

## 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.

- |                                     |   |                                     |   |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>            | Coloured covers /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/>            | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/>            | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input type="checkbox"/>            | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     |   |

# L'UNION MEDICALE

DU CANADA

---

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie

---

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

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

VOLUME XXV

NOUVELLE SERIE - - - - - VOLUME I



MONTREAL:

LA COMPAGNIE D'IMPRIMERIE DESAULNIERS

22 rue St-Gabriel.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## “DES CAUSES ET DE LA CURABILITÉ DU CANCER”

Par CHARLES VERGE, M. D., (Laval)

---

Depuis l'époque la plus reculée dans l'histoire de la médecine, c'est un fait admis que les médecins ont classifié à part, d'une manière toute spéciale, certaines tumeurs dites malignes ou cancéreuses dont la définition reste aujourd'hui ce qu'elle a toujours été : “qui ont la propriété de s'accroître rapidement en envahissant les parties voisines.” C'est dire que les classifications n'ont pas manqué ; aussi, pour ne parler que de notre siècle, les écoles anatomo-pathologiste et clinique, toutes deux trop exclusives, en ont-elles grandement profité pour discuter entre elles chacune à son point de vue, tout en travaillant inconsciemment à la solution du redoutable problème : “de la nature du cancer.” Les premiers (les anatomo-pathologistes), après avoir rejeté comme la caractéristique du cancer l'aspect extérieur (ou division de Laennec suivant les caractères macroscopiques des deux variétés anatomiques les plus fréquentes : encéphaloïde et squirrhe ; Laennec classait le cancer “parmi les tissus sans analogues dans l'économie”), après avoir inutilement aussi cherché cette même caractéristique de ces tumeurs dans l'existence du suc cancéreux (Cruveilhier), ou dans la *cellule cancéreuse* (Lebert) dont l'existence est controuvée, ils examinèrent avec minutie l'agencement des éléments anatomiques, la texture, des tumeurs malignes, et comme ils reconquirent des différences très notables à ce point de vue entre ces tumeurs, ils tirèrent la conclusion (?) qu'il devait y en avoir *plusieurs espèces*, et que le mot *cancer* sous lequel on avait jusque-là réuni tous ces néoplasmes n'avait plus sa raison d'être. Malheureusement pour leur théorie, en supprimant le cancer de la nomenclature médicale, ils ne purent en faire autant dans la clinique qui, elle, est toute pratique. Les cliniciens leur répondirent donc : Chaque jour le médecin rencontre des tumeurs “qui s'accroissent rapidement en envahissant les tissus voisins,” mais dont la structure véritable n'est connue qu'après la mort ; faudra-t-il attendre l'autopsie pour porter un diagnostic, pour décider s'il s'agit d'un *épithéliome*, d'un *sarcome* ou d'un *carcinome* ? Non ; si la tumeur a les caractères de la malignité, c'est-à-dire si elle s'accroît rapidement et se généralise, le médecin clinicien portera, lui,

le diagnostic de *cancer*, car cette dernière expression, quoique bannie de vos traités d'anatomie pathologique, s'imposera toujours à nous et aux praticiens en général. Je n'ai cité les grandes lignes de cette discussion que pour prouver combien la clinique, avec sa science pratique, est venue une fois de plus préparer la voie ou plutôt a conservé celle-ci libre à la grande et véritable théorie unie des tumeurs malignes ou cancéreuses, comme de bien d'autres entités pathologiques jusqu'à ces derniers temps incomprises, je veux parler de la théorie microbienne. Nous pouvons donc répéter avec les cliniciens d'il y a quinze ou vingt ans : le mot *cancer* désigne une affection autonome, à cause unique, à manifestations multiples ; seulement nous sommes renseignés à n'en plus douter quant à la nature de cette cause unique. Avant de développer la théorie parasitaire qui, toutes preuves à part, semble d'ailleurs la plus rationnelle et la plus facile à accepter, aujourd'hui surtout que la contagiosité est l'apanage du plus grand nombre des maladies, rappelons succinctement les divisions *histologiques* du cancer, ainsi que je les appellerai.

1. Le *carcinome* est constitué par des travées fibreuses circonscrivant des alvéoles remplies de cellules libres dans un liquide plus ou moins abondant, c'est le type des tumeurs les plus malignes dans la classification qui nous occupe : accroissement rapide, envahissement ganglionnaire, récurrence, généralisation, ramollissement, ulcération, hémorrhagies, cachexie. Les carcinomes sont habituellement divisés en *squarrrhe* (dureté remarquable), *encéphaloïde* (tumeur molle, volumineuse d'ordinaire, à marche rapide, suc laiteux abondant par le raclage), *colloïde* (masses tremblottantes, gélatiniformes, translucides, et qui, par le microscope seul, peuvent être distinguées des myxomes ou des sarcomes en dégénérescence colloïde, c'est une tumeur surtout viscérale : à l'estomac, au péritoine, à l'intestin ou au rectum). le *carcinome mélanique* (molle, à suc fort abondant, ne se distingue des encéphaloïdes, en définitive, que par l'existence de granulations pigmentaires).
2. Le *sarcome*, constitué par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir tissu adulte ; les histologistes français et allemands en ont créé un grand nombre de subdivisions. Le sarcome a pour caractéristique de pouvoir récidiver sur place *mais de se généraliser rarement*.
3. *Epithéliome*, constitué par du tissu épithélial en masses irrégulières et qui n'affectent jamais la forme d'organes définis ; se développe d'ordinaire sur des tissus recouverts d'épithélium : peau et muqueuses.

Un fait qui domine tout dans l'étiologie du cancer, et qui aujourd'hui est admis généralement, c'est que l'organisme entier est imprégné dès le début par le mal et que la tumeur qui se développe en un point donné n'est qu'une manifestation locale d'un état général morbide. C'est en poursuivant ces idées que l'on est parvenu à transmettre par inoculation le cancer de l'homme à l'animal, car Langenbeck a réussi à inoculer de l'encéphaloïde à un chien et à prouver ainsi la spécificité de l'affection ; d'autres savants, de leur côté se



Fig. I.—SARCOME DU SEIN. (Type des tumeurs cancéreuses les plus favorables au traitement bactériothérapique.—C. V.)

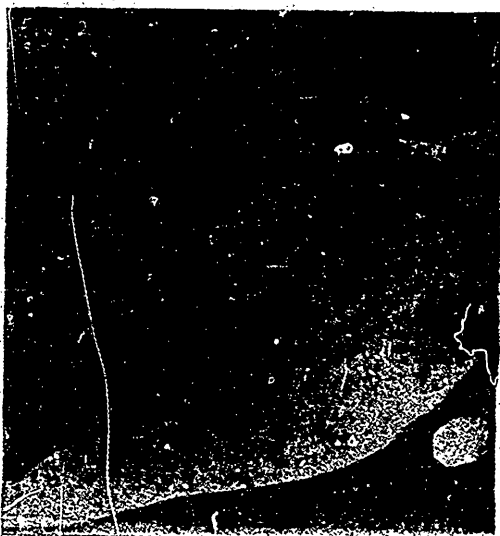


Fig. II.—SQUIRRE DU SEIN.

mirent à l'œuvre pour découvrir le microbe de la néoplasie cancéreuse. Des fragments de tumeurs malignes peuvent aussi se greffer sur un organe voisin de l'organe malade, alors même qu'il n'y a pas continuité de tissus ; dans des expériences récentes mais que la morale réproouve, on a parfaitement réussi à greffer de ces tumeurs d'un point du corps sur un autre. Voici maintenant quelques faits qui militent en faveur de la théorie parasitaire : MM. D'Arcy Power (*British Medical Journal*, 5 juin 1894) et Webb ont rapporté plusieurs cas de cancer où l'habitation sous un même toit apporta la contagion. Dans un de ces cas trois personnes qui occupèrent successivement la même chambre moururent de cancer dans l'espace relativement court de neuf ans. M. Shattock rapporte une autre observation où quatre personnes moururent de cancer dans la même maison dans l'espace de quatorze ans. M. Cooper, de Chathris, mentionne trois cas d'épithéliome de la langue ayant eu lieu chez des vaches broutant sur un même terrain d'une très petite étendue. Plusieurs autres rapports de morts successives dues au cancer survenant *dans une même maison* ont été publiés dernièrement et dans la plupart il est prouvé qu'il n'y avait absolument aucun lien de parenté entre les sujets atteints. Les mauvaises conditions hygiéniques, toute cause qui diminue la résistance des tissus, favorisent le développement du cancer au même titre que la multiplication des germes des maladies infectieuses à microbe défini ; on sait que dans les cancers du sein, entr'autres, — les plus favorables à un traitement quelconque — et chez les malades qui ont souffert de mauvaises conditions de milieu avant l'opération, on sait, dis-je, que si ces malades peuvent être transportées dans un milieu plus sain ou dans des conditions différentes après l'ablation de la tumeur, elles éloignent souvent de longtemps les récidives, tandis que celles qui retournent ou sont forcées de retourner à leur vie primitive, non hygiénique, de misère et de privations, voient revenir bientôt leurs fatals symptômes. Dans plusieurs cas très authentiques le cancer a été transmis du mari à la femme et réciproquement. On connaît bien les nombreux cas qui arrivent de "contact cancer" où une partie saine de la peau (comme une des lèvres) devient envahie par le contact d'une autre partie malade. Regulski a trouvé 30 cas semblables sur 1010 d'épithéliome labial. Ces faits à eux seuls, sans appuyer sur l'évidence qu'apporte la question héréditaire que tout le monde connaît, nous permettraient donc déjà de rationnellement assimiler cette maladie aux autres affections contagieuses et partant parasitaires. Un auteur a dit que si le cancer était de nature microbienne il se comportait "comme s'il ne l'était pas", car un sujet ne peut en être atteint qu'étant données certaines conditions ou combinaison de conditions chez ce sujet lui-même. Cette assertion peut paraître vraisemblable quant à l'hérédité, mais cette dernière cause elle-même est loin d'être démontrée dans tous les cas et tombe devant l'inoculation de l'homme à l'animal et les nombreuses observations de contagion avérée rapportées depuis deux ou trois ans. Enfin quant

aux causes irritantes ou traumatiques, à l'âge du malade, etc., cela se résume aujourd'hui pour chacune, en cette phrase devenue d'un si fréquent usage : *locus* (ou *ctas*) *minoris resistentiae*. Une preuve récente, mais absolument conclusive de la nature bactérienne du cancer, réside dans les remarquables résultats obtenus dans le traitement de cette affection par les injections de toxines combinées du bacille de l'érysipèle (*streptocoque*) et du *bacillus prodigiosus*, question dont je parlerai en détail au sujet de la curabilité. Passons maintenant à l'histoire des dernières découvertes bactériologiques.

Dès 1876, Malassez avait remarqué, dans des tumeurs épithéliales, des corps cellulaires granuleux, réfringents, parfois encapsulés, présentant une grande analogie avec les psorospermies (parasites de la classe des sporozoaires) que l'on trouve fréquemment dans le foie du lapin. Darier a montré en 1889 que la maladie connue sous le nom de *maladie de Paget* était produite par des coccidies ou psorospermies. On sait que cette dernière affection s'observe en général chez la femme et débute dans les seins, autour des mamelons; elle prend d'abord l'aspect d'un eczéma, et à une période avancée se transforme en épithélioma. Malgré ces démonstrations et l'évidente analogie entre les cellules envahies par les psorospermies et les cellules que l'on trouve souvent dans les tumeurs cancéreuses, surtout les épithéliomes, plusieurs observateurs du temps n'ont pas manqué de prétendre qu'il s'agissait uniquement de dégénérescences cellulaires et non d'éléments microbiologiques. Depuis ce temps Billroth, Weber, Goujon, Sallé, Scheurlen, Rappin, Kübassof, Domingos Freire, Nepveu, Ballance, Hanau et Shattock, dont nous avons déjà mentionné le nom dans cet article, ont expérimenté sur les animaux et obtenu des préparations et des cultures bactériennes avec des parcelles de matière cancéreuse. Ces divers résultats cependant, quoique dans leur ensemble très intéressants, étaient encore vagues lorsqu'au Congrès international de médecine tenu à Rome, du 25 mars au 5 avril de l'année dernière, le professeur Pio FOA, de Turin (Italie) a fait rapport sur la question du parasitisme dans le cancer. Il conclut que parmi toutes ces hypothèses sur les causes de cette maladie, celle de son origine microbienne, bien qu'elle ne puisse avoir la prétention d'expliquer tous les faits cliniques et anatomiques relatifs à ces néoplasmes, est la plus vraisemblable. CORNIL, chef de l'école anatomo-pathologiste, lui répondit en prétendant que le savant professeur n'a trouvé que des cellules et des noyaux, à multiples modifications dans leurs formes, ce qui a pu en imposer pour des parasites. Le Dr Ruffer, de Londres, qui se trouvait au même congrès, se rangea à l'opinion de Foa, et il possédait de bonnes raisons pour en agir ainsi, car conjointement avec le Dr Plimmer il a donné une description complète de ces mêmes parasites de Foa. Plimmer va même jusqu'à dire qu'il les a trouvés dans chaque cas de tumeur cancéreuse dont il ait fait l'examen, et il en a examiné 400 cas successifs au Cancer Hospital. Il n'a trouvé ces parasites que dans les tumeurs malignes quoiqué

les ayant cherchés dans les fibromes, papillomes, gommies, névromes, etc. Ces deux médecins, Ruffer et Plimmer ont décrit le procédé de reproduction, dans ses diverses étapes, du microbe, dans le *Journal of Pathology and Bacteriology*. Des observateurs ont prétendu que ce parasite décrit par Foa, Ruffer, Plimmer et aussi par Soudakewitch, est simplement un produit de dégénérescence cellulaire et ne peut être trouvé à l'état frais, c'est-à-dire dans les cellules cancéreuses qui sont nouvelles, et qu'il ne saurait non plus être inoculé. D'Arcy Power s'est chargé de réfuter la dernière de ces assertions en obtenant le même parasite des cellules infectées d'un rat chez lequel un morceau de tissu cancéreux humain avait été greffé avec succès. Plimmer et Ruffer ont démontré de plus que l'agent pathogène en question existe tout aussi bien dans les cellules cancéreuses à l'état frais, de sorte qu'il ne peut être un produit de transformation fibreuse ou autre de la cellule épithéliale elle-même. Je crois intéresser les amateurs en rapportant ici la description de Foa : " Ce sont, dit-il, des corps renfermés dans une capsule à double contour ; ils consistent en un mince protoplasme et un corps central petit. Leur grandeur varie de celle d'un petit à un grand noyau de cellule. Quand le parasite est de grande dimension, le protoplasme apparaît festonné à la surface, ou quelquefois régulièrement segmenté, et présente l'aspect d'une rosette. A mesure que le parasite se développe, le corps central augmente de volume, tandis que le protoplasme, lui, diminue ; le corps central se segmente alors en plusieurs petits corps ronds qui finissent par remplir le cyste parasitaire : ce sont des spores. Etant donné le nombre de ces corps parasitaires contenus dans une seule cellule, et leur dimension, ils ne sauraient être confondus avec des noyaux cellulaires dégénérés."

Je me permettrai donc de conclure, avec Shattock, de ce qui précède, que l'agent pathogène du cancer semble rationnellement démontré ; du moins s'il n'est pas encore isolé et cultivé comme il serait désirable qu'il le fût, son existence comme cause spécifique productrice me paraît évidente. Les micro-organismes spécifiques de la variole ou de la vaccine et de la syphilis sont encore mal déterminés, et cependant quel est le médecin tant soit peu renseigné qui, de nos jours, mette en doute la nature microbienne de ces maladies ?

Avant de parler traitement, disons un mot de l'importante question de la prétendue "transformation" des tumeurs de bénignes en malignes, dont on s'occupait grandement avant la nouvelle théorie. En effet il était extrêmement intéressant de savoir, si la cause productrice du cancer résidait dans un processus irritatif cellulaire ou quelque chose d'analogue, de savoir, dis-je, comment s'opérait la "transformation" d'un adénome ou d'un fibrome, par exemple, en sarcome ou en carcinome ? La théorie parasitaire résout encore admirablement ce problème en nous montrant de nouveau ici un "locus minoris resistentiae" créé par une tumeur dite bénigne ou quelquefois un tissu dont la résistance est affaiblie par une opération chirurgicale antérieure,



et, en conséquence, terrain favorable au développement de germes pathogènes et où ne tardera pas, peut-être, de venir se nicher celui du cancer en particulier.

**Curabilité du cancer.**—Je ne mentionnerai ici que pour la forme les innombrables “remèdes” ou drogues préconisés contre les affections cancéreuses. Ceux qui ont l'avantage d'être en même temps stimulants généraux ou toniques, en favorisant chez le malade la métamorphose progressive, c'est-à-dire en compensant temporairement les pertes que fait subir la diathèse à l'économie, ont pu donner le change à des médecins très sérieux, comme la chose est arrivée pour les liquides organiques de Brown-Séquard qui ont aussi obtenu, pour les mêmes raisons, des succès notables dans le traitement de la tuberculose. A ce propos, voici le rapport d'un cas de cancer utérin traité par le Dr Labrosse, de Mustapha, Algérie, au moyen de liquide testiculaire : “Après douze injections, la malade qui était déjà dans la période cachectique de la maladie et d'une faiblesse telle qu'elle ne pouvait quitter sa chambre, pût se lever et marcher, sortir en voiture et à pied, ce qu'elle avait été totalement incapable de faire depuis un an. De plus, sous cette seule influence des injections séquardiennes, l'écoulement utérin qui jusque-là était abondant et sanieux, cessa complètement.” D'autre part, les procédés d'intervention chirurgicale ayant pour but d'extirper la tumeur et sa cause avec elle, quoiqu'incontestablement supérieurs aux drogues, ne donnent aucun résultat *constant*; soit que le néoplasme ait été opéré trop tard, soit qu'opéré de bonne heure il récidive souvent après un temps plus ou moins long (huit mois à deux ans) après l'opération. Mais une fois admise la nature microbienne des tumeurs malignes ce dernier fait s'explique tout seul, la tumeur n'étant qu'une manifestation locale de la diathèse cancéreuse dont l'organisme est infecté. Cependant, malgré ces mécomptes, si l'intervention par le bistouri est faite à bonne heure et dans les plus grandes limites possibles, elle donne encore les meilleurs résultats comparativement aux “remèdes”, mais encore une fois, et cela se comprend maintenant, la récidive est malheureusement trop fréquente, elle tarde parfois longtemps à se produire et arrive au moment où l'on escomptait déjà la guérison. On pourrait rattacher à ce moyen de traitement, dans une certaine mesure, celui par les caustiques, quoique j'aurai plus loin occasion de revenir sur l'action particulière de ceux-ci dans les succès qu'ils ont donnés. Tout ce que nous venons de voir ne prouve donc en somme que l'*incurabilité*, par les moyens déjà cités, des tumeurs cancéreuses. Mais celles-ci seront-elles jamais *curables*? et dans quel sens agira alors l'agent de la curabilité? Voilà une question qui sûrement intéresse davantage l'humanité que les affaires de Chine ou de Turquie, et à la solution de laquelle travaille en ce moment, dans le silence de leurs laboratoires, pour la science et pour leurs frères, une poignée peut-être de modestes savants, sans aide, sans appui financier quelconque de la part des gouvernements qui, eux,

versent à pleines mains l'or qui sert à accoutrer les hommes pour convenablement ensuite s'entregorger!

Je ne crains pas de l'affirmer, si jamais le cancer devient curable, et il est en pleine voie de le devenir (il serait prématuré de dire plus), ce sera par une méthode qui poursuivra et atteindra jusque dans le torrent circulatoire la cause initiale et déterminante, c'est-à-dire le parasite cancéreux quel qu'il soit. Ceci m'amène à parler du grand sujet du jour en médecine : les sérums anti-cancéreux et leurs statistiques. Depuis les magnifiques succès obtenus par la sérothérapie (injections de sérum d'animaux immunisés) dans le traitement de la diphtérie, on a essayé d'appliquer aux autres maladies infectieuses cette même méthode curative et même préventive et avec des résultats pour le moins surprenants. C'est ainsi que depuis le commencement de cette seule année 1895, on a successivement inoculé des tuberculeux-phtisiques à la première période (Bernheim, Maragliano, ce dernier a un grand établissement *ad hoc* à Gênes, Italie), des cas de lupus, de fièvre puerpérale et de pneumonie, des tétaniques, des syphilitiques, des typhiques et enfin des cancéreux, mais ceux-ci surtout par la *bactériothérapie* ou préparations de toxines de certains microbes antagonistes de ceux qu'ils sont appelés à détruire. Cette méthode seule nous intéresse en ce moment. Le principe sur lequel repose l'action curative des sérums anti-cancéreux employés jusqu'aujourd'hui, à l'exception de celui de Richet, consiste dans l'antagonisme reconnu du streptocoque et des microbes spécifiques des tumeurs malignes en général. Depuis longtemps déjà les médecins avaient constaté l'effet inhibitoire ou curatif de l'érisypèle (streptocoque) sur la marche de certaines tumeurs et maladies et il y a à peine quelques jours mon savant maître le Dr Catellier, de Québec, tout en causant me rapportait un cas de lupus qu'il avait lui-même traité sans résultats par les moyens chirurgicaux et autres, qui fut guéri complètement par une attaque d'érisypèle; depuis plusieurs années ce malade n'a pas eu de récurrence. Le streptocoque a donc eu raison cette fois du bacille tuberculeux! Et, à ce propos on se rappelle les succès indéniables de la pâte arsenicale de Marsden dont voici la composition et le mode d'emploi: Parties égales d'acide arsénieux et de poudre acacia, bien mêlés et auxquels on ajoute assez d'eau pour faire une pâte de la consistance du beurre; il est important qu'elle soit fraîchement préparée à chaque nouvelle application. On en étend sur de la mousseline ou de l'emplâtre adhésif une épaisseur d'un quart de pouce et on l'applique avec fermeté sur la partie malade, mais sur une étendue qui ne doit pas dépasser un pouce carré de superficie d'après Marsden; elle est laissée en place de 16 à 18 heures et l'épiderme a dû préalablement être dénudé si nécessaire. Cette pâte ne doit pas être appliquée sur les épithéliomes des muqueuses à cause du danger d'absorption trop grande. Eh! bien, le professeur John A. Wyeth, chirurgien de la Polyclinique de New-York, déclarait

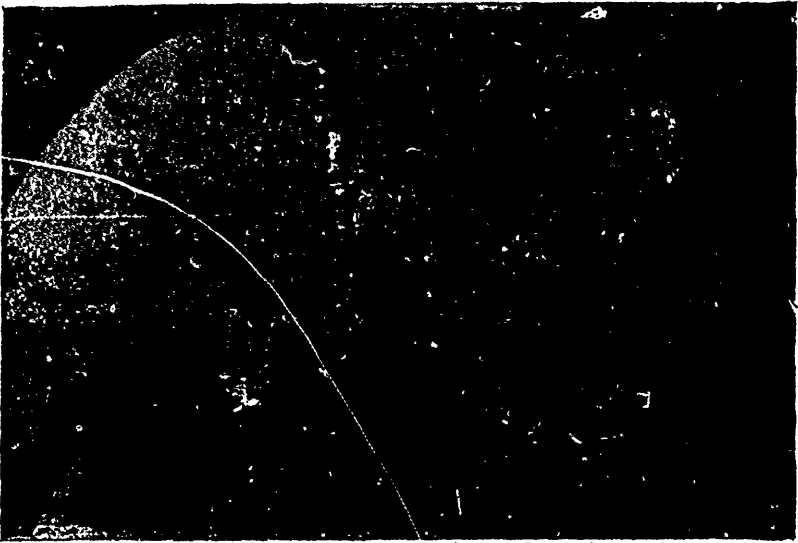


Fig. III.—SQUIRRE ULCÉRÉ DU SEIN ; à l'épaule gauche on voit un lipome (tumeur bénigne).

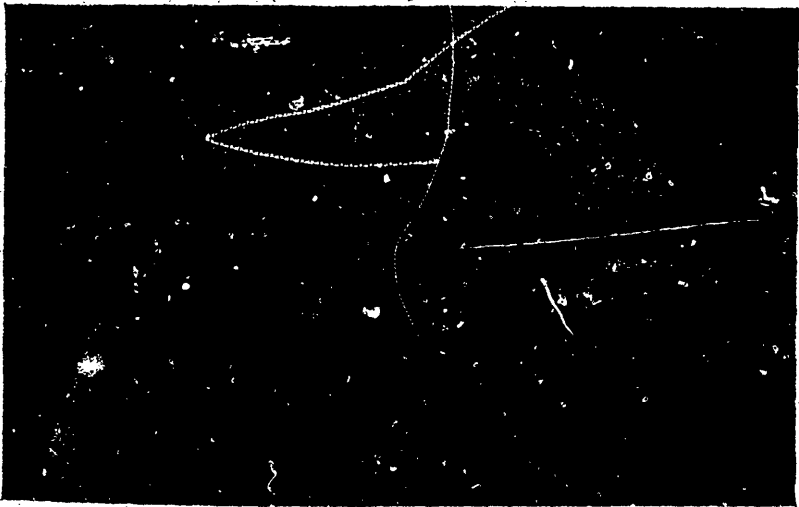


Fig. IV.—SQUIRRE RÉCIDIVANT DU SEIN ; l'œdème du bras correspondant est causé par l'envahissement par la maladie des ganglions axillaires et la compression veineuse de ce côté.

dernièrement dans une de ses cliniques (1) que les résultats satisfaisants obtenus par cette préparation, et ses congénères au chlorure de zinc, lui paraissent clairement dûs à la cause suivante : Ces applications répétées déterminent un processus suppuratif dont les germes (streptocoques) détruisent le virus spécifique du cancer. "C'est, dit-il, un cas de survivance du mieux doué (survival of the fittest), la théorie de la phagocytose a d'ailleurs été prouvée au sujet des globules blancs du sang qui ont le pouvoir de détruire certains bacilles ; la même théorie s'applique au traitement du sarcome par les toxines de l'érysipèle. *J'ai vu plusieurs cas certains de sarcome guéris après inoculation accidentelle du coccus erysipelateux.* Dans l'un de ces cas un homme avait un large sarcome de l'abdomen, il n'a pas eu de récurrence depuis dix ou douze ans ; plusieurs autres cas datent de cinq ou six ans." J'ai cité textuellement, car ce témoignage du Dr Wyeth, qui n'est pas le premier venu, a une immense valeur pour moi. Plusieurs chirurgiens d'expérience soutiennent que la suppuration post-opératoire dans le cancer diminue les probabilités de récurrence. Les cas rapportés comme guéris par les injections de pyoktanin doivent probablement ce résultat à l'inflammation et la suppuration consécutives aux injections et non au remède lui-même.

Emmerich, médecin allemand, fut un des premiers à employer la cure nouvelle. COLEY vulgarisa beaucoup la méthode ; dans le numéro de mai 1893 de l'*American Journal of the Medical Sciences* il rapporte 38 cas de cancer guéris par l'érysipèle intentionnellement ou accidentellement provoqué. Ses principales conclusions sont 1° que l'effet curatif des toxines de streptocoques sur les tumeurs malignes est un fait établi ; 2° que leur action sur les sarcomes est plus marquée que sur les carcinomes, dans la proportion de 3 à 1 ; 3° que le traitement des cancers inopérables par les injections répétées de sérum streptococcique est tout à fait praticable et ne fait courir aucun risque au malade qui l'emploie. Coley se sert d'un sérum, qui est d'ailleurs le seul pratiquement employé jusqu'à présent (novembre 1895), composé des toxines combinées, obtenues de pures cultures, du streptococque et du "bacillus prodigiosus". Les meilleurs résultats ont été obtenus en injectant le sérum dans la tumeur elle-même. Lorsque l'on considère que sur 25 cas déclarés inopérables par les chirurgiens des hôpitaux, Coley en a guéris six complètement, on se demande ce que serait le résultat sur des sujets traités à bonne heure ou au début ; mais comme les expériences se faisaient, pour Coley du moins, difficilement en dehors des hôpitaux, il n'avait qu'à se contenter de ces "rebutés de la chirurgie". Czerny, de Heidelberg, Allemagne, vient de faire paraître un travail (*Munchen. Medicin. Wochenschrift*, 3 septembre 1895) dans lequel il prend la défense du traitement spécifique du cancer. Il a repris à la lettre le traitement de Coley. Le liquide en question était injecté direc-

(1) Voir vol. XXIV, p. 299 de L'UNION MÉDICALE, note Ed.

tement dans la tumeur à la dose de 1 à 6 divisions de la seringue de Pravaz. Voici une de ses observations où le succès a été des plus manifestes. Il s'agit d'une femme de 35 ans, entrée à sa clinique pour un sarcôme à petites cellules de la parotide droite, ayant envahi l'oreille et la région sous-maxillaire du côté correspondant. *L'opération ayant été jugée impossible par les chirurgiens*, on commença les injections interstitielles de cultures stérilisées. Les trois premières furent suivies d'une réaction violente (fièvre de 40°, frisson, délire, etc.) avec tuméfaction de la tumeur. Après la quatrième injection, on pouvait déjà constater une diminution notable du néoplasme. Après la douzième, la tumeur de l'oreille et de la région sous-maxillaire *ont complètement disparu, la partie indurée avait repris sa consistance normale*, et il ne reste plus de la tumeur primitive que deux ou trois nodules sous-cutanés.

Malgré les grandes espérances que nous laisse entrevoir la méthode que je viens de décrire, elle n'est sans aucun doute qu'une étape, mais une glorieuse, vers la véritable sérothérapie ou traitement préventif et curatif par le sérum immunisé. Il y a déjà deux ans, le Dr Paul Gibier, chef de l'Institut Pasteur de New-York, déposait entre les mains du secrétaire de l'Académie des Sciences à Paris, une communication cachetée, datée du 1er octobre 1893, et dont voici la teneur : " Le sérum des animaux, diversement préparé, pouvant acquérir des propriétés immunisantes et curatives dans certaines affections, ne serait-il pas possible de prévenir les récidives du *cancer* en inoculant à doses progressives à un animal l'extrait du tout ou d'une partie d'une tumeur maligne, et de se servir ensuite de ce même sérum, devenu immunisé, en injections curatives chez les cancéreux ? Chez le chien, par exemple, l'inoculation est prouvée possible." Richet, de Paris, qui emploie pratiquement depuis peu de temps un sérum ainsi préparé, a fait voir à Paul Gibier, à qui je suis redevable et reconnaissant de cette communication, plusieurs cas de cancer où il y avait réellement eu amélioration très marquée par cette méthode. Toutefois, ce dernier mode de traitement n'est encore qu'à l'essai et nous n'avons pas assez de faits convaincants, de l'autre comme de ce côté ici de l'Atlantique, pour formuler un impartial jugement. L'embarras réside sans doute dans la difficulté où l'on se trouve d'obtenir d'un simple "extrait" de tissu malade, les mêmes propriétés immunisantes que communiquerait au sérum animal une pure culture microbienne définie. Lorsqu'on aura réussi à parfaitement isoler et à cultiver mais surtout à *pratiquement* inoculer aux animaux le virus cancéreux, alors l'humanité sera de nouveau redevable à la science d'être soulagée de l'un de ses pires maux, alors enfin la *curabilité* du cancer sera par tous un fait admis. Puisse 1896 nous montrer l'aurore de ces découvertes !

Citons en terminant ces belles paroles d'un savant français : " Pour espérer guérir, il faut connaître la cause du mal ; le médecin doit donc se

préoccuper des germes pathogènes, de leur entrée et de leur pullulation dans l'organisme, des actions bonnes et mauvaises qu'ils y exercent. Alors seulement il pourra découvrir le remède qui les détruira, le vaccin qui les atténuera ou rendra nos tissus réfractaires à leurs effets. Chaque jour augmente le nombre des maladies dites infectieuses, dont la cause jusque là ignorée doit être attribuée à l'action d'un organisme parasitaire microbien; chaque jour on découvre de nouvelles bactéries, on perfectionne les procédés de vaccination, on crée des méthodes d'immunisation; et chaque pas fait en avant nous rapproche de la solution du grand problème qui nous intéresse tous : celui de l'existence, de la maladie et de la mort."

58 rue Ste-Ursule, Québec, 11 novembre 1895.

---

## CONSEILS PRATIQUES

DONNÉS AUX ÉLÈVES EN OCTOBRE DERNIER

Par **A. T. BROSSEAU, M. D.**

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

---

*MM. les Étudiants,*

C'est pour la trente-quatrième fois que j'ai l'honneur de vous souhaiter la bienvenue au commencement d'une nouvelle année scolaire; en effet, c'est en 1861 que je débute à la vieille Ecole de Médecine dans la tâche ingrate, mais méritoire de l'enseignement, et je n'ai jamais cessé depuis.

Qu'il me fait plaisir de me rappeler ces huit professeurs humbles et dévoués qui y faisaient alors tout l'enseignement et de la quarantaine d'élèves qui suivaient les cours de huit heures du matin à dix heures du soir (quelques-uns suivaient tous leurs cours en deux ans); seulement deux de ces professeurs survivent aujourd'hui, mais la mémoire des défunts est encore sacrée pour les nombreux élèves qui se sont succédés à leurs leçons.

Leur enseignement était sérieux et pratique.

Des luttes malheureuses (qui n'avaient pas leur raison d'être) ont paralysé nos efforts durant quelques années. Mais à présent que l'union est faite et que comme couronnement elle a produit un magnifique monument, espérons que nous rattrapperons le temps perdu.

Je crois pouvoir dire que durant ces trente-quatre années, j'ai toujours

fait preuve d'assiduité, d'entrain et de dévouement aux élèves. Ai-je réussi à rendre plus intelligibles les données de la science de la médecine ?

Je n'ai jamais eu, durant cette longue période, d'autre objet en vue que de donner aux élèves une instruction solide et pratique.

Je recommence cet automne avec les mêmes dispositions, il y n'a d'autres changements, qu'une année de plus.

Je suis certain d'avance que je rencontrerai chez vous tous la même docilité, le même amour du travail que j'ai rencontré [chez vos devanciers.

De suite, en commençant ce cours je crois devoir vous mettre au courant des idées qui me guideront dans l'accomplissement de mon devoir.

Sous le nom d'enseignement clinique, j'entends la leçon faite à l'amphithéâtre, après la visite des salles.

Cette leçon est le complément indispensable de la visite, pour l'instruction des élèves.

L'observation rigoureuse et complète des faits me servira toujours de base. Je placerai devant vous, un ou des malades, nous les interrogerons, nous les examinerons méthodiquement, pour en arriver au diagnostic, puis au traitement et au pronostic de la maladie.

Je ferai tous mes efforts pour vous mettre en face des difficultés de la pratique de la médecine et vous les faire résoudre.

Dans l'enseignement clinique il faut élaguer les descriptions minutieuses, les discussions prolixes, et aller droit au but; il faut être clair, concis et ne livrer aux élèves que des notions solides et des solutions à peu près indiscutables.

Que l'observation et l'expérience nous servent toujours de guide.

Le clinicien doit nous faire voir les choses à l'état de nature, dépourvues de voiles, telles que chacun de vous les rencontrera plus tard dans sa pratique.

La médecine est *une*, seulement elle devient, a dit Velpcau, médecine hygiénique, médecine pharmaceutique, médecine chirurgicale, selon les circonstances.

La clinique n'est autre chose que l'application pratique des principes théoriques.

L'enseignement chirurgical comprend deux chaires. La chaire Théorique et la chaire Clinique.

Au professeur théorique appartient le devoir d'initier l'élève aux idées générales de la pathologie chirurgicale.

Au professeur de clinique, de *spécialiser* son enseignement à propos de chaque malade.

Nous proclamons l'importance de ce dernier enseignement. C'est au lit du malade, dans les salles de l'hôpital, que l'élève doit se former définitivement.

Mais pour que la *spécialisation* ne reste pas stérile il faut qu'elle repose sur un fond *solide* de connaissances générales.

Le professeur de clinique est obligé de se répéter souvent, de revenir sans cesse sur la valeur de tel précepte, de tel symptôme.

C'est à la clinique qu'appartient la démonstration de la théorie.

On ne saurait trop le répéter, "la clinique, c'est la *pathologie* au lit du malade."

Il faut vous attendre à ce que les cliniciens diffèrent d'opinion entre eux. Cela dépend de ce que les professeurs font *parler*, chacun à leur manière, ce qu'on est convenu d'appeler *les faits*.

Personne ne fait un pas dans l'art de guérir sans les appeler à son secours, ils sont indispensables à la solution de tous nos problèmes.

Mais aussi, les faits sont souvent la source de nos erreurs.

Velpeau a dit "rien n'est menteur comme un fait". Les faits *courtisent* tous ceux qui les approchent et se hâtent de prendre le langage qui plaît à chacun d'eux. C'est, passez-moi l'expression, tout ce qu'il y a de plus *hypocrite* au monde."

Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ils ont trompé les praticiens.

Citons un exemple : pour un grand nombre de médecins et chirurgiens, les émissions sanguines sont le seul traitement efficace des inflammations, tandis que pour d'autres les meilleurs remèdes de certaines phlegmasies, même aiguës, sont les stimulants.

L'explication de ces dissidences d'opinion, c'est qu'un grand nombre de praticiens ne sont pas aptes (même parmi ceux qui jouissent d'une grande réputation) à constater les faits et à leur faire tenir leur véritable langage. Un autre exemple : un malade ne peut uriner, on veut le sonder, mais l'instrument est bientôt arrêté ; le chirurgien en conclut que l'urèthre est *rétréci*. "Voilà un fait" se dit-il ; cependant l'obstacle que l'on rencontre peut-être tout à fait indépendant d'un rétrécissement de l'urèthre.

C'est qu'en médecine chaque *fait* se compose de plusieurs éléments, fugaces et complexes, et que, si une parcelle de ce fait vous échappe, ce n'est plus lui, mais c'en est un autre qui vous trompe.

Avant de pouvoir dire "c'est un fait" il faut y avoir regardé de très près et se trouver dans des conditions d'esprit qu'on ne rencontre pas chez tous les médecins.

Viz. Une douleur accuse une inflammation pour un médecin, une névralgie pour l'autre.

En thérapeutique, bien peu de praticiens peuvent se flatter d'interpréter justement les faits.

*Post hoc* ne veut pas toujours dire *propter hoc*.

L'erreur tient à ce que le plus souvent on ne rapporte pas *l'effet* à sa *cause véritable*.



Il arrive souvent que l'on attribue des améliorations dans les maladies à des médicaments qu'on a oublié d'administrer.

Si celui qui met dans ses investigations, toute la sincérité possible, le désir de découvrir la vérité, n'est pas à l'abri d'une fausse interprétation des faits, que pouvez-vous espérer des hommes qui jugent tout, avant d'avoir examiné soigneusement, ou qui sont trop préjugés en faveur de certains systèmes, ou qui ont la tête trop ardente, les idées trop subtiles, pour admettre qu'il puisse leur échapper quelque chose.

Le nombre de ces prétentieux est pourtant bien considérable.

Le but de ces détails est de vous faire pressentir que les faits vous induiront souvent en erreur, qu'il est facile à celui qui enseigne, s'il veut vous tromper ou s'il s'est d'abord trompé lui-même, de vous faire admettre les faits comme il les voit.

Après avoir constaté et interprété les faits, il faut encore les compter, les peser, les comparer et en tirer les inductions que la raison juge les meilleures.

Il ne faut comparer ensemble que des faits de même importance et de même nature.

Le *célérité* et l'*élégance* étaient autrefois la loi de tout chirurgien, et la mesure de son habileté, mais depuis l'emploi des anesthésiques, il n'est plus nécessaire de se hâter pour épargner la durée des souffrances : *sat cito si sat bene*.

On ne dit plus non plus aujourd'hui, comme au temps d'Ambroise Paré, ces simples paroles : "Je t'ai opéré, Dieu te guérisse."

Les pansements aseptiques et antiseptiques demandent en plus toute l'attention et le savoir du chirurgien.

Un pansement antiseptique, exige souvent plus de savoir et de temps que l'opération elle-même.

La chirurgie clinique, c'est de la chirurgie au lit du malade, c'est de la chirurgie essentiellement pratique.

Abuser les hommes, ce n'est pas les instruire, et ceux-là vous abusent et vous trompent qui prétendent que tout est facile dans la carrière que vous venez d'embrasser.

Acceptez avec défiance l'opinion de ceux qui vous disent : J'ai guéri un tel nombre de cas... C'est mon opinion!!! c'est ce qui me réussit toujours!!!

On reproche souvent aux chirurgiens d'avoir trop souvent le fer à la main et de ne pas songer assez aux organes vivificateurs, etc., etc.

Avouons qu'il y a du bien fondé dans ce reproche, surtout de nos jours.

Le pansement antiseptique, vu l'immunité opératoire qui s'en suit d'ordinaire, tend à rendre certains chirurgiens trop entreprenants, je dirais même téméraires.

Duplay appelle cela "l'opération à outrance".

Il est du devoir du chirurgien de se dispenser du bistouri quand il peut guérir sans lui.

Avant de pratiquer une opération chirurgicale, vous n'oublierez pas les devoirs qu'elle impose, les connaissances qu'elle exige, le bien et le mal qui peuvent en résulter pour le malade, en un mot bien en saisir toutes les indications : Il faut pouvoir emporter tout le mal ; inutile d'enlever une branche quand le tronc est affecté.

Avec nos pansements actuels on opère en toute saison et on fait aussi un bien plus grand nombre d'opérations qu'autrefois.

Il n'y a plus une cavité de l'organisme qui n'ait été visité par l'instrument inquisiteur.

Le chirurgien doit tout faire, au point de vue moral (sans néanmoins sortir des bornes de la vérité), pour gagner la confiance de son malade et afin qu'il se résigne de bon gré à l'opération.

On ne doit opérer pas sans son consentement un malade qui jouit de ses facultés mentales. Notre devoir est de lui montrer ce qui est plus propre à soulager ses maux et aussi de l'éclairer sur les dangers auxquels il s'expose, en ne se soumettant pas au traitement proposé. Mais il lui reste le droit de faire ou de ne pas faire ce que nous lui conseillons.

Je n'ai pas besoin de vous dire que je suis de mon époque et que je puiserai à toutes les sources d'observation possibles.

Je ne saurais mieux finir cette leçon qu'en citant les paroles qui terminent la préface du *Manuel de diagnostic* de Simon Duplay.

“ A cette heure où l'étude du diagnostic est si délaissée et tend à être remplacée par l'opération à outrance, il est bon de réagir contre de tels errements, et nous serons heureux de contribuer à ramener les débutants aux vieilles traditions de la clinique, en leur enseignant comment ils doivent procéder pour faire un diagnostic raisonné.”

Louis a dit : “ La science du diagnostic tient le *premier rang* entre toutes les parties de l'art et en est la plus *utile* et la plus *difficile*. Le talent d'observation, la rectitude du jugement, sont des qualités indispensables pour le clinicien en quête de diagnostic.”

Les éléments de diagnostic se tirent de l'examen du malade.

Son interrogatoire comprend deux ordres de questions : 1° son état actuel ; 2° ses antécédents.

Voici les trois questions que vous devez d'abord poser à vos malades :

1° Où avez-vous mal ?

2° Depuis quand avez-vous ce mal ?

3° Comment a-t-il commencé ?

La vue et le toucher sont les deux sens vraiment chirurgicaux, le clinicien ne peut trop les perfectionner.

S'il s'agit d'une tumeur, par exemple, la *vue* vous en fera connaître la forme, le volume, la couleur, et le *toucher* vous instruira sur la consistance, la température, la mobilité et les adhérences.

Leur perfectionnement s'acquiert par l'exercice.

Durant cette année scolaire, nous nous efforcerons de vous faire exercer vous-mêmes, à tour de rôle, au diagnostic des maladies. Nous vous guiderons, nous vous habituerons à la tâche que vous aurez à remplir à votre sortie de cette institution, et à votre entrée en pratique. Que chacun de vous fasse consciencieusement son devoir, et, à la fin de l'année, nous serons tous satisfaits.

## ANOMALIE DE L'ARTÈRE PHARYNGIENNE ASCENDANTE

Par le Prof. FOUCHER

Madame L. Z. âgée de 65 ans, est venue me consulter au sujet d'une surdité et surtout de bourdonnements intenses dont elle est atteinte depuis au-delà de 30 ans. L'examen des oreilles fait constater une otite moyenne scléreuse double, avec audition, pour la montre, à peu près nulle, se réduisant à une perception faible du diapason, C<sup>1</sup> 256 appliqué au vertex, et à une perception nulle pour C<sup>4</sup> 2648.

Du côté du nez, atrophie des cornets inférieurs, augmentation du volume des cornets moyens et croutes sèches adhérentes à la muqueuse nasale. Le pharynx présente l'aspect luisant, vernissé, caractéristique de la pharyngite atrophique. Sur sa paroi postérieure et externe, à droite, en arrière et en dedans du pilier postérieur, on voit le dessin d'un vaisseau volumineux (a fig. 1) recouvert par la muqueuse et animé de battements artériels. Ces pulsations, très amples, donnent l'impression d'une artère aussi considérable que la radiale. Le vaisseau se dirige de bas en haut, de dehors en dedans et va se perdre à la voûte du pharynx en longeant le côté externe droit de cette cavité.

La patiente ne perçoit aucune pulsation dans la gorge,

complètement l'anomalie dont elle est atteinte.

Je me suis d'abord demandé qu'elle pouvait être ce vaisseau dilaté, s'il était artériel ou veineux, s'il pouvait être le résultat d'une compression exercée quelque part sur une branche artérielle ayant déterminé une circulation supplémentaire. J'en arrivai à la conclusion qu'il s'agissait d'une branche de l'artère carotide externe développée anormalement sans lésion de

voisinage qui puisse en expliquer l'existence. Le pharynx recevant le sang d'une branche de la carotide externe, la pharyngienne ascendante, et d'une branche de la faciale, la palatine ascendante, il ne pouvait être question que de l'une ou l'autre de ces artères. Sappey (Anat. descrip. vol. 2, p. 585) résout la question en affirmant que la pharyngienne ascendante se distingue des autres branches de la carotide externe par sa direction verticale.

En consultant les auteurs, à propos de ce cas, je n'ai pas tardé à constater qu'il s'agissait d'une anomalie assez rare vu le petit nombre de faits analogues consignés dans la littérature médicale. Voici les quelques renseignements que j'ai pu recueillir : Cruveilhier, (Anat. vol. 3 p. 86), Gray, (Anat. descrip., vol. 2 p. 575) ont constaté sur le cadavre que la pharyngienne ascendante augmente de volume lorsque la palatine ascendante manque ou lorsqu'elle n'est pas suffisamment développée.

En deux occasions, distantes de quelques années, J. W. Farlow a relaté des cas de ce genre, observés sur le vivant.

Il a recueilli en tout 13 cas, dont les 5 premiers ont été communiqués à une société savante de Berlin en 1887 et publiés, la même année, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (Fév. 1887).

Les 8 autres observations ont été insérées dans le *Boston Medical and Surgical Journal* (July 3, '90). Enfin Gellé a relaté un cas de pulsation artérielles dans le pharynx, dans le *Journal of laryngology* (London, Aug., '92).

Le détail de ces observations nous manque, pour celle de Gellé et pour les 8 dernières, publiées par Farlow ; quant aux cinq premiers cas, insérés dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en voici un court résumé :

Obs. I. — Fillette de 13 ans atteinte de catarrhe nasal, de pharyngite atrophique et d'adénopathie cervicale. Le pharyngienne ascendante anormalement développée des deux côtés bat plus fort à gauche qu'à droite.

Obs. II. — Fille de 18 ans, catarrhe nasal atrophique, développement exagéré de la pharyngienne ascendante à gauche.

Obs. III. — Fille de 25 ans, catarrhe naso-pharyngien atrophique, artères pharyngiennes volumineuses et pulsatiles des deux côtés.

Obs. IV. — Femme de 20 ans, rhino-pharyngite atrophique, gros vaisseau pulsatile observé à la paroi postérieure du pharynx sans indication en ce qui concerne le côté atteint.

Obs. V. — Fillette de 4 ans, catarrhe nasal (atrophique?), un gros vaisseau pulsatile est observé à droite. Les ganglions cervicaux sont hypertrophiés.

En réunissant ces 5 cas à celui que j'ai relaté plus haut on constate que deux fois il y a *adénopathie cervicale*, mais que toutes les observations se rapportent à des *femmes* atteintes de *rhinite atrophique*. Devons-nous voir là une relation de cause à effet, ou une simple coïncidence ? Pour ma part, je ne saurais formuler une opinion. Il est possible que l'anomalie en-

question soit plus fréquente que ne le fait croire le petit nombre de cas relatés, que l'anomalie se soit révélée plus facilement dans les cas de pharyngite atrophique à cause de la minceur de la muqueuse dans ces cas et peut-être aussi par le fait que la muqueuse est lisse, luisante et réfléchit fortement la lumière. L'observation du vaisseau dilaté devient plus facile parce que les battements artériels déterminent des modifications dans le reflet lumineux qui se produit au niveau de la convexité de l'artère, et ce phénomène est alors un des premiers qui fixe l'attention du médecin. En l'absence de pharyngite atrophique les pulsations artérielles peuvent passer inaperçues, cachées par une épaisse couche de muqueuse ou par le développement du tissu adénoïde.

Si la pharyngite atrophique est dans tous les cas la compagne inséparable de la dilatation de la pharyngienne ascendante, le danger qui peut résulter de cette anomalie se trouve amoindri. En effet, ce qu'il faut surtout redouter en pareil cas se sont les opérations dans le pharynx dans les endroits irrigués par cette artère. Ce sont surtout les opérations des amygdales qui seraient le plus à craindre, mais il est reconnu que l'hypertrophie du tissu adénoïde en général fait défaut chez les sujets atteints de rhino-pharyngite atrophique.

Le danger provenant de l'anomalie en question serait réduit d'autant dans les cas de pharyngite atrophique, mais il est possible aussi que ces dilatations artérielles soient plus fréquentes qu'on ne le constate et qu'un grand nombre des hémorrhagies graves qui suivent l'opération des amygdales, de la luette ou du voile du palais en soient le résultat. Il peut arriver aussi que des branches isolées de la pharyngienne ascendante soient développées anormalement. Porter, (*Trans. Am. Ass.* 1882, page 511, cité par Farlow) rapporte un cas d'hémorrhagie grave par ulcération de la face postérieure du voile du palais, qu'il attribua à la rupture d'une branche de la pharyngienne ascendante. Morgan, de Washington, cité par Farlow, (*Annal. Mal. O. & L.* 1887), a publié un mémoire sur les hémorrhagies graves survenues à la suite de l'uvulotomie et attribue ces accidents au développement exagéré des branches de la pharyngienne ascendante.

Il résulte de l'ensemble de ces faits que les opérations pratiquées dans le pharynx sont exposées à l'imprévu de dispositions artérielles anormales. De là la nécessité de toujours bien explorer le pharynx avant d'y pratiquer des opérations et, dans le cas où rien d'anormal n'apparaît dans le trajet, la distribution et le volume des branches de la carotide externe, ne pas oublier que des anomalies peuvent exister quand même et nous réserver de pénibles surprises.

---

## A propos de quelques observations de cures radicales de hernies

Par le Docteur O. F. MERCIER,

*Chirurgien visiteur à l'hôpital Notre-Dame, professeur agrégé à l'Université Laval, Membre de la Société Anatomique de Paris.*

Les hernieux sont loin d'être rares dans notre pays ; je crois que de toutes les affections chirurgicales, c'est celle que l'on rencontre le plus fréquemment. Malheureusement peu d'entre eux savent que, grâce aux progrès continuels de la chirurgie, nous possédons un traitement, une opération plutôt, dirais-je, qui joint à une inocuité presque complète une guérison presque infaillible.

Jusqu'à ces derniers temps, la plupart des chirurgiens ne voulaient pas admettre le terme cure radicale des hernies ; cure opératoire des hernies, disaient-ils plutôt, car cette opération, qui a pour but de guérir radicalement cette infirmité, manque trop souvent son coup, pour mériter cette dénomination ; ils avaient sans doute raison alors, mais heureusement la loi du progrès a suivi son cours.

Nous n'avons pas à nous étonner, si la cure radicale des hernies est encore si peu populaire chez nous. En effet, jusqu'à ces dernières années, les résultats étaient bien problématiques, et si l'on ajoute à ce manque d'efficacité tous les dangers que comporte une telle opération, pratiquée sous l'égide d'une asepsie plus ou moins rudimentaire, on comprend facilement que médecins et chirurgiens n'étaient guère tentés de la pratiquer, et qu'il n'était pas souriant pour le patient, auquel on expliquait l'exacte situation, de se soumettre à ce mode de traitement. Le bandage, bien plus simple, bien plus inoffensif, avait tous les partisans.

Eh bien ! c'est contre cette état de choses que je me propose de réagir dans cet humble article. Je voudrais pouvoir démontrer que, grâce aux perfectionnements des méthodes aseptiques et antiseptiques, le danger est presque totalement disparu, et de plus, que grâce à toutes les améliorations apportées à la technique opératoire de la cure radicale des hernies, ce nom lui est aujourd'hui parfaitement légitime.

Le procédé opératoire ayant aujourd'hui le plus de partisans est sans contredit celui dit de Bassini. Lors de mon départ de Paris, en 1892, il était déjà en pleine vogue, et, au congrès de chirurgie des chirurgiens français, il avait été reconnu comme supérieur aux autres. Les chirurgiens allemands, dans leur congrès de la même année, en étaient aussi arrivés à la même décision, et depuis quelque temps surtout, on voit, par la littérature médicale,

américaine, que nos voisins sont en train de l'adopter de préférence à tout autre.

La cure radicale ou opératoire des hernies ne date pas d'hier. Celse la pratiquait autrefois. Plus tard sous l'empereur Constantin, l'on voit paraître un édit la défendant sous peine de prison, car les chirurgiens d'alors, à cause de la difficulté qu'ils avaient de disséquer le sac herniaire, simplifiaient leur opération en enlevant non seulement le sac, mais aussi le testicule et le cordon. Puis vient au XIII<sup>ème</sup> siècle, le point doré, et la suture royale au temps d'Ambroise Paré. Ces procédés, à cause de leurs dangers et de leur inefficacité, furent abandonnés. On eut recours aux moyens de contention mécanique, les bandages herniaires.

John Wood est le premier chirurgien qui ait repris sérieusement la question. Depuis 1863, il a constamment travaillé pour ramener ses confrères sur ce terrain.

Il chercha lui aussi à refermer l'anneau, non en opérant à ciel ouvert, mais par une suture sous cutanée spéciale. Il obtint des résultats réellement sérieux, mais malheureusement, sa méthode ne pouvait tout au plus être bonne que contre les hernies petites et réductibles.

Czerny, en 1876, commença à pratiquer l'opération qui porte son nom, procédé où le collet du sac est simplement ligaturé à l'anneau, le sac lui-même n'étant pas enlevé, les piliers de l'anneau externe étant rapprochés par des sutures au catgut.

Puis vient la méthode opératoire de MacEwen où le sac est pour ainsi dire pelotonné par une suture spéciale qui l'attire dans l'anneau, dont les piliers sont ensuite suturés pardessus.

Enfin les deux derniers procédés, ceux de Lucas Championnière et de Bassini, qui sont aujourd'hui les deux plus employés.

Lucas Championnière enlève le sac, après l'avoir totalement disséqué jusqu'à l'anneau interne et ligaturé aussi haut que possible; puis, par un certain nombre de points de suture, toutes les parties concentrées mises à nu par la dissection du sac herniaire sont étreintes en une masse et maintenues ainsi en contact, dans un canal étroit qui en assure l'adhésion.

Mais sans contredit le procédé le plus perfectionné, celui qui présente les plus grandes chances de succès, c'est celui de Bassini.

Ici la technique est beaucoup plus perfectionnée que dans les autres méthodes. L'incision de la peau et du tissu cellulaire doit remonter plus haut que l'anneau. Le sac herniaire est alors disséqué aussi haut que possible, puis l'index étant introduit dans l'anneau, le chirurgien glisse des ciseaux mousses sous les fibres arciformes du grand oblique, qu'il coupe d'un coup; deux pinces hémostatiques placées sur les lambeaux de l'aponévrose ainsi débridée, maintiennent les rapports anatomiques.

La dissection du sac se continue alors jusqu'à l'anneau interne, qui est

prudemment ouvert et fendu de deux coups de ciseaux en sens inverse. L'intestin est réduit, l'épiploon attiré un peu au dehors, ligaturé convenablement à la soie, aussi haut que possible et réduit. Le sac, qui a été totalement disséqué et séparé du cordon, est ligaturé près de l'anneau interne et enlevé.

C'est à ce moment que commence la partie la plus délicate de ce procédé. Le cordon, disséqué à son tour près des anneaux, est soulevé et attiré, tendu par un crochet ou autrement, vers l'angle supérieur de l'anneau interne. En sorte que la partie profonde, ou mieux postérieure du canal, est tout à fait découverte. Il faut alors suturer l'un à l'autre, les piliers de l'anneau interne, qui sont unis en commençant au bas, et en allant en remontant, jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un canal suffisant pour laisser passer le cordon sans étranglement.

Enfin l'anneau externe est à son tour refermé en unissant les deux piliers et les lèvres de l'incision de l'aponévrose du grand oblique, par des sutures à la soie et à points séparés. Les deux pinces, placées sur les lambeaux de ces fibres rétablissent aisément les rapports anatomiques.

Il ne reste plus alors qu'à faire les ligatures nécessaires à l'hémostase, la toilette de la plaie, et les sutures du tissu cutané.

Comme on le voit, cette méthode est plus compliquée que les autres, mais il est facile de concevoir quelle résistance présentent ces deux plans de sutures superposés l'un à l'autre. Le chirurgien ne doit pas compromettre le succès opératoire définitif, pour éviter quelques difficultés de technique quelque sérieuses qu'elles puissent d'ailleurs paraître.

De tous les procédés opératoires des hernies, il n'en reste guère en usage que trois, comme je l'ai d'ailleurs déjà fait remarquer : ceux de Bassini, de Lucas Championnière, et de MacEwen.

Ce dernier n'est guère qu'une modification imparfaite de celui de Czerny, car enfin le sac herniaire n'est toujours bien pas enlevé, et ce pelotonnage du sac, à part son instabilité laisse du côté de la cavité péritonéale, à l'anneau inguinal interne, un petit cul de sac, un infundibulum vers lequel, au premier effort, l'intestin s'élançera pour sortir; ce sera toujours en quelque sorte, une amorce à la récurrence. L'intestin poussant toujours au même endroit, finira par entraîner le péritoine, ou ouvrir de nouveau le sac, et la hernie sera reproduite.

Je lui préfère de beaucoup celui de Lucas Championnière, qui, lui au moins, enlève le sac dans sa totalité et suture les piliers l'un à l'autre, pourvu toutefois, que ces sutures soient faites soit à la soie ou aux crins de Florence, et non pas au catgut, qui s'absorberait trop vite pour que des adhérences solides puissent s'établir.

Cependant ce procédé laisse encore, du côté de la cavité abdominale, ce petit creux, ce petit entonnoir plutôt si je puis m'exprimer ainsi, qui montrera à l'intestin le chemin à prendre pour se hernier de nouveau.

Dans le procédé de Bassini, rien de tel, l'anneau interne est suturé, le



collet du sac est totalement enlevé, en sorte que la paroi abdominale n'offre aucune dépression au niveau de l'anneau, et l'intestin par conséquent presse partout également : c'est ce qui fait sa supériorité incontestable ; les statistiques d'ailleurs le prouvent clairement, 9 récidives sur 120 pour Lucas Championnière ; 7 sur 251 pour Bassini, (Duplay et Reclus, tome VI, fol. 659).

Je ne voudrais pas cependant que l'on croit qu'il faille rejeter complètement les deux autres procédés. Au contraire, tous deux ont aussi leur utilité, surtout celui de Lucas Championnière.

Il n'est pas d'opération qui expose le chirurgien à plus de surprises au cours de l'acte opératoire que la cure radicale des hernies, c'est pour cette raison qu'on ne saurait adopter un procédé unique. Le chirurgien doit être prêt à tout événement, prêt à employer n'importe qu'elle méthode, à en inventer une au besoin, car il arrive parfois qu'au cours même de son opération, il s'aperçoit qu'il lui est impossible d'employer son procédé favori, et il lui faudra alors faire moins bien plutôt que ne rien faire du tout, et les autres méthodes opératoires pourront lui être d'un grand secours.

Avant de terminer, je désire insister sur la rigueur de l'asepsie et de l'antisepsie nécessaires pour cette opération. Le danger de la péritonite y est toujours à craindre, et, réellement, il serait bien pénible d'expédier dans l'autre monde un pauvre affligé, qui n'a commis d'autre crime que celui d'être porteur d'une petite hernie, qui ne le gêne d'ailleurs pas trop, qui ne l'empêche pas d'être utile à la société, de faire vivre sa famille et de plus de jouir du bonheur de la vie ; ce danger est plus à craindre qu'on ne le croit généralement.

L'intestin est mis à nu, tout comme dans une laparatomie, l'épiploon est manipulé, ligaturé, réséqué et rejeté dans la cavité péritonéale. La plupart du temps toute cette manœuvre ne prend que quelques minutes, mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et souvent au moment où l'on s'y attend le moins, des complications surviennent et ces manipulations se prolongent, parfois d'une manière désespérante, et malheur alors au chirurgien peu aseptique, c'est la mort presque inévitable de ce patient qui s'est confié à lui, non pour se faire tuer, mais pour se faire guérir d'une infirmité qu'il aurait bien pu conserver pendant de longues années encore.

Heureusement qu'avec quelques précautions aseptiques et antiseptiques, ces dangers sont nuls.

Autre échec ; si la suppuration s'établit superficiellement, sans mettre en danger l'existence de l'opéré, elle expose presque à coup sûr à la récidive, et cela se conçoit facilement. Un corps étranger s'enkyste dans les tissus seulement s'il est aseptique ; au contraire s'il est septique, il détermine de l'inflammation, de la suppuration et sa propre élimination, son expulsion hors des tissus. Par conséquent, s'il y a suppuration de la plaie, tous les points profonds placés sur les piliers s'élimineront, presque inmanquablement ; de plus la cicatrisation elle-même sera bien moins solide ; les laparatomistes savent

parfaitement que toute laparatomie guérie avec suppuration dans la plaie expose beaucoup plus aux éventrations.

Je sais bien que quelques chirurgiens prétendent qu'une cure opératoire de hernie cicatrisée par suppuration et granulation est beaucoup plus efficace que celle qui guérit par première intention. La large cicatrice formée de tissus fibreux est, disent-ils, plus résistante que cette cicatrice linéaire que laisse une guérison sans inflammation. Ils font erreur; la cicatrice est plus large il est vrai, mais elle est aussi plus mince, les lèvres de la plaie sont moins bien juxtaposées, et les fils de support sont éliminés avant que les tissus aient contracté des adhérences aux endroits désirés. Et d'ailleurs, les dangers de péritonite auxquels exposerait une telle méthode sont trop considérables, pour que cette idée ne fasse d'autre chemin que celui qui la conduira à sa disparition complète.

Ainsi donc pour les cures radicales des hernies il faut être aseptique et antiseptique au plus haut point, tout comme s'il s'agissait d'une laparatomie laborieuse, n'oubliant pas qu'alors seulement, tout danger sera complètement éloigné.

Enfin je termine en répétant encore une fois qu'aujourd'hui, la méthode opératoire dite de Bassini est la plus généralement admise et celle qui sans contredit est la plus efficace cure radicale des hernies.

### OBSERVATIONS

Obs. I. — Au commencement de février 1893 je suis consulté par M. G. P. gros jeune homme de vingt-trois ans et ne pesant pas moins de 200 lbs, qui se plaint d'avoir depuis au-delà d'un an à l'anneau inguinal gauche une petite hernie qui l'incommode beaucoup et pour laquelle il porte une bande depuis ce temps. Elle est apparue à la suite d'une chute, le pied lui ayant glissé pendant qu'il faisait un effort pour transporter un poids assez considérable.

Je lui conseille de se faire opérer, ce qui a lieu à l'Hôpital Notre-Dame le 13 février. L'opération fut des plus simples, si ce n'est la dissection du sac qui, vide et très mince, ne put être enlevé qu'au prix d'une grande délicatesse opératoire. Je le ligature près de l'anneau et l'enlève. Je rapproche alors les piliers par des points séparés à la soie stérilisée qui passent à travers l'un et l'autre.

L'épiploon ne s'est pas montré.

La toilette de la plaie terminée, j'en unit les lèvres par des crins de Florence.

Comme pansement, j'employai le collodion iodé formé agglutinant du coton absorbant. J'exerçai néanmoins par là-dessus de la compression à l'aide d'un pansement ouaté tenu en place par un simple spica, un peu compressif.

Dix jours plus tard j'enlève les points, tout est guéri sans aucune réaction inflammatoire. Je lui fais cependant garder le lit encore quelques jours.

A la cinquième mois après l'opération, je revois M. G. P. . . . Tout a été parfaitement bien pendant cet espace de temps et depuis un mois il a cessé de porter sa bande que je lui avais conseillée pour les premiers mois consécutifs à l'opération. A

l'examen tout semble en parfait état, ni la toux ni les efforts ne font pointer la hernie. Quatre ou cinq semaines plus tard il revient chez moi et je constate avec chagrin que sa hernie s'est reproduite.

Un effort presque semblable à celui qui avait causé la hernie la première fois, l'avait reproduite de nouveau.

OBS. II. — Le 4 avril 1895, je fus consulté par M. P. . . . jeune homme de vingt-cinq ans, qui s'était aperçu depuis quelques jours seulement de l'apparition d'une bosse à l'aine gauche.

Je constate de suite l'existence d'une petite hernie inguinale gauche, directe et complètement réductible, sac et intestins. J'en fait part à mon patient et lui conseille très fortement de se faire opérer, ce qu'il accepte sans difficulté.

L'opération fut des plus simples, le sac qui se réduisait d'ailleurs de lui-même ne fut pas enlevé, mais je suturai à la soie les piliers internes et externes, tel que décrit dans le procédé de Bassini.

La guérison fut des plus rapides. Pas de température, pas d'inflammation, aucune douleur, et fonctionnement parfait des intestins. Huit jours plus tard j'enlève le premier pansement et les points superficiels. La guérison est complète. Aujourd'hui, huit mois après l'opération, le malade est parfaitement bien, la hernie ne semble pas vouloir récidiver et un cordon fibreux remplace l'anneau inguinal.

OBS. III. — M. X. . . . 22 ans s'est aperçu de sa hernie inguinale gauche, il y a au-delà de 12 ans. Elle s'est produite petit à petit. Etant très jeune, il a eu du même côté, à ce que ses parents lui ont dit, une hernie qui disparut sous la contention exercée par une bande.

Vu cet historique je crois avoir affaire à une hernie congénitale récidivée.

X. . . . porte une bande depuis plusieurs années. Il est charretier, par conséquent soumis à de fréquents et violents efforts; il est aussi alcoolique.

Je lui conseille fortement de se faire opérer, étant donné son jeune âge, l'ouvrage auquel il se livre, l'ennui de porter indéfiniment un bandage, et le peu de danger de l'opération. Il accepte avec empressement.

Mes prévisions se réalisent au cours de l'opération qui a lieu quelques jours après. En effet le même sac contenait et le testicule et ses annexes et la hernie.

Après dissection partielle du sac que j'ouvre, je remarque l'épiploon ligaturé à la soie près de l'anneau, dans lequel s'engouffre immédiatement le moignon épiploïque.

Je procède alors à la dissection du sac, n'en laissant que juste assez pour recouvrir le cordon et le testicule. Je réunis mes piliers par points séparés à la soie, je jette une suture en surjet au catgut sur le sac pour le refermer, et des points séparés aux crins de Florence réunissent les deux lèvres cutanées de la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples. Pas de température, pas de douleurs, aucun trouble intestinal.

Sept jours plus tard j'enlève le premier pansement et les points superficiels. La plaie est totalement cicatrisée. Je garde encore mon malade au lit pendant une dizaine de jours, puis le laisse partir en lui recommandant de porter son bandage pendant encore quelques semaines, de bien éviter pour quelques mois tout effort considérable, et de bien veiller au bon fonctionnement de ses intestins.

Avant de partir il me promet de revenir au premier symptôme de récurrence. Je ne l'ai plus revu depuis.

Obs. IV. — M. Jules G... 25 ans, est porteur d'une hernie inguinale gauche, depuis sept ans. L'anneau est assez grand pour y introduire l'extrémité de deux doigts, la hernie qui est intestinale et épiploïque est assez considérable. L'intestin se réduit facilement, mais l'épiploon est irréductible.

J. G... m'avait déjà consulté plusieurs fois à ce sujet, enfin je réussis à le décider de subir la cure radicale de sa hernie.

Il est admis à l'hôpital le 11 juillet, chambres demi-payantes.

Le soir léger purgatif, le matin bain général, opération le 12 juillet.

La dissection du sac est assez facile, je l'ouvre aussitôt et réduis l'intestin, puis je débride légèrement mon anneau externe. Je ligature alors l'épiploon avec une grosse soie stérilisée, je le résèque et essaie d'en réduire le moignon, mais après plusieurs tentatives, je m'aperçois que c'est impossible. Il m'avait fallu enlever environ six pouces d'épiploon et le moignon était tellement gros qu'il ne put passer par l'anneau.

Je n'avais fait qu'une ligature double enchevêtrée.

Je crus qu'en faisant plusieurs ligatures enchevêtrées il me serait plus facile de réduire. Je place donc cinq ligatures un peu plus haut, et tenant les unes aux autres; je résèque de nouveau sous ces ligatures et tente de nouveau la réduction, essayant de faire entrer ce moignon plus large et moins gros par une de ses extrémités: l'anneau est encore trop petit. Voyant que malgré ce subterfuge je ne puis réussir, je me décide à débrider les anneaux, que je fends d'un coup de ciseaux dirigés sur mon index introduit dans l'anneau externe.

La réduction est alors des plus facile.

Je termine la dissection du sac herniaire, que je ligature aussi loin que possible et je procède aux sutures de mes anneaux et de leurs piliers, en évitant avec beaucoup de soins le canal spermatique et ses vaisseaux; à l'aide de l'aiguille courbe de Réverdin je referme mes anneaux en y passant d'un pilier à l'autre huit sutures à la soie, ne laissant que juste l'espace nécessaire au passage du cordon.

Je termine alors la toilette de la plaie que je referme par des sutures séparées aux crins de Florence. Pansement antiseptique avec spica simple.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses. Pas de fièvre, pas de douleurs. Selles le troisième jour après l'opération. Au septième jour j'enlève les points et le premier pansement. Tout est cicatrisé. Je garde le malade au lit encore une dizaine de jours, après lesquels il quitte l'hôpital parfaitement bien.

J'ai revu le malade ces jours derniers. Il a au niveau du canal inguinal gauche un cordon fibreux, profond, qui semble vouloir le fermer définitivement. L'on ne peut d'ailleurs sentir l'intestin sous les efforts ordinaires ou sous les efforts de la toux. Jules G... ne porte plus de bandage depuis plusieurs semaines et dit n'avoir jamais été aussi bien de sa vie.

Obs. V. — Le 24 juillet, M. B... 16 ans, est admis dans le service de chirurgie, Hôpital Notre-Dame, à cause d'un coup violent reçu au côté droit quelques jours avant. On lui trouve une hernie énorme inguinale droite et incomplète.

tement réductible malgré un anneau très large où l'on peut entrer facilement l'extrémité de quatre doigts réunis. Sa hernie, prétend-il, était beaucoup plus petite, mais le coup de pied qui l'a amené à l'hôpital serait cause qu'elle aurait acquis subitement des proportions si considérables. Cependant l'histoire du cas est absolument obscure, M. B... étant dans l'impossibilité de nous bien renseigner, vu le peu d'étendue de son intelligence.

L'opération fut très facile. Une longue incision découvre le sac et l'anneau inguinal externe. J'ouvre le sac herniaire comme pour les autres cas précédents. L'intestin, hernié en quantité considérable, se laisse cependant réduire facilement, mais je suis obligé d'enlever une masse épiploïque si considérable qu'une double ligature ne suffit pas, j'en fais trois à l'aide d'une forte soie. Le moignon après résection de la partie herniée, se réduit facilement. Je coupe alors après ligature les adhérences épiploïques. Je termine la dissection du sac que je ligature et enlève aussi haut que possible.

Pour rapprocher mes piliers, chose qui me paraissait presque impossible, je les unis l'un à l'autre, par des sutures à la soie par points séparés, en commençant tout au haut de l'anneau, descendant jusqu'à ne laisser qu'un passage pour le cordon spermatique.

Les piliers se rapprochèrent ainsi insensiblement sans trop de traction.

Enfin je fais la toilette de la plaie dont je rapproche les lèvres aux cris de Florence.

Dans ce cas encore, la guérison ne se fit pas attendre. Aucune réaction inflammatoire. Les points et le premier pansement furent enlevés au 8<sup>ième</sup> jour. Cicatrisation parfaite. Quinze jours plus tard mon opéré quitte l'hôpital. J'ai revu M. B... dernièrement, un gros cordon fibreux remplace son immense anneau inguinal, et l'intestin sous les efforts de la toux ne peut se taire sentir; cependant mon opéré n'a pas porté de bandage après l'opération, ses moyens pécuniaires étant aussi restreints que son intelligence.

OBS. VI. — M. D... 24 ans, se présente à l'hôpital le 28 août, décidé de se faire opérer d'une petite hernie inguinale droite. Cette hernie est apparue en 1891, sans causes appréciables. M. D... n'a jamais porté de bandage, ne pouvant les endurer et n'a jamais éprouvé de douleurs; il n'a non plus jamais essayé de réduire sa hernie; elle s'est cependant réduite deux fois, la première en subissant un examen et la seconde en se mettant au lit; je la réduis moi-même à l'examen.

L'opération a lieu le 30. Tout devait aller pour le mieux, hernie réductible, petite anneau suffisamment large, mais malheureusement le patient depuis le commencement de la chloroformisation avait tendance à la syncope. Je profite d'un moment d'accalmie pour commencer, mais la peau était à peine incisée, nous atteignons le sac, que voilà la respiration de mon patient qui s'arrête. Je laisse le champ opératoire pour venir en aide au chloroformisateur. Heureusement après quelques tractions rythmées de la langue combinées à quelques mouvements de respiration artificielle, mon opéré revient à lui. Naturellement, au cours de toute cette manœuvre imprévue, l'asepsie fut un peu négligée.

Je me remets à l'œuvre aussitôt tout danger disparu. Il est bien entendu que moi et mes deux assistants nous nous désinfectons les mains de nouveau.

Je m'empresse de terminer l'opération. L'épiploon est ligaturé et réséqué, le sac est disséqué, ligaturé et enlevé, et les piliers sont rapprochés par des sutures séparées à la soie stérilisée. Hémostase, toilette et suture de la plaie aux crins de Florence et pansement avec spica.

Tout alla bien pendant les premiers jours, cependant la température avait tendance à monter. Au quatrième jour, douleurs et température à 101 ° Fah. J'enlève le pansement, la peau est rouge, un peu gonflée, j'ôte quelques points superficiels, et fait appliquer des pansements humides à l'acide phénique. Le lendemain la suppuration s'établit franchement, cependant la température est tombée à 99½.

J'enlève alors tous les points, les pansements humides sont continués encore pendant deux jours, et remplacés par des pansements secs à plat à l'aristol et à la gaze au sublimé.

Trois semaines après l'opération McD. . . . est entièrement guéri.

Je l'ai vu dernièrement. Un cordon fibreux s'est formé au niveau de l'anneau qui n'existe plus et la hernie semble complètement contrôlée.

La guérison ici a été plus lente ayant eu suppuration superficielle de la plaie, mais en aucun temps nous n'avons eu de symptômes alarmants. Le péritoine n'a aucunement semblé s'inflammer. Les intestins ont régulièrement fonctionné à partir du 3ième jour après l'opération, et toutes les douleurs ont disparu à dater du moment où tous les points de suture de la peau ont été enlevés. La suppuration n'a pas empêché les sutures des anneaux et les fils à ligature de s'enkyster complètement sans donner lieu à aucun ennui, pour cette raison que l'inflammation superficielle n'a pas pu s'étendre plus profondément.

Obs. VII. — P. C. . . . 34 ans, est admis à l'hôpital dans le service de chirurgie le 5 septembre, désirant se faire opérer pour une hydrocèle vaginale gauche. En l'examinant, je lui trouve au côté droit une grosse hernie inguinale et épiploïque. L'intestin se réduit facilement mais l'épiploon n'est qu'en partie réductible. P. C. . . . porte un bandage depuis 16 ans.

L'hydrocèle a déjà été ponctionné une fois et n'est réapparue que l'été dernier. La hernie est apparue à l'âge de 16 ans, à la suite d'un effort; n'a jamais présenté de symptômes d'étranglement.

Je lui conseille de se faire opérer pour ses deux infirmités à la fois, il est très heureux d'accepter, étant d'ailleurs tout étonné d'apprendre que l'on peut guérir sa hernie par une opération.

Je l'opère le 10 septembre. Il est mis sous l'influence de l'éther qu'il supporte parfaitement bien tout le temps de l'opération, qui fut des plus laborieuse.

J'attaque d'abord l'hydrocèle contre lequel j'emploie le procédé de Vaukmann, c'est-à-dire la résection totale de la vaginale après dissection. Je referme de suite cette plaie aux crins de Florence, points séparés.

Je procède alors à la cure radicale de la hernie. Je sectionne la peau d'une longue incision remontant environ 1½ pouce au-dessus de l'anneau. Le sac se laisse disséquer assez facilement, je donne de doux coups de ciseaux et réduis de suite une quantité assez considérable d'intestin hernié.

Je m'adresse alors à l'épiploon qui a contracté beaucoup d'adhérences au fond du sac. Je coupe ces adhérences, chacune entre deux ligatures et soulève

toute la masse épiploïque herniée. Je m'aperçois alors que l'épiploon est tordu sur lui-même dans l'anneau avec lequel il a contracté des adhérences très intimes surtout à la partie postérieure. J'introduis mon index dans l'anneau pour voir jusqu'à quelle hauteur remontent ces adhérences, et constater qu'elle s'étendent non seulement tout le long du canal inguinal, mais pénètrent même un peu dans la cavité abdominale. Reconnaisant l'impossibilité de réduire, je n'essaie pas de rompre ces adhérences ; ce qui d'ailleurs me porte à la prudence c'est que je me rappelle parfaitement qu'étant à Paris, j'ai vu mon maître Reclus dans un cas semblable, briser ces adhérences, ligaturer l'épiploon, l'enlever, et une fois le moignon épiploïque entré dans la cavité, avoir une hémorrhagie interne qu'il ne put contrôler qu'après avoir ouvert largement le ventre pour rechercher l'épiploon, et y avoir ligaturé les points qui donnaient l'hémorrhagie. Dans ce cas les ligatures en masse avaient parfaitement tenu, mais des adhérences rompues tout au haut de l'anneau avaient causé cette alerte.

Voyant qu'il m'est impossible d'employer un procédé classique, et ne voulant pas refermer la plaie sans rien faire, je ligature l'épiploon aussi haut que possible, soit à l'anneau externe, et après l'avoir enlevé, je renferme le moignon dans le canal inguinal, ligaturant pardessus le sac herniaire que j'enlève, suturant pardessus tout mes piliers et de plus fixant le tout définitivement dans l'anneau par des sutures à la soie passant à travers les piliers et le moignon lui-même.

Je referme alors la plaie après en avoir fait l'hémostase et la toilette.

Les suites opératoires furent des plus heureuses. A peine 1° Fah. de température au 3<sup>ème</sup> jour. Aucune douleur, aucune inflammation, aucun trouble intestinal. Deux semaines plus tard tout était complètement guéri, le premier pansement et les points superficiels ayant été enlevés huit jours après l'opération. La hernie ne se fait plus sentir à l'anneau, sous les efforts de la toux où autres, mais il reste à l'anneau inguinal une petite bosse qui d'ailleurs n'incommodé aucunement mon opéré.

Voici donc sept observations de cures radicales de hernies, dont six ayant eu lieu cette année même. Toutes ont parfaitement réussi moins une, et toutes aussi moins une seule ont guéri par première intention sans drainage aucun. La suppuration dans ce cas n'a présenté cependant aucune gravité et n'a guère retardé la guérison ; elle a d'ailleurs eu pour cause un accident que nul chirurgien ne peut prévoir, mais qui est heureusement fort rare et tout à fait en dehors de l'acte opératoire proprement dit. Ainsi donc dans ce cas la suppuration a causé peu d'ennui et n'a pas empêché l'opération d'atteindre son but, la guérison de la hernie.

Il n'y a donc eu récidive que dans un seul cas, la première observation. Voici comment je pourrais expliquer mon manque de succès. Comme je l'ai déjà dit, la hernie a récidivé à la suite d'un accident à peu près semblable à celui qui l'avait causée la première fois.

Lorsque quelques jours après cet accident, je revis mon opéré, je constatai que l'anneau que j'avais suturé était resté fermé, mais que les fibres du grand

oblique s'étaient déchirées un peu en dehors des piliers externes et avaient laissé échapper l'intestin de nouveau. Mes sutures avaient donc tenu quand même.

G. P..... est d'ailleurs un garçon gros, gras, peu musclé, n'ayant jamais pris d'autres exercices que ceux de la comptabilité, ayant un ventre proportionné à sa taille.

Je crois que dans ces conditions l'opération ne pourrait jamais réussir, et que la hernie récidiverait malgré tout. C'est ce qui me fit refuser de recommencer l'opération, ce qu'il me demandait d'ailleurs avec instance. Je me rappelle encore la figure dont je me servis pour lui faire comprendre la cause de mon refus : " Que voulez-vous, lui disais-je, vous avez la paroi du ventre comme un vieil habit que l'on raccommode à un endroit et qui déchire un peu plus loin ; c'est d'ailleurs ce qui vient de vous arriver."

D'un autre côté, il n'y a rien d'étonnant que la cause qui autrefois avait produit la hernie, put en se renouvelant reproduire le même effet.

Mon dernier cas a présenté au cours de l'acte opératoire des difficultés tellement considérables, qu'il m'a été impossible d'employer un procédé classique ; cependant, j'ai réussi à faire une opération qui ne peut qu'amener une guérison définitive. L'épiploon, déjà très adhérent à l'anneau, a dû, sous l'effet des sutures et ligatures que j'y ai passés, contracter des adhérences tellement intimes autour du collet du sac et de l'anneau qu'il doit en quelque sorte servir de bouchon et contribuer grandement au maintien de la hernie. Il est à remarquer que, malgré la compression exercée sur lui-même par les ligatures dans l'anneau, l'épiploon n'a en aucun temps donné lieu à des symptômes de constriction ou de douleurs.

Malgré toutes ces complications opératoires et la longue durée de l'opération, qui fut d'ailleurs précédée immédiatement par une cure radicale d'hydrocèle, la guérison par première intention ne se fit pas attendre et fut des plus simples.

Enfin mon troisième opéré m'a présenté au cours de l'opération une complication à laquelle j'étais loin de m'attendre. Que le moignon épiploïque n'eut pas été réductible à cause d'adhérences, passe encore ; mais non, il était simplement trop gros pour la largeur du canal.

Comme on le voit, de ces sept observations, il n'y en a pas deux ayant quelques ressemblances ; autant de patients, autant de cas différents ; c'est dire à combien de surprises expose cette opération ; le chirurgien qui l'entreprend doit s'attendre et être prêt à tout ; d'ailleurs la chirurgie entière fourmille de ces écarts continuels aux règles, qui semblent cependant si bien établies.

Néanmoins, sous le couvert d'une aseptie et d'une antiseptie parfaites, pratiquées avec tout le sang froid et les connaissances de technique nécessaires, cette opération est sans contredit un des plus beaux résultats de la chirurgie contemporaine.

4 décembre 1895.



# REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE AIGUE, par R. DOUGLAS POWELL, M. D., médecin au Middlesex Hospital et médecin consultant de la Reine. — *British Medical Journal*, novembre 1895. — A la séance d'inauguration de la Société clinique de Londres (N. W.), le 30 octobre 1895, le Dr Powell avait été chargé d'ouvrir la discussion sur l'étiologie, la pathologie et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë. Nous croyons devoir reproduire la partie de son discours qui regarde le traitement de cette maladie.

“ Comme dans toutes les fièvres inflammatoires aiguës, la période fébrile de la pneumonie s'accompagne de certains symptômes, tels que la sécheresse de la peau, l'enduit de la langue, le trouble des sécrétions intestinales, la tension du pouls, qui sont justifiables de ce que l'on peut appeler aujourd'hui le traitement coutumier de la pneumonie, c'est-à-dire le traitement salin et l'administration, en temps et lieu, de laxatifs mercuriaux, le tout accompagné d'une diète non stimulante et d'un repos complet dans une chambre bien aérée, dont la température se maintient au-dessus de 60° F. et à un degré convenable d'humidité. Je ferai, à propos de ce traitement, les remarques suivantes :

1° Il possède une réelle valeur, car il diminue la tension vasculaire du côté des veines en stimulant les fonctions de la peau, des reins et des intestins ;

2° Donner la mixture habituelle plus souvent que quatre fois par jour est inutile et par conséquent dangereux ; il faut conserver les intervalles libres pour le cas où certaines indications spéciales demanderaient l'administration de remèdes plus énergiques ;

3° On peut, en même temps que la mixture, donner la quinine ou la salicine, soit pour tonifier l'organisme, soit pour combattre des manifestations rhumatismales ;

4° Dans les cas pathogéniques, on doit remplacer le traitement salin habituel par la quinine ou la salicine, et à doses de 20 à 30 grains pour la première, de 60 grains pour la seconde, dans les vingt-quatre heures ;

5° Mes observations personnelles datent de vingt-cinq ans. Elles remontent par conséquent, jusqu'à l'époque où, la saignée venant d'être abandonnée, on employait encore l'antimoine dans la pneumonie, et traversent cette période plus récente où l'aconite était le remède à la mode. Eh bien, ces observations m'ont convaincu que les deux médicaments doivent être rejetés comme traitement habituel, que dans les cas non compliqués de pneumonie le meilleur traitement routinier est le traitement salin, que ce dernier traitement, dans la grande majorité des cas, est le seul qui soit nécessaire pour amener un résultat favorable. Les médicaments de la classe de l'aconite et de l'antimoine anéantissent le pouls et ne font agir la peau qu'en déprimant directement

l'action du cœur. J'accorderais la préférence aux citrates d'ammoniaque et de potasse, en augmentant, s'il est nécessaire, la proportion d'ammoniaque; les acétates, surtout à hautes doses, me paraissent irriter les muqueuses pulmonaires et bronchiques et augmenter la toux. Dans les cas à pronostic défavorable, tels que dans les pneumonies du sommet chez l'adulte (les pneumonies du sommet chez l'enfant ne comptent pas) ou lorsque l'on a affaire à des alcooliques, on se trouvera bien d'employer avec les salins la teinture de perchlorure de fer à larges doses."

*Fièvre.*—Le docteur Powell fait ensuite remarquer que la fièvre dans la pneumonie, lorsqu'elle ne dépasse pas 104°, ne doit pas inquiéter le médecin; que celui-ci tiendra une conduite plus sage, au contraire, en ne cherchant pas à abaisser la température jusqu'à la normale. Et voici les raisons qu'il donne. On doit regarder la fièvre comme le résultat de l'activité microbienne. Cette activité est plus grande à une basse température, tandis qu'une température élevée la diminue. La fièvre est donc défavorable à l'action des microbes. De plus les produits microbiens, en s'accumulant, tendent à empêcher toute fermentation ultérieure. Enfin la fièvre favorise la diapédèse des globules blancs, ce qui facilite l'absorption des produits microbiens inertes par les phagocytes. Le docteur Powell en conclut qu'il serait dangereux d'abaisser considérablement la température, du moins par des médicaments qui n'auraient pas une action antiseptique. Pour appuyer son opinion sur le rôle de la fièvre dans la pneumonie, le médecin bien connu du Middlesex Hospital cite le passage suivant de la communication de Cantani au *Congrès international de médecine de Berlin* (1890). "La fièvre est la réaction générale de l'organisme contre la maladie, réaction qui permet de juger de l'intensité de l'infection d'une part et du pouvoir de résistance de l'autre. La fièvre peut être utile au patient en contrecarrant, à l'aide de la température élevée du sang et des tissus, la vitalité, la multiplication et peut-être aussi la virulence de l'agent pathogène vivant dans l'organisme, et en augmentant le pouvoir de résistance des éléments anatomiques, le phénomène si précieux de la phagocytose. De plus, les changements que la fièvre produit dans les tissus peuvent altérer de telle sorte le terrain nourricier d'un grand nombre de microbes que leur virulence soit diminuée et leur multiplication dans l'organisme rendue impossible. Les microbes se trouvent biologiquement stérilisés, et leurs ptomaines devenues chimiquement inoffensives." Parlant des antiseptiques, le docteur Powell fait remarquer que des remèdes comme l'antipyrine, par exemple, abaissent la fièvre en diminuant la production de la chaleur dans l'organisme, et que par le fait même ils diminuent la réaction défensive sans s'attaquer à la cause du mal. On ne peut pas comparer l'action de ces remèdes à celle de la quinine dans la malaria, car ici le remède agit directement sur la cause de la maladie.

Donc, lorsqu'on a affaire à un cas de pneumonie dont la température oscille entre 103° et 104°, l'on n'emploiera les antipyrétiques que si le délire, l'agitation et la langue brune et sèche indiquent que l'organisme est particulièrement sensible à l'action de l'hyperthermie toxique. Dans ce cas, la quinine à doses de 5 grains et les affusions d'eau tiède, surtout si l'on y ajoute un stimulant volatil, tel que l'eau de cologne, abaisseront la température jusqu'au point de confort, c'est-à-dire entre 102° et 103°.

Une température qui se maintient au-dessus de 104° est par elle-même un élément de danger qui, outre qu'il est l'indice de la malignité anormale de

la maladie, tend encore à altérer la viabilité des tissus et à paralyser l'innervation, surtout celle si importante du pneumogastrique, qui contrôle l'action du cœur et des poumons.

Le docteur Powell conseille dans les cas bien établis d'hyperpyrexie les bains froids, le *cold pack*, ou tout autre mode d'emploi que l'on jugera à propos. Il fait en outre remarquer qu'une température de 106° est toujours d'un mauvais pronostic. Personnellement, il n'est en faveur d'aucune application locale, que ce soit des cataplasmes ou un sac de glace, parce que ces applications diminuent les mouvements respiratoires et sont une cause de fatigue. Il les prescrit cependant quelquefois lorsqu'il y a beaucoup de douleur localisée avec agitation et haute température.

*Douleur.* — Pour le docteur Powell, la douleur est due soit à la surdistension de la capsule pulmonaire par suite du gonflement de l'organe, douleur qui serait analogue à celle de l'hépatite, soit à une pleurésie qui correspondrait à la périhépatite. Dans le premier cas, le sac de glace peut être utile, mais l'on obtiendra un meilleur résultat avec les sangsues. Dans le second cas, il sera plus facile de soulager la douleur par un vésicatoire qu'on laissera six ou huit heures en place, et qu'on fera suivre par l'application de cinq ou six cataplasmes très chauds de graine de lin, afin d'obtenir rapidement une ampoule bien remplie. Il n'est pas prudent d'employer les vésicatoires chez les enfants. On peut aussi donner une légère injection de morphine.

*Choc nerveux.* — Le choc nerveux et l'agitation des premières heures de la pneumonie sont intimement liés à la douleur et à la rapidité avec laquelle la surface respiratoire est envahie par l'exudat. De légères doses de morphine ajoutées à la mixture ordinaire aideront pendant les premières quarante-huit heures à soutenir le patient. Mais il faut ensuite être prudent dans l'emploi de ce médicament, car s'il procure du calme au malade, il ralentit les sécrétions et augmente la cyanose. La meilleure manière de traiter le délire aigu, c'est de donner l'alcool en même temps que la nourriture à dose massive ou rapidement progressive, puis de pratiquer une injection sous-cutanée de morphine et d'atropine. Si la cyanose est marquée et s'accompagne d'une tendance à la transpiration (ce qui arrive presque toujours) il faut donner largement de l'oxygène pendant que le malade est sous l'effet du narcotique.

*Défaillance du cœur (heart failure).* — On doit assigner à cette complication les trois causes suivantes : 1° Affaiblissement du pouvoir nerveux du pneumogastrique ; 2° Altération de la nutrition du muscle cardiaque surmené par l'afflux sanguin insuffisant et mal aéré ; 3° Tendance mécanique à la dilatation des cavités droites du cœur et à la déplétion des cavités gauches.

Ces phénomènes se manifestent cliniquement par un pouls rapide, compressible, petit et vacillant, et par un ventricule droit dilaté et forcé. La strychnine et la caféine sont très utiles dans ces cas-là. Dans les cas un peu sévères, on se trouvera bien, à partir du quatrième ou cinquième jour jusqu'après la crise, de donner la liqueur de strychnine à la dose de 2 à 5 gouttes quatre à six fois par jour. Il est bon de tenir ce remède dans une bouteille à part et de le mélanger, par exemple à la mixture ordinaire au moment de le faire prendre.

La strychnine ajoutée à un carbonate alcalin (carbonate d'ammoniaque) forme un précipité au fond de la bouteille.

Le médecin consultant de la Reine passe ensuite en revue quelques autres symptômes alarmants de la pneumonie lobaire aiguë et discute en peu de mots le meilleur moyen de les contrebalancer. Le tableau suivant fait voir d'une manière claire et succincte les idées du docteur Powell à ce sujet.

TABLEAU DES ÉLÉMENTS DE DANGERS DANS LA PNEUMONIE

SYMPTÔMES	PATHOGÉNIE	RÉSULTAT	TRAITEMENT
Fièvre très forte, au-dessus de 104°.	Activité microbienne. Epuisement des centres nerveux.	Choc. Insomnie.	Bains : quinine. Morphine précédée par l'alcool à dose massive et la diète forcée.
Douleur.	(1) Dilatation de la capsule pulmonaire par l'exudat et le gonflement vasculaire.  (2) Pleurésie.	Epuisement nerveux.  "	Sangsues ; applications de glace.  Vésicatoire et cataplasmes chauds (excepté chez les enfants et les vieillards).
Pouls rapide (120) et respiration accélérée (40).	(1) Affaiblissement de l'innervation pneumogastrique.  (2) Altération de la nutrition cardiaque par le sang mal aéré et insuffisant.  (3) Dilatation des cavités droites.  Déplétion des cavités gauches.	"  Défaillance du cœur.  "  "	Strychnine, caféine, atropine.  Inhalations d'oxygène (au début).  Stimulants.  Digitale et strychnine ; saignée locale ou générale.
Extension des signes physiques	Augmentation de l'exsudat.	"	Toniques acides, perchlorure de fer (après 5e jour). Plus tard, inhalations d'oxygène.

**TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ PAR LA MÉDICAMENTATION ALTERNANTE**, par le docteur ALBERT ROBIN. — *Académie de Médecine*, séance du 11 juin 1895. — Quelle que soit la théorie que l'on accepte pour expliquer l'étiologie du diabète sucré, un fait reste absolument certain et admis par tous : le rôle important du système nerveux comme cause déterminante. Le régime, le mode de vie ont bien leur mot à dire. Les laboureurs de la Thuringe et les paysans de Malaga, les nègres des plantations de cannes à sucre et les juifs des grandes villes offrent des cas nombreux de diabète ; c'est que les uns se nourrissent exclusivement de pâtes, de fruits sucrés et de sirop, c'est que les autres ont une vie sédentaire et suivent une hygiène spéciale. Chez tous, dit Bouchard, la maladie s'établit par suite du ralentissement de la nutrition générale. Mais les échanges nutritifs sont sous le contrôle direct du système nerveux, et la clinique nous enseigne que les gens les plus exposés, héréditairement, au diabète, sont les neuro-arthritiques, que la sur-activité intellectuelle ou les émotions morales augmentent ou font revenir la maladie. Nul doute que l'organe glycogène, le foie, joue le rôle immédiat ; mais l'on ne peut pas nier que la glande hépatique ne fonctionne que par ses vaisseaux, ou si l'on veut surtout par ses vaisseaux. Or, tout le fonctionnement du système vasculaire est sous la dépendance des centres nerveux.

Voici maintenant ce que disait ALBERT ROBIN au début de sa communication : " Dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie en 1889, j'ai démontré qu'il y avait chez les diabétiques francs une exagération des actes chimiques de la nutrition générale, avec suractivité spéciale de certains organes, comme le foie et le système nerveux. C'est dans ce fait de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique en particulier, commandée par une excitation nerveuse continue, directe ou réflexe, que doit être le point de départ de la thérapeutique rationnelle du diabète. Par conséquent, les médicaments du diabète devront être choisis parmi les agents qui ralentissent, par un procédé quelconque, les mutations générales et celles du système nerveux. Ces agents ne seront employés que s'ils retardent les mutations générales par l'intermédiaire d'une action primitive sur le système nerveux, et s'ils n'exercent pas sur la fonction de ce système une action suspensive trop énergique."

Les médicaments que ROBIN emploie pour modérer le système nerveux sans cependant trop le ralentir sont les suivants : l'antipyrine, le sulfate de quinine, l'arsenic, les alcalins, la codéine, l'opium, la belladone, le bromure de potassium, la valériane. Tous ces médicaments sont considérés comme modérateurs des échanges ; on leur donne des adjuvants tels que l'huile de foie de morue et le sulfate de magnésie.

À part l'emploi de ces médicaments dans le diabète, on doit écarter tous les moyens capables d'accélérer la nutrition, on doit surtout soustraire à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux avec lesquels celui-ci peut fabriquer le plus facilement du sucre, ce qui aura aussi l'avantage de priver la cellule hépatique de son excitant fonctionnel. Le traitement consiste donc d'abord dans le régime, ensuite dans l'emploi des modérateurs de la nutrition. Le régime est celui de Bouchardat, que tout le monde connaît, et qui peut se résumer en deux mots ; pas de féculents, pas de sucre. Les médicaments modérateurs cités plus haut sont divisés en trois classes et employés alternativement, d'où le nom de médication alternante du diabète.

Voici comment l'on doit prescrire les remèdes dans la méthode alternante de ROBIN.

PREMIÈRE ÉTAPE : doit durer cinq jours.

Antipyrine ..... 15 grains  
Bicarbonate de soude..... 8 grains

A prendre deux fois par jour, matin et soir, dans un peu d'eau minérale.  
Huile de foie de morue aux repas.  
Sel Larochele le matin lorsqu'il y a constipation.

DEUXIÈME ÉTAPE : doit durer six jours, puis repos de quatre jours, puis six jours encore.

Quinine, 6 grains tous les midis.

Arséniate de soude..... 2 - 3 milligrammes  
Carbonate de lithine..... 10 - 15 centigrammes  
Codéine..... 2 - 5 centigrammes  
Poudre thériaicale..... 25 centigrammes  
Extrait de quinquina sec..... 40 centigrammes

Pour un cachet. Matin et soir.

On continue de donner l'huile de foie de morue lorsqu'elle est bien supportée.

TROISIÈME ÉTAPE : doit durer huit jours.

Extrait de belladone..... 5 milligrammes  
— thébaïque..... 1 centigramme  
— valériane..... 10 centigrammes  
Poudre de quinquina..... Q. S.

Pour une pilule. Donner le premier et le second jour une pilule tous les six heures, le troisième et le quatrième jour une pilule toutes les quatre heures, le cinquième et le sixième jour une pilule toutes les trois heures, le septième et le huitième jour une pilule toutes les six heures encore.

Comme boisson, faire boire en quantité de l'eau bouillie à laquelle on ajoute une drachme de bicarbonate de soude par pinte. Lorsque l'opium et la belladone sont mal supportés, on les remplace par le bromure de potassium.

Maintenant voici la direction générale du traitement telle que donnée par Robin, ainsi que la conclusion de son rapport. " Soit un diabétique type, je commence par le soumettre au régime classique de Bouchardat, pendant une période de cinq à huit jours. On pratique alors un dosage du sucre et l'on passe à la première étape du traitement ; quand elle est terminée on fait une deuxième analyse. Si le sucre a disparu, il suffit dorénavant d'un régime sévère. S'il a simplement diminué, on passe à la seconde étape du traitement, puis à la troisième. S'il y a encore du sucre après celle-ci, on recommence la série. Que le sucre disparaisse ou non après cette seconde série, il faut cesser tout traitement médicamenteux pendant un mois et s'en tenir au régime seul. Au bout de ce temps on reprend la série complète, en se comportant comme il a été dit, jusqu'à ce qu'on ait fait disparaître le sucre ou

qu'on l'ait abaissé à un taux irréductible." Il va sans dire que lorsque le traitement a été heureux, on doit faire observer longtemps encore une diète sévère.

" Avec cette méthode, dit Pobin, j'ai traité cent grands diabétiques, c'est-à-dire des malades rendant plus de cent grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. Ces malades se divisent en quatre catégories :

Guérison définitive, 25 cas ;

Guérison encore problématique, 25 cas ;

Améliorations considérables et permanentes, 32 cas ;

Résultats nuls ou trop temporaires, 18 cas.

Les moyens que j'indique aujourd'hui sont loin d'être définitifs ; cependant ils constituent déjà un ensemble dont les praticiens auront fréquemment l'occasion d'apprécier l'utilité, en attendant que surgissent des moyens d'action plus décisifs. En résumé, *le diabète, maladie d'accélération, relève de la médication d'épargne.*"

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

VALEUR ANTISEPTIQUE DE QUELQUES SUBSTANCES EMPLOYÉES EN OBSTÉTRIQUE (Legry, *Pr. Méd.*, juillet 1895). — M. T. Legry, s'appuyant sur ses études expérimentales relatives à la valeur antiseptique de quelques substances employées en obstétrique, conclut que la solution antiseptique qui, après le sublimé, exerce l'action bactéricide la plus efficace est la solution iodée à 3 p. 1,000. Toutefois son action est très notablement inférieure à celle du sublimé puisqu'il lui faut cinq fois plus de temps pour produire les mêmes effets. Le sublimé reste donc, en dehors de certaines contre-indications fort limitées, l'antiseptique de choix à employer en obstétrique. Il en sera ainsi jusqu'au jour où l'on aura découvert un antiseptique qui, non toxique ou moins toxique que le sublimé, soit d'une efficacité aussi sûre et aussi rapide.

SUPPRESSION DE LA SÉCRÉTION LACTÉE PAR L'ANTIPYRINE. — M. Guibert, interne des hôpitaux de Montpellier, a vérifié les bons effets de l'antipyrine dans le cas où l'on veut tarir la sécrétion lactée. Quelques observations ont été déjà publiées dans ce sens.

M. Guibert en a recueilli dix-neuf chez de nouvelles accouchées, chez lesquelles l'antipyrine a complètement supprimé la sécrétion lactée. Ces malades sont divisées en deux groupes : celles qui, après l'accouchement, ont allaité pendant quelques jours, et celles qui n'ont pas donné le sein à leur enfant.

Le plus souvent, on a donné l'antipyrine à la dose de deux ou trois grammes par jour, par cachets de 25 centigrammes toutes les deux heures. Dans aucun des cas observés il n'y a eu d'accidents ; on a trouvé le médicament normalement dans l'urine et un peu plus tardivement dans le lait.

Cette médication, qui paraît sans aucun inconvénient, semble donc bien supérieure à toutes les autres, purgatifs répétés, régime sec, iodure de potassium, etc. — (*Archives de Tocologie*).

#### LIGATURE DU CORDON OMBILICAL. NOUVEAU PROCÉDÉ.

M. P. BUDIN. — Lorsque le cordon est gras la gélatine de Wharton, en se desséchant, laisse un espace libre entre le fil qui a servi à la ligature et les vaisseaux ombilicaux; des hémorrhagies peuvent en être la conséquence. Pour éviter cet inconvénient j'ai recouru au mode de ligature suivant :

(a) On fait d'abord une ligature circulaire bien serrée, puis on sectionne le cordon à un centimètre au-delà de la ligature.

(b) On sépare les deux chefs du fil, et on fait, en les ramenant sur la surface de section de la tige funiculaire, une seconde ligature perpendiculaire à la première. Les vaisseaux du cordon se trouvent ainsi séparés, deux sont d'un côté, le troisième est de l'autre côté.

(c et d) On termine en faisant successivement, avec les deux chefs du même fil, la ligature de chacune de ces moitiés du cordon.

Les ligatures passant au milieu de la gélatine de Wharton les vaisseaux sont forcément comprimés et on ne voit jamais d'hémorrhagie secondaire se produire.

M. DUPRAT. — Quand le cordon est très gras, j'ai l'habitude de laisser le cordon plus long et de le replier sur lui-même, de façon à faire une double ligature, sur chaque branche de l'ause de cordon ainsi formée, puis une troisième ligature englobant les deux branches.

M. LEFOUR (Bordeaux) — J'emploie des anneaux de caoutchouc qui tiennent toujours bien si on a la précaution de faire d'abord une première ligature au fil ordinaire rigide.

M. BUDIN. — Je ne suis pas l'ennemi des ligatures en caoutchouc; mais on n'en a pas toujours sous la main, et par mon procédé, avec un simple fil, on a toute la sécurité que donnent les ligatures élastiques. — *Rev. des Malad. des femmes*.

#### DE L'ÉVOLUTION FŒTALE DANS LA VERSION PODALIQUE,

par M. le Dr Hermite. — La version podalique comprend deux temps principaux : La recherche des pieds et l'évolution du fœtus.

On rencontre des difficultés dans le premier temps : Les pieds sont quelquefois si bizarrement disposés qu'il est impossible de les trouver.

Les auteurs ont signalé depuis longtemps les difficultés du deuxième temps : lorsqu'on tire sur un pied fœtal, la tête, au lieu de remonter vers le fond de l'utérus, tend quelquefois à s'engager vers le siège; elle s'applique de plus en plus sur le détroit supérieur et, malgré tous les efforts faits pour la repousser en haut, elle peut rester immobile et l'évolution ne peut se produire.

Hubert de Louvain a conseillé en pareil cas d'agir sur la tête par des manœuvres externes et de la reporter en haut vers le fond de l'utérus.

Charles de Liège éloigne la tête du détroit supérieur avec une main agissant extérieurement, tandis que l'autre continue à tenir le pied sans l'abandonner comme le faisait Hubert.

Justine Siegmundin se sert d'une tige particulière.

Charpentier cite : Le repousseur de Wægelé, la béquille de Burton, l'impulseur d'Aitken, le réducteur d'Otto, etc.



Mieux vaut encore prévenir les accidents et pour cela je propose la méthode suivante : Premier temps. — Introduction de la main et évolution fœtale.

Deuxième temps. — Extraction du fœtus.

### *Introduction de la main et évolution fœtale.*

Le fond de l'utérus est solidement fixé par un aide.

On introduit la main dans le col et on saisit la partie fœtale (tête) qui se présente pour la refouler d'abord au-dessus du détroit supérieur, puis, après deux ou trois reprises, au fond de l'utérus.

Ce refoulement peut se faire en un temps, si l'utérus contient encore une certaine quantité de liquide.

Si la main est gênée par le corps du fœtus, on continue à faire progresser ce dernier en le poussant sous l'aisselle. On facilite ce temps qui consiste en somme à faire culbutter le fœtus en abaissant le siège de ce dernier par des manœuvres extérieures.

### *Extraction du fœtus.*

La main descend aussitôt au voisinage du col utérin, où elle prend les pieds qui se présentent. Si le siège n'est pas assez abaissé, on a quelque difficulté à saisir les pieds ; on passe alors la main derrière le plan dorsal du fœtus pour prendre à pleine main les fesses et compléter la culbute. On extrait ensuite le fœtus par les procédés connus.

On gagne un temps précieux à faire remonter la tête car on évite les accidents de l'évolution et facilite la saisie des pieds.

Cette méthode que j'ai employée dans cinq cas différents m'a donné des résultats satisfaisants. — (*Dauphiné médical*).

**TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE L'OPHTHALMIE DES NOUVEAUX-NÉS PAR LE NITRATE D'ARGENT EN SOLUTION FAIBLE.** — Le Dr Budin a obtenu d'excellents résultats, dans son service en recourant au moyen prophylactique préconisé par Bischoff et par Crédé, c'est-à-dire l'emploi, aussitôt après la naissance, d'une solution de nitrate d'argent. Voici comment il procède :

1° Dès son arrivée à la salle d'accouchement, la mère, si le travail n'est pas trop avancé, prend un grand bain et on lui fait une injection vaginale avec une solution de sublimé 1/4000.

2° Immédiatement après la naissance, en attendant la cessation des battements du cordon qui permettra d'en faire la ligature, on essuie les yeux de l'enfant avec un peu d'ouate et on fait pénétrer, entre les paupières, une ou deux gouttes de la solution de nitrate d'argent à 1/150.

3° Pendant les jours qui suivent, si la plus petite complication survient, soit chez la femme, soit chez le nouveau-né, ils sont immédiatement isolés.

4° Enfin, nous avons supprimé les nourrices qui conservaient avec elles leur enfant ; la surveillance en était très difficile. Si les bébés avaient des panaris ou un peu de conjonctivite, les mères nous le cachaient et il en résultait, parfois, de petites épidémies d'ophtalmie chez les nouveaux-nés auxquels elles donnaient des soins. Il n'est pas inutile d'ajouter que, pendant toute cette période, l'état sanitaire de notre service a été excellent.

Depuis 1892, je fais également usage, dans ma clientèle de la ville, des solutions de nitrate d'argent à 1 pour 150. Je n'ai, depuis cette époque, observé aucun cas d'ophtalmie purulente; une seule fois j'ai vu survenir, plusieurs jours après la naissance, une légère conjonctivite qui a cédé à de simples lavages.

En présence de ces résultats: deux ophtalmies purulentes pour 2,004 enfants, c'est-à-dire dans la proportion de 1 pour 1,000 ophtalmies survenues dans les conditions qui s'expliquent, nous croyons que l'emploi d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 150 est suffisante comme traitement prophylactique. Cette solution n'a aucun des inconvénients de celle (1 pour 50) primitivement conseillée par Crédé.

La solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 est absolument efficace, mais elle n'est pas sans présenter quelques inconvénients: elle détermine parfois un gonflement considérable des paupières, et, dans les jours qui suivent, une suppuration si abondante que nous avons vu des confrères croire à l'existence d'une conjonctivite purulente qu'ils voulaient soigner par de nouvelles cautérisations.

Les lavages avec des solutions phéniquées à 2 pour 100 ou avec des solutions de sublimé à 1 pour 5,000, 1 pour 4,000 et même 1 pour 2,000 ne valent pas, tant s'en faut, le nitrate d'argent; les statistiques sont concluantes. Il en est de même pour les insufflations de poudre d'iodoforme. — *Progrès Médical*.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIE.  
— DE LA MENSURATION PELVIENNE A PROPOS DE LA SYMPHYSEOTOMIE. — M. CROUZAT (Toulouse). — Je suis partisan de la symphyséotomie comme opération de nécessité, mais étant donné la gravité de cette intervention (11 0/0 de mortalité), je m'étonne qu'on ne cherche pas à avoir plus de certitude au point de vue des dimensions véritables du bassin.

À l'heure actuelle les accoucheurs peuvent être classés ainsi: ceux qui ont recours au palper mensurateur, c'est-à-dire ceux qui essaient de mesurer le bassin, et ceux qui, de parti pris, ne le mesurent pas. La méthode digitale n'est pas un procédé de mensuration: au point de vue mathématique elle consiste à évaluer le côté d'un triangle en connaissant un de ses côtés, et en déduisant une quantité constante pour les uns, variable pour les autres et sur laquelle on n'est pas fixé pour un cas donné!

On ne peut donc considérer la mensuration digitale comme une méthode de mensuration, mais simplement d'approximation. Quant au palper mensurateur, il n'a jamais donné de résultats suffisants.

M. Farabeuf a, dernièrement, inventé un nouveau pelvimètre qui se compose d'une branche qu'on introduit dans la vessie et d'un doigtier. Or, l'idée de la branche vésicale est déjà ancienne; plusieurs l'ont essayé, le dernier est Inverardi; quant au doigtier et à la disposition de l'instrument, c'est, autant qu'on peut en juger par une figure, mon pelvimètre modifié, mais non amélioré, car M. Farabeuf a remplacé par une tige droite l'arc qui doit se placer tangentiellement au pubis.

Grâce à mon pelvimètre, j'ai pu extraire avec mon forceps des enfants vivants dans des bassins de sept centimètres; je voudrais qu'avant de pratiquer une symphyséotomie, on mesurât avec certitude le bassin pour être sûr que l'opération est justifiée; on n'aurait pas l'ennui de voir accoucher sponta-

nément des femmes chez lesquelles on avait annoncé que la symphyséotomie était indispensable.

M. LA TORRE (Rome). — De tous côtés on s'ingénie à rechercher les dimensions du bassin ; elles ne valent que mises en comparaison avec l'autre élément du problème, les dimensions de la tête fœtale.

On peut facilement arriver à supposer les dimensions de celle-ci si l'on tient compte de l'hérédité. J'ai vu que les fœtus qui étaient fils de père bien portant, pesaient en moyenne 3250 gr., ceux dont le père est malade d'une façon quelconque se développent beaucoup moins ; ils pèsent, à terme, 2500 gr. Du poids du corps du fœtus, on déduit facilement les dimensions de sa tête. Celles-ci sont inférieures d'un centimètre et demi chez les fils de père malade.

Donc, lorsque l'on pourra connaître le père de l'enfant d'une femme à bassin rétréci, et si le père est malade, on peut attendre sans crainte, l'enfant sera petit et l'accouchement se fera facilement. On peut même dire que les femmes à bassin rétréci devraient toujours prendre des hommes malades, si elles veulent ne pas avoir des accouchements dangereux.

M. TARNIER. — M. Crouzat a raison de dire que le toucher mesurateur conduit à de grosses erreurs. Dernièrement encore j'ai pris un faux pronostic : on peut ainsi être trompé par bien des éléments, l'épaisseur des parties molles, l'existence de saillies anormales, mais ces causes d'erreur subsistent avec l'instrument de M. Crouzat. — *Revue des maladies des femmes.*

**HERNIES ET GROSSESSE.** — C'est une femme enceinte pour la troisième fois. Elle a eu un accouchement normal dans lequel on n'a eu rien de particulier à noter. Seulement cette femme avait remarqué qu'au début de sa grossesse avait apparu, au-dessus de l'ombilic, une tumeur de la dimension d'une noisette, tumeur qui, un peu plus tard, est devenue grosse comme un marron.

C'est une hernie.

Eh bien, qu'arrive-t-il aux hernies, pendant la grossesse ?

La grossesse favorise-t-elle la hernie ? En général, non, si l'on parle des hernies crurales ou des hernies inguinales, et la raison en est très simple : La grossesse, en effet, en se développant, éloigne l'intestin du canal inguinal et du canal crural et est, par conséquent, une difficulté pour la production de la hernie crurale ou inguinale. Mais il n'en est pas du tout de même quand il s'agit de la hernie ombilicale. La grossesse, en distendant l'utérus, refoule le paquet intestinal en haut, où il est d'autant plus pressé que la grossesse est plus avancée. S'il y a une petite ouverture par laquelle peut s'engager l'intestin, il est certain que l'état gravide de l'utérus est une cause qui excite l'autant plus à la sortie des tissus et facilite cette sortie.

Mais cette hernie de quelle nature est-elle ? Quelquefois c'est une simple hernie de tissu adipeux, et, dans ce cas, elle est généralement petite. — Mais il peut y avoir aussi la hernie qui intéresse l'épiploon et celle qui porte sur l'intestin, — les deux que l'on observe en chirurgie (épiploïque et intestinale).

Chez notre malade, c'était une hernie épiploïque, qui formait une masse pâteuse, irrégulière, avec cette particularité qu'elle était devenue fort douloureuse après l'accouchement, et irréductible, tandis qu'avant l'accouchement elle était réductible — la malade la faisait rentrer elle-même très facilement. Il y avait, en outre, de l'inflammation.

Si l'accident avait augmenté, nous aurions dû faire une incision et débri-der l'anneau par lequel l'épiploon avait fait hernie. Mais, comme en somme la douleur ne s'était déclarée sur ce point que depuis peu, on s'est contenté d'appliquer sur la hernie une compresse d'alcool à 90 degrés, que l'on a recouverte d'un taffetas gommé dans le but d'empêcher l'évaporation.

Je n'ai pas cru que la hernie allait être guérie par cette application, mais l'alcool influence la peau et la rend peu sensible. — Eh bien, par ce moyen fort simple, la douleur a été calmée et la hernie est rentrée d'elle-même.

Voici, en un mot, ce que l'on peut dire de la hernie pendant la grossesse : on n'observe ni de hernie inguinale, ni de hernie crurale, mais on peut avoir des hernies ombilicales.

Mais, si la femme a déjà une hernie, que va-t-il se produire pendant la grossesse ?

Le paquet intestinal est repoussé par l'utérus, il remonte et l'on voit la hernie — qu'elle soit crurale ou inguinale — remonter aussi progressivement et se réduire complètement, avec cette réserve, toutefois, qu'il n'y a pas d'adhérences qui immobilisent l'intestin. — S'il existait des adhérences, on aura, pendant la grossesse, tous les accidents que peuvent déterminer les tiraillements exercés sur l'intestin qui, d'une part, est refoulé en haut par la dilatation utérine et, d'autre part, est retenu en bas par les adhérences contractées.

Et maintenant, quelle conduite doit tenir l'accoucheur pendant l'accouchement, s'il se produit, chez la femme, une hernie sous l'action des efforts d'expulsion ? Ces efforts ont pour conséquence une prédisposition à l'augmentation des hernies crurales, inguinales et ombilicales. Mais comme la plupart du temps les hernies crurales et ombilicales sont rentrées, ont été réduites spontanément pendant le cours de la grossesse, c'est surtout ou seulement la hernie ombilicale qui est aggravée par les efforts d'expulsion, qui, à chaque effort, est repoussée. Il faut pour prévenir des accidents, avoir le soin de placer sa main sur la hernie, de l'y laisser en permanence, afin qu'à chaque effort, à chaque poussée de la femme, on maintienne la hernie, on l'empêche de sortir davantage. Pour cette opération, il faut mettre sa main ou faire mettre la main d'un aide sûr et capable et non point se contenter d'appliquer un bandage de l'effet duquel on ne peut jamais être certain.

*Prof. Tarnier, in Journ. des Sages-Femmes.*

## REVUE D'HYGIÈNE

---

LE RAPPORT DU CONSEIL PROVINCIAL D'HYGIÈNE. — Nous venons de lire le rapport du conseil d'hygiène de la province de Québec. Cette brochure de 200 et quelques pages, illustrée et remplie de renseignements pratiques, ne manquera pas d'intéresser les médecins, nous en sommes sûrs. Elle contient le texte complet de la loi d'hygiène publique, telle qu'amendée jusqu'au 1er juillet 1895. Le rapport du secrétaire, qui occupe à lui seul 65 pages du texte, fait voir d'une manière très nette le travail énorme accompli par le bureau, qui n'existe, comme on le sait, que depuis 1887. Législation et règlements, établissement des bureaux locaux d'hygiène, réorganisation de la quarantaine de la Grosse-Ile, remaniement de l'Institut vaccinogène de Ste-Foye, organisation d'un congrès d'hygiène à Montréal, inspection des différents districts provinciaux, voilà, il nous semble, un état de compte bien rempli. Et ce n'est pas tout. Quand on voit, en 1892, au moment où le choléra menaçait la province, le conseil provincial se faire ériger par la législature de Québec en "Conseil central" établi d'urgence pour la protection de la santé publique (voir p. 44), et, revêtu des pouvoirs les plus étendus, non-seulement interdire le débarquement des émigrants sur nos rives ainsi que l'accostage des vaisseaux venant des ports infectés, mais encore faire respecter les dits règlements malgré le gouvernement fédéral qui les déclare *ultra vires*, et malgré surtout l'opposition acharnée des grandes compagnies de transport; quand on voit le même conseil l'année suivante (voir p. 31), avertir les différentes municipalités, plusieurs mois avant son éclosion, qu'une épidémie de scarlatine s'avance vers nous par l'ouest des Etats-Unis, et leur donner ainsi le temps de se préparer à la recevoir; quand on voit, dis-je, tant de surveillance active et d'énergie indomptable, on peut être assuré que le conseil provincial d'hygiène est bien décidé à établir dans cette province, coûte que coûte, la prévention des maladies contagieuses. Tout médecin comprendra que ceci est pour le plus grand bien de la population. Une question qui est aussi d'un intérêt vital, mais que tout le monde ne comprend pas, c'est celle de l'hygiène urbaine et de l'hygiène rurale. Distribuer de l'eau sale aux habitants d'une ville, faire servir les maisons comme ventilateurs d'égoûts, laisser le purin de fumier couler dans les puits, verser les détritiques dans les fossés, le long du trottoir, enterrer les cadavres dans les caves d'église, autant de choses qui ne devraient plus exister. A ce sujet, le rapport du secrétaire, le Dr Pelletier, et celui de l'inspecteur, le Dr Beaudry, seront lus avec intérêt. On verra aussi par le rapport du compilateur de la statistique, le Dr Roy, que les maladies diarrhéiques et la consommation sont les maladies qui déciment le plus la population des campagnes. Lors de la fondation du conseil provincial d'hygiène, en 1887, tout était à créer dans la province de Québec, au point de vue sanitaire; malgré ce qui reste encore à faire, les progrès réalisés depuis sont d'une importance énorme. Faire bien et faire vite, telle semble être la devise du bureau. Nous en félicitons tout particulièrement le Dr E. P. Lachapelle, président du conseil, qui devait éprouver une fierté bien légitime en adressant son premier rapport au ministre.

Une copie de ce rapport, imprimé dans les deux langues, a été envoyée à chaque médecin de la province. Nous félicitons vivement le conseil de cette heureuse idée, qui permettra aux membres de la profession, de se rendre compte de l'importance qu'a pris de nos jours cette science relativement nouvelle de l'hygiène publique. Nous engageons beaucoup nos lecteurs à parcourir ce rapport, le soir, en fumant la pipe; ils y trouveront plus d'un chapitre intéressant. Nous attirons spécialement leur attention sur la statistique. C'est l'œuvre fondamentale du bureau, la base sur laquelle tout le travail s'accomplit. Ce sont les chiffres à l'aide desquels le bureau calcule l'augmentation ou la diminution de la mortalité, c'est la tenue des livres qui donne à la fin de l'année le bilan sanitaire de la province. Il va sans dire que ce bilan n'a de valeur réelle qu'en autant que les chiffres sont absolument exacts. Ils le seront si les médecins veulent bien s'en donner la peine, car ce sont eux qui naturellement, par leurs certificats de décès, fournissent ces chiffres aux autorités civiles et religieuses qui, elles, les transmettent au conseil avec ceux des naissances et des mariages. Après la passation des lois d'hygiène, le plus grand progrès réalisé par le bureau a été l'établissement d'un système de statistiques qui, on le verra en parcourant les pages du rapport, devient de plus en plus complet. Tout le monde, fabriques, conseils municipaux et médecins, se fera un devoir, nous n'en doutons pas, d'aider le conseil provincial d'hygiène dans la tâche humanitaire qu'il poursuit : diminuer la mortalité dans la province de Québec.

LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES.—L'article 3066 $\frac{1}{2}$  de la loi d'hygiène publique fait un devoir au médecin de notifier immédiatement le conseil municipal lorsqu'une personne qu'il est appelé à visiter est atteinte d'une maladie contagieuse. Il est bien pénible de l'avouer, mais cette article de la loi rencontre une opposition systématique de la part d'un trop grand nombre de praticiens, de la campagne et de la ville, qui se retranchent derrière le secret professionnel. C'est une erreur et c'est une faute. Le médecin, dans la société, est revêtu d'une personnalité double : c'est un homme de science et c'est un citoyen. Comme homme de science, il est de son devoir de soulager ses patients et de les guérir s'il le peut; comme homme civil, il doit à ses semblables de les protéger contre tout danger. La société, et par conséquent aussi la loi, sont basées sur ce principe de la solidarité humaine. Or lorsque la science a prouvé d'une manière certaine qu'une maladie est contagieuse, comment les médecins qui veulent se soustraire à leurs devoirs peuvent-ils prétendre que cette maladie ne soit pas un danger public. Il n'y a que deux explications à donner : ou bien ces médecins ne connaissent pas la nature contagieuse de la maladie, et alors ils manquent à leur devoir d'hommes de science; ou bien, connaissant la nature contagieuse du mal, ils refusent de protéger leurs semblables contre ses atteintes, et alors ils sont coupables comme citoyens. Dans le premier cas, c'est une erreur impardonnable, dans le second une faute irrémissible. En effet, on ne peut pas pardonner à un médecin de ne pas se tenir, par négligence ou autrement, au courant des progrès de la science, surtout lorsqu'il s'agit d'une question aussi importante que celle de la contagiosité, qui amène comme corollaire celle de l'évitabilité des maladies. Empêcher les gens d'être malades vaut encore mieux que de les soigner quand ils le sont. Et si le médecin est au courant de sa science, il lui reste le devoir et comme médecin et comme

homme civil, de prévenir ses semblables, de les éclairer, de leur montrer ce qu'il faut faire pour protéger leur vie, leur famille et la société. Le père de famille qui demande le silence à son médecin s'appuie sur des motifs purement personnels : c'est pour ne pas avoir d'ennuis chez lui, ne pas faire de peine à sa femme, ne pas faire tort à son commerce, etc., etc..... Il ne pense pas ou ne croit pas au danger dont il est la cause pour ses voisins. Le médecin qui, obéissant à ces demandes intéressées, et peut-être aussi à la crainte de perdre un client, empêche les autorités civiles, en ne faisant pas de déclaration, de prendre les mesures de protection nécessaires, ce médecin, dis-je, commet une faute irrémissible, car la maladie s'étendra dans la famille, dans le village, dans la ville ou dans le pays. Il devient, lui, médecin chargé de guérir, une cause indirecte de mortalité.

Sans doute le secret médical a sa raison d'être. Brouardel a donné sur ce sujet de très belles leçons (*Annales d'hygiène publique*, 1894, I, p. 289.) Il y a des circonstances où le médecin doit sauver la réputation d'un individu en cachant la nature de sa maladie, protéger l'honneur d'une famille en gardant un secret absolu. Mais si le secret professionnel s'adresse surtout à l'individu ou à sa famille, il intéresse aussi la société. Celle-ci a le droit de savoir si elle est menacée par la maladie de l'individu. Autrement, comment pourrait-elle se protéger? Il n'est donc pas étonnant qu'elle songe, par ses lois, à rendre obligatoire la déclaration des maladies contagieuses. C'est ce qu'a prévu en France la loi du 30 septembre 1892, c'est ce que prévoit notre propre loi d'hygiène publique. Le ministre de France, dans sa circulaire aux préfets, écrivait les lignes suivantes :

“ La déclaration obligatoire se justifie d'elle-même. “ Il est impossible, disait le rapporteur de la loi au Sénat, d'organiser l'hygiène dans une ville, dans une commune, si la municipalité, si le bureau d'hygiène qui la représente dans un certain nombre de nos grandes villes françaises, ne sont pas prévenus, au début d'une épidémie, de chaque fait de maladie épidémique qui se présente dans la ville ou dans la commune. Il faut connaître le mal dès son apparition, sa localisation dans telle maison, dans tel quartier, pour y porter un remède efficace.” C'est donc l'intérêt qu'a le corps social à connaître dès son apparition une maladie épidémique qui a conduit le législateur à faire de la dénonciation de cette maladie une obligation pour les médecins. . . . La déclaration des cas de maladies transmissibles est donc l'une des charges mêmes de la profession médicale, et c'est répondre à la fois aux intérêts des médecins, des malades et de la société toute entière que de l'inscrire comme on l'a maintes fois demandé, dans la loi sur l'exercice de la médecine. ” — *Annales d'hygiène publique*, 1894, I, 182.

La société n'a que deux grands moyens de protection contre une épidémie : la surveillance des eaux d'alimentation et la désinfection (qui comprend aussi l'isolement). Elle ne peut appliquer ces moyens d'une manière efficace qu'à la première apparition du mal. Plus l'épidémie aura fait de progrès, plus la tâche sera difficile. Que penser alors du médecin qui, par son silence, favorise la marche d'une maladie dans la population. Nous l'avons dit tout à l'heure ce médecin commet une erreur individuelle impardonnable et une faute irrémissible contre la société : il manque à tous ses devoirs. Aussi Brouardel a-t-il pu dire, en terminant les leçons sur le secret professionnel dont nous avons parlé : “ Vous voyez donc, Messieurs, que l'intervention du législateur dans nos actes médicaux lui est dictée par la connaissance qu'il a de nos devoirs sociaux.”

## FORMULAIRE

---

### Catarrhe gastrique :

℞. — Aluminis..... 2 drachmes  
 Extract gentian..... ½ drachme  
 Ft. pil. no. XXX.  
 Sig. — Deux pilules 3 fois par jour. — BARTHOLOW.

### Fissures du sein :

℞. — Baume du Pérou..... 30 gouttes  
 Teinture d'arnica..... ½ drachme  
 Huile d'amande douce..... 1 once  
 Liqueur de chaux..... 4 onces  
 M. — Dose : en application après allaitement. — BROSSEAU.

### Dyspepsie atonique :

℞. — Sulfate de fer..... 2 grains  
 Sulfate de magnésie..... 1 drachme  
 Acide sulfurique dilué..... 3 minimes  
 Esprit de chloroforme..... 20 minimes  
 Eau de menthe à..... 1 once  
 Sig. — Après les repas. — *Mistura ferri laxans.*

### Catarrhe hépatique et jaunisse :

℞. — Acide nitro-muriatique..... 3 onces  
 Eau..... 1 gallon  
 Sig. — Une flanelle, 10-12 pouces de large, suffisamment longue pour faire deux fois le tour du corps, est trempée dans le liquide et tordue. On l'applique autour de la taille et la recouvre de mackintosh. Changer soir et matin. Soulage la douleur hépatique en provoquant l'expulsion des calculs. Utile dans la première période de la cirrhose. — BARTHOLOW.

### Diabète sucré :

Solution de bromure d'arsenic de Clémens.

℞. — Acide arsénieux en poudre..... }  
 Carbonate de potasse..... }      à 57½ grains

Faire bouillir dans huit onces d'eau distillée, jusqu'à dissolution ; laisser refroidir ; ajouter suffisamment d'eau distillée pour faire onze onces et demie troy de liquide.

Ajouter 115 grains de pur bromure. Pendant une semaine, bien agiter plusieurs fois par jour la solution.



Au bout de quatre semaines, si la solution est restée sans couleur, on peut l'employer. Dose : 1 goutte 3 fois par jour. Augmenter graduellement jusqu'à 3 gouttes. Donner dans deux onces d'eau.

#### Bronchite :

Traitement général des bronchites tel que donné par MARFAN dans le *Traité de Médecine*.

Le traitement de la bronchite doit varier avec la cause et la forme clinique de l'affection. Mais il y a des éléments morbides communs à toutes les bronchites ; il y a par conséquent des indications thérapeutiques communes, dont l'une ou l'autre peut être prédominante.

#### 1° *Modifier et diminuer les sécrétions bronchiques.*

Les balsamiques, les gommes-résines, etc. Inhalations :

Créosote de hêtre.....	10 grammes
Baume du Pérou.....	25 —
Térébenthine suisse.....	30 —
Teinture d'eucalyptus.....	} à 15 —
Teinture de benjoin.....	
Essence de térébenthine.....	100 —

On remplit à moitié du mélange un flacon barboteur dans lequel pénètrent deux tubes qui ne touchent pas au liquide. L'air entre par un tube, barbote dans le liquide et remonte dans les bronches du malade à chaque inspiration.

Les balsamiques, les gommes-résines, les plantes à huile essentielle, les sulfureux sont contre-indiqués lorsqu'il y a insuffisance urinaire.

#### 2° *Calmer la toux.*

Il y a des toux utiles (celles qui aident à l'expectoration) et des toux inutiles (toux nerveuses).

Les médicaments béchiques et les tisanes pectorales calmeront la toux lorsque c'est nécessaire.

#### 3° *Faciliter l'expectoration.*

Il ne devient nécessaire de faciliter l'expectoration que dans les cas d'adynamie profonde ou lorsque la bronchite s'étend aux petites bronches et menace d'entraîner l'asphyxie. Dans le premier cas, les meilleurs expectorants sont les stimulants (alcool, acétate d'ammoniaque, chlorhydrate d'ammoniaque); dans le second cas, les vomitifs (ipéca, etc.), sont plutôt indiqués, surtout chez les enfants.

Adjuvant: *la révulsion*. L'irritation cutanée stimule par voie réflexe le système nerveux des organes et réveille la défense de l'organisme. Très efficace contre certaines bronchites tenaces et localisées.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

MONTREAL, JANVIER 1896.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser PAR LETTRE, au Dr J. B. A. Lamarche, Tiroir 2189, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé au Dr E. P. Benoit, Tiroir 2189, Bureau de Poste, Montréal.

L'abonnement à l'UNION MÉDICALE est de **\$3 00 PAR ANNEE**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr J. B. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA étant le *plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain*, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaire avec les membres de la profession.

MM. MAYENCE FAVRE & CIE., négociants-commissaires, 19, rue de la Grange-Batelière à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'UNION MÉDICALE pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats Unis, s'adresser à l'administration.

L'UNION MÉDICALE ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Le seul agent collecteur autorisé pour la Province est A. BERTIN & CIE, rue Gosford, Montréal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'UNION MÉDICALE ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

## Décisions judiciaires concernant les Journaux

1° Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2° Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui renvoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il aie retire ou non le journal du bureau de poste.

3° Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4° Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve "prima facie" d'intention de fraude.

## NOTE EDITORIALE

---

### A NOS LECTEURS

---

Depuis plusieurs mois nous avons décidé d'augmenter le format et le volume du journal ; mais nous avons cru que ce serait une digne manière de célébrer notre quart de siècle d'existence et nous avons attendu. Nous sommes heureux de présenter aujourd'hui à nos lecteurs L'UNION MÉDICALE avec sa nouvelle toilette, à l'occasion de sa 25<sup>ième</sup> année d'existence.

Toutefois il ne faudrait pas croire que cette raison d'âge a seule motivé ce changement : il nous était imposé par la force des circonstances, le progrès de la médecine et les demandes répétées d'espace que nous faisaient nos collaborateurs.

Quand en 1872 le journal fut fondé par MM. les Drs J. P. Rottot, A. Dagenais et L. J. P. Desrosiers il constituait déjà un progrès, puisque c'était le seul organe de la profession médicale dans la Province. Quand, grâce au travail et aux sacrifices de ses premiers rédacteurs et de leurs successeurs MM. les Drs G. Grenier, E. Persillier Lachapelle, J. B. A. Lamarche, S. Lachapelle et H. E. Desrosiers, il eut acquis plus de valeur, d'influence et de circulation, il fallut l'agrandir, et en 1887 on en porta le nombre de pages de 48 à 56 tout en conservant le même format in-8. Aujourd'hui il faut aller plus vite pour suivre le progrès et ce n'est pas à l'ainé des journaux de la province à rester en arrière, bien au contraire.

Nous recevions un nombre considérable de travaux originaux avec prière de les publier ; à notre grand regret nous étions forcés d'en refuser qui n'étaient pas sans une valeur incontestable ; nous serons désormais en état d'obvier à cet inconvénient. C'est là incontestablement une incitation au travail et un moyen pratique d'instruction mutuelle ; plusieurs de ces travaux ont eu l'honneur de la reproduction des journaux importants de France.

La reproduction des journaux est faite avec l'objet en vue de donner à nos lecteurs les points de pratique les plus usuels et les plus importants en évitant les grandes questions théoriques et philosophiques qui ne sont pas de notre ressort et que l'on peut trouver ailleurs. Si on jette un coup d'œil sur la table des matières pour l'année 1895 on verra que toutes les questions traitées dans ce volume, comme dans les précédents, s'adressent toutes directement et immédiatement au praticien. Nous croyons en cela avoir acquis l'approbation de la profession canadienne française, car la très grande majorité de ses membres est abonnée au journal et nous manifeste de temps à autre son appréciation bienveillante. Aussi profitons-nous de la circonstance pour lui exprimer nos remerciements les plus sincères et nous tâcherons de nous rendre de plus en plus dignes de cette flatteuse appréciation.

---

## BULLETIN MÉDICAL

## Société médico-chirurgicale de Montréal : discussion sur le cancer

Ainsi que nos lecteurs pourront le voir dans la chronique, on a commencé à la *Société médico-chirurgicale de Montréal* une discussion sur le cancer qui promet d'être fort intéressante. Nous donnerons aujourd'hui un court aperçu de ce qui s'est dit à la séance du vendredi 13 décembre.

## ORIGINE CELLULAIRE DU CANCER

M. le docteur ADAMI, médecin pathologiste à l'hôpital Victoria, a discuté dans un travail excessivement bien fait l'étiologie du cancer, et s'est rangé résolument du côté de la théorie cellulaire, qui est d'ailleurs celle généralement acceptée. Son expérience personnelle lui a toujours fait rencontrer, dans les tumeurs cancéreuses, les cellules modifiées des tissus qui leur donnaient naissance, et il se refuse à y reconnaître l'œuvre d'un parasite quelconque, car il a constaté le même processus morbide dans les tissus soumis à une inflammation chronique, telles que les bronches. Le docteur ADAMI a bien voulu nous transmettre les conclusions de son travail : elles en résument tout l'ensemble et nous les reproduisons intégralement.

Pathological department, Royal Victoria Hospital,

Montréal, 20 décembre 1895.

(1). L'inflammation, (c'est-à-dire la réaction qui suit une lésion), lorsqu'elle est d'une intensité moyenne et qu'elle revêt un caractère chronique, amène dans les textures glandulaires et épithéliales — et l'on peut dire dans la plupart des tissus de l'organisme — une prolifération cellulaire caractérisée par un retour vers l'état sous-adulte ou embryonnaire.

(2). Ce retour vers l'état sous-adulte est le trait caractéristique des excroissances carcinomateuses ou épithéliales.

(3). Souvent il est impossible de déterminer, soit cliniquement soit histologiquement, si un cas donné présente une inflammation chronique ou bien des manifestations carcinomateuses à leur début.

(4). Il semblerait certain que les deux états de chose se fondent l'un dans l'autre.

(5). La distinction essentielle entre les deux conditions est que, tandis que dans l'inflammation chronique la formation cellulaire atypique cesse avec l'enlèvement de l'irritation et l'arrêt de l'inflammation, dans le carcinome le processus de prolifération rapide et précoce déterminé par le stimulus inflammatoire (quelle que soit sa nature), et la nutrition excessive qui l'accompagne, s'est continué jusqu'à ce qu'il soit devenu une habitude des cellules.

Ainsi l'on peut regarder le cancer comme étant dû à l'*assumption*, par les cellules glandulaires et épithéliales de l'organisme, d'UNE HABITUDE VICIEUSE DE CROISSANCE PRÉMATURÉE IMMÉDIATE, — et la diathèse cancéreuse comme une disposition singulière de la cellule glandulaire et épithéliale de l'organisme à assumer une semblable habitude de croissance sous l'effet du plus léger stimulus.

J. GEORGE ADAMI.

Cette explication claire et précise, basée sur l'anatomie pathologique, cadre bien avec ce que l'on sait de certain sur le cancer et tend à faire croire que l'affection doit être rangée, non pas dans le groupe des maladies infectieuses, mais dans celui des troubles de la nutrition générale, à côté du diabète et de la diathèse urique.

#### THÉORIE PARASITAIRE DU CANCER

Mais l'on se préoccupe beaucoup depuis quelque temps, en Europe surtout, de savoir si le cancer n'aurait pas pour origine un parasite ou un microbe. Certains observateurs, frappés de la manière dont le néoplasme s'infiltré dans les tissus et se montre quelquefois de nouveau en des points éloignés (métastase), ont pensé que la prolifération cellulaire pourrait bien être due à un germe, et la cachexie cancéreuse à une infection générale. Ils ont poussé leurs recherches dans ce sens, et Foa, Plimmer et d'autres ont trouvé dans le protoblasma des cellules modifiées par le cancer d'autres cellules qui se colorent différemment. Ce fait, joint à l'inoculation possible du cancer, les porte à conclure qu'ils sont bien en face du microbe des tumeurs cancéreuses. Contrairement au Dr Adami, le Dr C. F. MARTIN s'est montré fort enthousiaste de la théorie nouvelle, qu'il a développée dans un fort joli travail accompagné de diagrammes en couleur sur le tableau. Jusqu'à ce que la culture du microbe en question ait été faite, nous admettrons volontiers la conclusion du Dr Martin : " Si la théorie parasitaire du cancer n'est pas encore parfaitement prouvée, rien non plus dans l'état actuel de la question nous permet de dire qu'elle est fausse." A ce propos l'excellent article du Dr Verge, que nous publions en-tête de ce volume, sera lu avec intérêt.

#### LE CANCER DE LA LÈVRE

Le docteur SHEPHERD, du Montreal General Hospital, juge le cancer au point de vue pratique du clinicien. Pour lui, l'étiologie du cancer comporte deux facteurs indéniables et nécessaires : une irritation locale et une prédisposition héréditaire. Le cancer des fumeurs s'implante à la lèvre dans une gercure ou une solution de continuité quelconque de la muqueuse ; le cancer du sein vient souvent à la suite d'un traumatisme ; les jongleurs hindous ont du cancer de l'estomac dû à l'application dans le creux épigastrique d'un brasier ardent. L'éminent chirurgien se montre tout à fait opposé à l'emploi des caustiques dans le cancer ; brûler ne sert absolument à rien. La condition essentielle du succès, c'est d'opérer le plus vite possible, et d'enlever tous les ganglions qui peuvent donner lieu à une récurrence. Au point de vue de la nécessité d'une opération précoce, le cancer de la lèvre peut

être comparé d'une manière absolue à celui du sein, et les glandes sous-maxillaires dans le premier jouent le même rôle que dans le second les glandes axillaires. Les deux orateurs qui suivirent, M. le Dr ARMSTRONG sur le cancer de l'estomac, M. le Dr BELL sur celui du sein et des organes génitaux-urinaires insistèrent de leur côté, sur la nécessité évidente d'une intervention précoce. Grâce aux perfectionnements de la chirurgie, l'on opère maintenant le cancer de l'estomac avec des résultats satisfaisants.

### Société des internes de l'hôpital Notre-Dame

Nous avons eu l'occasion dans un précédent numéro d'annoncer la reprise des séances de cette société, qui parait cette fois bien décidée à établir son existence sur des bases solides. Elle a d'ailleurs choisi pour la présider un homme qui a toujours eu à cœur son succès, et qui fera tout en son possible pour lui assurer une longue vie ; nous voulons parler de M. le Dr BRENNAN. Le gynécologiste bien connu de l'hôpital Notre-Dame a d'ailleurs inauguré la série des travaux par une intéressante étude sur les fibromes utérins dont nous avons obtenu la promesse du manuscrit. Nous serons heureux pour nos lecteurs de publier prochainement cette étude sur un sujet à l'ordre du jour.

### LE LAIT MATERNEL

Voici le très court résumé de l'étude sur la lactation faite par M. le docteur CORMIER (séance du 4 décembre). Le malaise de l'enfant (pleurs, agitation, insomnie) peut dépendre du lait de la mère, dont le pourcentage en graisse et en albuminoïde est trop considérable ou insuffisant. La trop grande quantité de graisse produit la diarrhée et les selles granuleuses, la trop grande quantité d'albuminoïdes la constipation. Il faut donc faire l'analyse du lait de la mère, et il suffira d'en corriger les défauts pour que mère et enfant se portent bien. L'extrait de malt augmente la graisse du lait chez la femme ; la quantité des albuminoïdes est sous la dépendance directe du régime. Le système nerveux influe beaucoup aussi sur la quantité ou la qualité du lait. Une mère nerveuse, agitée, donnant le sein trop fréquemment compromet sa sécrétion lactée ; il en est ainsi de la mauvaise nourriture, du défaut d'exercice, de l'hygiène défectueuse enfin. Le mauvais fonctionnement vital de la mère altère la sécrétion glandulaire de la mamelle, et l'organisme de l'enfant se ressent aussitôt de l'altération de sa nourriture. Il suffit de rétablir l'équilibre chez la mère pour que tout rentre dans l'ordre. En réponse au Dr LALONDE : Le lait de vache *stérilisé et modifié* peut seul remplacer celui de la mère si celle-ci a besoin de repos. En réponse au Dr McDUFF : L'ictère des nouveaux nés n'a rien à faire avec la lactation.

### FIBRO-MYOME PROBABLE DE LA PAROI VAGINALE

M. le docteur GIRARD, en son nom et en celui du Dr LALONDE, rapporte un cas de ce genre chez une de ses patientes qu'il avait accouchée un an auparavant sans rien constater d'anormal. Le docteur, appelé de nouveau il y a quelques jours pour accoucher sa cliente, rencontra à l'examen vaginal un corps rond offrant

des dépressions qui semblait être des fontanelles et paraissant fixé derrière le col aminci de l'utérus. Comme ce corps pouvait être repoussé légèrement vers le haut, et que l'enfant de son côté se présentait par les pieds, le docteur crut avoir affaire à une grossesse gémellaire et se conduisit en conséquence. Il fut fort étonné après l'extraction du premier enfant, faite sans trop de difficulté, de voir les douleurs cesser complètement. Un nouveau toucher vaginal lui permit alors de constater que le corps globuleux était fixé dans le paroi du vagin, tout près du col. Cette tumeur, assez grosse pour faire croire à une tête d'enfant, s'était donc développée dans l'espace d'un an, et devait être un fibrome ou un fibro-myome. Le docteur Brennan, appelé quelques jours après, fut entièrement de cet avis et conseilla l'opération, qui fut faite. Cette observation est très intéressante ; il ne lui manque, pour être complète et irréprochable au point de vue scientifique, que l'examen histologique de la tumeur. Il est à regretter qu'on n'ait pas songé à le faire.

### Le sérum de Marmoreck

M. le Dr Emile Calmette, dans un article intitulé TOXINES ET ANTITOXINES que publie le *Bulletin Médical* du 20 novembre dernier, répète le mot du professeur Bouchard : " Nous sommes dans une période où il fait bon vivre en médecine. " Et il ajoute : " Les découvertes s'accumulent, les recherches se multiplient, et l'essor donné par les travaux de Roux et de Behring aux études sur les sérums antitoxiques se continue sans interruption. Au point de vue de la thérapie des maladies infectieuses, la bataille ne se livre plus entre microbes et substances antiseptiques ; . . . la lutte tend de plus en plus à s'affirmer sur le terrain des toxines et antitoxines et à se traduire par les moyens d'augmenter les puissances défensives de notre organisme contre les poisons qui le pénètrent de tous côtés. " L'auteur passe alors en revue tous les progrès accomplis jusqu'à ce jour. Ce serait trop long de les résumer tous ici ; citons les deux derniers, qui ne sont pas des moins importants. Yersin avait découvert, l'année dernière, le bacille de la peste ; mais ce chercheur n'en est pas resté là. Continuant ses travaux, avec A. Calmette et Borel, il a réussi à préparer un sérum immunisant dont dix centimètres injectés à une souris rend l'inoculation de la peste impossible chez cet animal, et dont quinze centimètres le guérit de la maladie inoculée. Ces résultats ont été publiés dans les *Annales de l'Institut Pasteur* le 25 juillet dernier, et il ne reste plus qu'à essayer le traitement chez l'homme. Mais le résultat de beaucoup le plus important pour nous, c'est la découverte, par Marmoreck du sérum antistreptococcique, sérum qui, selon toutes probabilités, va permettre de traiter efficacement l'érysipèle, la fièvre puerpérale et les cas graves d'angines diphthériques. Cette découverte vient donc bien à point pour compléter l'œuvre de Roux et permettra peut-être de poursuivre avec plus de facilité le traitement sérothérapique du cancer. Les pouvoirs thérapeutiques du sérum de Marmoreck ont été essayés dans les hôpitaux de Paris par Chantemesse, Bar, Cuffer, Sevestre, Pozzi et Dieulafoy, et les résultats ont été des plus encourageants. Des érysipèles graves ont été guéris de vingt-quatre à quarante huit heures après une ou deux injections de sérum antistreptococcique de 10 centimètres cubes chacune. L'infection puerpérale à streptocoques a bénéficié du traitement. Enfin, à l'hôpital des Enfants-Malades, on a employé le sérum de

Marmoreck concurremment avec celui de Roux, et l'on a pu ainsi guérir des cas de broncho-pneumonies post diphthériques (*Bulletin Médical*, 1895, p. 1136) qui semblaient désespérés. Tous ces résultats sont encore trop nouveaux pour que nous puissions dès maintenant conseiller aux médecins d'employer le sérum de Marmoreck d'une manière générale, mais nous rappellerons à ceux de nos lecteurs qui voudraient en faire l'essai que l'Institut Pasteur de New-York l'offre dès aujourd'hui en vente à la profession.

### L'étiologie de la variole

Nous croyons en effet que décidément il va faire bon vivre en médecine. Depuis si longtemps que la variole est rangée parmi les maladies infectieuses, nous allons peut-être en connaître enfin le microbe. Du moins les recherches du Dr LeDantec, publiées dans le numéro de décembre des *Archives de Médecine Navale*, nous font espérer une solution prochaine. Le professeur de Bordeaux, en se servant d'une méthode de culture spéciale, a pu isoler du sang et des pustules des varioleux un microbe spécial (coccus) auquel il a donné le nom de varioloque. Dans les cas de variole foudroyante, le varioloque n'existe que dans le sang ; dans les cas de variole hémorrhagique d'emblée, il est dans le sang et les viscères ; lorsque la variole est suppurée, on le trouve dans tout l'organisme (dans le sang, dans les viscères, dans les muscles, dans la peau). Le microbe est très virulent dans le sang, mais il paraît atténué dans les pustules. Le sang varioleux contenant le varioloque virulent, inoculé à dose massive dans le derme de la génisse, donne naissance à la vaccine. Ce dernier résultat est le plus important, car il tend à prouver l'identité de la variole et de la vaccine, identité qu'on a si longtemps et si souvent discutée. L'on ne peut pas dire encore que le varioloque est la cause de la variole ; il faudrait, pour que sa spécificité soit hors de conteste, prouver que ce microbe ne se trouve jamais dans aucune autre maladie, et que, inoculé à l'homme ou à l'animal, il lui donne la variole. Mais le fait que le sang d'un varioleux contenant le microbe donne la vaccine à une génisse est déjà un grand point en faveur de la nature spécifique du-dit microbe.

---



## COURRIER DES HOPITAUX

## HOTEL-DIEU DE ST-JOSEPH

Notes du Dr J. P. Roux, médecin interne

Pendant le mois de novembre 372 malades ont été traités à l'Hôtel Dieu ; 189 des mois précédents et 183 nouveaux admis. De ce nombre 182 ont été congédiés et 6 ont succombé aux affections suivantes : 1 de gangrène sénile, 1 de pyélo néphrite de nature tuberculeuse, 3 de tuberculose pulmonaire et 1 de tuberculose aiguë généralisée. Pour montrer comment on peut être induit en erreur, je me permettrai de faire l'historique de ce dernier cas.

Il y a quelques semaines une petite fille de 4 ans est amenée à l'hôpital accusant des douleurs très vives dans la région épigastrique. Les personnes qui en ont eu charge jusque là disent que ceci est dû à un accident, que la fillette en s'amusant avec ses compagnes a avalé une petite cuillère. Le chirurgien traitant doute du fait, et met la petite malade sous observation avant d'intervenir. La fièvre est très vive, la température prise matin et soir, sans rémission matutinale notable se maintient entre 103  $\frac{2}{5}$  et 104 degrés, les douleurs sont difficilement calmées par les analgésiques, et les vomissements de bilieux qu'ils étaient deviennent fécaloïdes. La percussion et l'auscultation ne présentent rien de particulier. Trois jours après son entrée à l'hôpital, onze jours après le prétendu accident, la petite malade meurt sans qu'il y ait eu de diagnostic certain d'établi. A l'autopsie pas de cuillère mais tous les organes étaient envahis par des granulations grises et des tubercules miliaires jaunes qui n'avaient pas eu le temps de passer à l'état de ramollissement. Nous avons donc eu affaire à un cas de phthisie aiguë rapide à forme typhoïde.

Le service de médecine n'offre pas une grande variété, les froids de l'hiver nous amènent des cas qui conviendraient plus à un hospice qu'à un hôpital.

Le service de chirurgie a été bien favorisé pendant le mois de novembre, les opérations ont été nombreuses, variées et fort intéressantes. Il y a eu 6 laparotomies ; 4 pour des kystes de l'ovaire (l'un de ces kystes pesait 40 lbs, et un autre, un kyste dermoïde, contenait une quantité de cheveux très considérable), 1 pour appendicite et 1 pour néphrotomie. Toutes ces opérations ont été suivies de plein succès. Il y a quelques semaines il s'est présenté un cas de fracture du larynx qui s'est terminé fatalement pour n'avoir pas été opéré assez tôt. Un vieillard de 73 ans en voulant se lever, est pris d'étourdissement et tombe de cou sur son vase de nuit. On le relève et dès qu'il revient à lui il se plaint de douleur dans le larynx et commence à avoir des hémoptysies. Deux médecins appelés auprès du malade constatent la fracture et lui conseille de se rendre à l'Hôtel-Dieu où il devra subir une opération. Le lendemain le patient arrive, se sentant assez fort pour descendre de voiture et monter les marches de l'escalier seul ; mais en entrant, il est pris d'un

accès de suffocation et tombe. Le Dr HINGSTON qui était à donner sa clinique, averti du fait, se rend en toute hâte, ouvre la trachée, mais c'était déjà trop tard et ni la respiration artificielle ni l'électricité ne purent le rappeler à la vie. A l'examen *post-mortem* le médecin constata que le cartilage thyroïde était fracturé dans presque toute sa longueur et que la mort était due à l'asphyxie causée par l'hémorrhagie.

Montréal, 20 décembre 1895.

## A L'HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr A. Ethier, interne en chef.

Je lis souvent avec plaisir, dans la *Tribune médicale* de Paris, les succès obtenus par les tractions rythmées de la langue, méthode Laborde, dans les cas de mort apparente par asphyxie, mais je n'ai pas encore vu de cas rapportés par des confrères d'ici dans nos journaux de médecine. Ce n'est pourtant pas que l'occasion ait manqué à plusieurs de mettre cette méthode en pratique. Permettez-moi, monsieur le rédacteur, dans l'intérêt de la science et en même temps pour rendre hommage au professeur Laborde, de citer aujourd'hui quelques observations personnelles, faites depuis mon entrée à l'Hôpital.

Obs. I. — Il y a une quinzaine de jours, je me rendais avec l'ambulance auprès d'une personne qui venait d'être victime d'un accident. Beaucoup de curieux entouraient déjà le blessé, mais personne ne pouvait me renseigner sur le genre d'accident qui avait eu lieu. En voyant la figure de mon patient je pensai d'abord avoir affaire à un cas d'asphyxie : figure cyanosée, cornée insensible, pupille dilatée, plus de respiration, ni pouls. Le pavillon de l'oreille droite était déchiré et en arrière on remarquait une plaie gagnant dans le cuir chevelu. En examinant par cette plaie je ne pus constater de fracture du crâne. Ecoulement de sang par le nez. Rien par l'oreille. Après avoir détaché les habits du cadavre, car je me trouvais réellement en présence d'un cadavre, je pratiquai la respiration artificielle, méthode Sylvester, pendant quelques minutes mais sans succès. Faisant alors continuer ces mouvements par le charretier qui m'accompagnait, je saisis la langue avec une pince hémostatique et en pratiquai des tractions rythmées. Au bout de cinq à six minutes je crus remarquer une inspiration. En effet après quelques instants, trois ou quatre bonnes inspirations me prouvèrent que les poumons semblaient reprendre leurs fonctions. Le cœur même commençait à donner des pulsations perceptibles à la radiale. Aussitôt je pratiquai deux injections hypodermiques d'éther. Enfin après vingt minutes d'un travail assidu, la vie était complètement revenue. Je transportai l'individu ici et il mourut, pour de bon cette fois, deux heures plus tard à la suite d'une hémorrhagie cérébrale causée par une fracture de la base du crâne. L'individu était tombé d'une trentaine de pieds de hauteur sur une pierre. Il y avait fracture s'étendant du temporal droit jusque sur le rocher gauche en traversant la selle tursique. L'éthmoïde était aussi intéressé. L'écoulement de sang par le nez avait laissé pénétrer l'air qui s'était répandu entre les méninges et jusque dans les vaisseaux dans les deux lobes frontaux. Très joli à constater.

Obs. II. — Un autre cas est celui d'un peintre frappé d'hémorrhagie cérébrale pendant son travail. Transporté ici par l'ambulance, il mourut environ 1.30 heures après son admission. Dans ce cas, je ne pratiquai que les tractions rythmées de la langue pendant plus de trente minutes. A survécu deux heures.

Obs. III. — Le troisième cas est celui d'un homme asphyxié par submersion. Ce pauvre malheureux était épileptique, ce que nous ignorions. Aussitôt après son admission on lui fait prendre un bain général et à peine l'infirmier venait-il de le laisser qu'il a une attaque d'épilepsie. A son retour il le trouve au fond du bain ne donnant plus signe de vie. Les internes et le chirurgien en charge dans le moment, le Dr Mercier, sont appelés immédiatement et pratiquent la respiration artificielle par la méthode Sylvester et Laborde. Une demie heure après notre noyé était hors de danger et laissait l'hôpital quelques jours plus tard.

Obs. IV. — Un jour un confrère nous amène un garçon de 12 ans qui en jouant avec des camarades avait reçu une balle sur la trachée. L'accident était arrivé 4 jours auparavant. A son entrée ici l'enfant avait grande peine à respirer tant l'œdème était considérable. A peine venait-on de le placer dans son lit que la garde-malade chargée de le surveiller vint me chercher à la hâte disant qu'il était mort. En effet en arrivant auprès du lit je ne pus constater ni pouls, ni respiration. La figure est bleuâtre. Aussitôt un de mes confrères assistants courut chercher une pince à langue et commença la traction rythmée. Pendant ce temps je fis demander le chirurgien en chef, le Dr Brosseau, mais en son absence le Dr Brennan fut appelé pour faire la trachéotomie. Une dizaine de minutes plus tard ce dernier était auprès du malade. En l'apercevant il vit qu'il n'y avait pas une minute à perdre; aussi en moins de quelques secondes le scalpel avait fait son chemin à travers les tissus et la canule était introduite dans la trachée. On cessa alors la traction de la langue que l'on n'avait pas interrompue un instant et les poumons reprirent leurs fonctions normales. Douze jours plus tard le jeune bambin laissait l'hôpital guéri.

Obs. V. — Une nuit, l'hiver dernier, un incendie se déclare dans une maison de pension. Un pompier étant monté dans les chambres trouva un des pensionnaires agenouillé auprès de son lit et ne donnant aucun signe de vie. Transporté au dehors, après beaucoup de difficultés, un des spectateurs qui avait entendu parler des tractions rythmées de la langue dans ce genre de mort, s'avisa de lui tirer la langue en la saisissant avec son mouchoir à défaut de pinces, et lorsque j'arrivai avec l'ambulance la victime commençait à revenir. Je continuai cette manœuvre au moyen de pinces pendant près d'un quart d'heure. Transporté alors ici le patient est revenu complètement à lui une heure après. Le lendemain il laissait l'hôpital pour revenir dix jours plus tard avec une pneumonie et il mourut à peine 24 heures après son entrée.

Obs. VI. — Un dernier cas que vous me permettrez de mentionner est celui d'un confrère appelé auprès d'une femme pour pratiquer une opération. La patiente est anesthésiée par un autre confrère au moyen du chloroforme et à peine

le chirurgien avait-il pratiqué son incision qu'ils s'aperçoivent que la patiente ne respire plus. Aussitôt, ayant saisi la langue avec une pince, ils pratiquent des tractions rythmées et ce n'est qu'après vingt minutes d'un travail assidu et persévérant que la malade est hors de danger. Avant ce temps aussitôt qu'ils cessaient les tractions, la respiration cessait en même temps.

Je pourrais citer encore plusieurs autres cas que ceux mentionnés plus haut, mais ceux-là suffisent pour démontrer les bons effets de la méthode Laborde.

Beaucoup d'ouvrage durant ce mois en chirurgie et gynécologie. En médecine la fièvre typhoïde semble être paralysée, car deux cas seuls ont été admis et il n'y a pas eu de mortalité.

Novembre 1895.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

BROcq et JAcQUET. — **Précis élémentaire de Dermatologie. Maladies en particulier. Dermatoses inflammatoires.** Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Broché, 2 fr. 50 c. Cartonné, 3 fr.

Le quatrième volume de la *Dermatologie* de MM. Brocq et Jacquet renferme la série des *Dermatoses inflammatoires*. Cette dénomination un peu vague, et destinée à fournir une rubrique générale indicatrice, s'applique aux Eczémas, Pomphigus, Psoriasis, Pityriasis, Erythèmes, Séborrhées, etc.

LE DANTEC (Félix). — Maître de Conférences à la Faculté des Sciences de Lyon.  
— **La Matière Vivante.** Petit in-8, avec une préface de A. GIARD, Professeur à la Sorbonne: (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*) Broché, 2 fr. 50 c: Cartonné, 3 fr.

S'abstenant avec soin, dans l'étude des êtres unicellulaires, de toute comparaison dangereuse avec les êtres supérieurs, l'auteur montre que les phénomènes les plus saillants de la vie élémentaire, le mouvement, la nutrition, etc., se ramènent aux lois de la Physique et de la Chimie des corps bruts; il conclut à l'existence de substances vivantes, c'est-à-dire de substances qui, dans des conditions déterminées, en présence de réactifs déterminés, eau, oxygène, etc., sont le siège de certains phénomènes physiques et chimiques, dont quelques-uns, nous frappant particulièrement, constituent ce que nous appelons les *manifestations de la vie*.

PAUL LEFERT. — **La pratique gynécologique dans les Hôpitaux de Paris.** Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par le professeur Paul Lefert. 1 vol. in-16 de 288 pages, cartonné, 3 fr. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur LEFERT de leur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique* des gynécologistes des hôpitaux de Paris.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin et chirurgien.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 60 médecins des hôpitaux de Paris, et renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Il permet au médecin de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'il suivait les services hospitaliers, et de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiques, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matière. Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, à Paris.

**FÉLIX TERRIER. — L'Opération du trépan**, par FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. (1 volume in-12, cartonné à l'anglaise, avec 222 gravures dans le texte, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

La plupart des matériaux qui ont servi à la rédaction de ce travail ont été réunis par M. le professeur Terrier pour ses leçons de médecine opératoire professées à la Faculté de Médecine de Paris en 1894. Ces leçons ont été revues et complétées pour être encore aujourd'hui au courant de la chirurgie.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : la première est un aperçu succinct de l'histoire de la trépanation du crâne dans les temps préhistoriques, dans l'antiquité, le moyen-âge et l'époque moderne.

La deuxième partie est consacrée à une description rapide des circonvolutions et des localisations cérébrales, suivie de l'étude de la topographie crânio-cérébrale, c'est à dire de l'examen des rapports que les diverses régions des circonvolutions affectent avec les parois osseuses du crâne.

La troisième comprend le manuel opératoire et la description des instruments actuellement employés ; les auteurs se sont étendus sur les opérations nouvelles destinées à remplacer, jusqu'à un certain point, l'opération classique du trépan, ou à la compléter.

Enfin la quatrième partie contient un tableau des indications et des contre-indications de l'opération du trépan.

Les dessins, dus pour la plupart à M. Péraire, reproduisent les instruments utilisés pour ces opérations ; la partie anatomique est également éclairée par de nombreuses gravures.

Registre Médical du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Montréal, Cie d'imprimerie Perrault, 1895.

---

## CHRONIQUE

---

**Le Pharmacien Canadien.** — Cette revue mensuelle de pharmacie pratique est rendue à sa troisième livraison et promet d'être fort intéressante. M. Edmond Giroux, jr., en est le rédacteur. La partie typographique est excessivement bien soignée, les gravures bien faites et le prix d'abonnement très modéré. Toutes ces qualités ne contribueront pas peu, nous en sommes sûrs, à rendre la revue populaire.

**Société des internes de l'hôpital Notre-Dame.** — Voici le programme des différents travaux donnés à cette société. Séance du 22 novembre: Travail sur les fibromes utérins, par M. le docteur Brennan. Séance du 4 décembre: Etude sur la lactation, par M. le Dr Cormier; Rapport d'un cas de fibrome du vagin, par les Drs Girard et Lalonde. Séance du 18 décembre: Etude sur les écoulements de l'oreille, par M. le Dr H. M. Duhamel; Rapport de trois intéressants cas d'autopsie avec pièces pathologiques à l'appui, par MM. les Drs Brennan et Ethier.

**Prochains articles.** — Nous avons reçu, trop tard pour être publiés en janvier, deux excellents articles que nos lecteurs apprécieront. L'un est de M. le docteur J. L. Archambault, de Cohoes, qui rapporte avec la précision scientifique qu'on lui connaît, plusieurs cas de diphtérie traités par le sérum, L'autre, non moins intéressant aussi, est de M. le professeur Demers, et traite d'une question à l'ordre du jour: l'hydrothérapie de la fièvre typhoïde. Nous publierons aussi un travail très bien fait de M. le docteur Laurendeau, de St Gabriel de Brandon, sur le tétanos.

**L'Association médicale des étudiants** — Cette association a tenu sa séance d'inauguration mardi, le 12 novembre dernier, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Rottot, doyen de la faculté. Après quelques mots d'introduction de la part du président, M. Eug. St Jacques, B.M., M. le Dr J. E. Laberge, médecin à l'Hôpital Civique, donne un intéressant travail sur la diphtérie basé sur son expérience à l'hôpital même. M. Eug. Prévost, B.M., lut un essai sur la syphilis acquise. Assistance nombreuse et enthousiaste. D'autres travaux seront donnés prochainement.

**Société médico-chirurgicale de Montréal.** — Programme des différents travaux de la société. Séance du 29 novembre: PIÈCES PATHOLOGIQUES: Nouveaux cas d'infection pyocyannique, Dr J. G. Adami; Pyhémie, Drs Wesley Mills et C. F. Martin; Tumeur du poumon, Dr J. G. Adami; RAPPORT DE CAS: Résection du caecum, Dr J. Anderson Springle; TRAVAIL: Six années d'expérience en laparotomie, Dr A. Laphorn-Smith. Séance du 13 décembre 1895: Discussion sur le

cancer ouverte par MM. les Drs Adami et Martin (pathogénie), Shepherd (cancer de la bouche), Armstrong (estomac et rectum), Bell (organes génitaux-urinaires). La suite de la discussion est remise à la prochaine séance

**Nouveau concours à l'Université Laval.** — Il y aura lundi, le premier du mois de JUIN, un concours sur la tocologie et les maladies des nouveaux-nés, pour le titre de professeur adjoint à la chaire d'obstétrique de l'École de Médecine et de Chirurgie, Faculté de l'Université Laval à Montréal. L'examen oral et l'examen écrit auront lieu à tour de rôle pour chaque candidat, et porteront sur la tocologie et les maladies des nouveaux-nés. Une seule question sera posée et il n'y aura pas de matières accessoires. Les candidats devront envoyer leur nom au moins un mois à l'avance. La thèse devra être *imprimée* et du format *grand octavo*, et l'on devra en envoyer une copie à chaque professeur de l'Université avant le 1er mai 1896. Nos lecteurs trouveront parmi nos annonces la liste complète des professeurs en titre ainsi que l'adresse du secrétaire de la faculté.

**Hygiène et pédiatrie.** — M. le Dr Cormier, médecin du dispensaire des enfants malades à l'hôpital Notre-Dame, a bien voulu se charger du département de pédiatrie ; c'est dire que nous l'avons placé entre bonnes mains. Ce médecin spécialiste choisira pour nos lecteurs les articles intéressants des revues de médecine infantile que nous reproduirons, sans compter les travaux originaux qu'il voudra bien nous envoyer. La revue de pédiatrie alternera, tous les deux mois, avec la revue d'hygiène. Celle-ci sera consacrée aux questions de prophylaxie, d'hygiène rurale, d'alimentation, etc. Nous nous tiendrons constamment en rapport avec le conseil provincial d'hygiène afin de pouvoir donner à nos lecteurs les nouvelles intéressantes concernant l'état sanitaire de la province.

**Hôpital Notre-Dame.** — Après avoir payé une partie de sa dette avec l'argent réalisé à la Kermesse, l'hôpital désire maintenant se pourvoir d'une salle de clinique, dont le besoin se fait de plus en plus sentir. A ce propos, nous citons avec plaisir le passage suivant de la *Clinique* : " En parcourant la liste des personnes généreuses qui ont souscrit à l'hôpital durant l'année, nous avons été douloureusement impressionné en voyant le petit nombre de médecins inscrits comme souscripteurs. Et pourtant quand un médecin envoie un malade à l'hôpital, toujours il est reçu. Et pourtant le médecin n'est-il pas plus au courant de tout le bien que fait l'hôpital que n'importe quelle autre personne ? Nous devrions tous, médecins de Montréal comme ceux de la campagne, faire un effort et donner une légère obole pour venir en aide à l'hôpital Notre-Dame qui mérite toute notre sollicitude." Voilà une heureuse idée que nous approuvons hautement. Si chaque médecin canadien-français de la province voulait donner simplement un dollar, l'hôpital pourrait faire construire sa salle de clinique.

**Le XIIe congrès international de médecine.** — Nous avons reçu du secrétaire général, M. le prof. Erismann, l'avis de ce XIIe congrès, qui aura lieu à Moscou du 7 au 14 août 1897 (19-26 août suivant le calendrier russe). Le congrès est sous

l'auguste patronage de son Altesse Impériale le Grand Duc Serge Alexandrovitch, et le comité exécutif se compose comme suit : prof. I. F. Klein, président ; prof. A. J. Kojeronikow, vice président ; prof. T. F. Erismann, secrétaire général ; prof. N. F. Filatow, trésorier ; professeur Diakonow, professeur Tikhomirow, professeur Neyding, secrétaires ; professeur Ostraoumow, professeur Korsakow, membres. Tout médecin peut se faire inscrire membre pour la somme de vingt-cinq francs, (dix roubles), ce qui lui donne le droit de parler vingt minutes dans la section qu'il choisit et de recevoir les publications du congrès. Voici les différentes sections du congrès : anatomie, physiologie, pathologie générale et anatomie pathologique, thérapeutique générale, maladies internes, pédiatrie, maladies nerveuses et mentales, dermatologie, chirurgie et ophthalmologie, accouchements et gynécologie, hygiène, médecine légale. La gestion du XIIe congrès international de médecine appartient à la faculté de médecine de l'université impériale de Moscou. Les détails de l'organisation seront publiés plus tard. Le français est reconnu comme la langue officielle du congrès pour toutes les relations internationales. Durant les débats dans les sections on pourra parler le français, l'allemand ou le russe.

**Le sérum de Maragliano.** — Nous avons déjà annoncé, dans un de nos bulletins médicaux, que le prof. Maragliano avait fait connaître au congrès français de médecine la découverte d'un sérum anti tuberculeux qui promettait beaucoup. Il paraît maintenant que cette annonce a été faite dans un but de spéculation, le prof. Maragliano étant le propriétaire à Gènes d'un sanitarium pour les consomptifs. En même temps que le professeur italien annonçait sa découverte à Bordeaux, la même communication était faite en son nom à Londres, à la réunion de la *British Medical Association*, et en Suisse, je crois, à une société de médecine quelconque. La presse médicale française a beaucoup discuté l'incident l'automne dernier. On a même publié des correspondances de professeurs italiens très en vue qui n'accordent aucune confiance au sérum de Maragliano et réservent leur opinion sur les procédés scientifiques de son auteur. Nous sommes trop éloignés, de ce côté-ci de l'Atlantique, pour pouvoir donner une appréciation personnelle, mais nous tenions à mettre nos lecteurs au courant

---

## DECES

---

**BRENNAN.** — En cette ville, le 5 janvier, à sa résidence de son père, M. le Dr Brennan, Anne-Marie-Léda-Agnès, âgée de neuf mois.

**LARUE.** — A Coaticook, le 9 janvier courant, de mort subite, M. le Dr Larue, père de M. le Dr Thomas Larue, ancien interne de l'hôpital Notre-Dame.

---



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### L'internement des aliénés

Nous venons de lire le rapport annuel du surintendant médical de l'asile d'aliénés de Québec. Il contient plusieurs points intéressants que nous désirons souligner. M. le Dr Vallée constate d'abord la hâte avec laquelle certaines familles cherchent à se débarrasser des vieillards en démence et des enfants idiots, alors que ces patients seraient tout aussi bien à domicile avec des bons soins et de la tranquillité. Ce sont des incurables, dit avec raison le Dr Vallée, et le gouvernement ne devrait les prendre sous sa charge que lorsqu'ils sont dangereux ou scandaleux. De même les épileptiques, lorsqu'ils ne sont pas devenus impulsifs, sont bien mieux dans leurs familles. Les déments, les épileptiques, les idiots sont plutôt des infirmes que des malades. Il est vrai qu'il n'y a pas dans la province d'asile pour les incurables. " Mais, ajoute le Dr Vallée, il n'y a pas de raison pour que la société prenne à sa charge des devoirs de surveillance, de soins et d'entretien qui appartiennent essentiellement à la famille. L'assistance publique ne devrait être tenue de prendre à sa charge les aliénés non dangereux et incurables que lorsqu'à défaut de famille ou de ressources, ils ne peuvent trouver dans la vie libre des moyens d'existence." L'asile est un lieu de protection et de traitement. A quoi bon traiter des incurables? Pourquoi protéger la société contre des êtres qui ne sont pas dangereux? Que de familles ne cherchent à passer leurs infirmes à l'assistance publique que par esprit d'égoïsme, pour se soustraire aux devoirs qui leur incombent, et alors qu'elles sont parfaitement en état de donner à leurs membres déments ou idiots les soins voulus. M. le surintendant médical a raison, selon nous, de se plaindre lorsqu'il voit sa statistique d'insuccès surchargée par ces cas exceptionnels. Ce serait au médecin de la famille à bien expliquer qu'il ne peut pas recommander l'internement d'un aliéné qui n'est ni dangereux ni curable, alors surtout que la famille a tous les moyens qu'il faut pour le bien traiter. Il ne devrait pas se laisser influencer par le raisonnement de ses clients, car, comme le dit si bien le docteur Vallée, " l'intérêt est souvent la mesure des opinions."

D'un autre côté, les cas curables d'aliénation mentale (manie, mélancolie), ne le sont qu'à la condition d'être traités très à bonne heure. Plus un cas a de durée, moins le succès est certain. Il est donc clair que si le médecin doit être prudent, il doit aussi être énergique et éclairé, établir son diagnostic aussi vite qu'il le peut et agir immédiatement. Si la famille peut très bien soigner un infirme (dément, idiot, etc.), il va sans dire qu'un mélancolique ou un maniaque, même lorsque la maladie est à son début et non dangereuse, doit suivre un traitement énergique et approprié qui ne pourra lui être appliqué avec satisfaction que dans un asile. Ce sont précisément ces cas d'aliénation mentale au début que les familles tiennent à garder chez elles, parce qu'ils ne sont ni violents ni gâteux, et cependant ce sont

ceux qui retireront le plus de bénéfice d'un séjour à l'asile. Le retour à la santé compense bien le désagrément d'avoir été "chez les fous."

Parlant de l'hérédité et de l'étiologie, le Dr Vallée fait remarquer combien peu explicites sont les certificats à ce sujet. "La plupart des gens, dit-il, et même un grand nombre de médecins s'imaginent que l'hérédité ne peut être que similaire, c'est-à-dire qu'on ne doit l'admettre que lorsqu'un fou est engendré par un fou. C'est une grave erreur, car les affections nerveuses se transforment souvent en se transmettant. Ainsi très souvent les aliénés ont dans leur famille des épileptiques, des alcooliques, des excentriques, des nerveux; eh bien! ce sont là autant de faits qui indiquent l'hérédité et qui devraient être mentionnés. Si ces notions étaient plus connues, nous obtiendrions des renseignements qui nous permettraient de mieux établir la mesure exacte de cette cause dans la production de la folie." Nous comprenons cette juste demande de la part du surintendant médical de l'asile des aliénés de Québec. Le médecin d'un asile, comme celui d'un hôpital, doit pouvoir compter sur le confrère qui lui envoie un malade pour lui donner les renseignements qui pourront l'aider à bien étudier l'étiologie ou les symptômes d'une maladie quelconque. Le médecin qui soigne la famille où se trouve un aliéné et qui, bien souvent, demeure dans le même village, est plus à même que n'importe qui de prendre les informations nécessaires; ce n'est pas une exigence que de lui demander de se bien renseigner avant de remplir les formules réglementaires. Tout médecin qui aime un peu son métier le fera pour sa propre satisfaction. Et ce n'est pas perdu: car la peine qu'il se donne facilite à son tour le travail du spécialiste, qui peut alors baser son rapport sur des faits exacts et qui sait, peut-être éclairer un point obscur de la science. Les asiles, les hôpitaux, les conseils d'hygiène travaillent pour le bien du pays: est-ce trop demander au praticien que d'en faire autant?

---