-cautère pour débrider et ouvrir ces clapiers. Non seulement faut-il ouvrir en pareil cas, mais enlever tout ce qui est détrit. Badigeonnages à la solution alcool-phéniquée à 10 0/0,—irrigations et pulvérisations antiseptiques sont nos moyens de défense pour enrayer la marche envahissante.

Rien ne vaut ces débridements hâtifs comme antithermique,—de même que si le nettoyage des foyers a été bien fait, on sera étonné après quelques jours du bel aspect de la plaie. Mais l'aseptie est de rigueur et une condition *sine qua non* de succès rapide.

Évacuer le foyer, avons-nous dit, mais aussi assurer la miction et prévenir ainsi la réinfection. Après ce qui a été dit on sait les moyens pour assurer l'évacuation de la vessie. La sonde sera laissée en de-

meure quelques jours, suivant que l'état de la plaie le demandera : il ne saurait là y avoir de règles fixes.

Si l'on sait prendre assez tôt une infiltration à son début, on évitera une tournure plus fâcheuse. Mais il est des cas de septicémie urinaire que je dirais sur-aigus. Généralement nous la rencontrons chez les vieux urinaires, en résistance vitale fort diminuée et à urine déjà fortement toxique. Chez eux l'hypothermie se remarque presque d'emblée et semble marcher de paire avec l'état comateux. L'œdème est crépitant, la nécrose rapide. L'évacuation ne néussit pas toujours ici à enrayer le progrès de l'infection, qui progresse malgré nos agents antithermiques et antiseptiques.

En conclusion, disons qu'il faut surveiller attentivement les traumatismes du périnée. A la moindre alarme intervenons, et si au début tout indique des lésions graves, n'attendons pas les complications qui créent toujours un champ opératoire défavorable. Prévenons-les et il nous sera donné d'enregistrer des résultats plus satisfaisants, tant pour le patient que pour le chirurgien.

Bonn, juillet.—Berlin, août 1898.

---

## CONDOLÉANCE.

---

A une assemblée générale des E. E. M., tenue le 10 octobre, des résolutions de condoléance ont été adoptées à l'occasion de la mort du Dr Amédée Lamarche. Il était le fils du Dr J. B. A. Lamarche, professeur à l'Université Laval, et occupait avec distinction la charge de chef des internes à l'hôpital Notre-Dame. Sa position le mettait en rapport avec les Etudiants qui toujours ont su apprécier ses hautes qualités. Il a donc été proposé par M. J. Geo. Dupont, Président, secondé par M. J. N. Plouffe, Vice-Président, et M. J. A. Baudouin, Secrétaire, que les Etudiants ont appris avec peine la mort du Dr A. Lamarche, et que copie de ces résolutions soient transmises à la famille et aux journaux.

---

## QUELQUES GYNÉCOLOGISTES EUROPÉENS DE RENOM.



Par M. A. LAPHORN SMITH, B. A., M. D., M. B. C. S. Angleterre,  
Professeur de clinique gynécologique à l'Université Bishop,  
Montréal.



## TROISIÈME LETTRE.

Cette lettre nous donnera une courte description de ce que j'ai vu à Leipsic et à Bruxelles, et terminera ma série de trois articles sur ce sujet.

SANGER, de Leipsic, est un homme d'environ 45 ans et comme tous les grands hommes que j'ai vus durant ce voyage c'est un travailleur étonnant. Bien qu'il soit professeur titulaire de l'Université il n'a aucun service à l'hôpital public, mais il m'invita à me rendre à son hôpital privé, No 24 Koenig Strasse, où il a 25 lits et où il donne ses soins aux riches et aux pauvres. Il me dit n'y avoir eu aucun décès depuis sept mois et durant cette période il avait fait 220 opérations dont 70 laparotomies, tant vaginales qu'abdominales. Il attribue son succès à son aseptie très rigoureuse, lui et ses aides, ainsi que ses gardes-malades, préparant leurs mains pendant 20 minutes avant l'opération. Depuis dix ans il s'est servi de sable ordinaire et de savon doux pour ses mains, puis d'alcool et de solution de sublimé. Il ne se sert que de soie préparée comme suit : 1<sup>c</sup> Elle est bouillie dans une solution de 1/100 de soda à laver pour la nettoyer, et ensuite dans la solution dite de Bergmann, soit 10 de sublimé pour 200 d'alcool et 800 d'eau. Elle est alors enroulée sur de petits morceaux de bois sur lesquels on marque sa grosseur, et on la garde dans l'alcool au sublimé. On rase toujours la malade le jour précédant l'opération, et on lui prépare la peau avec du savon et de l'eau, de l'éther, de l'alcool et du sublimé. La préparation de la malade prend trois-quart d'heure. L'aide qui a charge des ligatures les brûle au lieu de les couper. La première opération fut l'enlèvement d'un fibrome de 4 livres par l'hystérectomie vaginale. Il l'enleva avec des pinces à morcellement très vite et attacha séparément chaque artère avec de la soie No 6. Il ne fait qu'un tour simple à son premier nœud. Son hémostase est parfaite et il suture jusqu'à ce que la plaie soit sèche.

Son mode de suturer la plaie abdominale est particulier : il passe son fil de soie enfilé sur deux aiguilles de dedans en dehors à chaque centimètre, y incluant toute l'épaisseur de la paroi abdominale et le fin bord de la peau. Avant de les serrer il met une autre rangée de sutures interrompues en soie No 3 afin de mettre exactement en contact les fascia et les muscles, et les y laisse d'une manière permanente. Entre les grandes sutures il en fait d'autres superficielles en soie à tous les demi-centimètres de sorte qu'elles sont très près les unes des autres.

La plaie est alors recouverte d'une légère bande de gaze iodoformée et par-dessus il place une grande bande d'emplâtre qu'il recouvre avec soin.

Le jour suivant il fit une opération précisément semblable. Il prend environ cent minutes à faire cette opération, c'est l'homme le plus soigneux que j'aie jamais vu. L'éther est l'anesthésique administré et l'inhalateur est un grand masque en fil de fer recouvert de caoutchouc qui recouvre complètement la face de telle façon qu'on n'administre ainsi qu'une quantité relativement petite d'éther. Comme la malade n'avait que 26 ans il lui laissa un ovaire et la trompe correspondante afin de prévenir chez elle les orages d'une ménopause artificielle.

Le troisième jour il enleva un sac herniaire du canal inguinal gauche, lequel contenait un utérus rudimentaire, une tumeur de la trompe et de l'ovaire droite et une trompe gauche rudimentaire. C'est un cas très rare ; il n'en existe que quelques-uns de rapportés. Le quatrième matin il pratiqua une implantation d'un urètre dans la vessie.

J'ai été bien heureux de voir cette opération vu que ce n'était que la troisième qui ait été faite en Allemagne, une par Wuetzel et une autre par un opérateur dont je ne me appelle pas le nom quoiqu'elle ait été faite plusieurs fois en Amérique, par Boldt, de New-York, je crois. En ouvrant l'abdomen il trouva qu'elle avait les trompes fermées et qu'un ovaire contenait un gros kyste. Il enleva le kyste et laissa le reste de l'ovaire après avoir suturé avec soin les lambeaux avec des ligatures interrompues en soie fine.

Il ouvrit les trompes fermées et put coudre la muqueuse au bord du péritoine de manière à faire un nouveau pavillon. La malade, qui était une jeune femme, avait eu un premier accouchement très dur durant lequel l'utérus et l'urètre furent déchirés, et après guérison, il est resté une fistule utéro-urétérale et ses urines coulaient constamment par le canal cervical. Sanger commença par couper

l'urètre au niveau de l'utérus après avoir mis une ligature temporaire sur lui. Il sutura ensuite son ouverture dans l'utérus, après quoi il disséqua l'urètre de son origine au-delà de l'artère iliaque jusqu'à ce qu'il l'eut libéré à une distance de six pouces. Il ferma alors la grande ouverture dans le péritoine après quoi il put coudre l'urètre au sommet de la vessie où il le sutura avec soin.

J'ai depuis entendu dire que l'opération avait été un succès parfait. J'ai été enchanté des magnifiques matinées passées avec Sanger et je n'hésite pas à le classer parmi les gynécologistes de premier rang de l'univers. \*

ZWEIFEL, de Leipsic, est le *gehernirath* ou le professeur en chef de gynécologie et il a un grand nombre de lits à l'hôpital public pour les femmes, qui est une belle et grande bâtisse. Il a environ soixante-cinq ans. Je l'ai vu faire une opération très difficile pour une fistule vésico-vaginale chez une femme qui avait subi une hystérectomie plusieurs années auparavant dans un autre hôpital. Comme le jour était sombre il se servit d'une très jolie lumière électrique frontale fournie par le courant destiné à l'éclairage des rues. Les gardes-malades font le rasage et le lavage dans la salle d'opération pendant que les aides se préparent. Comme la fistule était située très haut il eut la plus grande difficulté à aviver les bords et à passer les ligatures; il s'aperçut alors qu'en avivant la fistule il était entré dans la cavité abdominale. De suite sans se lever de son siège il fit une incision abdominale de neuf pouces et au lieu de se servir de la position de Trendelenburg pour ôter de son chemin les intestins, un aide sort les intestins de l'abdomen pour lui donner de l'espace libre, ce qu'il ne peut faire facilement toutefois.

Comme Leipsic est la ville de Trendelenburg j'ai été surpris de voir quelqu'un de Leipsic ouvrir l'abdomen et garder la malade dans la position horizontale. Il réussit finalement à fermer la fistule de telle façon qu'en distendant la vessie d'eau il ne s'en échappa ni par le péritoine ni par le vagin. Il ferma l'incision abdominale par une rangée de catgut pour le péritoine, une deuxième pour le fascia et une troisième pour la peau avec une sorte de points de machine à coudre à l'aide de deux aiguilles, suture que je n'avais encore jamais vue et qui donne une très belle union de la peau. Son aide opéra ensuite une hernie ventrale qui était survenue à la suite d'une laparatomie. Comme il n'avait pas employé la position de Trendelenburg il eut de la difficulté à faire tenir les intestins en dedans.

J'ai vu une opération très intéressante faite par l'assistant du

Dr George Trendelenburg. C'était une colitomie pour cancer du rectum et de l'utérus ; au lieu d'ouvrir le colon dans la région inguinale, il fait une incision médiane, près de l'épigastre, attire au dehors deux ou trois pouces de colon transverse et le coud là. Il fait ensuite une autre incision de deux ou trois pouces à gauche de la première, mais seulement à travers la peau, passe l'anse intestinale sous la peau, l'amène à la seconde incision et l'attache là avec soin. La première incision fut fermée avec soin et recouverte de collodion ; après cela l'intestin fut ouvert à la seconde incision et la membrane muqueuse cousue à la peau, d'où les matières fécales s'échappent. Par cette ingénieuse invention de Winzel et de Van Hoeker, d'Innsbruck, on obtient un contrôle parfait d'un anus artificiel, simplement en comprimant avec une bande le colon à son passage sous la peau, et la malade peut avoir une ou deux évacuations par jour.

TRENDELENBURG, de Leipsic. Bien que n'étant pas gynécologue, après Lister, il a fait plus pour la chirurgie gynécologique qu'aucun autre homme vivant, et je lui ai fait une visite spécialement pour lui dire que nous pensons à lui et que nous le remercions chaque fois que nous faisons une hystérectomie abdominale ou quelque autre opération difficile de chirurgie pelvienne. Ceux qui n'ont jamais vu enlever deux mauvaises trompes en suppuration avant la découverte de Trendelenburg ne peuvent avoir une idée de la difficulté que rencontrait autrefois l'opérateur, ni du danger auquel la malade était exposée.

Comme l'opération était faite dans l'ombre, les intestins étaient déchirés ou infectés sans que nous le sachions, ou quelques petites artères restaient donnant dans le péritoine pour être passées imperçues. Maintenant tout cela est changé ; les intestins sont hors du chemin et nous les couvrons de serviettes stérilisées et nous avons pour travailler un grand espace bien éclairé, de sorte que nous ligaturons tout point qui donne jusqu'à ce que le péritoine soit parfaitement sec et net.

Comme je n'ai vu là aucune belle table il serait bien à propos pour les chirurgiens gynécologistes de l'Amérique de lui présenter une table de Trendelenburg solide et en argent. J'ai assisté à une de ses cliniques à laquelle assistaient au-delà d'une centaine d'étudiants et il était facile de voir combien il était aimé d'eux. C'est un homme dépassant la cinquantaine mais d'une apparence excessivement modeste, et comme il appelait des fournées d'étudiants à l'amphithéâtre pour examiner les malades qui y étaient amenées, il leur donnaient à chacun les marcs qu'il avait gagnés.

JACOBS, de Bruxelles, bien qu'âgé seulement de trente-cinq ans a atteint, grâce à son énorme industrie, une des positions les plus élevées en Europe. On me dit qu'il n'est pas attaché à l'Université, la position de professeur de Gynécologie étant occupée par un chirurgien militaire; il n'a pas non plus de lits dans aucun hôpital public de Bruxelles; mais il a quarante-cinq lits à son hôpital privé qui est le plus beau que j'ai jamais vu, tant en Europe qu'en Amérique, son coût dépasse cent mille piastres. Les gardes-malades sont des sœurs catholiques. Il a ouvert l'abdomen par le vagin, le plus souvent par hystérectomie, sept cent fois, avec un pourcentage de mortalités de moins de deux par cent et il a pratiqué au-delà de cent hystérectomies abdominales pour ablation de l'utérus et des annexes avec une mortalité de moins de deux par cent.

Son mode de désinfection lui est tout personnel, le voici: 1° Il frictionne la malade avec du savon vert dissout dans l'alcool et rase lui-même. Si c'est une opération vaginale il se sert d'une éponge pour savonner le vagin. Le champ de l'opération est alors brossé avec parties égales de solutions saturées de carbonate d'ammonium et de biborate de soude. Il frictionne ensuite avec de l'alcool, puis avec deux pour cent de formaline. Le premier matin il fit une péri-néorrhaphie, en prenant bien son temps, mais il la fit d'une manière magnifique, se servant de soie noire pour la plupart des sutures, trois seulement étant de crin de Florence. Les sutures ne sont qu'à un huitième de pouce de distance. Il recouvre ensuite la plaie de couches alternantes d'iodoforme et de collodion, de manière à la mettre à l'abri de l'air et de l'eau. Il obtient d'un chimiste de Bordeaux la soie toute stérilisée enroulée sur des tubes en verre et renfermée dans d'autres tubes fermés avec une bande de caoutchouc.

Cette maison de Bordeaux l'achète d'une maison de Philadelphie, laquelle l'achète d'une maison anglaise qui l'obtient de Chine. Il a aussi la plus jolie salle d'opération que j'ai jamais vue, toutes les tables sont de cuivre poli et de verre épais (plate-glass). Le jour suivant il enleva l'utérus, les trompes et les ovaires par l'abdomen pour une pyosalpingite double, un kyste ovarien et une tumeur fibreuse.

Une particularité dans sa méthode est de couper d'abord et de ne ligaturer que les vaisseaux qui se présentent à mesure qu'il avance, son objet étant de mettre quatre ou six ligatures au plus sur les artères isolées et non pas sur les nerfs. Et ceci me rappelle sa réponse à la question importante qui faisait le principal objet de ma visite à Bruxelles. " Pourquoi, lui demandai-je, avez-vous abandonné

l'hystérectomie vaginale par morcellements, opération qui a eu un succès si étonnant entre vos mains ?” “Parce que, dit-il, avec les longues pinces vous comprimez les nerfs et causez tant de souffrances à la femme pendant deux jours que ça lui prend deux semaines ensuite pour se remettre de cela, pendant que si vous ne ligaturez que les artères et si vous fermez le péritoine, elle sera pratiquement bien le lendemain.”

Dans ce cas comme les trompes étaient adhérentes à toute la surface antérieure du rectum, il les détacha avec soin avec des ciseaux jusqu'à ce qu'il eut entièrement délivré les deux trompes aussi grosses que des saucisses. Il les enleva alors d'un seul coup avec l'utérus au niveau du col interne, cautérisa le canal cervical, et sutura ensemble les deux lambeaux du col. Le rectum dénudé est habilement recouvert du lambeau antérieur qu'il coud sur lui. Il a le plus petit nombre d'aides que j'ai vu ; il s'en dispense d'un en se servant d'un spéculum abdominal ou d'un rétracteur à l'extrémité inférieure de l'incision, et celui-ci est fermement attiré en bas à l'aide d'une chaîne et d'un poids ; il n'a pas d'écarteurs pour les côtés de l'incision. Pour fermer l'abdomen il se sert de sutures cachées au crin de Florence pour le péritoine et le fascia, et du plus gros pour le tissu adipeux et la peau, et il dresse la plaie avec de la gaze sèche stérilisée ; mais ceci est recouvert entièrement d'emplâtre de dyachylon, plusieurs couches, chaque bande passant par-dessus l'autre. Il fut très minutieux et pris près de deux heures pour cette opération, se servant du chloroforme ; il nous dit qu'il ne considère une demi-heure de plus d'aucune conséquence comparé à l'importance d'une hémostase complète. Comme Sanger, il passe les sutures de la peau très près du bord de l'incision.

Le jour suivant il enleva un ovaire et une trompe d'une jeune femme, quoiqu'il me dit que son expérience en fait de chirurgie conservatrice était loin d'être satisfaisante. Dans les cas où il n'avait enlevé que la moitié d'un ovaire les malades avaient souffert pendant des années en raison de la contraction cicatricielle survenue dans la partie laissée ; tandis que pour les cas chez qui il avait enlevé l'utérus pour des fibromes tout en laissant les ovaires, ces derniers s'étaient totalement atrophiés en moins de deux années. Bien plus il dit que depuis que nous avons à notre disposition l'extrait d'ovaires, nous n'avons plus rien à craindre de cette ménopause artificielle. A chaque femme à qui cela arrive il donne l'extrait d'ovaires de vaches tous les matins dans un verre de vin d'Oporio, ce qui le rend de si bon goût qu'elles ne savent pas qu'elles en prennent. Il dit en

avoir même guéri de la folie par ce moyen. Le jour suivant il a enlevé les trompes et les ovaires d'une femme dont le péritoine était recouvert de tubercules miliaires qu'il a vus, dit-il, plusieurs fois guérir par la laparatomie. Il permet à ses malades de manger de bon appétit la veille du jour de l'opération, mais non pour plusieurs jours après; il ne craint pas la distension des intestins qu'il dit être toujours un signe de septicémie. Il ne donne jamais de strychnine mais amplement de morphine s'il y a de la douleur. Il pense que le chiffre élevé de la mortalité chez certains opérateurs célèbres est dû à ce qu'ils travaillent avec tant de hâte qu'une asepsie rigoureuse est impossible. Le lendemain il enleva un utérus cancéreux par l'abdomen, se débarrassant d'abord des annexes et du corps de la matrice jusqu'au col interne. Il pousse alors le col en bas au milieu du bassin en y introduisant l'index gauche préalablement recouvert de gaze iodoformée, ce qui rend très facile l'ablation du col, vu qu'il n'a qu'à couper autour de son doigt avec lequel il peut en même temps s'assurer si le vagin est infiltré. Il sent aussi s'il y a quelques glandes infectées dans le ligament large et les relève. Dans tout son travail, Jacobs est un artiste, maniant son bistouri comme un vinceau de peintre, tandis que dans ses travaux plastiques on croirait qu'il travaille au crayon. J'eus le plaisir de passer une soirée avec lui à sa résidence princière, 53 Boulevard Waterloo, remplie de rares œuvres d'art et j'ai été étonné de le voir s'asseoir à son piano et jouer à première vue des morceaux les plus difficiles de Wagner, pendant qu'un autre chantait.

Cette lettre clot la série de mes trois articles et j'espère que mes efforts pour faire comprendre le privilège inappréciable que j'ai eu de voir ces grands hommes à l'œuvre seront appréciés par ceux qui ne peuvent laisser et qui doivent se contenter de voir par les yeux des autres.

---

## ERRATUM.

---

Dans le compte-rendu que nous avons publié de la réunion de l'Association Médicale Canadienne à Québec, nous avons placé, parmi les officiers élus, le nom de l'hon. Dr Marsil, c'est M. le Dr Charles Marsil qui a été nommé secrétaire pour la province de Québec.

## COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 6 Octobre 1898.

*Présidence de M. Merrill.*

## STÉNOSE DU LARYNX.

M. BOULET.

Il s'agit d'une malade âgée de 48 ans qui, après avoir subi un traitement de trois mois dans un hôpital, vint me consulter pour des accès de suffocation. Elle eut dans mon cabinet même un de ces accès, dû évidemment à un spasme des bronches, et que j'attribuai, après avoir questionné la malade, à une laryngite syphilitique. Je décidai de faire la trachéotomie ; mais la canule une fois en place, aucun courant d'air n'y passa. Heureusement que le spasme cessa quelques instants après. Je fis alors entrer la malade à l'Hôtel-Dieu. On pratiqua des injections de calomel et on lui fit prendre de l'iodure à fortes doses. Il se fit une amélioration de courte durée, bientôt suivie de nouveaux spasmes ; on dut pratiquer l'intubation d'abord, puis, deux jours après, la trachéotomie. La malade mourut quelques jours après.

Cette malade m'a rappelé un autre cas de ma clientèle, cas de paralysie de la corde vocale gauche, n'accusant aucune histoire spécifique antérieure, et offrant également des spasmes laryngés qui étaient, j'en suis sûr, prémonitoires du tabès. La trachéotomie ne fit pas passer d'air dans la trachée. Le malade eut plusieurs attaques consécutives et mourut la sixième journée, après avoir offert avant sa mort une tachycardie très prononcée, ce qui me fait croire que ces spasmes laryngés sont sous la dépendance d'une lésion du bulbe.

Je me rappelle en outre un cas de sclérose latérale amyotrophique, accompagné des lésions de la face caractérisant l'envahissement du bulbe, qui mourut par asphyxie et syncope.

M. MERRILL.—J'ai opéré la malade du Dr Boulet à l'Hôtel-Dieu. Elle eut, à la salle d'opération, et au moment de commencer, un accès de suffocation qui nous obligea de pratiquer la respiration artificielle pendant quelque temps avant de faire l'incision et de placer la canule. Vous verrez aussi, sur les pièces anatomiques que le

Dr Marien va vous présenter, que l'épiglotte est en partie rongée. Je ne crois pas ces spasmes d'origine bulbaire ; je les attribue à l'irritation causée par la pénétration des liquides dans la trachée.

M. HERVIEUX.—Ce qui semble prouver que les spasmes ne sont pas d'origine bulbaire, c'est qu'ils étaient améliorés pour quelques jours par la trachéotomie.

M. MARIEN.—Vous verrez sur les pièces que je vous présente que l'épiglotte est totalement disparue, ainsi que la luette, ce qui rendait impossible la fermeture du larynx. Celui-ci est sténosé, mais cependant perméable. L'œsophage et le larynx communiquent par le même orifice. On voit sur les parois du larynx, en outre des ulcérations produites par la canule, des plaques de tissu cicatriciel, manifestement syphilitique, et non envahissant ; les ganglions ne sont pas atteints non plus. Il faut donc écarter l'hypothèse d'une compression des nerfs. Je me range entièrement de l'avis du Dr Merrill, et j'attribue les spasmes laryngés à la pénétration dans la trachée de parcelles, si petites qu'elles pussent être, d'aliments ou de liquides. Après la trachéotomie, la canule mise en place, la malade n'éprouvait de soulagement qu'après avoir expectoré une matière mucoïde qui venait évidemment des bronches.

La rate était aussi syphilitique. Nous trouvâmes chez cette malade le petit bassin rempli par une masse qui comprenait la vessie, le rectum, l'utérus et les annexes. Après dissection, il fut facile de constater un fibrome utérin, blanc nacré, criant sous le couteau. Les ovaires, compris dans la masse, étaient fibro-kystiques. Nous sommes probablement ici en présence d'un processus inflammatoire provoqué par la syphilis et qui a dû, au début, se manifester par des abcès et de la cellulite. Ceci confirmerait la théorie émise par mon maître Legueu en 1896, à la Société Anatomico-pathologique de Paris, sur l'évolution du fibrome sous l'influence de l'inflammation.

M. BOULET.—Je ferai observer que la malade avait des attaques de spasmes plusieurs heures après l'ingestion d'aliments. On n'a pas constaté de lésions pulmonaires. Ensuite la sensibilité de la trachée et des bronches est relativement obtuse. Les bronches sont accoutumées aux sécrétions. Une injection médicamenteuse dans la trachée ne provoque qu'une toux légère quand on évite avec soin la glotte et la région sous-glottique. L'hypertrophie des ganglions aurait plutôt provoqué des symptômes de paralysie par compression. Enfin l'augmentation des spasmes avant l'opération pouvait fort bien être amenée par la peur.

## CURABILITÉ DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

M. LESPÉRANCE.

(Nous publierons cette conférence dans notre prochain numéro.)

M. HERVIEUX.—Je demanderai à M. Lespérance si cette notion que la pleurésie tuberculeuse est bénigne et de nature à arrêter la marche de la tuberculose pulmonaire est admise par les auteurs.

M. LESPÉRANCE.—Oui, pourvu que l'on sache faire une distinction. Lorsque, avec un poumon peu malade au sommet, une alvéole tuberculeuse vient à faire irruption dans la plèvre, la lésion qui prédomine est l'épanchement, et l'on trouverait à l'autopsie la plèvre mince et encore flexible. Tandis que dans certaines pleurésies à évolution lente et longue, la plèvre est épaissie, blanche, peu flexible, et elle empêche la rétraction du poumon sous la poussée de l'épanchement. Or, cette immobilité du poumon est favorable à sa guérison. On a déjà mis, en France, cette théorie en pratique, en immobilisant des poumons tuberculeux à l'aide d'appareils plâtrés ou silicatés appliqués sur le thorax.

Certains médecins de Chicago ont fait beaucoup de réclame avec leur méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation du poumon. Ils obtiennent cette immobilisation en emplissant la plèvre du côté malade de gaz nitrogène. Je ne crois pas que leur théorie soit juste. L'épanchement pleurétique se fait d'une manière très lente, continue, et le poumon s'adapte sans secousse à sa situation nouvelle. La compression artificielle par un gaz ne peut pas se faire d'une manière aussi lente, et ce fait seul doit la rendre dommageable au poumon.

M. DEMERS.—L'épanchement pleurétique a une tendance plus ou moins prononcée à guérir suivant sa nature bactériologique. Aussi je suis d'avis, avant de pratiquer l'empyème, de rechercher s'il s'agit du pneumocoque, du staphylocoque ou du bacille tuberculeux.

---

M. DUBE présente l'intestin d'une fillette morte de la fièvre typhoïde, et offrant les lésions caractéristiques de cette maladie.

---

M. DUBÉ présente les organes thoraciques d'un vieillard mort à l'Hôtel-Dieu. On peut voir à la partie moyenne de l'œsophage, qui n'est pas rétréci, une tumeur cancéreuse qui envahit la bronche

gauche. Tout le poumon gauche est purulent et enveloppé d'une plèvre épaisse et rigide. Le poumon droit est indemne. L'examen histologique fera reconnaître s'il s'agit d'une broncho-pneumonie ou d'un foyer pulmonaire cancéreux.

---

Séance du 13 Octobre 1898.

Présidence de M. le professeur Demers.

#### HERNIE OMBILICALE ET MORT APRÈS L'OPÉRATION.

M. MERRILL.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, très lourde, pesant dans les 300 à 350 livres, et porteuse d'une hernie ombilicale depuis plusieurs années. Il y a huit jours lundi, cette femme est prise de vomissements qui deviennent bientôt fécaloïdes et durent jusqu'à jeudi, alors qu'on décide d'amener la malade à l'Hôtel-Dieu. Le cas jugé d'urgence et transporté immédiatement à la salle d'opération. Le Dr Marien et moi réduisons facilement la hernie, qui est de grand calibre, puis nous pratiquons la cure radicale, après avoir réséqué le grand morceau d'épiploon que voici. L'état de la malade s'améliore considérablement; les vomissements cessent, elle passe le lendemain deux selles abondantes, elle a faim et se sent mieux. Cet état de mieux persiste toute la journée du samedi. Vers cinq heures du soir, l'interne, à sa visite, trouve madame X., avec une figure anxieuse, pouls filiforme et une douleur forte au côté de l'abdomen. On pense à une hémorrhagie interne: la malade meurt dans la soirée.

A l'autopsie, il est impossible de trouver aucune trace de péritonite, ni d'étranglement intestinal. La plaie abdominale est cicatrisée. Mais les deux poumons sont gorgés de sang et les reins sont très malades. M. Marien va vous montrer les pièces.

M. MARIEN.—L'autopsie permet de conclure qu'il n'y a jamais eu d'étranglement de l'intestin chez la malade du Dr Merrill, parce qu'il nous a été impossible de relever la moindre trace de rougeur ou d'hyperhémie de cet organe, mais simplement quelques adhérences insignifiantes. Les poumons sont noirâtres et gorgés de sang, signes évidents d'une apoplexie pulmonaire. On en comprend facilement la cause en examinant les reins, qui sont tous les deux très malades; infarctus et disparition par places de la substance corticale. Les

vomissements, la cyanose, la figure anxieuse, la rapidité du pouls, l'apoplexie pulmonaire, puis la mort sont survenues chez une personne en état d'urémie, sans que l'on puisse mettre la hernie en cause.

M. VALIN.—Est-on sûr qu'il y avait urémie antérieurement à l'opération ? Comment alors expliquer l'amélioration considérable des 48 heures qui ont suivie cette opération ? Le chloroforme entrave la circulation rénale et n'améliore pas l'urémie. De plus, dans l'urémie, les complications prennent quelques heures à s'établir, et si elles ont une marche rapide, elles ne sont pas généralement foudroyantes.

M. de MARTIGNY.—La masse d'épiploon enlevée est considérable, la paroi abdominale était épaisse ; il a pu se produire, durant l'opération, une saignée suffisante pour améliorer l'urémie. A-t-on pu savoir si la malade était malade depuis quelques mois et quelle était la quantité quotidienne des urines ?

M. MERCIER.—Les vomissements fécaloïdes doivent faire penser à une hernie étranglée, et non pas à l'urémie. On devrait, avant toute intervention abdominale sérieuse, prendre toutes les précautions possibles, et analyser les urines. Il est possible que le traumatisme chirurgical, dans le cas du Dr Merrill, ait rompu l'équilibre fonctionnel déjà menacé par la néphrite. J'ai opéré, il y a quelques jours, à l'hôpital Notre-Dame, un vieil alcoolique, âgé de 48 ans, pour une hernie. J'avais constaté un cœur légèrement touché, de l'emphysème et de la bronchite chronique. Je n'avais pas fait l'analyse des urines. L'opération a très bien réussi, mais le malade est mort trois jours après de congestion pulmonaire. Dans le cas qui nous occupe, il serait intéressant de savoir dans quel état, à l'opération, on a trouvé l'intestin.

M. DEMERS.—Le dosage de l'urine est toujours important, puisque c'est surtout par le rein, suivant Lancereaux, que l'on meurt subitement. Le dosage suffit quelquefois à établir un diagnostic. J'étais appelé l'autre jour en consultation auprès d'un vieillard qu'on croyait hystérique. Il y avait, à l'auscultation, bruit de galot et râles d'œdème pulmonaire. Je fis mesurer les urines : ce vieillard en passait 4 onces dans les vingt-quatre heures.

M. MERRILL et M. MARIEN.—Le chloroforme, qui calme les accès d'éclampsie, a bien pu agir dans un cas d'urémie. Il se peut aussi que l'intestin, attiré au dehors avec l'épiploon, se soit légèrement étranglé ; nous l'avons trouvé, à l'opération, parfaitement intact ; l'épiploon seul était irréductible. L'hémostase a été parfaite durant toute l'opération.

M. ASSELIN.—Si M. le président le permet, j'ajouterai un mot. D'après certains renseignements qu'on vient de me fournir, je constate que j'ai été appelé, il y a six mois environ, dans la soirée, auprès de la malade du Dr Merrill. Elle se plaignait de douleur au bas ventre et n'avait pas uriné depuis 24 heures. Au cathétérisme, il n'y avait pas deux onces d'urine dans la vessie.

#### CANCER DU PYLORE.

M. FORTIER.—L'estomac que voici provient d'une femme de 62 ans entrée à l'Hôtel-Dieu en juillet dernier. Elle se plaignait de perte d'appétit, d'épuisement, de fatigue continuelle. Il n'y avait pas de fièvre; rien dans les urines. On notait une salivation abondante, et la malade fut bientôt prise d'un œdème qui envahit la main, le bras, la jambe, puis le tronc. On n'avait rien constaté à la palpation du côté de l'estomac. La malade mourut d'hémorragie intestinale.

On a constaté à l'autopsie un hydrothorax gauche, de l'athérome de l'aorte et du cancer du pylore. Bien que le rétrécissement pylorique soit assez considérable, l'estomac est plutôt diminué de volume.

---

#### SYRINGOMYÉLIE.

M. DUBÉ.

Le Dr Dubé rapporte l'observation de sa malade et présente des coupes histologiques de la moëlle. (La communication de M. Dubé n'est pas encore prête pour la publication.)

M. le prof. MIGNAULT.—Je félicite le Dr Dubé sur l'exactitude de sa description. Les lésions qu'il nous a montrées expliquent parfaitement tous les symptômes. Il est aisé de constater que la physiologie des centres nerveux fait des progrès constants.

J'attire l'attention des membres du Comité sur le diagnostic différentiel de la syringomyélie. L'hystérie et la névrite périphérique offrent souvent des symptômes analogues. J'ai rencontré dernièrement, chez une jeune fille hystérique, la dissociation de la sensibilité. On pouvait percer la peau avec une aiguille sans provoquer la douleur; seulement le traumatisme s'accompagnait de dilatation de la pupille. Ce dernier signe est important pour reconnaître l'hystérie; car, dans ces cas, la malade et la famille dissimulent soigneusement les symptômes. L'anesthésie cutanée s'étendait symétriquement aux quatre membres et respectait le tronc. La jeune fille avait des crises hystériques.

M. KENNEDY.—La malade de l'Hôtel-Dieu avait conservé certaine sensibilité interne. Elle avait des frissons, se plaignait qu'elle avait froid, qu'elle avait des douleurs dans une épaule. Si la sensibilité disparaissait sur le chemin périphérique, elle était conservée dans les centres cérébraux.

M. ASSELIN.—Il serait curieux de savoir si le panaris analgésique ou maladie de Morvan appartient à une névrite périphérique ou ne pourrait pas être rattaché à la syringomyélie.

M. de GRANDPRÉ.—La névrite s'accompagne de douleurs très fortes.

M. DUBÉ.—A propos du diagnostic différentiel, la distribution de la sensibilité nous est très utile. Dans l'hystérie, l'analgésie cutanée est en plaques disséminées; elle occupe, dans la syringomyélie, des segments de membres: chaussure, gant, veste, etc. Dans la névrite périphérique, on relève toujours une intoxication: alcool, plomb, diphtérie, et les troubles sensitifs siègent sur le trajet du nerf ou son territoire de distribution. Selon moi, l'atrophie musculaire progressive sera plus facilement confondue, à son début, avec la syringomyélie. Tous les auteurs, excepté Morvan lui-même et Déjérine, sont d'avis que le panaris analgésique est une forme de syringomyélie. On a même tenté, sans tenir compte du bacille de Hansen, de rapporter la lèpre à cette maladie, et Unna de Hambourg respecte sans trop la partager cette opinion de Zambach-Pacha.

---

#### FIBROMES UTÉRINS.

M. de LOTBINIÈRE HARWOOD.

Le Dr Harwood donne un excellent résumé de l'anatomie de de l'utérus et de ses annexes. Il rapportera à la prochaine séance cinq cas de fibromes utérins opérés à l'Hôpital Notre-Dame et présentera les pièces.

---

Séan du 20 Octobre 1898.

*Présidence de M. le professeur Mignault.*

#### INVAGINATION INTESTINALE.

M. MERRILL.

Je vous présente la pièce anatomique d'un cas que l'on rencontre assez rarement en pratique. Il s'agit d'un garçon de 14 ans, collégien, en promenade chez lui pendant les vacances de

Noël, qui fut pris le matin, après avoir mangé abondamment de la crêpe au lard, de troubles du côté de l'abdomen, consistant surtout en douleurs et vomissements. Le médecin de la famille pensa à une indigestion et traita le malade en conséquence. Les symptômes s'aggravant, il me fit demander en consultation. Nous trouvâmes tous les symptômes d'une péritonite aiguë : le ventre est ballonné et sensible, les vomissements sont déjà fécaloïdes. Comme deux enfants ont déjà succombé à la tuberculose dans la famille, nous pensons à une péritonite tuberculeuse. L'intervention chirurgicale nous paraît urgente. Le jeune garçon est amené à l'Hôtel-Dieu le soir ; il meurt dans la nuit.

A l'autopsie, nous trouvons les intestins très dilatés, et dans le petit bassin, ce boudin énorme que je vous présente, et qui est constitué par la partie moyenne de l'intestin grêle invaginé.

Ce cas nous démontre que le diagnostic n'en est pas toujours facile à faire, et qu'il n'est pas bon de retarder l'intervention chirurgicale même en cas de doute.

M. DUBÉ.—Le mécanisme de l'intussusception est difficile à expliquer. A la Maternité, dans une série de 300 autopsies, nous avons rencontré très fréquemment cette lésion chez les bébés. Quelques auteurs prétendent que c'est chez eux une lésion agonique, résultat d'une convulsion intestinale. Ce qui m'a frappé cependant, c'est le manque de fixité de l'intestin à la paroi postérieure de l'abdomen. L'intestin chez les bébés est très mobile sur son mésentère. Ceci me paraît être une cause prédisposante. Cependant, comme il nous est encore difficile, à la Maternité, de faire prendre des observations dans les salles, je ne puis pas vous rapporter de cas constatés chez le vivant. Dans une autopsie, nous avons trouvé une intussusception du colon descendant.

S'il est vrai que pour que la lésion se produise, il faut qu'un segment limité de l'intestin soit dilaté, paralysé et immobile, on devrait la rencontrer dans la gastro-entérite des bébés, puisque l'autopsie nous révèle souvent les segments intestinaux dilatés, probablement par une fermentation localisée.

M. MARIEN.—Il est à noter que l'invagination se fait le plus souvent à la valvule iléo-cœcale ; c'est le petit intestin qui s'invagine dans le colon. Dans le cas actuel, la dissection de la pièce permettra peut-être de trouver que le point de départ de la lésion a été le diverticule de Meckel. La lésion ne produit pas toujours des symptômes aigus immédiats ; on peut souvent, quatre ou cinq jours avant les accidents, déceler un boudin dans la cavité abdominale.

M. MERRILL (*en réponse à une question*).—Non, il n'y avait pas de traces d'aliments dans l'intestin, mais seulement du liquide. Le jeune garçon, trois mois auparavant, avait eu une attaque du même genre qui n'avait pas duré.

M. DUBÉ.—L'intervention chirurgicale, lorsqu'elle a lieu 60 heures après le début des accidents, n'empêche pas la mort de survenir ; c'est ce qui résulte d'une statistique de 103 cas publiés à New-York. Dans les premières heures, on peut tenter un traitement

médical. Chez un bébé, dans les premières 24 ou 48 heures, on peut, après l'avoir mis sous l'influence du chloroforme, essayer une insufflation gazeuse ou une injection d'eau tiède dans l'intestin. Chez l'adulte, on peut tenter le lavement électrique.

---

### ENDOMÉTRITE EXFOLIANTE OU DYSMÉNORRÉE MEMBRANEUSE.

M. PARIZEAU.

La pièce que je mets sous vos yeux, Messieurs, sans être une rareté, est une de celles qui puissent attirer notre attention et la retenir même quelques instants. En voici, du reste, la description. C'est une sorte de sac à deux faces triangulaires, limitant une cavité également triangulaire; les trois angles sont remplacés par des ouvertures. L'une des faces est anfractueuse, mais présente cependant un revêtement lisse; l'autre, rugueuse, est munie de petits prolongements blanchâtres.

Quant à l'histoire de cette pièce, elle est brève mais instructive, je crois. C'est l'observation d'une de mes patientes que je livre à votre appréciation. Cette dame, réglée à seize ans, n'eut jamais depuis lors, aucun ennui de ce côté. Mariée depuis quelques années, elle accoucha, il y a huit mois, je pense, dans des circonstances très laborieuses. Cependant, il n'y aurait eu aucune complication et les "relevailles" auraient été des plus heureuses. Mais le retour des règles s'est fait attendre près de trois mois. Si bien, que ma cliente se crut de nouveau enceinte. Heureusement, l'apparition de ses règles vint lui enlever toute inquiétude. La menstruation fut à ce moment très facile et très abondante. La chose se répéta les mois suivants. Mais un retard d'un mois vint de nouveau effrayer cette dame. C'est alors, qu'elle vint me consulter. En dehors de ce retard, elle accusait de fortes douleurs dans le bas ventre avec irradiations lombaires. Je l'examinai et pus constater les signes d'une métrite bien caractérisée du col, au niveau duquel existait une forte déchirure. En raison de la disparition des règles et de la possibilité d'une nouvelle grossesse, je conseillai à cette dame un traitement plutôt léger, c'est-à-dire, des injections tièdes au sublimé. Quinze jours après le début de ce traitement, les règles réapparurent avec de fortes douleurs. L'écoulement était considérable. Vers le quatrième ou cinquième jour, la malade rendit quelques caillots et finalement la pièce que vous avez entre les mains. Très effrayée, croyant à un avortement, elle accourut et me porta l'objet en question.

Un premier examen me permit de rassurer cette dame et de lui apprendre qu'elle avait rendu en bloc sa muqueuse utérine, ce qui la faisait rentrer dans le cadre des cas peu ordinaires. Faut-il dire, avec l'ancienne idée, que cette dame a eu de la dysménorrhée membraneuse, ou avec Pozzi et l'école moderne, est-il logique de penser que cette chute de la muqueuse est le fait d'une inflammation locale.

L'histoire du cas devra, je le pense, vous faire pencher vers l'idée moderne. En effet, la malade n'a jamais présenté, jeune fille, aucun trouble analogue, les menstrues ne lui causaient aucune sorte d'ennui. Elle se marie, rien ne change. Elle a un enfant, subit une forte déchirure du col, voit ses règles deux mois de suite et finalement présente des troubles de métrite marquée, suivis enfin de la chute de sa muqueuse utérine.

Voilà, je pense, une histoire qui cadre parfaitement avec la théorie de Pozzi à laquelle décidément je me range. Voilà pourquoi j'ai intitulé ceci, "Endométrite exfoliante" et non pas "Dysménorrhée membraneuse."

M. MARIEN.—A-t-on fait l'examen histologique pour s'assurer si l'on a bien affaire à la muqueuse ?

M. MERRILL.—Y a-t-il eu hémorrhagie abondante ?

M. MIGNAULT.—Dans ces cas de dysménorrhée membraneuse, la membrane rejetée est-elle toujours épithéliale ? Je serais curieux de savoir si la membrane, quelquefois, ne rappelle pas par sa composition celles qui sont rejetées dans l'entérite membraneuse. Il est vrai qu'on n'en connaît pas beaucoup la nature anatomique. J'ai assisté dernièrement dans une maison religieuse, à une épidémie d'entérite membraneuse ; je n'ai pas pu m'en expliquer la cause.

M. HERVIEUX.—La muqueuse déciduale, après l'accouchement, peut-elle être expulsée deux fois ? Si oui, n'était-ce pas réellement un cas d'avortement ?

M. PARIZEAU.—Je me propose de faire l'examen histologique ; mais j'ai tenu à montrer la membrane intacte afin de faire constater que nous avons bien ici la forme en triangle de la cavité utérine, avec les trois ouvertures correspondant l'une, plus grande, au col, les deux autres, plus petites, aux trompes. L'hémorrhagie a été moins abondante que dans les menstrues habituelles de la malade. Il est possible que la chute de la muqueuse déciduale puisse se répéter après l'accouchement, mais dans un laps de temps assez restreint. Ici, la malade avait accouché huit mois auparavant ; elle avait eu depuis deux menstruations régulières. Puis elle avait sauté un mois, et enfin est survenue la présente menstruation. Enfin il est bon de se rappeler qu'il existait une métrite caractérisée et facilement reconnaissable.

M. DUBÉ.—Ce cas me rappelle une vieille fille vierge, morte à 40 ans, et chez qui nous avons trouvé à l'autopsie une matrice infantile, très petite. Cette femme avait toujours eu des menstruations difficiles depuis l'âge de 14 ans, époque à laquelle elle avait fait une chute sur le périnée. Trois mois avant sa mort, elle avait passé, dans une menstrue difficile, un morceau charnu qui n'a pas été conservé. Il s'agissait probablement, comme ici, d'une métrite chronique exfoliatrice.

---

## ANGINE A STREPTOCOQUES ET A KLEBS-LCEFFLER

suivie à bref délai de diphtérie laryngée.

M. BENOIT.

Je viens de perdre dans ma clientèle une petite malade atteinte de la diphtérie. Le cas m'a paru offrir un certain intérêt ; c'est pourquoi je vous le rapporte.

Lucienne X était une fillette vigoureuse, que j'avais mise au monde il y a vingt mois. Elle pesait treize livres à sa naissance, et trente quelques jours avant sa mort. On l'avait élevée au lait stérilisé et aux œufs frais. Elle était grasse, bien musclée, et n'avait jamais été malade.

Voici comment elle est morte. Le dimanche, 2 octobre, l'enfant avait passé une mauvaise nuit. Elle se plaignait de sa gorge, refusait ses aliments et paraissait souffrante. On m'appelle vers midi. L'enfant a la figure pâle, légèrement œdématiée ; les yeux sont abattus ; le pouls est vite et mauvais. J'enveloppe l'enfant dans un châle, je la place sur les genoux du père, bien en face d'une fenêtre, et j'abaisse la langue avec une cuiller. Les deux amygdales et les piliers postérieurs sont couverts d'une membrane épaisse, gris-sale ; la gorge paraît remplie par une sécrétion blanchâtre. Je porte immédiatement le diagnostic d'angine diphtérique. La respiration ne me paraît pas embarrassée ; elle nombre 24.

Je fais isoler l'enfant à l'étage supérieur de la maison, et je téléphone à mon pharmacien, qui n'a plus de sérum Roux. Il paraît que la provision en est épuisée dans la ville. Il me faut alors, pour la première fois dans ma pratique, employer le sérum américain, sérum de Mulford, qui a la prétention d'être très concentré. A une heure, j'injecte à ma petite malade, 5 c.c. de ce sérum, ce qui équivaut à 20 c.c. du sérum français. Puis, sur ma demande, le père fait venir une garde-malade diplômée. J'enlève aussi de l'amygdale droite un échantillon de membrane.

La garde-malade s'installe en permanence auprès de la petite malade. La gorge est nettoyée à l'aide de tampons de coton absorbant, et soumise à des vaporisations de la solution de Loeffler. Une porte-fenêtre donnant sur un balcon est tenue largement ouverte ; de l'eau bouillante constamment près du lit, sur un poêle à pétrole. On fait une injection hypodermique de 1/30 grain de strychnine pour stimuler le cœur.

L'enfant passe une bonne après-midi ; elle est calme, n'a pas de dyspnée, et boit avec facilité du lait stérilisé, et plus tard du café au lait. La fièvre monte cependant un peu, de 103° à 103.5° F., et le pouls se maintient très vite (156). L'enfant peut dormir. En somme, lorsque je la revois à huit heures du soir, je juge l'état général assez satisfaisant, malgré que l'enfant soit très abattue et le pouls mauvais, et je compte sur le sérum pour améliorer d'avantage les symptômes durant la nuit. La garde-malade reçoit l'ordre de me prévenir à la moindre alerte.

Elle m'envoie chercher à trois heures, le lundi matin. Je trouve

la malade avec un tirage des plus prononcé. Baignée de sueur, elle est étendue sur le lit, la tête renversée en arrière, la bouche entre-ouverte, les yeux demi clos. La respiration est à 36, fort pénible, légèrement bruyante; l'abdomen est attiré par le diaphragme à chaque inspiration. Elle a eu un court accès de respiration pénible, dit la garde-malade, vers dix heures; puis cela a recommencé vers une heure, s'est calmé de nouveau, puis a repris vers deux heures et semble persévérer. Depuis une heure la fièvre a baissé d'un demi degré. Mais le pouls, devenu incomptable, disparaît sous le doigt à chaque inspiration. Les lèvres ne sont pas cyanosées.

Je prévient la famille de l'imminence du danger; j'affirme la nécessité urgente d'une intervention chirurgicale, et je demande une consultation immédiate. Pendant que l'on appelle en toute hâte un de mes maîtres, ainsi qu'un chirurgien de nos hôpitaux, j'injecte de nouveau au bébé 1/30 de grain de strychnine, plus 5 c.c. du sérum de Mulford, quinze heures après la première injection. La consultation est rapide et unanime; il faut intervenir le plus tôt possible. Les parents consentent à l'intubation, et on la pratique séance tenante. Dès que le tube est mis en place, la respiration devient aisée pour quelques instants; puis le tube se bouche, l'enfant étouffe, fait des efforts et le renvoie. Nous renouvelons l'expérience à plusieurs reprises et toujours avec le même résultat. L'enfant, qui s'est à peine débattue, s'affaiblit visiblement. Après la dernière tentative, sa tête roule sur mon épaule; elle est épuisée.

Nous remettons l'enfant à la garde-malade, et nous allons exposer la situation au père. Il nous paraît évident que nous sommes en face d'un croup bien constitué, très virulent, avec membranes abondantes et mucosités, et qu'il ne reste qu'une dernière ressource, la trachéotomie, si toutefois le sérum a le temps d'agir. Le père a pour cette opération la plus grande répugnance, tellement que nous croyons bon de ne pas insister davantage pour le moment, et d'attendre contre tout espoir une amélioration qui ne se manifesterait pas. Le pronostic nous semble d'ailleurs très sombre.

Vers sept heures la respiration devient plus rauque et plus difficile; l'enfant commence à se cyanoser. Les parents nous donnent alors carte blanche, et nous pratiquons la trachéotomie *in extremis*. L'enfant meurt pendant l'opération, avant même que la canule ne soit fixée, et les tractions rythmées de la langue n'ont aucun résultat. Il était huit heures du matin.

Quelle a été la cause directe de la mort de la petite Lucienne? Est-ce l'angine diphtérique? l'envahissement du larynx? la sténose de cet organe? Ce n'est pas là, je crois, la cause directe.

Il est vrai que la maladie a évolué avec une rapidité considérable. Car enfin, à l'examen du dimanche midi, j'avais bien devant les yeux une angine diphtérique d'intensité moyenne, couvrant les amygdales et les piliers postérieurs, mais respectant le voile du palais et le pharynx. Il est à remarquer que les narines n'ont pas été envahies, que les ganglions du cou ne se sont pas hypertrophiés. Le larynx, à ce moment, était-il déjà touché? C'est bien possible, bien qu'au-

cun symptôme respiratoire n'attirât l'attention de ce côté; il n'y avait pas non plus de raucité de la voix, ni de toux. Si le larynx était déjà pris, c'était encore bien peu de chose. Les symptômes importants, accélération de la respiration, dyspnée, ne sont apparus que tard dans la soirée, vers les dix heures, et se sont accentués rapidement vers le matin. Les tentatives infructueuses d'intubation ont montré qu'il ne s'agissait pas tant de spasmes de la glotte que de formation de fausses membranes, au point qu'il était nécessaire, chaque fois que le tube était rejeté, de le déboucher avec un stylet.

D'un autre côté, l'état de la petite malade, pendant les dix-huit heures qui ont précédé sa mort, a été caractéristique. Si les symptômes de peu d'importance, tels que la pâleur, l'abattement, le refus de s'alimenter, etc., se sont améliorés durant l'après-midi et une partie de la soirée, par contre le pouls est devenu de plus en plus mauvais, la température n'a pas baissé pour la peine, les membranes ont continué de s'étendre, et tout cela malgré l'injection de sérum. On peut dire que, à partir de deux heures du matin, l'état de la petite malade s'est aggravé jusqu'à sa mort, et cela sans aucune manifestation bruyante. Nous avions devant nous, non pas un vigoureux bébé luttant contre l'asphyxie, mais un malheureux petit être foudroyé par une intoxication.

M. Parizeau, pathologiste de l'hôpital Notre-Dame, a bien voulu ensemençer pour moi les débris recueillis sur l'amygdale. Cet ensemençement a donné des cultures modérées du bacille moyen de Klebs-Löffler et des cultures très nettes de streptocoques. Nous avons alors inoculé ces cultures à un lapin, et ce sont les streptocoques qui ont surtout agi. M. Parizeau va d'ailleurs vous communiquer ses notes, et vous en conclurez certainement, comme nous, que si la petite Lucienne est morte si rapidement, sans réaction vive, sans troubles nerveux, sans envahissement des ganglions, et malgré le sérum antidiphthérique, c'est qu'elle est morte de streptococcie.

Il me reste maintenant une confession à vous faire. Ce bébé si gravement atteint, si rapidement enlevé, je l'avais vu le mercredi de la semaine précédente, c'est-à-dire quatre jours auparavant. On m'avait appelé auprès de lui, dans la journée, parce qu'il venait d'avoir une convulsion. J'administrai un bain chaud sinapisé, puis, l'enfant calmée et endormie, je questionnai la mère. Elle attribuait l'accident à une indigestion ou un peu de froid. Cependant depuis quelques jours l'enfant n'avait pas été sortie; elle paraissait d'ailleurs tout à fait bien. Je pensai moi aussi à une irritation gastro-intestinale, et j'administrai une dose légère de calomel. A ma visite du lendemain, la fillette était tout à fait remise; aucun symptôme particulier n'attira mon attention. Eh bien, je me reproche aujourd'hui de n'avoir pas, à ce moment là, examiné la gorge de la fillette. Qui sait si cette convulsion n'était pas le premier indice du mal envahisseur, et si un examen soigneux de la gorge ne m'aurait pas révélé, dans quelque recoin perdu de la muqueuse, la première membrane diphthérique? On ne saurait jamais trop prendre de précaution lorsqu'il s'agit d'un enfant malade. Aussi ai-je tenu à vous rapporter

et incident, qui pourra vous être, on ne sait jamais, de quelque utilité. Il a été pour moi une grave leçon dont je me suis bien promis de tenir compte.

### *Examens bactériologiques.*

M. PARIZEAU.

L'échantillon de fausse membrane fut apporté au laboratoire le 4 octobre dernier. On en fit immédiatement l'examen par simple frottis et coloration diverses. Nous pûmes voir qu'il contenait du streptocoque, des batonnets ayant les caractères du bacille de Klebs et enfin quelques groupes de staphylocoques. Ce premier examen promettant, on fit desensemencements sur sérum, bouillon et bouillon-ascite (milieu de Marmorek).

Le lendemain, 5 octobre, le sérum présentait deux sortes de colonies, de la diphtérie puis du streptocoque. La culture sur bouillon ne donna que des chaînettes en petit nombre. Quant au bouillon-ascite, il contenait les trois espèces observées dans un premier examen.

Mon intention était d'inoculer cette dernière culture à un lapin. Les circonstances ne le permirent pas et je dus faire un réensemencement dans un nouveau bouillon-ascite, la virulence du premier ne devant pas être de longue durée. Dans ce dernier tube se retrouvent en abondance le bacille de la diphtérie et les chaînettes de streptocoques, ainsi que du staphylocoque.

Le 11 octobre au matin, on pratique l'inoculation à un lapin de bonne taille. Il reçoit sous la peau de l'oreille cinq à six gouttes de culture en bouillon et 2 c.c. de la même culture dans la veine marginale. Pour augmenter les chances de réussite, on lui injecte en même temps dans le péritoine 25 cc. de toxine filtrée de coli-bacille. Les effets se produisent assez rapidement. Deux heures après l'opération, l'animal avait déjà une tenue caractéristique. On observait chez lui un essoufflement considérable; il se tenait immobile, très allongé, refusait toute nourriture. A 4½ heures le soir, sa température, qui avant l'inoculation était de 38°C, était de 40°5C. La respiration, pressée et saccadée, lui laissait à peine le loisir de satisfaire la soif intense qu'il présentait. Son affaissement du reste était de plus en plus marqué.

Le lendemain matin, les troubles généraux, dus sans doute à l'injection intra-veineuse et à l'action de la toxine de coli-bacille, parurent s'améliorer un peu. Mais au niveau de l'oreille, on nota l'apparition d'un érysipèle de franche allure. Injection considérable des vaisseaux de la région, rougeur, chaleur, gonflement.

Tels étaient les signes présentés à ce niveau par notre animal, qui paraissait en outre extrêmement assoiffé. Ces différents symptômes augmentèrent pendant quelques jours pour faire place à une desquamation locale typique et à deux petits abcès sous-cutanés également locaux, dont nous fîmes un examen complet.

Par frottis on trouvait des chaînettes peu nombreuses, et quelques cocci isolés qui prenaient le Gram. L'ensemencement du pus

de ces abcès fut pratiqué sur *Sérum*, *Bouillon*, *Bouillon-Ascite* et *Gélose*.

Dans le premier tube, on trouve du staphylocoque, du streptocoque, mais plus de trace de Klebs-Löffler, malgré l'excellence du milieu nutritif. La culture sur bouillon donne les mêmes résultats. Celle du bouillon-ascite nous donne également la même chose, avec une prédominance marquée du streptocoque. Sur gélose additionnée d'une goutte de sang humain, on observe deux belles colonies de staphylocoque doré et une dizaine de colonies de streptocoque à forme et à dimensions inégales. Ceci se passait le 19 octobre. A cette date, il ne restait plus à notre lapin qu'une oreille un peu bossuée, et un bon appétit pour réparer le temps perdu.

Que peut-on conclure de ces différentes constatations ?

D'abord, nous avons eu affaire à une association microbienne dont la virulence n'est plus à apprécier. Roux et Yersin ont montré l'extrême violence des associations de bacille de Löffler et de streptocoque.

Dans le cas actuel, il nous paraît que le premier rôle appartient au streptocoque. En effet, l'inoculation faite avec les trois espèces microbiennes a réussi, les réactions animales et les ensemencements l'ont prouvé, surtout pour le streptocoque. D'autre part, le pus recueilli sur l'oreille de notre lapin ne contenait pas de bacille diphthérique. Cependant, l'une des cultures était faite sur le milieu favori de ce microbe.

On pourrait croire qu'un microbe capable de produire les effets foudroyants observés par l'un de nous sur un organisme humain, on pourrait croire, dis-je, que ce microbe dut produire par inoculation des résultats plus marqués. On pourrait même s'étonner que notre animal soit encore vivant. La chose s'explique assez bien. La virulence du streptocoque s'épuise très rapidement. Sa vitalité même est minime. Les réensemencements ne réussissent guère que sur des milieux spéciaux et encore est-il essentiel de ne pas oublier que tout en poussant, réensemencé, il s'achemine rapidement vers un état inoffensif qui rend l'expérimentation délicate et aléatoire.

L'inoculation fut faite, on s'en souvient, non pas avec la culture primitive issue de la fausse membrane, mais avec une culture fille, par conséquent dégénérée.

Si donc, nous avons réussi à donner à notre lapin un érysipèle aussi nettement caractérisé, avec complications suppuratives, il est légitime de penser que le micro-organisme qui évolua dans la gorge de l'enfant dut posséder un degré de virulence suffisant pour expliquer l'intoxication observée par l'un de nous chez sa petite malade.

M. DEMERS.—Ce cas démontre bien le danger des associations microbiennes. L'absence d'hypertrophie des ganglions est à noter. La convulsion du mercredi indique probablement le début de l'infection, et remplaçait le frisson habituel des grandes personnes lorsque l'infection commence. Il y avait aussi probablement néphrite grave, que l'analyse des urines aurait pu démontrer. Il devait y avoir aussi de l'anesthésie croupale (insensibilité cutanée), qui est un signe de mort à brève échéance dans le croup. Je me rappelle

un cas où j'avais appelé sir William Hingston pour faire la trachéotomie ; l'enfant ayant dans l'intervalle rejeté des membranes, l'opération fut retardée. Cependant il n'y avait aucune sensibilité lorsqu'on pinçait la peau ; je pus dès lors prédire la mort, qui arriva quelques heures après.

M. BOULET.—Mon expérience concorde avec celle de M. le professeur Demers. J'ai toujours constaté que l'anesthésie cutanée est un signe fatal. Je regrette l'absence de l'analyse des urines dans ce cas ; peut-être même la petite malade a-t-elle eu de l'anurie. Quant à la technique de l'intubation, il ne faut pas perdre de vue que l'on doit, lorsque le tube est rejeté, essayer à plusieurs reprises des grandeurs différentes. Souvent le tube est rejeté parce qu'il est trop petit. Ce serait une erreur aussi d'abandonner la trachéotomie, qui nous rend parfois de si grands services, à condition que l'on n'attende pas trop tard. Enfin dans ce cas-ci on aurait pu tenter une injection combinée de sérum Roux et de sérum de Marmorek.

M. DUBÉ.—Le cas de M. Benoît nous fait voir comme il est important de se hâter dans l'application du traitement, et de ne pas attendre le résultat de l'examen bactériologique. Cet examen, d'un autre côté, et c'en est un exemple, nous donne une grande satisfaction lorsqu'il prouve que la mort n'est pas due à une erreur de traitement, mais à la virulence de l'association microbienne.

M. FORTIER.—A-t-on publié des statistiques sur les résultats de l'emploi des deux sérums ?

M. BOULET.—Oui, et elles sont très satisfaisantes.

M. LABERGE.—L'analyse des urines est toujours importante ; elle permet de constater l'état des reins et de prévoir l'anurie. Avant de tenter une intubation, il est bon de s'assurer s'il n'y a aucun symptôme du côté des bronches ou des poumons, car alors le tube se bouche toujours, et il faut recourir à la trachéotomie.

Chaque fois que j'ai constaté l'anesthésie cutanée dans le croup, j'ai trouvé que c'était un signe fatal.

Le sérum de Marmorek, que j'ai employé à l'hôpital civique dans trois cas de scarlatine, m'a donné des succès. Un enfant entre autre, qui avait été très mal soigné au point de vue antiseptique, entra à l'hôpital à la huitième journée de sa fièvre. La gorge était très rouge, les ganglions hypertrophiés, la fièvre à 105° F. J'injecte 10 cc. de sérum, et 12 heures après 10 autres cc. Vingt-quatre heures après la première injection, la fièvre commença à tomber, l'enflure ganglionnaire à diminuer. Cinq jours après la température était normale.

J'ai injecté dans la diphtérie le sérum de Mulford ; il ne m'a pas donné de bons résultats. J'injecte le sérum Roux à dose maximum (20 cc.) et je renouvelle s'il y a besoin.

M. MERRILL.—La néphrite dans la diphtérie est suffisamment fréquente pour qu'il soit opportun de mesurer la quantité des urines.

M. de GRANDPRÉ.—Il faut faire avec prudence les injections de sérum de Marmorek. J'ai vu dernièrement la femme d'un confrère,

atteinte de fièvre puerpérale, et à qui l'on avait injecté 2 cc. de sérum, offrir une urticaire généralisée avec démangeaisons très vives, bientôt suivie d'œdème de la glotte, de spasmes des bronches et de dyspnée intense. Les symptômes apparurent deux à trois jours après l'injection. À l'aide de bains chauds, de clystères et d'injections de strychnine, nous pûmes heureusement supporter la malade à travers cette crise.

J'ai employé assez souvent le sérum de Mulford, et j'ai été satisfait des résultats obtenus.

M. BOULET.—Dans le cas de M. de Grandpré, il peut se faire que le sérum fût de date ancienne, et par conséquent altéré.

M. LABERGE.—Dans une famille, on injecta à un enfant atteint de diphtérie la moitié du contenu d'une bouteille de sérum de 20 cc. Huit jours après, un second enfant étant tombé malade, le médecin lui injecta ce qui restait dans la bouteille. Cet enfant eut une irritation d'urticaire généralisée.

M. BENOIT.—Je suis heureux d'avoir provoqué, avec mon collègue et ami M. Parizeau, l'intéressante discussion que nous venons d'entendre. Nous avons si souvent affaire à la diphtérie, c'est une maladie tellement sérieuse, que nous ne saurions échanger trop souvent nos idées et notre expérience à ce sujet.

On a beaucoup insisté sur l'importance de l'analyse de l'urine, importance que j'admets sans conteste, et j'avoue que je ne l'ai pas faite. Je puis cependant rassurer M. Boulet pour ce qui s'agit de l'anurie. J'avais recommandé à la garde-malade (je ne l'ai pas noté dans l'observation) de constater si l'enfant urinait; à plusieurs reprises le bébé a mouillé son linge. Quelle était la quantité passée, je l'ignore; mais je puis affirmer qu'il n'y a pas eu d'anurie jusqu'à au moins quelques heures avant la mort. Aurais-je eu le temps de faire cette analyse? Probablement dans l'après-midi du dimanche. Mais ce n'est pas l'analyse des urines qui pressait le plus, et le pouls me préoccupait bien davantage. D'ailleurs, chez une fillette de vingt mois, qui urine sans crier gare dans ses couches, on ne recueille pas l'urine avec autant de facilité que chez un garçonnet de douze ans.

Le chirurgien qui a tenté l'intubation a placé successivement dans le larynx deux ou trois tubes (certainement deux) de différents calibres. Nous avons renouvelé à plusieurs reprises nos tentatives jusqu'à ce que l'enfant fut totalement épuisée. Il fallait, je le répète, déboucher les tubes rejetés avec un stylet. Les membranes du larynx n'avaient pas l'aspect habituel des membranes purement diphtériques; elles étaient moins solides, plutôt déliquescentes. On remarquait la même chose sur les amygdales, ainsi qu'une sécrétion abondante, mucoïde, dans la gorge. Lorsque j'ai fait la prise sur l'amygdale droite avec un tampon monté, la muqueuse a saigné facilement. Les membranes étaient certainement de mauvaise nature; ce qui m'étonne, c'est que le streptocoque, contrairement à son habitude, n'ait pas envahi les ganglions. Les toxines diphtériques envahissent surtout le tissu cellulaire du cou (cou proconsulaire).

J'ai ausculté à deux reprises, l'après-midi et le soir, le thorax de

l'enfant ; je n'ai pas entendu de râles crépitants ou de souffle tubaire indiquant une broncho-pneumonie. Je n'ai pas renouvelé l'auscultation une fois le tirage établi, parce qu'elle est alors impossible.

On a parlé d'injection combinée de sérum Roux et de sérum de Marmorek. Je n'y ai pas songé pour une bonne raison ; c'est que je n'ai connu le résultat de l'examen bactériologique qu'après la mort de ma petite malade. N'est-ce pas une preuve que Variot a bien raison de dire que c'est une erreur d'attendre le résultat de l'examen bactériologique pour instituer le traitement. L'examen clinique est suffisant pour faire juger du cas ; et si le cas est douteux, mieux vaut encore injecter du sérum que d'attendre. Ensuite, laissez-moi vous dire que je n'emploierai dans ma pratique le sérum de Marmorek que lorsque j'aurai des preuves probantes de son efficacité. Variot, dont j'ai cité le nom tout à l'heure, a eu en 1895 et 1896 la direction du pavillon Bretonneau, à l'hôpital Trousseau, de Paris ; il a traité 3000 enfants diphtériques, et il a essayé le sérum de Marmorek dans les cas de strepto-diphtérie. Ce sérum lui a donné des abcès et des phlegmons à un tel point, qu'il en a défendu l'usage dans son service. Je sais bien qu'au début le sérum Roux donnait aussi des abcès, malgré les injections aseptiques, et qu'on n'a pu que plus tard, à l'institut Pasteur, en assurer l'aseptie complète. Peut-être en est-il de même du sérum de Marmorek. M. Laberge, dans trois cas de scarlatine, a vu diminuer les ganglions hypertrophiés à la période de desquamation. Il y a peut-être là une indication. Mais rappelez-vous que les accoucheurs français ne veulent pas employer le sérum de Marmorek dans la fièvre puerpérale, qu'ils se refusent à l'employer à cause du peu de succès qu'il leur donne et des inconvénients qu'il offre. Pour ma part, j'attendrai.

Quant au sérum de Mulford, je ne puis guère le juger encore ; c'est la première fois que je l'emploie. Il n'a certainement exercé dans ce cas-ci, aucune action, mais on ne le donne pas non plus comme anti-streptococcique, pas plus que le sérum Roux. Ce sérum de Mulford, concentré sous un petit volume, rend inutile la seringue à sérum de 20 centimètres. Il nous force à employer une seringue hypodermique ordinaire, qu'il faut cependant charger plusieurs fois. C'est un inconvénient.

Je constate avec plaisir que les conclusions de notre note, à M. Parizeau et à moi, paraissent admises par tout le monde. On a même dit avec beaucoup d'amabilité que le résultat consolant des recherches bactériologiques a prouvé que la mort est due à la virulence de la maladie, et non pas à une erreur dans le traitement. Je regrette cependant de n'avoir pas tenté la chambre de vapeur telle que décrite par Variot ; je l'aurais fait si j'avais pu voir venir la complication laryngée. On peut assez souvent exempter par ce moyen une intervention chirurgicale dans les cas de croup. Mais, dit Variot, ce moyen agit surtout lorsque le tirage est dû à la sténose du larynx.

Je n'ai pas porté d'attention à l'état de sensibilité de la peau ; dans le croup, le pouls paradoxal me paraît être un symptôme d'une grande valeur. Lors de la seconde injection de sérum, je me rap-

pelle que l'enfant a senti la piqûre, et qu'il s'est dérobé, mais légèrement, et la sensibilité était certainement très diminuée. D'ailleurs, l'anesthésie cutanée est sous la dépendance directe de l'asphyxie et non du croup.

M. MIGNAULT.—J'ai vu un cas de fièvre puerpérale où l'on avait injecté du sérum de Marmorek: la femme mourut avec des symptômes tétaniques. Nous devons féliciter MM. Benoit et Parizeau de de l'observation complète qu'ils nous ont donnée.

---

Séance du 27 Octobre 1898.

*Présidence de M. le professeur Foucher.*

#### MONSTRUOSITÉS FŒTALES—ANENCÉPHALIENS ET CÉLOSOMIEN

M. de COTRET.

Messieurs, je vous présente deux fœtus très remarquables; celui-ci, le plus gros, le plus âgé, que j'ai eu la nuit dernière de l'accouchement d'une de mes patientes; celui-là, beaucoup plus petit et aussi plus digne d'attirer votre attention, qui me vient de M. le professeur Lamarche qui, lui-même l'a reçu hier au soir par l'Express, de l'obligeance d'un confrère de la campagne. Il serait intéressant de connaître l'histoire de l'accouchement et des antécédents de la mère de ce dernier; mais l'auteur anonyme de ce don à M. le Dr Lamarche se tait complètement sur l'observation.

Voici l'historique de ma malade :

Béata, âgée de 18 ans, s'occupe des soins la maison. Sa mère est morte de phthisie, et son père, de maladie de Bright. Béata ne se rappelle pas à quel âge elle a marché, mais elle a toujours bien marché. Ses menstrues reviennent irrégulièrement depuis l'âge de 14 ans.—A eu la rougeole à 5 ans et la scarlatine à 10 ans. Depuis cette dernière maladie les oreilles ont suppuré par intervalle. Anémie et dyspepsie depuis 3 ans.

Béata dit avoir eu au début de sa grossesse des boutons ou de petites plaies aux parties génitales avec tuméfaction des ganglions aux aïnes, et depuis, il y a de la céphalalgie nocturne.

Les dernières règles apparaissent à la fin de février 1898. Les mouvements actifs du fœtus sont perçus au commencement d'août.

Le 27 août, mon examen me donne le résultat suivant: squelette normal, peau brune, cœur et poumons sains, pas d'œdème ni varices, pas d'albumine, esprit maussade. Enfant en O.I.G.T., auscultation à gauche, très faible. Fond de l'utérus 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un peu haut pour l'âge de la grossesse.

Je ne revois plus la malade que le 26 octobre au soir. La garde-malade n'appelle parce qu'elle voit dans la présentation quelque chose d'anormal. Le palper ne me renseigne plus sur la présentation. Je sens bien les deux pôles fœtaux, mais je ne puis les distin-

guer entre eux parce que l'utérus, énormément distendu par une hydramnios considérable, est dur, et se contracte fortement. L'auscultation est nulle. Toucher: le col a encore l'épaisseur du petit doigt et une dilatation d'une pièce de 10 centins.

Le doigt dans le col touche les membranes tendues et sent comme la pointe de l'omoplate triplee d'épaisseur. Près de cette pointe on touche ou les orteils ou les doigts, impossible de différencier vu la mobilité de la présentation, et le ballotement exagéré. Ce n'était point l'omoplate que mon doigt touchait, c'était l'apophyse mastoïde.

Je décide de surveiller la malade, de me tenir près d'elle pour ne pas être surpris par la rupture trop prématurée de la poche des eaux.

Je passai la nuit à attendre la dilatation. 6 h. a. m., le 27 octobre la dilatation n'est pas plus avancée. Je mets la parturiente sous chloroforme et pratique la dilatation artificielle avec les doigts. Je romps les membranes et laisse écouler lentement le liquide amniotique. La main est dans le vagin et mes doigts dans l'utérus prêts à pratiquer la version en cas de mauvaise présentation. Je touche les yeux, le nez et la bouche du fœtus et c'est inutilement que je lui cherche le sommet. Mon doigt rencontre encore l'apophyse mastoïde et s'aperçoit de l'absence de voûte crânienne et d'encéphale. J'en avertis la garde-malade.

Après avoir laissé écouler le liquide amniotique (un grand seau) j'engage sans difficulté la face au détroit supérieur, je cesse la chloroformisation et laisse le travail d'accouchement à lui-même.

L'enfant est bien conformé, à l'exception de la tête. Le scrotum est très petit, les testicules n'ont pas encore opéré leur descente; le pénis est très court. Le cœur bat au moins pendant 10 minutes après la naissance de l'enfant.

Voici comment la monstruosité se dessine: la voûte crânienne et l'encéphale sont absents. Sur la base du crâne on remarque comme un gros bourgeon charnu. C'est un monstre du genre "*Déréncéphale*" de la famille des "*Anencéphaliens*." Il pèse 3 livres et 10 onces. Le placenta, sans particularité, pesait 12 onces.

À propos du diagnostic de cette classe de monstres, Cazeau prétend qu'il est le plus facile et se ferait par les phénomènes suivants:

Chaque fois que le doigt cherche à atteindre la partie qui se présente, le fœtus exécute dans l'utérus des mouvements convulsifs et désordonnés, qui attirent bientôt l'attention. Ces mouvements sont probablement dus à l'irritation directe du moignon qui surmonte ordinairement le cuir chevelu dans l'anencéphalie.

Curieuse coincidence, pendant que je fais l'accouchement ci-dessus décrit, mon collègue, M. le professeur Lamarche, reçoit de la campagne un fœtus non à terme, offrant les mêmes particularités exagérées que le fœtus susdit avec, en plus, une éventration abdominale et ectopie de viscères abdominaux.

La face est bien conformée, mais regarde en haut et en avant. Le front a un travers de doigt de haut et semble coupé à l'emporte pièce. La voûte crânienne et l'encéphale font défaut. Les vertèbres cer-

vicales et dorsales sont largement ouvertes et forment une courbure postérieure qui donne au fœtus l'apparence d'un bossu. La peau du ventre n'existe pas sur une grande étendue et est remplacée par une membrane mince et trouée au centre qui laisse échapper le foie, les intestins et les reins.

Par sa tête, ce monstre tient de la famille des anencéphaliens, genre anencéphale; par son éventration, c'est un monstre célosomien.

Il y a trois ans j'ai eu l'occasion d'observer un autre monstre offrant les mêmes particularités que le premier que je viens de vous montrer.

---

### LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

*M. Lesage, de la Faculté de Paris.*

M. le Président, Messieurs.

J'ai l'honneur d'exposer devant vous les recherches que j'ai faites sur la fièvre typhoïde.

Le travail en est long, car les publications comme les discussions sur certains points d'étiologie et de traitement ont été nombreuses et acerbes, encore qu'elles laissent certains points obscurs susceptibles d'expériences intéressantes pour l'esprit du chercheur en laboratoire ou en clinique.

L'histoire de la fièvre typhoïde remonte très loin dans l'âge médical, et il semble, que, s'il nous était permis de feuilleter les mémoires d'Hippocrate et de ses élèves, nous pourrions en toute probabilité, retracer certains jalons nous permettant de supposer qu'ils ont entrevu certains caractères d'épidémiologie propres à cette maladie et certains signes cliniques qui l'ont classée à part dans la pathologie des maladies thermiques.

En effet, tous les auteurs s'accordent sur un point, à savoir : l'existence, de bien longtemps, d'une *fièvre lente nerveuse* observée et décrite par les auteurs du siècle dernier, en particulier par Huxham, et qui n'était autre que la fièvre typhoïde, à côté d'une autre appelée *fièvre putride*, qui n'était que le typhus exanthématique, si bien connu aujourd'hui.

Le dix-neuvième siècle débuta par la confusion absolue de ces deux maladies; puis bientôt Serris, Petit, Bretonneau analysant de plus près les travaux antérieurs et unissant leurs rapports dans l'observation attentives des lésions intestinales en particulier, remarquèrent que le siège de la maladie semblait localisé dans les glandes de Peyer et de Brenner.

Ces travaux, intéressants et nouveaux dans le temps, furent suivis d'une étude remarquable par Louis, un des plus grands cliniciens de l'époque (1829).

Il donnait à cette maladie (le premier), le nom de *fièvre typhoïde* et traçait de mains de maître les grandes lignes d'un cadre anatomo-

clinique qui n'a pas été élargi, on peut le dire, mais où chaque observation qui a suivi est venue inscrire de son travail les données qui ont servi à l'édification de l'identité propre de cette maladie.

Les travaux de Louis eurent un grand retentissement, tant à cause de la célébrité de l'auteur qu'à cause de l'orientation nouvelle donnée à un sujet qui avait suscité déjà des recherches nombreuses et que des esprits pourtant éclairés n'avaient encore pu sortir du domaine de l'hypothèse.

Les cliniciens anglais cherchèrent à vérifier les observations de l'école française, mais malheureusement, des typhiques au point de vue clinique ne l'étaient plus au point de vue anatomo-pathologique, attendu que, dans quelques cas, on n'avait pas retrouvé *l'indication type de la plaque de Payer*. On en conclut que la dite lésion n'était pas pathognomonique de la maladie et que, conséquemment, "celle-ci pouvait exister sans elle."

La confusion, dès ce moment, entre le typhus et la fièvre typhoïde, était vive et avait même droit de cité à l'Académie de Médecine : c'était en 1838.

Cette confusion se continua durant dix années, et il faut arriver à Jenner en 1851 pour en voir la fin. Dès lors, on attache plus d'importance à l'étiologie de la maladie, et, malgré l'opposition vive de l'école de Paris devant la théorie de *contagion* de Bretonneau et de Piedvache, un nouveau chapitre s'ajoutait à ce que l'on savait déjà sur cette maladie. Budd et Murchison, en effet, entrevoyaient déjà l'étiologie de la maladie telle qu'on la comprend aujourd'hui. Leurs travaux donnaient l'essor à une foule de recherches précieuses qui nous conduisent jusqu'à Eberth et aux savants contemporains qui ont expliqué si sagement et si clairement l'histoire des épidémies qui ont assiégé certains quartiers.

Aujourd'hui, nous disons que *l'eau* est le véhicule le plus puissant de transmission d'un germe spécial que nous appelons le *bacille d'Eberth*; nous savons les moyens nécessaires pour prévenir ou enrayer le mal, et si l'état sanitaire de nos villes laisse beaucoup à faire encore sous ce rapport, du moins nous avons la satisfaction de penser que nous pourrions quelque chose, le jour où la *nouvelle charte* voudra bien s'occuper autant de la santé publique que de la rentrée des taxes municipales!

*Etiologie.*—La question de l'anatomo-pathologie, pendant longtemps, avait fait les frais de discussions nombreuses. C'était en vain que Leuret prononçait le mot de *contagion* en 1828, que Bretonneau l'appuyait, que Piedvache publiait un mémoire fort remarquable intitulé : *Recherches sur la contagion de la fièvre typhoïde, et principalement sur les circonstances dans lesquelles elle a lieu.* Les esprits dirigeants d'alors, tels que Chomel, ne voulurent point y adhérer, et, après de fortes discussions, tout tomba presque dans l'oubli.

Toutefois, les travaux se poursuivaient en pays étranger, particulièrement en Angleterre, où Budd et Murchison édifièrent ou plutôt reprirent les théories de l'école française pour les appliquer à des travaux d'assainissement dont les citoyens anglais furent les premiers à bénéficier.

—La *théorie de Murchison* peut se résumer en quelques mots à savoir : *une fièvre typhoïde quelconque n'est pas causée nécessairement par une fièvre typhoïde antérieure.* Un air vicié, une eau corrompue peuvent engendrer la maladie tout aussi bien.—C'était l'énoncé de la génération spontanée de la fièvre typhoïde.

—*Plus tard, Budd* continua l'aphorisme de Murchison et affirma avec preuves à l'appui que, *pour qu'il y eut fièvre typhoïde, il fallait de la fièvre typhoïde antérieure.* Il affirmait de plus que le flux diarrhérique contenait le germe du contagé, lequel répandu d'ici de là, pouvait provoquer l'éclosion de la maladie spécifique. Un peu plus tard, un hygiéniste allemand célèbre, *Pettenkoffer*, cherche à expliquer les épidémies de fièvre typhoïde par les variations de la nappe souterraine.

En effet, ce savant comparant les épidémies de fièvre typhoïde et de choléra en particulier, avec les oscillations de la nappe d'eau sous-terrainne, édifia une théorie que l'on peut exprimer comme suit : Les épidémies de fièvre typhoïde et aussi celle du choléra coïncident avec l'abaissement du niveau de la nappe d'eau sous-terrainne, surtout quand il y a eu, au préalable, élévation : elles atteignent leur maximum d'intensité pendant le temps où le niveau est le plus bas, et décroissent quand ce dernier remonte. (Langlois.)

On admettait alors que les miasmes morbides, humectés par la nappe d'eau sous-terrainne, existaient à l'état latent pendant tout le temps qu'ils étaient noyés par la nappe et prenaient leur virulence ou s'échappaient du sol quand ce dernier commençait à se déshydrater.

On reprocha au professeur de Munich de faire de sa théorie une loi exclusive se rapprochant trop de l'hypothétique. C'est à ce moment qu'il émit sa théorie de la génération alternante des germes, d'après laquelle, un malade atteint de choléra, (pour ne parler que de celui-ci) ne pouvait contaminer un autre sujet que si le germe *passait dans le sol* où il devenait le poison cholérique.

En Allemagne, cette théorie eut un grand retentissement et recueillit de nombreuses adhésions, jusqu'au jour où on lui opposa la théorie de la *transmission par l'eau.*

—En France, cette théorie n'eut que de rares partisans.

—Cependant, le professeur Cornil lui fit une concession en affirmant que, en principe, les idées de Pettenkofer renfermaient une part de vérité incontestable.

“Un abaissement de la nappe sous-terrainne, dit-il, c'est la diminution d'une rivière ou d'une source, c'est l'accumulation, sous un plus petit volume, des germes nocifs qu'elle peut contenir.—D'autre part, dans un terrain perméable, c'est l'attraction des microbes vers les parties déclives, c'est-à-dire sur les régions de la collection des eaux. Le contraire a lieu naturellement quand la nappe s'élève ; la quantité de l'eau dans les sources ou les rivières est augmentée, et, pour un même poids, sa virulence est détruite ou affaiblie. Les organismes pathogènes, au lieu d'être attirés par ces sources, sont alors projetés loin d'elles par l'ascension de l'eau sous-terrainne.” Ces

notions nous conduisent à la période actuelle, qui est devenue électorique.

—Nous savons aujourd'hui que l'agent de la fièvre typhoïde est un bacille ayant la forme d'un bâtonnet arrondi à ses extrémités, présentant des caractères spéciaux sur lesquels nous reviendrons et que nous appelons bacille d'Eberth,—du nom de celui qui le premier l'a isolé :—que ce bacille, pour pénétrer dans notre organisme, emprunte ses véhicules à l'eau, l'air, les vêtements etc., et que, à une cause première à savoir : sa présence dans l'intestin, doivent s'ajouter des causes secondes qui provoquent ou aident l'apparition des symptômes qui lui sont propres.

*Le bacille d'Eberth.*—C'est en 1880 que Eberth, étudiant au moyen de coupes éclaircies par l'acide acétique les organes des typhiques, trouva dans les pommons, le foie, et plus tard dans la rate et les ganglions mésentériques, des amas microbiens, qu'il colora au violet de méthyle. Cette découverte fut contrôlée par Koch et Meyer en Allemagne et plus tard par Graffky, qui le premier l'isola et le cultiva sur divers milieux, en particulier sur gélatine. Ces travaux consacrèrent l'autonomie du bacille d'Eberth et ouvrirent un champ très vaste à l'esprit d'initiative des chercheurs. En France particulièrement, il y eut des communications intéressantes auxquelles sont attachés les noms bien connus de Chantemesse et Vidal.

—J'ouvre ici une parenthèse pour rappeler les contestations nombreuses que l'on a opposées à la spécificité du bacille d'Eberth. On a voulu l'identifier et le fondre pour ainsi dire avec le *coli-bacille*. Ce dernier, en effet, offre des caractères qui se rapprochent beaucoup de ceux que présentent le bacille d'Eberth comme aspect ; et sa présence presque *continue* dans l'intestin d'un chacun, de même que sa transformation (admise alors par ses défenseurs) de *coli-bacille* en bacille d'Eberth, pouvaient, au moins apparemment, expliquer l'écllosion spontanée d'une fièvre typhoïde en certaines occasions.

À cette lutte sont attachés les noms de Roux, de (Lausanne) et de Rodet.

Je dois ajouter immédiatement que si le *coli-bacille* a de nombreux traits de ressemblance avec le bacille d'Eberth, tant au point de vue de l'apparence et de la mobilité (*qui est inconstante toutefois*, car il possède aussi des cils comme l'Eberth), il en diffère totalement au point de vue clinique, et aussi au point de vue des cultures en laboratoire.

—Pour ne parler que des procédés de laboratoire, nous voyons que tous deux, ensemencés *sur bouillon*, poussent rapidement en le troublant et laissent échapper une forte odeur d'ammoniaque :

—*Sur gélatine* : poussent tous les deux et *ne liquéfient pas* le milieu d'ensemencement. Ils présentent aussi les mêmes caractères en piqûre et en stries.

Ils se colorent également par les couleurs d'aniline et ne prennent pas le Gram. Mais les points sur lesquels ils diffèrent sont les suivants :

Étudions le *coli-bacille* :

1° Si on ensemence du *coli-bacille* sur du lait v. j. 4 à 5 centi-

mètres cubes dans un tube en verre ordinaire; après quinze à dix-huit heures d'un séjour à l'étuve à 57° (c) on remarque que le lait est *coagulé*. Premier caractère: le coli fait *coaguler le lait*.

2° Si, d'une part, à un milieu ordinaire de culture sur gélose, on ajoute la valeur de 2 0/10 de sucre de lait et une quantité suffisante de teinture de tournesol neutre pour le colorer en violet améthyste; et que, d'autre part, (le milieu étant préalablement stérilisé à une température de 100° c. pendant 10 minutes) on ensemence avec du coli; après un séjour de 18 heures à l'étuve à 37° c. nous remarquons que le violet améthyste de la veille a été remplacé par le rouge *vif*. Deuxième caractère: le coli-bacille *fait fermenter la lactose*.

3° Si, d'une part, à un milieu de culture ordinaire sur bouillon, on ajoute environ un centimètre cube de la solution suivante: azotate de potasse 0 gr. 02 cent. et eau distillée 100 grammes, que l'on ensemence avec du coli-bacille, et que, d'autre part, après 18 heures de séjour à l'étuve à 37°, (le coli ayant poussé) on ajoute à ce même milieu quelques gouttes d'acide sulfurique (S04 H2), on voit peu à peu le milieu changer d'aspect et se colorer en rose ou rouge. Troisième caractère: le coli-bacille donne *la réaction de l'indol*. (Formation d'acide nitreux.)

Eh bien, *coagulation du lait, fermentation de la lactose* et réaction *de l'indol* sont trois caractères que nous ne rencontrons pas chez le bacille d'Eberth et qui le *différencient* complètement du précédent.

Je m'arrête ici, quant à ce qui se rapporte aux caractères différentiels des deux microbes

Somme toute, le bacille d'Eberth est resté, *un et un seul*, et son autonomie est consacrée par des travaux trop importants aujourd'hui pour permettre un doute raisonnable sur son rôle en pathologie humaine.

*Les caractères biologiques* du bacille d'Eberth ont une très grande importance, surtout en ce qui regarde *sa vitalité* dans l'eau d'ensemencement.

À Paris, *Strauss*, le regretté professeur de pathologie expérimentale, faisant des ensemencements sur l'eau stérilisée de deux sources d'alimentation de la ville, à savoir: l'Ourcq et la Somme, a trouvé que le bacille pouvait vivre jusqu'à *quatre-vingt jours*. Un autre expérimentateur ensemencant l'eau impure et non stérilisée au préalable d'un puits, a vu que le bacille pouvait atteindre l'âge de 30 jours.

*La chaleur* peut affecter et même détruire la résistance du bacille. Ainsi une eau chauffée à 60° pendant 20 minutes détruirait sa virulence (Pyuhl).

*Le froid* n'affecte pas la vitalité de l'Eberth. C'est un point d'un grand intérêt, attendu que la glace est trop souvent fabriquée dans des eaux polluées. Un auteur affirme même qu'il a vu le bacille d'Eberth résister pendant 90 jours à une température de -11° centig.

*La lumière solaire* affecte la vitalité de ce bacille. Ainsi, une culture exposée pendant huit heures à la lumière solaire directe périrait.

L'action de l'acide chlorhydrique n'est pas sans intérêt, attendu que c'est l'acide du sac gastrique. Strauss et Wurtz opérant avec du suc gastrique pur ou Hcl à 0-9 0/00 ont vu que le bacille ne résistait guère plus de deux heures à ce traitement. Or, la conclusion qui découle naturellement de ce qui précède me semble être la suivante : la résistance du bacille d'Eberth est grande et sa diffusion très facile à raison de sa survie relativement longue dans l'eau d'alimentation congelée ou non.

—Et maintenant, Messieurs, passons à l'étude des *véhicules* de ce bacille.

J'ai dit, au début de cette communication, que les premiers observateurs qui remarquèrent l'action nocive de l'eau furent Budd et Murchison en Angleterre ; j'ajouterai un nom à ces deux savants anglais, c'est celui de Carpenter.

En France, des observateurs consciencieux attirèrent l'attention par le signalement du rôle nocif de l'eau au cours d'épidémies restées célèbres dans les annales de la fièvre typhoïde. Ce sont : Dr Michel (de Chaumont), Dionis à Auxerre, et Brouardel, à Pierrefonds.

L'observation de ces faits démontra clairement le rôle que l'eau peut jouer dans la distribution de la maladie. Je rapporte textuellement l'histoire de ces faits, car ils sont du plus haut intérêt.

A Auxerre, 1882-83, en septembre, éclata tout à coup une épidémie de fièvre typhoïde clouant au lit plusieurs centaines de sujets et faisant 92 victimes dans un mois. On remarqua que la distribution de la maladie suivait exactement la distribution de l'eau d'alimentation provenant d'une source située dans un canton appelé Vallan. Ainsi, dans deux casernes, dont l'une contenait 8200 soldats, tandis que l'autre au contraire était réservée à l'état-major, la première ne recevant pas l'eau Vallan fut épargnée, la seconde au contraire, en consommant, fut très atteinte.

Dans un quartier alimenté avec l'eau de puits, pas un seul cas ne fut observé ; deux couvents séparés par un mur dont l'un recevait l'eau du Vallan et l'autre l'eau d'un puits particulier payent un tribut différent à la maladie. Le premier est gravement atteint, le second point.

Cette distribution étrange éveilla l'attention, et Dionis, le rapporteur de cette observation, après des recherches actives, apprit qu'au village même de Vallan, une femme avait été atteinte de fièvre typhoïde. De plus, il eut la preuve que l'on avait jeté ses déjections sur un tas de fumier qui touchait à la source d'alimentation d'Auxerre. Connaissant le pouvoir diffusible extrêmement grand des couleurs d'aniline, même en solution très étendue, il jeta au même endroit une certaine quantité de cette solution. Vingt ou trente minutes après, il décéla la présence de l'aniline dans l'eau qui allait, à toute vitesse, alimenter l'état-major et le couvent malheureux.

L'épidémie de Pierrefonds présente à peu près les mêmes faits de ressemblance avec la précédente.

Un autre fait intéressant est le suivant rapporté par Thoinot. Dans un lycée récemment construit éclata tout à coup une

épidémie de fièvre typhoïde frappant pensionnaires et demi-pensionnaires à l'exception de tous les externes au nombre de près de 200.

On voulut trouver le mot de l'énigme dans l'émanation des gaz putrides s'échappant des égoûts intérieurs. Mais, dans ce cas, les externes eussent été également atteints. Toutefois on ne releva pas un seul cas de fièvre typhoïde dans la ville, ou plutôt *un seul* : celui d'une femme ouvrière *qui faisait sa provision d'eau* au lycée. Or, qu'étaient-il arrivé?—Voici : l'eau de la ville provenait d'une source, tandis que l'eau du collège était fournie par des puits intérieurs qui étaient évidemment infectés. On avait trouvé le corps du délit, on y remédia, et la fièvre typhoïde diminua *pour cesser complètement* dans la suite.

—Nous pourrions citer de nombreux exemples semblables où l'influence nocive de l'eau a été des plus manifestes à la santé publique.

Il y a en France des petites villes qui conservaient à l'état permanent, dans l'enceinte de leurs murs, des épidémies de fièvre typhoïde. Dès que l'attention fut attirée de ce côté par les retentissantes discussions à l'Académie de Médecine à Paris, l'hygiène chercha de nouvelles sources d'alimentation d'eau, et dès lors tout rentra dans l'ordre.

De nos jours encore que voyons-nous à Paris même. Vous savez que Paris reçoit son eau de la Marne et de l'Ourcq. De plus, pour prévenir toute éventualité, il y a une distribution supplémentaire de conduits qui fournissent *l'eau de Seine* à certains quartiers quand par hasard les sécheresses d'été font craindre une disette d'eau quelque part. Or, qu'arrive-t-il, lorsque les Parisiens boivent de l'eau de Seine?... dans chacun des arrondissements alimentés de la sorte, éclatent des épidémies localisées de fièvre typhoïde, et de chacun d'eux, arrivent dans les hôpitaux des recrues suant l'Éberth à grand-peine.

*Ces faits*, joints à ceux que vous avez recueillis dans le cours de votre carrière médicale, *prouvent* assez, je pense, le soin que nous devons prendre dans le choix d'une eau potable.

—Étant admis le rôle nocif de l'eau d'une part, étant connu le germe de la contagion d'autre part, il était juste que l'on pensât à signaler sa présence dans les eaux potables de mauvaise qualité. C'est ce que l'on fit en effet ; et pour ne parler que des expérimentateurs français, je nommerai Chantemesse, professeur actuel de pathologie expérimentale à la Faculté de Paris, successeur de Strauss, et Widal, agrégé de grands talents à la même école, et élève du précédent. Leurs travaux furent couronnés de succès.

Je passe ici sous silence la technique de l'analyse de l'eau, qui, à elle seule, ferait les frais d'une séance très intéressante.

Toutefois, on leur opposa que l'étude des faits était plus démonstrative ; car, si l'examen bactériologique est fait, en dehors de l'heure et du lieu voulus, on risque de ne rien trouver, et, si l'on tient pour seule bonne *la preuve biologique*, on récuse à tort le rôle de l'eau, que tout accuse à bon droit.

En sus, malgré la sécurité des méthodes actuelles d'investiga-

tion on prétend (Nicolle-Grimbert) que, dans un milieu déjà habité par le coli-bacille, il est impossible de déceler la présence du bacille d'Eberth.

Étant reconnue la souillure de l'eau, comment peut-elle se contaminer ? De plusieurs façons.

*Les puits* : la topographie des endroits affectés nous permet souvent de supposer et même d'affirmer une contamination par *infiltration*, de proche à proche, des terrains sous-jacents aux réservoirs d'eau. A ce propos, je me permettrai de rapporter ici un fait qui m'est personnel.

Il y a quelques mois une jeune fille tombe subitement malade chez elle, à la ville. Le médecin appelé après quelques jours, porte le diagnostic de fièvre typhoïde. Mais elle était la seule à être malade dans la famille : comment expliquer ce cas isolé ? On rechercha les causes dans les relations de famille ou d'amis, on ne trouva rien d'anormal.

C'était en septembre, premiers jours. Or, après un interrogatoire détaillé, nous apprenons que la malade avait passé l'été en villégiature dans une place d'eau très achalandée. Elle habitait une maison qui était occupée par une veuve, ses deux filles et quatre autres dames, ces dernières aussi en villégiature. Elle me raconta qu'un jour par mégarde, elle but en abondance une eau provenant d'un puits qui servait de réservoir pour les bestiaux, alors que la maison s'alimentait à un aqueduc commun. Dans les dix premiers jours qui suivirent, elle se sentit mal à son aise, courbaturée, frissonneuse. La crainte d'une maladie grave la fit revenir bien vite chez elle où elle tomba malade d'une typhoïde.

Cette histoire nous intéressa vivement, et nous écrivîmes au médecin d l'endroit, Dr P..., de bien vouloir nous adresser la topographie des lieux au point de vue de ce qui nous intéressait.

En effet, il le fit de bonne grâce, et voici quelle était la disposition des bâtisses par rapport au puits.

Le terrain, de la grange à la maison, était légèrement incliné en pente. Attenant à la grange, une porcherie déversait ses égouts sur le terrain *en amont*, et derrière cette grange un tas de fumier qui naturellement s'épanchait suivant la pente du terrain. A une distance d'à peu près 50 pieds se trouvait le puits.

Rien d'étonnant alors, à ce que l'eau de ce réservoir fut infectée de quelque façon ou même spécifiquement et eût provoqué l'écllosion d'une fièvre typhoïde chez une personne qui en aurait bu. Les conditions propres à une infiltration du terrain de haut en bas étaient trop favorables pour douter de son rôle dans ce cas-ci, et c'est la conclusion à laquelle nous sommes arrivés après enquête.

*Les sources* sont contaminées de la même façon, tantôt à leur origine, tantôt durant le cours de la distribution.

*Les rivières* le sont presque constamment surtout lorsqu'elles atteignent des agglomérations d'individus, où elles reçoivent tous les déchets qu'elles digèrent ou charroient, en même temps qu'elles servent de source d'alimentation pour l'eau potable.

Toutes ces contaminations et le mode permanent ou transitoire

de ce contagé produisent des endémo-épidémies à brève ou longue échéance suivant la durée de la présence du bacille dans l'eau. Ainsi, se trouvent expliqués un grand nombre de faits incompris dans le passé.

*Le lait* est aussi un véhicule de la fièvre typhoïde, et de deux façons différentes, à savoir :

1° Contamination par mélange d'eau contenant des germes typhoïdiques.

2° Par manipulations avec les mains chargées de germes.

Toutefois, l'épidémie ainsi distribuée présente un caractère tellement particulier que l'on peut, presque à coup sûr, aller de suite à la source du mal.

*L'air* passe aussi pour un véhicule habituel de la maladie.

Vous connaissez tous l'histoire de ces six hommes de police qui contractèrent successivement la fièvre typhoïde pour avoir habité une salle au-dessous de laquelle se trouvait un puits servant de réceptacle à un tuyau d'égouts. Le cloaque fut comblé et la fièvre disparut.

C'est l'air encore qui nous explique ces épidémies de chambre absolument localisées à une maison ou même une chambre.

Comment l'air peut-il ainsi conférer la maladie?... On ne le sait pas encore bien. Peut-être les poussières transportent-elles le bacille qui est inspiré, ou déposé sur les lèvres et dans la bouche, où il est dégluti ?

Des expérimentateurs ont essayé de démontrer que, d'une part, l'air expiré était vierge de tous germes (physiologie), tandis que, d'autre part, l'air expiré d'un typhique reçu dans une eau pure charge celle-ci de germes spécifiques (Sicard).

Bref, malgré tout, les faits nous autorisent à attribuer à l'air un rôle dans la propagation de la fièvre typhoïde, ne serait-il qu'un *moyen secondaire* de transmission.

*Les vêtements et les pièces de literie* semblent jouer un rôle restreint. Ici en effet l'air et l'eau de lavage semblent plutôt se partager la tâche d'infection par la souillure du *milieu ambiant* ou *des objets affectés au service* ordinaire de la vie domestique

Cependant, à ces causes premières, viennent s'ajouter des causes secondes qui préparent ou aident le travail de l'infection déjà commencé.

Et d'abord, il est résolu en principe que *personne* n'est immunisé contre la fièvre typhoïde, si ce n'est ceux qui en ont subi déjà une première atteinte, et encore, des auteurs autorisés affirment avoir observé des récidives à plusieurs années d'intervalle. (Murchison, Trousseau, Piedvache, Brouardel et Thoinot.)

— Citons comme causes secondes ou adjacentes :

1° *L'âge* : L'âge moyen qui semble avoir le plus de réceptivité est de *vingt à trente ans*. Les enfants et les vieillards semblent plus réfractaires à la contagion.

2° *Le sexe* : Le sexe masculin paie un plus large tribut à la maladie.

3° *Les professions* : Dans les pays d'Europe où le système militaire

est obligatoire, le soldat semble plutôt frappé. Nous en trouvons l'explication probable dans les conditions particulières *d'emcombement, de surmenage physique, de non acclimatement*, sans compter les causes d'ordre psychique qui comptent tant de victimes en pathologie humaine en général.

Je termine ici la question si controversée de l'étiologie en matière de fièvre typhoïde.

Si, de part et d'autre, des auteurs accrédités ont voulu contester la valeur de certains agents et donner la préséance à certaine théorie de *dualité* ou de *métamorphose*, il n'en reste pas moins acquis un fait important, à savoir :

1° La présence à l'état permanent ou transitoire dans l'eau d'alimentation d'un germe spécifique virulent et diffusible engendrant des endémo-épidémies à longue ou brève échéance.

2° La possibilité aujourd'hui d'enrayer ou de prévenir ces mêmes endémo-épidémies par des mesures hygiéniques, prophylactiques ou curatives bien comprises et surtout bien appliquées !.....

---

#### FIBROMES UTÉRINS.

Mr de LOTBINIÈRE HARWOOD.

M. Harwood fait une revue complète, avec figures dessinées au tableau noir, de l'anatomie pathologique des fibrome. Il rapporte ensuite deux cas d'opérations heureuses faites à l'hôpital Notre-Dame. Il termine en présentant les pièces, ainsi qu'un utérus fibromateux invaginé fort intéressant, enlevé par le Dr Brennan chez une malade du service de gynécologie.

---

BAUBY (le Dr), Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.—L'occlusion intestinale. Petit in-8°. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*)

Broché..... 2 fr. 50c. | Cartonné..... 3 fr.

**Compte-rendu sommaire.**

Volume de 200 pages, dans lequel la question de l'occlusion intestinale est traitée d'une manière concise, claire et complète à la fois. C'est une œuvre de vulgarisation écrite surtout à un point de vue clinique. Le problème du diagnostic et les indications du traitement sont exposés avec un soin tout particulier et une connaissance parfaite des difficultés de la pratique.

## REVUE DES JOURNAUX

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

## TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT : DE L'EXPRESSION ABDOMINO-VAGINALE DE L'UTÉRUS.

L'*Obstétrique* a publié une leçon de M. Budin dans laquelle l'éminent professeur apprécie le curettage et le curage digital de l'utérus ainsi que les procédés de traitement de l'avortement d'une manière si pratique que nous croyons devoir reproduire cette leçon presque in extenso.

Après avoir signalé trois observations dans lesquelles il a utilisé le curage digital, M. Budin critique tout d'abord le curettage avec la curette dans les termes suivants :

On peut faire au curettage un certain nombre de reproches. C'est un procédé aveugle ; on ne se rend pas toujours exactement compte du lieu où est arrivé l'instrument et quelquefois, comme l'ont montré Chaleix et Audebert, on ne pénètre que dans la cavité du col, alors qu'on croit être dans celle du corps de l'utérus.

La curette peut être insuffisante ; elle semble impuissante à détacher les débris du placenta lorsqu'ils se trouvent dans une des cornes de l'utérus (Paul Mundé) ; malgré un grattage attentif, on a laissé des portions de délivre dans l'intérieur de la matrice ; une fois même, bien qu'on eut bien raclé, lavé, cautérisé avec le perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir le lendemain sortir un "fœtus sans jambes, long de 6 à 7 centimètres, qui, malgré l'emploi de la curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine, sans avoir donné lieu à aucun symptôme" (J. Moses) ; enfin la curette dirigée de haut en bas, enlève des bandes, des copeaux de muqueuse utérine, et il reste souvent, entre ces bandes, des parties qui ne sont pas détachées.

La curette est dangereuse ; on lui a reproché, quand elle sectionnait la muqueuse saine, d'ouvrir des portes à l'infection (J. Veit) ; elle peut déterminer des hémorragies qu'il est parfois difficile d'arrêter ; enfin son emploi a été suivi de la perforation de l'utérus. Un médecin de Berlin, après un procès retentissant, a été condamné à plusieurs mois de prison à la suite d'un accident de ce genre ; beaucoup de cas de perforation ont été publiés, on nous a en présentés il n'y a pas longtemps, à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*.

Si donc le médecin peut réussir avec un autre procédé que l'emploi de la curette, il doit, de préférence, y recourir. Le procédé existe, c'est le curage digital.

Après avoir fait pénétrer un doigt, et, si on le peut, deux doigts dans l'utérus, on décolle complètement le placenta, puis on essaie de l'amener au dehors, soit en recourbant l'index en crochet, soit en plaçant la masse cotylédonaire entre l'index et le médius et en s'efforçant de le faire passer à travers le canal cervical.

Quand l'orifice est peu dilaté, il arrive qu'on échoue ; le décollement a été facile, mais l'extraction se trouve très difficile et même parfois impossible.

Aussi de nombreux instruments ont-ils été inventés pour terminer la délivrance dans l'avortement. Ce sont, en général, des pinces qui ressemblent plus ou moins à celle imaginée par Levret et qui porte son nom. Ces pinces, ou bien sont composées de deux branches qu'on peut séparer comme les branches du forceps, introduire successivement dans la cavité utérine et articuler, ou bien ce sont des pinces ordinaires à longs manches et à mors larges.

Le Pr Tarnier s'est, sur la fin de sa vie, déclaré partisan de la pince pour extraire les cotylédons détachés. "La curette, dit-il, peut décoller le placenta et la caduque utérine, mais elle est quelquefois insuffisante à les entraîner au dehors ; aussi est-on assez souvent obligé de recourir à une pince à mors larges, qui, sous le contrôle du doigt, saisit les cotylédons placentaires devenus libres ; la pince joue un grand rôle, on peut même dire que, bien des fois, elle fait plus de besogne que la curette dont, malgré lui, l'opérateur redoute l'action brutale.".....

Cependant l'emploi de la pince doit, comme le curettage, être redouté. Déjà Mme Lachapelle avait dit : "Quant à l'extraction forcée et aux instruments conseillés dans cette vue, comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi, que je regarde comme impossible dans le cas d'occlusion complète, comme inutile dès que le col de la matrice est ouvert, et comme toujours dangereux ;... deux doigts suffisent pour cette opération."

Pour ma part, je ne saurais trop vous déconseiller l'emploi des pinces ; ce sont, elles aussi, des instruments aveugles et dangereux. Une très importante discussion, qui eut lieu, en 1894, à la *Société d'obstétrique et de gynécologie* de Berlin, l'a très nettement démontré. Le Dr Alberti, de Potsdam, reçut dans son service une femme chez laquelle un médecin, après avoir fait le curettage, avait introduit une pince à polypes dans l'utérus afin d'en extraire les débris de l'avortement. Il eut la désagréable surprise de voir que la masse, qu'il avait attirée à travers le col, était une anse intestinale. Il l'entoura de gaze iodoformée et envoya la malade à l'hôpital. La laparotomie fut faite aussi rapidement que possible par Alberti : une anse intestinale de 17 centimètres de longueur était si serrée par l'orifice interne du col qu'on dut débrider ce dernier. On sutura l'utérus, puis la paroi abdominale et on fit, avec de grandes précautions, le curettage. La femme finit par guérir après avoir subi, quatre semaines plus tard, deux nouveaux curettages pour des hémorrhagies.

Cette communication d'Alberti fut le point de départ d'une série de révélations intéressantes sur les accidents que peuvent causer les pinces. J. Veit, Gusserow, Olshausen, Orthmann, Martin, ont rap-

porté des faits analogues. Dans le cas de Veit, un médecin, après avoir pratiqué le curage digital, introduisit une pince dans l'utérus et ramena une anse intestinale. Veit, appelé en toute hâte, la réduisit difficilement et fit l'hystérectomie vaginale. La malade mourut de péritonite septique.

L'observation rapportée par Martin est particulièrement dramatique. Un confrère, ayant fait le curettage après l'avortement, eut sentir une membrane dans l'utérus. Il introduisit une pince et ramena soixante-quinze centimètres d'intestin. Ayant laissé aux mains d'un assistant la malade qui était dans le collapsus, il courut chercher Martin. En arrivant ils trouvèrent la femme à l'agonie. Martin a déclaré, du reste, avoir eu personnellement trois accidents avec les pinces.

Vous n'ignorez pas ce qui s'est produit si malheureusement en France, il y a peu de temps ; c'est avec une pince introduite dans un uterus gravide et qu'il croyait seulement atteint de fibromes, que Boisieux a ramené une anse intestinale dans le vagin. Malgré tout ce qu'il tenta, sa malade succomba.

Je conclurai donc, Messieurs, que malgré ce qui a été écrit par quelques maîtres éminents, vous devrez absolument éviter d'introduire des pinces dans la cavité utérine après l'avortement.

Mais alors, comment procéder pour faire sortir le placenta ou les débris de l'arrière-faix ?

On y parvient assez facilement en ayant recours à une manœuvre particulière qu'on peut désigner sous le nom d'*expression abdomino-vaginale de l'utérus*.

J'ai essayé, il y a quelques années, de déterminer l'expression du placenta en appuyant d'avant en arrière, sur l'angle sacro-vertébral, le corps de l'utérus maintenu élevé par une main laissée dans le vagin ; cette manœuvre n'était pas toujours couronnée de succès.

Depuis 1895, j'emploie le procédé suivant : le placenta ayant été complètement détaché de la paroi utérine, et se trouvant libre dans la cavité de l'organe, doit être dilacéré avec l'index et le médium, s'il est volumineux ou si l'orifice utérin est petit ; il est ainsi divisé en deux ou trois morceaux.

Les doigts sont alors mis dans le cul-de-sac postérieur, ils le dépriment et s'appliquent sur la paroi utérine ; leur face palmaire se trouve donc dirigée en haut, vers la symphyse pubienne.

L'autre main, placée sur l'hypogastre, déprime fortement la paroi abdominale, qui, pendant l'anesthésie, se trouve dans le relâchement complet. Avec les doigts recourbés en crochet et avec la paume de la main, on appuie sur le fond et sur la face antérieure de l'utérus. L'organe se trouve ainsi saisi, puis comprimé ; le placenta ou les morceaux de placenta et de caduque passent à travers le col : ils tombent, chassés comme un noyau de cerise, dans la paume de la main qui est dans le vagin.

Ce procédé nous a toujours réussi jusqu'ici ; il nous paraît réunir les principales conditions favorables à l'expulsion de l'arrière-faix. Celui-ci, ayant été complètement détaché, constitue une masse molle qui, sous la pression abdomino-vaginale, glisse sans difficulté à

travers l'orifice utérin, même si ce dernier n'a permis que l'introduction d'un seul doigt.

Résumons donc, en quelques phrases, le manuel opératoire de l'intervention dans les cas où il faut, après l'avortement, extraire le placenta retenu dans la cavité utérine.

On administre le chloroforme, car il est important que les parois abdominales, les parois vaginales et le périnée soient dans le relâchement le plus complet.

On prend les précautions antiseptiques les plus sévères pour les mains et pour les organes de la malade. On procède ensuite à la dilatation de l'orifice; on introduit l'index dans le canal cervical, puis l'index et le médius. Si, par hasard, le tissu de la matrice résiste trop, après avoir abaissé l'utérus avec une pince à égrignes mise sur le col, on fait usage des bougies de Hégar.

Quand la dilatation obtenue est suffisante, c'est-à-dire quand deux doigts peuvent être introduits, s'il s'agit d'un avortement de trois à quatre mois, quand un seul doigt pénètre, après un avortement de deux à trois mois, on pratique le curage. Une main mise sur l'abdomen maintient l'utérus en place et le fixe solidement; le doigt ou les doigts introduits dans l'intérieur de la matrice détachent lentement, régulièrement et complètement le placenta. Cette séparation est, en général facile; parfois, cependant, elle exige un certain temps: si on sent le placenta qui flotte dans la cavité utérine et qui reste encore adhérent par un pédicule, on continue les manœuvres jusqu'à décollement complet.

Il faut alors procéder à l'évacuation. Quelquefois le placenta est entraîné par deux doigts qui le saisissent entre eux ou par un seul doigt mis en crochet et prenant point d'appui sur le tissu placentaire, ou mieux sur les vaisseaux résistants qui se rendent dans les cotylédons.

Si on échoue dans ces tentatives, si la masse de l'arrière-faix est trop grosse ou si l'orifice utérin est trop petit on ne doit pas céder à la tentation d'introduire des pinces; mais, après avoir dilacéré, fractionné le placenta, recourir à l'expression abdomino-vaginale que nous avons décrite.

On explore ensuite l'utérus pour s'assurer qu'il ne reste rien dans sa cavité; on fait un grand lavage au sublimé à 1 pour 4000, en se servant de la sonde à canal en forme de fer à cheval, puis on a recours aux écouvillons, ainsi que l'a conseillé Doléris. Nous employons personnellement de gros écouvillons faits avec des côtes de plumes; on les recourbe légèrement, on les plonge dans une solution de sublimé et on les introduit. Des mouvements sont exécutés de haut en bas et de bas en haut, grâce auxquels on nettoie successivement la paroi antérieure, la paroi latérale gauche, la paroi postérieure et la paroi latérale droite de l'utérus; on termine en imprimant à l'écouvillon des mouvements de rotation sur son axe. Toutes les parois sont ainsi successivement et vigoureusement balayées.

Quand deux ou trois écouvillons ayant été introduits, ils ne ramènent plus aucun débris d'arrière-faix ou de caduque, on en passe encore deux qui ont été plongés dans une solution de glycérine et de

créosote à 1 pour 5 ou à parties égales, et on fait immédiatement un lavage de la cavité vaginale avec une solution de sublimé, afin d'enlever l'excès de créosote qui est caustique.

Si l'utérus revient bien sur lui-même et s'il n'y a aucune hémorragie, on peut ne point pratiquer le tamponnement; dans le cas contraire, on tamponne la cavité utérine et la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée.

En procédant de la sorte, vous ne faites usage que de vos mains, vous n'avez recours ni aux curettes, ni aux pinces. Vos doigts, dont la pulpe est très sensible, ne sont ni des instruments aveugles, ni des instruments dangereux; vous ne risquez pas avec eux de produire des perforations de l'utérus ou d'entraîner au dehors des anses intestinales. Le curage digital et l'expression abdomino-vaginale de l'utérus peuvent enfin être pratiqués par tous les médecins; ayez-y recours et, sans faire courir de risques inutiles à vos malades, vous les sauvez.

(*Journ. des Méd. et Chir. Pra.*)

#### LE LAIT D'UNE NOURRICE ATTEINTE DE DIPHTÉRIE EST-IL TOXIQUE ?

M. le Dr d'Arnoz a publié, dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, un fait qu'il serait intéressant de voir confirmer par d'autres observations. Il s'agit d'une nourrice atteinte d'une angine diphtérique grave, à laquelle on avait retiré son nourrisson, mais qui, pour conserver son lait, avait soin de l'extraire chaque jour pour en entretenir la sécrétion. Lorsque les fausses membranes eurent disparu, avant de l'autoriser à reprendre son enfant, M. Arnoz fit faire avec son lait quelques expériences sur le cobaye. Un de ces animaux nourri exclusivement avec ce lait mourut au bout de trois jours avec un amaigrissement excessif et des accidents convulsifs; un second cobaye succomba dans les mêmes conditions tandis qu'un troisième, pris comme témoin, nourri avec du lait de vache, subit seulement un certain amaigrissement. Il est donc très probable que ce lait, toxique pour le cobaye, l'eût été pour l'enfant.

—La toxicité du lait est ici très vraisemblable, car un cobaye résiste plusieurs jours à l'anémie complète. Ceux-ci ne sont donc pas morts d'insuffisance alimentaire. Il serait néanmoins intéressant de savoir comment ces animaux supportent le lait de femme à l'état normal; et d'autre part, il doit exister des observations de nourrices diphtériques même atteintes gravement comme celle-ci, ayant continué à allaiter leur enfant, observations qu'il y aurait grand intérêt à rapprocher de celle-ci.

(*Journ. des Méd. et Chir. Pra.*)

#### TRAITEMENT IODURÉ DANS L'AVORTEMENT HABITUEL.

Par H. LAMBINON (*Journal d'accouchements*, 25 septembre 1898.)

L'auteur est d'avis que malgré l'absence de stigmates syphilitiques chez les parents et malgré leurs dénégations même les plus éner-

giques, l'avortement habituel commande toujours comme thérapeutique le traitement ioduré. Pour sa part, de même que Charles, Fieux, Katzenstein, etc., il s'en est toujours très bien trouvé. Les quatre observations suivantes, qu'il commente d'après ce dernier auteur, ne laisse aucun doute à cet égard.

1er CAS : Mme D..., dont le mari possède un nez fortement en-sellé ; tous deux déclarent n'avoir jamais eu la syphilis. Cette femme a eu régulièrement un enfant tous les ans ; peu après la naissance, les enfants devenaient malades ; ils ont tous succombé avant l'âge de six mois, tantôt à des accidents intestinaux, tantôt à la suite d'une pneumonie. Il y a 4 ans, la femme a été soumise à un traitement antisiphilitique sérieux ; elle a eu un enfant qui est actuellement vigoureux et bien portant. Lors de nouvelles grossesses ultérieures, la femme *refusant de prendre encore de l'iodure de potassium*, elle a eu deux enfants qui sont morts cachectiques.

Le DEUXIÈME CAS concerne une femme bien portante, que son mari, également bien portant et vigoureux, nie avoir jamais contaminée, bien qu'il ait une cicatrice au frein du prépuce et qu'on lui trouve des ganglions en divers points du corps.

D'après son dire, cette femme a eu une fausse couche la première année de son mariage ; l'année suivante, elle s'est accouchée, au septième mois, d'un enfant mort très jeune, après avoir présenté une éruption dont la nature ne fut pas déterminée. *A la suite d'un traitement à l'iodure de potassium*, la femme eut, l'année suivante, un enfant extrêmement fort et vigoureux, qui, actuellement âgé de 9 mois, est resté très bien portant.

UN AUTRE CAS concerne une femme A..., bien portante, mais dont le mari est soupçonné d'être syphilitique. Premier accouchement à sept mois, deuxième à six, chaque fois d'un enfant tout à fait macéré ; hypertrophie placentaire telle que, dans les deux cas et par suite de l'abondance de l'hémorragie, le placenta a dû être détaché avec la main, et l'utérus curetté. Lors d'une troisième grossesse, *on administra l'iodure de potassium*, mais sans avoir soumis le mari à aucun traitement spécifique. À terme normal, naissance d'un enfant bien portant pesant 4 kilogrammes. Placenta non adhérent, pas d'hémorragie. L'enfant se développe très bien jusqu'à quatre mois, mais présente, peu de jours après, les signes d'une pseudo-paralysie syphilitique du bras gauche.

DERNIER CAS ; Deux fausses couches ; un accouchement prématuré. Lors de deux grossesses subséquentes, *à la suite de l'administration d'un traitement ioduré*, les enfants naissent tout à fait bien portants. Depuis lors, le père a dû être mis en traitement pour un tabès au début.

Les résultats intéressants observés dans la pratique ne permettent pas de douter un seul instant de l'influence prophylactique colossale du traitement ioduré dans l'avortement habituel chez les mères syphilitiques.

## REVUE D'HYGIÈNE

## SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

Rapport présenté à l'Académie de Médecine, dans la séance du 3 mai 1898.

Par M. le professeur GRANCHER.

(Suite et fin.)

V

La tuberculose à l'hôpital.

Le professeur Grancher étudie ensuite dans son rapport la prophylaxie de la tuberculose à l'hôpital.

Il pose comme principe que l'hôpital, comme le *sanatorium*, doit être pour le malade "une école de propreté et de santé," où il apprend à connaître sa maladie, les dangers de contagion qu'elle offre pour lui-même et pour les autres, le devoir qu'elle lui impose envers lui-même, sa famille et le corps social.

Il demande de ne pas laisser les tuberculeux dans les salles communes, mais de les mettre dans des salles spéciales.

"Que faut-il donc donner aux tuberculeux pour les guérir quand la guérison est encore possible? Il faut leur donner des forces nouvelles et relever leur organisme. Et comment? Par une aération continue et réglée de jour et de nuit, par une alimentation vigoureuse, par le repos prolongé et le sommeil; or, rien de cela n'est possible dans la salle commune." Il faut donc dans un hôpital isoler les tuberculeux si on veut les bien traiter.

Non seulement on devra les isoler, mais il faudra de plus établir l'antisepsie médicale dans les salles. On appuiera l'antisepsie médicale sur les bases suivantes :

- 1° Etuvage de la literie des malades.
- 2° Substitution du lavage à la serpillière au balayage et au cirage à sec.
- 3° Recueil et désinfection de tous les crachats (crachoirs antiseptiques). On devra être sévère sur ce point.
- 4° Désinfection de tous les objets qui ont servi au malade : cuillers, assiettes, verres, couteaux et serviettes (eau bouillante).
- 5° Réforme du mobilier des salles en enlevant tout ce qui est inutile, surtout en fait de rideaux.
- 6° Faire porter au malade, dès son entrée à l'hôpital, un vêtement facile à désinfecter.

On devra aussi faire l'éducation des infirmiers et même, si on le peut, avoir des infirmiers sanitaires chargés de voir à ce que toutes les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires soient appliquées dans les salles.

## VI

### Tuberculose animale.

Le professeur Grancher s'occupe dans ce chapitre de la tuberculose des bovidés.

Il rappelle les expériences de Villemin et de Chauveau qui ont prouvé que la tuberculose humaine et la tuberculose bovine sont toutes les deux identiques et également contagieuses.

Deux autres faits ont aussi été mis en lumière par les expérimentateurs : la sensibilité extrême des jeunes animaux à la tuberculose, et la facilité de la contagion entre bovidés.

La contagiosité de la tuberculose est grande et par ingestion et par inhalation. Une preuve que cette contagiosité est identique pour les tuberculoses humaines et animales, c'est que l'on voit des hommes devenir tuberculeux après la consommation du lait d'une vache malade ; ou inversement, les bêtes d'une étable se contaminer par un vacher phthisique (observations rapportées par Bang, Demme, Gosse, Nocard, etc.)

Le danger de tuberculisation par l'ingestion des viandes de source tuberculeuse a été fort exagéré, dit le professeur Grancher. La chair d'un animal très tuberculeux contient quelquefois, mais exceptionnellement, le bacille de Koch. Si, au contraire, la tuberculose est peu avancée, la chair est inoffensive. Le danger de la viande de provenance tuberculeuse est très restreint, celui du beurre et du fromage est à peu près nul.

Par contre, et c'est là le point important, il faut tenir pour suspect et traiter comme tel le lait de toute vache tuberculeuse. Dans les cas de mamite tuberculeuse, le lait est toujours virulent (Bang, Congrès de Copenhague, 1884.) "Je ne crois pas que nous ayons raison de croire que tout lait provenant de vaches tuberculeuses soit dangereux pour le public. Mais nous avons bien raison de le regarder toujours comme suspect, parce que personne ne peut savoir à quel moment la mamelle sera atteinte et que, même sans cette éventualité, le lait de ces vaches tuberculeuses peut, dans quelques cas rares, contenir le virus" (Bang, Congrès de Paris, 1898).

Les faits abondent où l'on voit la consommation d'un lait virulent causer une phthisie intestinale, surtout chez les enfants. (Observations de Strauss, Johné, Bang, Gosse, etc.)

Les éleveurs ont tout intérêt à faire diagnostiquer à bonne heure la tuberculose chez les animaux au moyen de l'épreuve de la tuberculine, afin d'éviter la saisie. "En reconnaissant la tuberculose de bonne heure et en vendant les animaux alors que la viande ne peut être rejetée de la consommation, ils font une bonne affaire et en même temps suppriment la contagion."

## Conclusions générales.

Votre commission propose à l'Académie le vote des propositions suivantes :

1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890 qui visent trois mesures de prophylaxie.

a) Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appareil contenant un peu de solution phéniquée à 5 0/10 et colorée, ou au moins un peu d'eau.

b) Éviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide.

c) Faire bouillir le lait, quelle que soit la provenance, avant de le boire.

2° En ce qui concerne la *famille*, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est *ouverte* ; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état *fermé*, par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'*armée*, l'Académie demande la *réforme temporaire* qui convient aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la *réforme définitive* dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé pour l'application, dans toutes les casernes, de trois mesures énoncées plus haut.

4° L'école, l'atelier et le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène et la simplicité des moyens qui suffisent à combattre efficacement l'extension de la tuberculose qui menace toutes les familles.

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir :

a) Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria.

b) Antiseptie des salles des tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage.

c) Améliorations du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite.

d) Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine, et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et partant inoffensifs.

7° Enfin, l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle commission permanente

dite " *Commission de la prophylaxie de la tuberculose* " qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement du bacille tuberculeux.

#### Le Congrès de la Tuberculose (1898.)

A la suite du si complet et si intéressant travail de M. le prof. Grancher, nous reproduisons les conclusions adoptées par le Congrès de la tuberculose tenu à Paris l'été dernier, sous la présidence de M. Nocard.

Après la lecture des rapports, le Congrès a émis le vœu :

1° Qu'en attendant le moment où la tuberculose sera inscrite parmi les maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire, tous les locaux ouverts au public soient pourvus de crachoirs hygiéniques et d'une affiche bien apparente interdisant de cracher ailleurs que dans ces crachoirs :

2° Que les pouvoirs publics donnent l'exemple en imposant cette mesure dans le plus bref délai, pour tous les locaux qui dépendent de leur administration, et surtout,—c'est le point capital de la réforme—*pour les écoles de tout ordre* :

3° Qu'il ne soit point envoyé de tuberculeux dans les asiles de convalescence ouverts à d'autres catégories de malades ;

4° Qu'il soit créé des asiles réservés spécialement aux enfants convalescents ;

5° Qu'un *Comité médical d'initiative* soit institué pour la création de sanatoria populaires et gratuits ;

6° Que l'initiative privée du corps médical et l'initiative du public, imitant l'exemple déjà donné en France et dans d'autres pays, aboutisse à la création du plus grand nombre possible de petits sanatoria ;

7° Que le ministre de l'Instruction publique et la direction de l'Hygiène publique au ministère de l'Intérieur encouragent, par un patronage officieux, les cours d'Hygiène que la ligue contre la tuberculose organise en ce moment à Paris, dans chaque arrondissement, avec la pensée d'étendre cette création aux autres villes de France.

8° Qu'une démarche officielle soit faite par son comité permanent, auprès de la direction générale de l'Exposition universelle de 1900, pour lui demander de s'intéresser à l'œuvre prophylactique de la tuberculose, en étudiant avec le comité la forme sous laquelle les visiteurs de l'Exposition seraient instruits sur les procédés par lesquels se gagne et s'évite la tuberculose ;

9° Que des *Réunions internationales* périodiques aient lieu en vue de l'étude de la tuberculose, et principalement de sa prophylaxie ;

10° Que les gouvernements recherchent les moyens de prévenir ou de réprimer l'usage frauduleux de la tuberculine fait en vue de dissimuler l'existence de la tuberculose chez les animaux destinés à la vente ou à l'exportation.

## LE CONGRÈS,

Considérant que les progrès incessants de la tuberculose des bovidés menacent gravement la fortune et la santé publiques ; que la contagion est la seule cause vraiment efficace de ses progrès,

Affirme la nécessité urgente des mesures législatives prescrivant :

a) La séparation des animaux malades d'avec les animaux sains ;

b) L'interdiction de vendre les animaux malades, pour une destination autre que la boucherie ;

c) La surveillance des vacheries consacrées à la production du lait destiné à l'alimentation publique, et l'abattage immédiat de toute vache atteinte de mamite tuberculeuse ;

d) La stérilisation, ou, tout au moins, la pasteurisation du lait destiné à la production en grand du beurre et du fromage ;

e) La généralisation du service d'inspection des viandes de boucherie, sur un plan plus ou moins analogue à celui qui fonctionne en Belgique depuis plusieurs années.

---

 BIBLIOGRAPHIE
 

---

LAULANIÉ (F) Professeur de Physiologie à l'École vétérinaire de Toulouse.—**Energétique musculaire** ; avec une préface de M. CHAUVÉAU. Petit in-8°. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*)

Broché..... 2 fr. 50c. | Cartonné..... 3 fr.

**Compte-rendu sommaire.**

Ce petit livre est un exposé très condensé de nos connaissances et de nos idées actuelles sur l'énergétique musculaire. L'Auteur y démontre que le glycose est l'aliment des combustions qui engendrent la force musculaire, que le travail de la contraction est un mode de l'énergie évaluable en calories et en kilogrammètres et qu'il a son équivalent dans la chaleur excrétée pendant la contraction.

Il expose enfin les principes de la Thermodynamique musculaire et, à la lumière de ces principes, il interprète les recherches entreprises pour vérifier la loi de l'équivalence des forces chez les moteurs animés.

Son livre est un exposé complet des vrais principes de l'énergétique biologique.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

*Directeur-Gérant : - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE*

*Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT*

---

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1898

---

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

---

### LA DERNIÈRE ASSEMBLÉE DES GOUVERNEURS.

---

Le Bureau des Gouverneurs nommés avec tant d'enthousiasme l'été dernier par la profession s'est réuni le 28 septembre 1898, à Québec, pour commencer régulièrement à administrer les affaires de la profession. Nous avons publié, comme d'ailleurs tous les journaux de médecine de la Province de Québec, le compte-rendu officiel de cette réunion. Nous désirons aujourd'hui y ajouter quelques remarques.

Et d'abord, à lire ce compte-rendu, on s'aperçoit que l'on a déjà affaire à un bureau parfaitement organisé, composé d'hommes entendus en affaires qui se réunissent pour expédier de la besogne et de la bonne besogne. A lire les motions adoptées, les rapports divers, on voit tout de suite, par la manière dont ils sont rédigés, que cela n'a pas été fait par des novices. Allons, tant mieux ; nous allons entrer dans une période sérieuse, et ces gens-là au moins n'ont pas peur de la publicité.

Ils n'ont pas peur non plus de faire leur devoir. Voyez le résultat des examens pour la pratique : sur sept candidats qui se sont présentés, un seul a été admis. On a jugé que les six autres n'étaient pas suffisamment préparés pour qu'on leur laissât prendre en main la responsabilité d'un malade, et on les a bloqués. Ceci n'est que justice ; il faut que nos gouverneurs nous protègent et protègent nos clients en n'accordant la licence qu'à des confrères dûment qualifiés, sans tenir compte des influences extérieures. C'est là une ligne de conduite qui recevra l'approbation de tout le monde.

L'examen d'admission à l'étude semble aussi, cet automne, avoir été plus sérieux que de coutume. Tant mieux. En face de l'encombrement de la profession, cela n'est pas de trop. Mieux vaut encore se montrer sévère au début que d'être obligé plus tard de bloquer un étudiant auquel on a fait faire les dépenses de quatre années de cours sans qu'il fût en état de profiter des leçons reçues.

Nous regrettons que l'audition des livres du Collège ne soit pas terminée. Tout le monde attend avec impatience le résultat de cette audition. Nous n'en faisons pas reproche au Bureau, puisque c'est le Dr Beausoleil qui, en refusant de remettre une partie de ses livres, rend cette audition impossible à compléter. Voilà une conduite qui nous paraît pour le moins étrange, et le Dr Beausoleil semble avoir de singulières idées sur la responsabilité d'office. A l'assemblée du 13 juillet dernier, le Dr Lachapelle demandait déjà que le nouveau bureau fût autorisé à prendre en justice les mesures nécessaires pour recouvrer tous les livres du bureau ; il faut croire qu'il connaissait son homme. Cette autorisation a été votée le 28 septembre dernier ; et nous savons que l'avocat du Collège vient de prendre, contre l'ancien registraire, une poursuite de reddition de comptes. Il n'y avait pas à hésiter, car l'honneur et les intérêts de la profession sont en jeu.

Enfin, le nouveau bureau, fidèle à sa promesse, a nommé un comité de législation et l'a chargé de présenter en son nom un projet de loi à la prochaine session, afin d'établir pour l'élection des membres du Bureau Médical le mode de votation par districts et par bulletins. On va donc enfin écouter le vœu de la profession !

---

#### ASSOCIATION DES INTERNES.

---

##### Élections annuelles.

Les membres de l'Association des Internes de l'hôpital Notre-Dame, réunis en assemblée le 28 octobre dernier, ont élu à l'unanimité les officiers suivants :

Président : Dr E. P. Chagnon.

1er Vice-président : Dr L. de L. Harwood.

2e Vice-président : Dr N. Normand.

Secrétaire : Dr A. Ethier.

Nous félicitons vivement l'Association des Internes de ces excellentes nominations.