

JUIN 1902

## SOMMAIRE

---

### MÉMOIRES.

- 323 — Volumineuse hernie inguinale gauche infectée par la présence d'une grosse arête de poisson..... *Marien*  
326 — Un cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse..... *A. Mercier*  
329 — Traitement de la rétention urinaire..... *St-Jacques*  
335 — Etude critique sur l'emploi du sérum antistreptococcique dans l'infection puerpérale. (*Suite*)..... *DeCotret*
- 

### REVUE GÉNÉRALE.

- 344 — Des injections hypodermiques..... *Hervieux*
- 

### SOCIÉTÉS.

- 351 — La Société Médicale de Montréal — Rapport de la séance du 20 mai..... *Décarie*
- 

### QUESTIONS PROFESSIONNELLES.

- 360 — Texte du Bill Roddick tel que modifié et adopté par les Communes .....

### ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 371 — Le banquet des cinquantenaires — Discours du Dr E.-P. Lachapelle.....

## ANALYSES.

## MÉDECINE.

- 373 — Les empoisonnements au point de vue médico-légal — La suraération en cure libre dans la tuberculose ..... *LeSage*
- 375 — Verre et binocle gratis—Statistique de la mortalité par les anesthésiques — Breuvage nourrissant — Recherches sur le cancer — Les morts violentes aux États-Unis — Fièvre typhoïde et tuberculose — La lecithine dans la tuberculose — La cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire — Les ravages de la tuberculose..... *Dubé*

## OBSTÉTRIQUE.

- 377 — La mort subite chez la femme en couche —Accouchement sans douleur au cours du tabes dorsalis... *Dubé*

## PÉDIATRIE.

- 378 — Des troubles digestifs chez les enfants nourris au sein — Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants..... *LeSage*

## THÉRAPEUTIQUE.

- 381 — Traitement médical de l'incontinence nocturne d'urine — Traitement de l'orchite et de l'épidydymite — Valeur thérapeutique du calomel dans la grippe — oIdure de potassium et coliques hépatiques... *LeSage*
- 383 — Chloroforme comme hémostatique — Remède contre l'épistaxis — Gerçures et crevasses de mains — Le cor et son traitement..... *Dubé*

## BIBLIOGRAPHIE.

- 384 — Illusion et fausse reconnaissance — La Conjonctivite granuleuse .....
-

## MEMOIRES

---

### VOLUMINEUSE HERNIE INGUINALE GAUCHE, INFECTÉE PAR LA PRÉSENCE D'UNE GROSSE ARÊTE DE POISSON

PHÉNOMÈNE D'ÉTRANGLEMENT (1)

Par A. MARIEN

Agéogé, chirurgien de l'Hotel-Dieu

Je vous présente, comme corps étranger, une grosse arête de poisson trouvée dans le sac d'une hernie scrotale au cours d'une intervention chirurgicale pratiquée, ces jours derniers, chez un homme âgé de 55 ans.

Ce n'est pas à cause du corps étranger lui-même, qui, sans être une rareté, est cependant un phénomène assez curieux, que je vous communique cette observation, mais c'est pour vous faire part des symptômes cliniques que présentait le malade et des circonstances graves dans lesquelles je l'ai opéré.

OBSERVATION I. — En effet, il s'agissait d'une volumineuse hernie inguinale ancienne, qui, depuis trois à quatre jours, avait provoqué des symptômes d'étranglement sans être étranglée. Cette hernie n'avait jamais été maintenue par un bandage et elle avait pris un tel développement, chez un homme gras, qu'au premier abord on pouvait affirmer qu'elle devait contenir une quantité importante de l'épiploon et de viscères intestinaux: elle avait un volume à peu près égal à celui d'une tête d'enfant.

Elle avait toujours été presque totalement réductible et ce n'est que depuis quelques jours qu'elle était devenue tout à fait irréductible, très gonflée et douloureuse. La peau du scrotum est distendue rouge et œdématiée. A la percussion, elle présente de la sonorité sur certains points très limités.

Comme l'état général de cet homme, tout en étant assez bon, n'est cependant pas très rassurant pour l'avenir, puisqu'il existe des symptômes de péritonite qui se manifeste par des vomissements, du ballonnement du ventre, de la tension con-

(1) Communiqué à la Société Médicale de Montréal, séance du 20 mai 1902.

sidérable de la hernie devenue irréductible et très douloureuse, un pouls rapide et un peu d'élévation de la température, je lui propose avec instance une intervention chirurgicale, malgré une récente évacuation de matières fécales abondantes provoquée par un lavement glycéринé.

A l'ouverture du sac herniaire qui est épais et enflammé, il s'échappe environ 50 grammes de liquide séro-purulent et l'on se trouve en présence d'une masse considérable de gros intestin difficile à reconnaître; il est intimement adhérent à tout le sac, sauf au niveau de la face antérieure où se trouvait collectionné le liquide. La dissection est très pénible et l'on craint à chaque instant de déchirer la paroi intestinale épaissie et œdématiée.

C'est en exécutant cette dissection que je trouvai, au pourtour de la cavité, fermée par l'accumulation du liquide, un corps étranger pointu qu'il est facile de reconnaître pour une arête de poisson, je pus enfin arriver à faire le tour complet de la masse intestinale avec mon doigt, et constater, par conséquent, qu'elle était libre et que le sac, indépendant, était partout continu.

Il fut alors possible de reconnaître le gros intestin d'abord, à quelques fragments de ses franges graisseuses, en train de se sphacéler, mais surtout à ses bandes musculaires longitudinales.

Le méso-colon et un petit fragment du grand épiploon en-serrés dans le sac ont une coloration brunâtre, sale et un peu verdâtre; il est évident qu'il existe déjà un commencement de sphacèle.

Comme il est impossible de faire la réduction de cette grosse masse intestinale par l'orifice supérieur cependant très large, je l'agrandis verticalement et fais une véritable laparotomie latérale. Après résection du bout d'épiploon malade et lavage soigné de l'intestin à l'aide des compresses humides tièdes, j'en fais la réduction facilement.

Le sac présente l'aspect d'un amas de tissus enflammés œdématiés et en train de se sphacéler; les éléments du cordon sont tuméfiés et le testicule lui-même paraît très endommagé,

il est rouge turgescent et ses enveloppes ont une coloration un peu verdâtre.

Pour éviter toute complication de ce côté je crois plus prudent de le supprimer et j'en fais l'amputation avec le sac au niveau de l'orifice.

La cure radicale, une fois le gros intestin réduit, put être effectuée sans difficulté et comme à l'ordinaire, par trois plans de sutures. Pour éviter la formation d'une cavité où des liquides exsudés auraient pu facilement s'accumuler dans un milieu septique, je rétrécis le plus possible la poche scrotale. Ce malade, opéré il y a quinze jours, n'a présenté aucun symptôme alarmant, plus de vomissements, il est allé à la garde-robe le deuxième jour, sa température a toujours été à peu près normale: il peut être considéré comme guéri.

*Réflexions.* Infection probable de la hernie par le passage, à travers la paroi intestinale, du corps étranger. Difficulté du diagnostic de hernie infectée de celui de hernie étranglée. Perméabilité intestinale. Il est tout légitime de croire que cette hernie ancienne a été accidentellement infectée par le passage du corps étranger à travers la paroi intestinale et qu'il s'est fait, dans le sac devenu cavité close, une véritable péritonite enkystée.

Le passage d'un corps étranger à travers la paroi intestinale est un fait bien connu et sur lequel il serait banal d'insister. Par exemple, on a souvent trouvé des arêtes de poisson au milieu d'abcès péri-rectaux de la fosse ischio-rectale.

Dans les très grosses hernies il est parfois difficile de faire le diagnostic différentiel entre la hernie infectée et la hernie étranglée au début. Il va sans dire que dans les deux cas il n'y a qu'une chose à faire au point de vue du traitement, c'est l'intervention chirurgicale de *très bonne heure*. Car l'on peut répéter pour la hernie, l'aphorisme célèbre de Dieulafoy pour l'appendicite "l'on ne doit pas mourir de hernie."

L'expérience de tous les jours démontre la vérité et la justesse de ce précepte et les chirurgiens les plus *prudents* et les plus *temporistes* d'hier deviennent de plus en plus *interventionnistes convaincus*.

---

# EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORATE DE POTASSE<sup>(1)</sup>

## OBSERVATION CLINIQUE

Par ALPHONSE MERCIER

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Médecin de l'Hôpital Notre Dame.

---

OBSERVATION I. — W. S... 3 ans, arrive à l'hôpital Notre-Dame, dans le service de médecine, à 11 heures du matin, le vendredi 4 avril 1902. L'enfant est dans le coma, ne répondant à aucune de mes questions, réagissant à peine aux excitations cutanées fortes, et laissant échapper ses urines sous lui.

*Examen du malade.* — La respiration est gênée, pénible, entrecoupée de mouvements inspiratoires profonds. La figure est congestionnée, les ongles sont cyanosés.

A certains moments, l'enfant fait entendre quelques plaintes et se retourne convulsivement dans son lit, pour retourner bientôt dans sa résolution musculaire.

Le pouls, dépressible, marque 100. Pas de fièvre.

On pense d'abord à une intoxication par oxyde de carbone et l'on prescrit des inhalations d'oxygène. Ce diagnostic que ne supporte pas l'examen du malade ne peut pas davantage s'appuyer sur les déclarations des parents qui nous font le récit suivant.

L'enfant, bien portant jusque-là, est indisposé depuis le mardi précédent. Il mange moins, devient capricieux, maussade, dort mal, se plaint de douleurs à la gorge et se met à tousser.

Il n'en continue pas moins à jouer, lorsque, le vendredi soir, en rentrant à la maison, il est pris d'une violente quinte de toux. D'après les indications du médecin, qui croyait sans doute avoir affaire à une angine, sa mère prend une pincée ou deux de chlorate de potasse en poudre, le jette dans un demi-verre d'eau, et fait avaler le tout au petit malade. Presque immédiatement, ce dernier est pris de suffocation, de congestion de la figure et du cou, et tombe dans le coma. Il reste

(1) Communication lue devant la Société Médicale de Montréal, mai 1902.

toute la nuit dans cet état, malgré les soins du médecin et de l'entourage, et arrive ici le lendemain matin, où il ne tarde pas à mourir, 18 heures après l'absorption du médicament.

La mère ajoute qu'il y avait dans la pièce où reposait son enfant un poêle en fonte rempli de charbon de terre et chauffé au rouge.

En pressant l'interrogatoire, on apprend cependant que la chambre n'était rien moins qu'hermétiquement close; la porte, en effet, restait grande ouverte toute la nuit, de plus elle donnait sur la cage des escaliers.

Dans ces conditions, il était difficile de se rattacher au diagnostic d'intoxication par l'oxyde de carbone. Il fallait donc songer à autre chose, et ici nous confessons avoir complètement négligé d'accorder au chlorate de potasse l'importance qu'il avait eu dans la genèse des accidents actuels. L'autopsie allait sur ce point nous donner des renseignements plus qu'intéressants.

*Autopsie.* — L'examen du cadavre n'offre rien de particulier.

Les organes internes semblent normaux, à part les reins qui sont fortement congestionnés. La vessie renferme environ 50 grs d'un liquide brun foncé, limpide, claire, ressemblant à de l'urine ictérique.

L'aspect du sang par contre est remarquable et attire immédiatement l'attention du Dr Johnston qui nous demande, sans connaître le cas d'avance, si l'enfant n'aurait pas par hasard absorbé du *chlorate de potasse*. Pour lui, nous avons là la coloration brun sale caractéristique du sang dans ces cas d'empoisonnement. Étendu sur une surface blanche, le sang ressemble tout à fait à du jus de compote de pruneaux.

Pas de trace d'intoxication par l'oxyde de carbone qui donne plutôt un sang vivement coloré et une teinte carminée des tissus, rappelant le rose-tendre de cuivre de nymphe émue de Brouardel.

La moëlle osseuse enfin, examinée au niveau du corps du fémur, présente la même coloration brun sale.

Nous avons essayé, pour confirmer ce diagnostic, à retrouver le chlorate de potasse dans le liquide pris dans la vessie, mais

sans y parvenir. Plus heureux, le Dr Johnston a nettement obtenu, au spectroscope, la raie caractéristique de la méthémoglobine.

Les cas d'*empoisonnements par le chlorate de potasse* ne sont pas fréquents. La plupart ont été observés chez des enfants. Jacobi, cité par Ogier, dans son traité de toxicologie, en rapporte deux cas, chez des enfants de 3 à 1 an.

Dans un cas, il avait suffi d'une dose de 1.75 gr. pour causer la mort.

Brouardel et L'Hôte (Annales d'hygiène et de médecine légale, t. VI, p. 283) ont vu 4 enfants mourir rapidement après l'ingestion de 8 grs du médicament.

Le Dr Johnston se rappelle deux cas d'angine traités par le chlorate de potasse et suivis de mort par empoisonnement.

Enfin, le Dr Valin m'a dit avoir été appelé auprès de la femme d'un confrère dans des conditions semblables, et avoir nettement constaté chez sa malade les signes de l'empoisonnement par le chlorate de potasse. Ce cas est intéressant en ceci qu'il s'agit d'un adulte.

L'administration du chlorate de potasse ne serait donc pas sans danger. C'est, du reste, l'opinion de Hayem, de Desrosiers, qui le déconseillent formellement chez les enfants. La dose mortelle serait, pour un enfant, de 3.50 grs.

Il paraîtrait que le chlorate de potasse agit surtout comme oxydant, par formation, à l'intérieur des tissus, d'oxygène à l'état naissant. Les altérations sanguines relèveraient de l'action oxydante de cet oxygène à l'état naissant. L'accord n'est pas encore complet entre les physiologistes sur ce mode d'action, mais on s'entend généralement sur la possibilité de cet empoisonnement dans de certaines conditions, et c'est ce que vient démontrer une fois de plus notre observation.

---



## TRAITEMENT DE LA RÉTENTION URINAIRE (1)

Par EUGENE SAINT-JACQUES

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

---

OBSERVATION I. — Nous sommes appelé auprès de J.-E., âgé de 23 ans, qui se plaint de ne pouvoir uriner et de souffrir beaucoup. Nous trouvons une verge très développée, plus qu'à l'état d'érection. Ce qui nous frappe, c'est que la tuméfaction semble s'en tenir à ce que j'appellerais les "parties molles": le prépuce et toute la peau du membre sont gonflés et œdématiés, si bien qu'il est impossible de décaper. Le scrotum est normal de même que le périnée. Il s'écoule du méat à la pression un liquide muco-purulent.

L'individu nous dit que, depuis quelques mois, il a difficulté à uriner, surtout, dit-il, le jet s'arrête brusquement. A la demande s'il a jamais eu maladie de femme ou été victime d'un traumatisme à la région périnéale, s'il a eu écoulement par la verge, le patient répond "non". Serait-ce une balano-postite à tournure aigue? car ce gonflement ne datait que de la journée. En face des réponses négatives du malade nous sommes un peu dérouté sur l'origine d'un tel état de chose. La suite prouva qu'il nous trompait.

Dans l'impossibilité où est le malade d'uriner et en face d'un tel pénis, il n'y avait qu'une indication: débridement du gland et évacuation de la vessie. Le patient étant chloroformisé, nous faisons une section médiane du prépuce, que nous complétons par une circoncision typique. Ceci fait et avant de tenter le cathétérisme nous calibrons l'urèthre avec une bougie à boule n° 18, suivant la méthode de Guyon. A notre grande surprise, nous sommes, à 2 pouces du méat, arrêté par un obstacle que nous franchissons avec un peu de difficulté pour être de nouveau tout à fait arrêté à la région bulbaire. Une boule plus petite s'arrête au "premier" obstacle. Un

(1) Communication lue devant la Société Médicale de Montréal, séance de nov. 1901.

cathéter-métallique n° 15, après un instant d'arrêt au premier obstacle, continue sans effort aucun d'avancer un peu et voilà que, en même temps que nous en sentons la tête tant sous nos doigts que sur le plancher pénién, il est évacué un liquide très louche, quelque chose comme 6 oz. ; et la verge s'affaisse graduellement ! C'est qu'il y avait une rupture urétrale au voisinage d'un rétrécissement et que tout simplement l'individu avait pissé dans son pénis.

Bien que la verge soit diminuée comme volume, nous n'en sommes pas plus avancé pour l'évacuation de la vessie, car sans succès nous tentons encore le cathétérisme avec la sonde de Nélaton.

Sachant que, dans ces cas, la paroi supérieure de l'urèthre — si justement dite "paroi chirurgicale" — est généralement indemne, nous espérons qu'une sonde béquille de Mercier saura trouver son chemin : mais en vain.

Les bougies filiformes ne donnent pas plus de succès. Voilà deux frissons dont est pris le malade depuis qu'il est sous chloroforme : il est donc sous l'effet de l'infection urinaire déjà. Il nous reste deux alternatives : la ponction hypogastrique ou la taille périnéale. Bien que la ponction faite aseptiquement soit à peu près sans danger, nous décidons pour la taille périnéale, parce qu'il faut donner issue à l'urine qui est en marche d'envahir le périnée et assurer une évacuation "permanente" de la vessie : indications de tout premier ordre ici, puisque le malade est déjà en infection urinaire. Une difficulté nous attend, c'est que le cathéter canelé qui sert de guide pour la taille ne pénètre pas plus loin que la racine des bourses, et c'est donc un peu à tâtons que nous entreprenons la taille. Des repères anatomiques précis nous permirent de tomber sur l'urèthre postérieur et nous évacuâmes la vessie en même temps que tous ces tissus infiltrés d'urine et congestionnés se dégorgeaient. Il était temps : un troisième frisson faisait claquer les dents du malade malgré une anesthésie complète. Il est mis au lit dans la flanelle avec bombes d'eau chaude, et revient de son chloroforme d'une manière surprenante. Aux boissons horiquées, nous ajoutons le salol dans le but d'anti-

sepsie urinaire. — C'est donc là une rétention par obstacle pénien: rétrécissement et rupture urétrale.

Mais il est d'autres obstacles à l'évacuation de la vessie, rencontrés également dans l'urèthre: l'histoire du cas suivant nous en fournit un exemple.

OBSERVATION II. — M. X..., vieillard de 72 ans est admis d'urgence à l'hôpital, à la veillée. En deux mots voici les détails: c'est un vieux prostatique réduit à se passer d'habitude une sonde qu'il va chercher dans sa poche. Le matin, en retirant la sonde après une introduction plutôt difficile, voilà qu'il ne lui en revient qu'une partie. Depuis lors, douleurs, puis graduellement envies d'uriner impossibles à satisfaire. Deux médecins appelés l'après-midi tentent à répétition un cathétérisme infructueux: et c'est alors que le malade est envoyé à l'hôpital. Nous constatons une matixé vésicale remontant à deux travers de doigt de l'ombilic; l'examen rectal nous fait toucher une prostate fort hypertrophiée dont il est impossible de limiter la base.

La bougie à boule calibre un urèthre normal jusqu'à la région prostatique où nous sommes arrêté. Avec une pince languette pour corps étranger de l'urèthre, nous tentons jusqu'à ce bout de sonde qui fait obstacle: mais la pince est trop courte. Une "béquille" de Mercier — la sonde des vieillards — ne réussit pas mieux. Ce n'est qu'avec une sonde métallique de gros calibre et à grande courbure, la sonde prostatique, que nous réussissons à atteindre jusqu'au corps étranger, à le repousser dans la vessie et évacuer une urine trouble et fétide. Le malade étant frissonneux et à cause de son âge, nous nous hâtons de le renvoyer au lit, où avec la chaleur prescrite nous administrons quinine et salol. Le lendemain, à l'aide du litrotriteur, le corps du délit est évacué de la vessie. Voilà pour une deuxième cause: obstacle mécanique par corps étranger de l'urèthre.

L'observation clinique de ce troisième cas que voici, me permettra d'exemplifier la cause la plus fréquente de la rétention vésicale chez le vieillard.

OBSERVATION III. — M. P., âgé de 79 ans, m'arrive de la campagne dans l'avant-midi du lundi, en rétention urinaire, depuis au-delà de 30 heures. Le malade est très souffrant et se plaint continuellement. Nous commençons par faire donner un bain de siège chaud, qui est sans résultat. Urèthre normal comme calibre, ce qui permet d'employer une bécquille, n° 20, — de nécessité ici, car l'examen rectal nous a montré une prostate énorme avec hypertrophie exagérée du lobe gauche. Le cathétérisme, impossible avec la bécquille, devient facile avec la sonde métallique à très grand rayon de courbure. Nous évacuons une urine trouble et de très mauvaise odeur, à la satisfaction du malade qui se sent tellement soulagé. Les cathétérismes et lavages de vessie quotidiens finissent, avec l'aide des bains de siège répétés, à mettre bientôt le malade sur pied.

Voilà donc trois cas exemplifiant quelques-unes des variétés les plus fréquentes de rétention urinaire: rétention par hypertrophie prostatique, — rétention par corps étranger de l'urèthre, — rétention par rétrécissement et rupture uréthrale.

Si j'ajoute les rétentions d'origine traumatique et de causes spasmodique, congestive spasmodique, congestive et inflammatoire, nous aurons là, synthétisées, toutes les causes de la rétention vésicale chez l'homme.

Je pourrais ajouter la rétention par manque de vis a tergo: celle que l'on rencontre à la suite des traumatismes et des affections des centres nerveux. Mais chez ces malades, si, au début, nous avons la rétention, souvent, et même généralement, cette rétention est suivie d'incontinence par regorgement.

Nous connaissons tous ces paraplégiques par traumatisme des centres nerveux ou par sclérose médullaire. Je rappellerai ici le cas d'une syphilitique tertiaire de mon service hospitalier, fille de 32 ans, ayant fait des gommés et paraplégique aux douleurs fulgurantes. Elle fit quelque temps de la rétention vésicale suivie de longues semaines d'incontinence urinaire.

Au chapitre des causes congestives, spasmodiques ou inflammatoires, que de choses à inscrire: les systèmes nerveux im-

pressionnables, les opérés d'hémorroïdes, de fistules anales, de hernie, les circoncis, les dysentériques nerveux, voilà autant de rétentionnistes en puissance, et que nous avons rencontrés dans ces derniers mois de notre service hospitalier.

Dans la catégorie de rétention purement nerveuse, je note ; parmi mes observations hospitalières, deux filles, hystériques, prises, sans cause apparente, de rétention : histoire de se faire cathétériser par l'interne de service ? La valériane et les bains de siège chauds de 15 minutes, répétés toutes les 3 hrs jusqu'à effet eurent raison du spasme vésical ; tandis que chez une troisième il fallut quelques cathétérismes par " la garde-malade." et tout rentra dans l'ordre.

Les tuberculeux urinaires, les porteurs de cystite du col ou du corps de la vessie, les calculeux, les blennorrhagiques aigus ou sous-aigus, sont tous individus à réclamer à un moment donné notre assistance pour les soulager de leur urine.

En certains cas, peu fréquents il est vrai, l'appendicite doit être mise en cause : un tel cas tout dernièrement tombait sous mon observation.

OBSERVATION IV. — Un jeune homme, M. M. . . . 24 ans, est pris de douleurs à la région sus-pubienne, puis bientôt de rétention vésicale. Bien que les antécédents urinaires du malade fussent nuls, le premier médecin appelé croit à une poussée de cystite et fait suivre le bain de siège de fomentations chaudes. Je vois le malade, 48 heures après le début des premières douleurs et diagnostique une péritonite en généralisation déjà avancée et gâteau appendiculaire marqué. J'opérai d'urgence : à l'incision du péritoine pariétal, il s'écoule une sérosité louche et très fétide. L'index et le médius introduits entre la fosse iliaque et le colon rencontrent une masse compacte qui descend vers le petit bassin, entre le rectum et la vessie. C'est l'appendice énormément développé et turgescant, recouvert de l'omentum qui s'est enroulé en un manchon protecteur autour de cet appendice déjà gangrené et perforé. Les douleurs vésicales étaient ici dues à la péricystite appendiculaire et persistèrent pour quelques jours après l'opération.

chaque miction étant accompagnée de ténésme vésical. Les douleurs disparurent graduellement avec la granulation de la plaie.

OBSERVATION V. — Les traumatisés de ces régions sont également des rétentionnistes. Les chutes sur le périnée, un coup de pied, une fracture de la symphyse pubienne, c'est là plus qu'il n'en faut pour une rupture de l'urèthre et une rétention consécutive.

Il y a quelque temps nous étions appelé à donner nos soins à un cocher qui venait de recevoir une ruade de cheval à la région pubienne. Heureusement, la vessie était peu distendue et le coup fut reçu à longue portée de jambe; il ne s'en suivit pas moins une douleur pénible à la région pubienne, ainsi qu'une faiblesse et une lenteur très marquées de contraction vésicale qui cédèrent au bout d'une huitaine au repos horizontal et à la strychnine.

OBSERVATION VI. — Parmi les obstacles mécaniques, — aux corps étrangers introduits dans le canal, nous ajouterons les calculs enchâtonnés de l'urèthre ou une constriction externe comme nous en rencontrons parfois chez les enfants.

Plus d'un d'entre nous a eu des soins à donner à des enfants pour de tels accidents. J'ai mémoire d'un garçonnet de 7 ans que sa mère m'amena avec un pénis tout œdémateux et portant une encoche à la racine du membre par constriction d'une ficelle apposée par un petit camarade. J'eus difficulté à l'enlever à cause du gonflement et de la gangrène déjà commençante. — Un second, un peu plus âgé s'était passé une bague au pénis. Avec le gonflement, impossibilité de la retirer. Il fallut avoir recours à une scie d'orfèvre pour l'enlever.

Maintenant que nous avons synthétisé en les groupant ensemble les différentes causes de la rétention vésicale, envisageons de quels moyens nous disposons pour intervenir: c'est ce que nous verrons dans un prochain numéro.

---

## ÉTUDE CRITIQUE SUR L'EMPLOI DU SÉRUM ANTI-STREPTOCOCCIQUE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE (1)

PAR KENÉ DE COTRET

Professeur suppléant d'Obstétrique, accoucheur de la Maternité.

M. le prof. Pinard, ce maître, tant choyé des jeunes Canadiens qui vont là-bas puiser aux grandes lumières, nous donne, de concert avec M. V. Wallich, son traité intitulé "Traitement de l'infection puerpérale."

Dans l'introduction de ce traité, M. Pinard répète quelque peu ce qu'il nous a déjà dit dans sa clinique. Pas beaucoup d'espoir dans le nouveau traitement et beaucoup de confiance dans ce traitement qui a fait ses preuves et lui a donné de si beaux résultats à Beaudelocque.

"Les récentes communications à la Société de Biologie sur le sérum antistreptococcique, dit-il, font espérer que bientôt on va posséder un moyen puissant pour combattre l'infection puerpérale."

Oui. M. Pinard espère, et nous devons espérer avec lui, parce que la science marche vite, qu'on travaille hardiment, qu'on peut bien être sur la trace d'une heureuse découverte; mais nous n'en sommes encore qu'à une période d'espérance. Les expériences nouvelles reposent sur un principe vrai. En partant des mêmes données, n'est-on pas parvenu à se rendre maître de la diphtérie? Oui, mais dans la diphtérie s'il s'agit de microbe, un seul microbe est fautif, tandis que dans l'infection puerpérale, sait-on au juste à qui s'en prendre? Il y a bien un ou des microbes et c'est là qu'est le point d'interrogation: c'est là qu'on perd l'espoir quand on en a eu quelque peu. Et l'emploi est si futile que M. Pinard nous fait comprendre "que la découverte de la sérothérapie n'exclura pas l'application du traitement local, et cela pour deux raisons:

"La première, c'est que toutes les infections ne pourront être traitées par le sérum antistreptococcique, car si Widal nous a démontré que le streptocoque était l'agent le plus fré-

(1) Voir *Union Médicale*, mars, avril, mai.

quent de l'infection puerpérale, il a bien nettement spécifié aussi qu'il y avait des infections puerpérales sans streptocoques, ou à streptocoques associés à d'autres microbes.

" On sait les réserves formulées au sujet de l'action du sérum antidiphthérique dans les cas où d'autres microbes sont associés au bacille de la diphthérie; on peut se demander aussi ce que donnera le sérum antistreptococcique dans les infections puerpérales causées par différents microbes avec ou sans streptocoques.

" En deuxième lieu, il ne faut pas oublier que l'infection puerpérale se fait par une porte d'entrée plus étendue que dans la plupart des autres infections, puisque cette porte d'entrée comprend toute la surface interne de l'utérus gravide, le vagin et la vulve excoriés.

" Quelle que soit la force du sérum, on peut dire, *a priori*, qu'il y a intérêt à limiter son action contre les microbes et les poisons, au niveau de la porte d'entrée, en combattant la pullulation microbienne sur la surface de l'utérus et du vagin." (Pinard).

Pour Pinard le sérum antistreptococcique n'aurait pas les mêmes propriétés que lui attribue Marmorek. Pour celui-ci, le sérum a la propriété de contrecarrer les effets du microbe introduit dans le torrent circulatoire, d'atteindre ce même microbe, de le détruire et, en plus, d'arrêter sa migration par les tissus à travers lesquels il veut s'introduire dans l'économie, puisqu'en effet Marmorek ne veut pas qu'on aille déloger le microbe de la cavité utérine où il a élu domicile sur les débris qui y sont trop souvent enfermés. Marmorek prétend que le traitement local ouvrira de nouvelles portes au microbe ou élargira celles déjà existantes. Marmorek ne veut pas admettre que les *vidanges*, pour me servir de l'expression des anciens accoucheurs, seront toujours en danger pour de nouvelles inoculations aussitôt qu'on cessera l'emploi du sérum ou un danger même pendant l'emploi du sérum. La clinique ne nous prouve-t-elle pas que certains utérus en antéversion ou en anté-flexion ne peuvent jamais se vider sans l'effet méca-



nique du doigt ou de la sonde? (1) Pinard, au contraire, veut qu'on " limite l'action du sérum contre les microbes et les poisons déjà absorbés." Qu'on enlève le foyer de production, qu'on nettoie l'éprouvette où se fabriquent les microbes et, alors, nous pourrions espérer un effet salutaire du sérum, si toutefois ce sérum a des propriétés vraiment actives. N'est-ce pas plus rationnel?

Pinard revient, quelques pages plus loin, sur ce sujet et en donne plus d'explications.

Dans le chapitre IV du livre de Pinard, *Traitement de l'infection puerpérale*, il s'agit du *traitement médical*, et, à l'article III de ce chapitre, de la sérothérapie. Faisons l'analyse de ce troisième article.

"La thérapeutique de l'infection puerpérale, lit-on, est entrée depuis l'an 1895, dans une nouvelle voie. Nous sommes dans une période d'expérimentation, où l'on cherche si l'infection puerpérale pourrait, comme l'infection diphtérique, être combattue par l'introduction, dans l'organisme, de sérum provenant d'animaux vaccinés."

Cela était écrit en 1896, quelques mois après les expériences de Roger, Charrin et de Marmorek, et, de fait, le traitement de l'infection puerpérale pouvait et devait entrer dès lors dans une nouvelle voie, voie remplie de promesses. Nous sommes en 1901 et, la clinique, qu'a-t-elle dit? Elle répond par la bouche de tous les accoucheurs: le sérum n'a pas rempli ses promesses, et voilà pourquoi nous l'avons rejeté; qu'on trouve mieux et nous croirons." Cependant, *rari nantes*, quelques accoucheurs continuent la période d'expérimentation; les autres, croyants des premiers jours, ont vite oublié; et qui plus est, des fervents adeptes d'hier brûlent aujourd'hui ce qu'ils adoraient naguère. Par les pièces ou lettres justificatives, vous avez vu la vérité de mon avancé. Ils sont si rares les accoucheurs, je ne dirai pas, qui *croient* à la vertu du sérum parce que le mot est très fort, mais qui continuent la période d'expérimentation, que Pinard est le seul aujourd'hui qui ait

(1) Et il est facile d'être prouvé que le sérum antistreptococcique détache, comme le fait le sérum antidiphtérique, les membranes contenues.

persisté dans la voie engagée. Mais Pinard, ce n'est pas le moindre! Y croit-il à cette vertu? Lisez ses écrits, feuillotez la littérature médicale, y trouverez-vous une seule ligne, un un seul mot qui nous montrent sa foi ardente? Peut-être est-ce quelque chose de significatif ce que je lis dans la semaine Médicale 1900, page 273. Le voici, c'est dans le résumé du 13e congrès international des sciences médicales:

" J'admets, dit Pinard, que, le plus souvent, c'est le streptocoque qui détermine l'infection: mais il faut se garder d'être trop absolu et de prétendre que c'est toujours à ce microbe que nous avons affaire. Il serait facile de se défendre si l'on connaissait bien le seul ennemi qu'on ait: le sérum antistreptococcique, qui réussit merveilleusement quelquefois, n'échouerait jamais."

Pinard nous pose, au début de l'article III, le point de départ des recherches actuelles tel que suit:

" L'infection puerpérale est causée le plus souvent par le streptocoque introduit dans l'organisme par l'utérus.

" Le sérum d'animaux vaccinés contre le streptocoque est-il capable d'arrêter la pullulation microbienne et de neutraliser les poisons microbiens chez le sujet infecté, peut-il, par sa présence, rendre inactifs ces microbes? "

Pour combattre les idées de Marmorek, qui tire des conclusions avantageuses du traitement, par son sérum, de l'infection puerpérale, parce que ce même sérum peut guérir l'érysipèle. Pinard cite l'article de Vidal sur la *streptococcie*, dans lequel, celui-ci " nous montre le poly-morphisme des lésions déterminés par le streptocoque sur tous les organes, sa présence dans presque toutes les infections, où il peut arriver à masquer même l'agent pathogène véritable, sa fréquence telle qu' "il n'est guère d'être humain qui n'ait eu à en souffrir dans le " cours de son existence."

Il nous fait suivre les différentes étapes de l'infection depuis l'érysipèle jusqu'aux lymphangites réticulaires, tronculaires, ou ganglionnaires; depuis la réaction réticulaire et tronculaire légère, à la réaction ganglionnaire moyenne, jusqu'à la

réaction septicémique intense, l'infection généralisée. Il nous montre toute la série des manifestations qui se placent entre les deux points extrêmes, l'érysipèle et la septicémie, telles que: les suppurations, les exsudats séro-fibrineux, les fausses membranes fibrineuses, les hémorragies d'origine infectieuse, les endocardites, les artérites, la phlegmatia alba dolens, les déterminations viscérales.

"Ce: diverses altérations, nous dit encore Pinard en citant "Widal, on peut les trouver en plus ou moins grand nombre "chez le même individu. De toutes les maladies, l'infection "puerpérale est celle qui réalise le mieux la synthèse des di- "verses lésions à streptocoques. Elle est la maladie de choix, "pour quiconque veut étudier le rôle du streptocoque en pa- "thologie. Chez la nouvelle accouchée, ce microbe peut dé- "terminer des suppurations localisées ou généralisées, aiguës "ou chroniques, des fausses membranes fibrineuses, de la "phlegmatia, des septicémies bénignes ou graves, aussi bien "que l'érysipèle."

M. Pinard cite les travaux de M. Marmorek et les discute. "L'infection à streptocoques, dit-il, n'est pas comparable à l'infection diphtérique dont le traitement par la sérothérapie a fourni les beaux résultats que l'on sait. Dans la diphtérie, le microbe est cantonné, localisé dans la fausse membrane, et ne pénètre pas dans l'organisme; il est, suivant l'expression de M. Roux, "en dehors de l'économie." Ce sont ses produits toxiques qui pénètrent dans l'économie, et c'est contre cette intoxication que le sérum est appelé à agir. Dans l'infection à streptocoques, ainsi que le prouve l'anatomie pathologique, le microbe montre une grande tendance à diffuser, à pénétrer dans tout l'organisme, à l'envahir. S'il est encore localisé dans l'érysipèle, par les réactions lymphatiques qu'il trouve sur son chemin, s'il est encore cantonné à la surface de l'utérus, pendant les premières heures de la contamination, dans l'infection puerpérale, il ne tarde pas à pénétrer par la large porte d'entrée que lui offre l'utérus cruenté, et par les voies lymphatiques béantes, pour envahir l'organisme et l'attaquer par sa propre diffusion, plutôt que, comme cela se passe

dans la diphtérie, par la seule diffusion de ses produits solubles. De telle sorte que le streptocoque qui envahit la muqueuse de l'utérus parturient ne peut être considéré de la même façon que le bacille de la diphtérie, qu'on trouve dans la fausse membrane, puisque l'un va pénétrer dans l'organisme, et que l'autre n'y pénétrera pas. De telle sorte que l'infection à streptocoque se différencie, non-seulement des autres infections, mais qu'il y a lieu aussi d'établir des distinctions entre les différentes infections à streptocoques, en faisant intervenir, comme l'a fait Widal, l'influence de la porte d'entrée, qui entraîne comme conséquence, ici l'infection puerpérale, là un érysipèle. *On ne peut donc pas conclure d'érysipèle à fièvre puerpérale.* Je souligne ces derniers mots qui ont une portée considérable.

Pinard ajoute: " il est intéressant au point de vue qui nous occupe, d'examiner de près les *résultats expérimentaux* de M. Marmorek.

" Le pouvoir préventif, dit cet auteur, est mesuré sur la " quantité nécessaire pour rendre insensible, à l'action d'une " dose dix fois mortelle, un lapin de 1.600 à 1.800 grammes, " qui l'a reçue douze à dix-huit heures avant l'infection.

" Mais cette action immédiate du sérum est limitée: si on " inocule au-delà d'une certaine limite, la mort sera la règle, " alors même que l'on aurait introduit beaucoup plus de sérum " dans le corps de l'animal."

" Voilà pour le pouvoir préventif: au point de vue du pouvoir curatif, voici les remarques faites par Marmorek:

" La guérison d'un animal déjà malade est beaucoup plus " difficile à obtenir que la préservation. . .

" Dans ce cas, pour réussir, il faudra employer beaucoup " plus de sérum, et intervenir pas trop longtemps après l'inoculation, sans quoi tous les traitements seront inutiles.

" Mais, après le délai de six heures, toutes les tentatives de " curation ont échoué."

" Il ne faut pas oublier qu'on expérimente avec un streptocoque hypervirulent, et M. Marmorek a eu des succès en faisant des injections vingt-quatre ou trente heures après l'inoculation, si celle-ci avait été faite avec des microbes de virulence ordinaire.

“ Enfin, on sait que l'action nocive du microbe ne se manifeste pas seulement par son énergie à la pullulation, mais aussi par les substances toxiques qu'il secrète. A ce point de vue, M. Marmorek reconnaît que le sérum dont il dispose ne jouit que d'un pouvoir antitoxique faible.

“ En résumé, l'action du sérum, ayant pour point de départ un microbe hypervirulent, a bien des chances d'être efficace dans la plupart des infections, mais cette action se trouve limitée, et il est des infections qu'elle ne peut atteindre, à savoir: lorsque l'infection est très intense et lorsqu'on l'attaque trop tard (après six heures dans les infections hypervirulentes).”

Remarquez bien que ce sont là les conclusions tirées des expériences sur les animaux. Lorsqu'il s'agira de conclure des résultats de l'emploi du sérum sur l'être humain, les termes ne seront peut-être pas les mêmes.

Enfin citant, en dernier ressort, les paroles suivantes de Marmorek, Pinard les analyse et les commente: “ Le sérum antistreptococcique, dit Marmorek, est spécifique: il ne s'adresse qu'aux infections à streptocoques: il faut donc établir le diagnostic *bactériologique* de la maladie.”

“ Le sérum agit d'autant mieux qu'on l'administre plus tôt et que l'infection puerpérale est simple, c'est-à-dire causée par le streptocoque seul. L'association du *Bactérium coli* est une complication fâcheuse qui n'est pas influencée par le sérum.

“ Nous tenons pour nuisible toute intervention intra-utérine, telle que lavage, curetage, qui sont trop souvent l'occasion de nouvelles inoculations. Elles devront être réservées seulement aux cas de rétention de débris placentaires ou de pus, par cause mécanique.”

*Le sérum antistreptococcique est spécifique, il ne s'adresse qu'aux infections à streptocoque; il faut donc établir le diagnostic bactériologique de la maladie.*” Or, répond Pinard, ce diagnostic bactériologique, que Marmorek demande d'une façon expresse, n'est pas chose aisée, quand il s'agit d'infection puerpérale. Ou faut-il chercher le streptocoque? Dans le sang? Nous savons qu'il peut y manquer (Widal), s'y montrer d'une façon

intermittente (Basset, Ettlinger). Dans l'utérus? Mais Widal nous a appris qu'on le trouvait dans la cavité utérine qu'exceptionnellement à l'état de pureté; ce n'est qu'après avoir traversé la muqueuse utérine qui, suivant l'expression de cet auteur, joue vis-à-vis des autres microbes le rôle d'un véritable filtre qu'on retrouve le streptocoque à l'état de pureté dans les lymphatiques ou les sinus veineux." *Le sérum agit d'autant mieux qu'on l'administre plus tôt.* Comment faire pour l'administrer aussitôt s'il faut faire le diagnostic bactériologique. Pinard, après avoir dit les difficultés d'un diagnostic bactériologique, en dehors des cas où l'on peut rencontrer le streptocoque dans le sang, ajoute: " Or, dans ces cas, dont le nombre sera restreint, le diagnostic bactériologique sera porté à une époque assez avancée de l'infection, assez éloigné du moment de l'inoculation, pour craindre, d'après ce qu'ont appris les faits expérimentaux, que l'action du sérum soit trop tardive. Si l'on ne peut pas porter le diagnostic bactériologique au moment où apparaît l'infection, lors de la première élévation de température, chez la nouvelle accouchée, faudra-t-il pratiquer aussitôt et à tout hasard une injection de sérum, en se gardant de toute intervention intra-utérine dans la crainte d'inoculer de nouveau? "

*Nous tenons pour nuisible toute intervention intra-utérine.*

" Mais, alors, répond encore Pinard, si l'infection n'est pas seulement à streptocoques, le sérum sera inactif et, comme aucun traitement local n'aura été fait, l'infection aura fait du progrès. De plus, nous ne savons pas si les premiers accidents de l'infection puerpérale, les premières élévations de température, ne sont pas dues à la pénétration seule des produits toxiques, alors que les microbes sont encore cantonnés dans l'utérus; et cette hypothèse a beaucoup de vraisemblance quand on considère le nombre considérable d'infections qui avortent après un unique traitement intra-utérin. Si ce traitement intra-utérin n'est pas fait, dès la première heure, à la première alerte, s'il est remplacé par l'injection de sérum, dont, sur l'aveu même de l'auteur, l'action toxique est légère, qu'aura-t-on fait contre l'infection? Rien, sinon qu'on aura laissé

le temps aux microbes de diffuser, de pénétrer, sinon de multiplier."

*Toute intervention intra-utérine est trop souvent l'occasion de nouvelles inoculations.*

A cela, Pinard répond: "si l'on accuse le traitement intra-utérin, depuis la simple injection intra-utérine jusqu'au curetage, de produire des inoculations, que sont ces inoculations, par rapport à l'inoculation antérieure, cause de l'infection?"

*Les interventions intra-utérines devront être réservées seulement aux cas de rétention de débris placentaires ou de pus, par cause mécanique.*

"Mais, dit Pinard, il suffit d'avoir regardé, après n'importe quel curetage l'amas considérable de débris de caduque, formant une masse bien supérieure au volume d'un cotylédon placentaire, pour être assuré que cette caduque farcie de microorganismes est aussi redoutable que n'importe quel cotylédon. Et qui donc peut affirmer que l'utérus est vide de tout débris placentaire?"

De ce travail de M. Pinard on doit surtout retenir quelques phrases ou plutôt quelques conclusions qui ont une portée immense.

Les voici:

"En somme, à l'heure actuelle, à n'envisager que les faits cliniques, aussi bien ceux de MM. Charrin et Roger, que ceux de M. Marmorek, l'efficacité du sérum antistreptococcique n'est pas encore démontrée, et nous n'avons pas le droit de recourir à la sérothérapie à l'exclusion de la thérapeutique intra-utérine."

Cette autre conclusion n'est pas moins suggestive: "Nous pouvons nous demander quelle doit être la conduite à tenir en présence d'une infection puerpérale, à l'heure actuelle.

Il résulte de ce qui précède qu'on a le droit, puisque l'inocuité du sérum antistreptococcique est établie, de l'employer, mais qu'on a aussi le devoir de recourir au traitement intra-utérin dont l'efficacité est établie."

(A suivre)

# REVUE GÉNÉRALE

---

## DES INJECTIONS HYPODERMIQUES

Par H. MERVIEUX

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie, Médecin de l'Hôtel-Dieu

---

A la demande de jeunes, je veux, aujourd'hui, faire quelques réflexions sur la technique des injections sous-cutanées. Nous étudierons d'abord la seringue elle-même, le manuel opératoire, les accidents, et les solutions ou liquides employés en injections hypodermiques.

Je demande pardon aux lecteurs habituels de la Revue de thérapeutique de les entretenir de choses aussi simples; le désir de rendre service à nos confrères d'hier sera mon excuse.

*Seringues.* — Nombreuses sont les seringues hypodermiques offertes à la profession médicale. Les manufacturiers recherchent maintenant la plus grande simplicité, d'abord, parce que plus la seringue est simple et plus elle est facile à manier et, en second lieu, moins il y a de pièces à un instrument, plus il est aisé de le garder en bon ordre.

La question de stérilisation de la seringue hypodermique a, de même et pendant longtemps, mis à l'épreuve la patience et l'ingéniosité des inventeurs. L'on a trouvé, je crois, le desideratum sur ce point, en fabriquant des seringues en verre, barils et pistons. L'aiguille en platine irridié et la seringue toute de verre voilà, je crois, l'idéal.

L'on dit ces seringues plus fragiles et, en définitive, plus coûteuses parce qu'il faut les remplacer plus souvent? J'ai acheté, il y a trois ans, une seringue hypodermique qui, dans le temps, m'a coûté 50 cts. C'est dire qu'avec un peu de soin, elles durent bien et je crois même que si on ne les frappe pas contre un corps dur, elles peuvent être gardées en ordre plus longtemps que les seringues métalliques dont les pistons et les bouts vissés sont si souvent déranges.



Nous avons maintenant non seulement les seringues hypodermiques (Pravaz) en verre, mais aussi les grandes seringues à sérum. Ces seringues sont d'une stérilisation facile, elles peuvent être bouillies, ou encore laissées à demeure dans une solution de sublimé, ce qui assure leur parfaite stérilisation. au moment de s'en servir, l'on n'a qu'à les passer à l'eau bouillante, si elles étaient dans une solution de bichlorure.

L'aiguille en platine irridié peut être flambée sans danger de détérioration. L'aiguille en acier peut aussi être flambée, à la condition de laisser de l'eau dans le canal de l'aiguille, la flamme stérilise l'extérieur et l'eau bouillante dans l'aiguille en stérilise l'intérieur. Par ce procédé l'on peut stériliser les aiguilles ordinaires à la flamme sans les gâter.

*Manuel opératoire.* — Les injections hypodermiques peuvent être faites sur toute la surface cutanée. Il y a cependant des endroits de choix selon le volume ou la nature de l'injection à faire.

Ainsi, les injections de morphine se font en un point aussi rapproché que possible du siège de la douleur. Les larges injections de sérum se font généralement sous la peau des flancs, ou encore sous les glandes mammaires chez la femme.

Les injections de matières insolubles, v. g., calomel, se font généralement en plein muscle et dans la fesse.

Pour faire pénétrer l'aiguille dans la peau, l'on soulève entre le pouce et l'index un pli de la peau et dans le triangle formé au bout de ce pli l'on enfonce l'aiguille parallèlement au tissu cutané et sous ce dernier dans l'espace cellulo-graisseux; la peau est alors laissée à elle-même, le pli s'efface et l'on pousse tranquillement le liquide à injecter.

L'on peut encore faire pénétrer l'aiguille en l'enfonçant simplement perpendiculairement à la surface de la peau jusqu'à la garde, c'est la méthode employée pour injections dans les muscles ou dans les tumeurs. Si l'on emploie cette dernière méthode surtout dans un champ d'injection où les vaisseaux sont nombreux et volumineux, il vaut mieux introduire d'abord l'aiguille libre et n'adapter la seringue chargée qu'après que l'aiguille sera en place. De cette façon, l'on serait averti

de la piqûre d'un vaisseau par l'apparition d'une gouttelette de sang, et l'on pourrait changer la direction de l'aiguille et éviter de faire une injection directement dans une veine ou dans une artère.

La partie la plus importante du manuel opératoire, c'est la *réalisation d'une asepsie parfaite*.

Nous avons vu que la seringue et l'aiguille devaient être parfaitement stérilisées. Nous devons aussi faire un bon lavage du champ cutané dans lequel l'injection doit être faite, puis faire une bonne antisepsie locale.

Enfin les solutions ou liquides à injecter devront aussi être parfaitement stériles.

*Accidents.* — Les lésions inflammatoires sont de beaucoup les accidents les plus fréquents de l'injection hypodermique, depuis une simple irritation avec douleur et rougeur de la peau, jusqu'à la formation d'un véritable abcès et quelquefois même jusqu'à la gangrène des tissus. Ces phénomènes inflammatoires peuvent se produire immédiatement après l'injection ou n'apparaître qu'à une époque plus tardive. Ils sont presque toujours le résultat d'un défaut de stérilisation et peuvent aussi dépendre de la nature irritante du corps injecté.

Ces phénomènes inflammatoires sont dans certains cas utilisés en thérapeutique; ils servent de base à la méthode hypodermique substitutive de Luton.

L'on a aussi remarqué des troubles à la suite d'injections sous-cutanées, ces troubles sont dûs à la lésion d'un nerf par l'aiguille, l'injection pouvant même être poussée dans la gaine du nerf ou dans le nerf lui-même. Ces troubles sont passagers.

La pénétration dans les vaisseaux par l'injection produit souvent des accidents d'intoxication grave.

Les accidents généraux de l'injection hypodermique sont des accidents d'intoxication. Ils peuvent dépendre de la susceptibilité du sujet, d'une dose trop considérable du médicament, de l'imperméabilité des reins du malade injecté. Il faut mettre beaucoup de prudence dans l'injection de substances actives, d'autant plus que l'on est presque dans l'impossibilité de combattre les effets toxiques des injections sous-cutanées.

*Solutés.* — Dans presque tous les cas ce sont des substances solubles que l'on injecte sous la peau et l'on ne fait que de rares exceptions à cette règle, v. g., injections de calomel, etc.

Les liquides qui servent à dissoudre les corps à injecter, sont : l'eau distillée, la vaseline liquide, les huiles végétales, l'éther, le chloroforme, la glycérine.

Il va sans dire que ces différents véhicules doivent être parfaitement stériles si l'on veut éviter les accidents inflammatoires.

Les solutions fraîches, faites immédiatement avant l'injection, doivent être, en général, préférées aux solutions anciennes. Il est bien facile maintenant d'avoir toujours des solutions immédiates en employant les triturés solubles pour injections hypodermiques, et tous les médicaments actifs, alcaloïdes et autres se trouvent sous cette forme de tablettes hypodermiques.

Les quantités à injecter varient passablement : les solutions de substances actives s'injectent de quelques gouttes à 1c. c. Les injections d'huiles qui ne contiennent pas de principes irritant sont plus considérables et vont de 15 à 60 grammes ( $\frac{1}{2}$  à 2 onces) et plus.

Le sérum artificiel s'administre souvent et les doses varient de 30 à 500 et même 1000 grammes (1 à 16 et même 32 onces) en un ou deux endroits.

Les principes alcaloïdiques se trouvent tous sous forme de tablettes parfaitement solubles et exactement titrés et il est préférable, je crois, de les employer sous cette forme, je ferais peut être de rares exceptions en faveur de certaines solutions inaltérables et reconnues comme absolument supérieures v. g. solution de digitaline Miahle-Petit.

Il ne sera pas inutile de publier quelques formules de solutions de substances administrées en injection hypodermique.

#### Arsénicaux :

1. Liqueur de Fowler ..... 1 partie.
- Eau distillée..... 2 parties.

Une seringue :

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| 2. Liqueur de Fowler ..... | 5 parties.     |
| Eau distillée.....         | } à 5 parties. |
| Glycerine.....             |                |

Une seringue :

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| 3. Arséniate de soude..... | 0 gr. 05 cent. à 0 gr. 10 cent. |
| Eau distillée.....         | 10 gr.                          |

$\frac{1}{4}$  de seringue.

Caféine :

- |                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| 1. Caféine .....          | 4 gr.            |
| Salicylate de soude ..... | 3 gr.            |
| Eau distillée.....        | 6 gr.            |
| 2. Caféine.....           | 2 gr. 50 centig. |
| Benzoate de soude.....    | 3 gr.            |
| Eau distillée.....        | 6 gr.            |

La caféine presque insoluble dans l'eau pure devient rapidement et complètement soluble dans une solution légère de salicylate ou de benzoate de soude, ce qui est une qualité très importante quand l'on veut faire une injection sur le champ, dans les cas urgents. La pharmacie fournit des tablettes hypodermiques de sodio-benzoate de caféine.

Calomel :

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. Injection au calomel (Foy).         |                  |
| Calomel.....                           | 4 gr.            |
| Gomme arabique .....                   | 8 gr.            |
| Eau distillée .....                    | 250 gr.          |
| 2. Calomel .....                       | 0 gr. 50 centig. |
| Vaseline liquide ou huile d'olive..... | 25 cent. c.      |

Stérilisez. Un centig. de calomel par  $\frac{1}{2}$  cent. cube.

Agitez.

Solution pour injection hypodermique (Heiss) :

- |                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| 3. Calomel .....                | } à 5 parties. |
| Chlorure de sodium .....        |                |
| Eau distillée.....              |                |
| Mucilage de gomme arabique..... | 5 parties.     |

F. s. a.—On injecte une fois par semaine 0 gr. 10 centig. de calomel. Faire quatre à six injections.

## Cocaïne :

Chlorhydrate de cocaïne ..... 1 à 4 parties.  
Eau distillée ..... 100 parties.

## Ergot. Solution titrée d'Yvon :

L'ergotine d'Yvon représente son poids d'ergot et peut être donnée en injection hypodermique.

2. Ergotinine (Tanret)..... 0 gr. 01 cent.  
Acide lactique..... 0 gr. 02 cent.  
Eau de laurier-cerise..... 10 gr.  
Contient un milligr. d'ergotinine par centim. cube.

DOSE.—III à X gouttes à la fois jusqu'à XX gouttes par jour.

## Iodoforme :

1. Iodoforme..... 1 gr.  
Ether..... 6 à 10 gr.

DOSE.—Une à deux seringues.

L'iodoforme peut être dissout dans la glycérine, l'huile d'olive, la vaseline liquide.

## Permanganate de potasse :

Permanganate de potasse..... 1 partie.  
Eau distillée ..... 100 parties.  
2 à 3 seringues.

## Quinine :

1. Bromhydrate neutre de quinine ..... 1 partie.  
Eau distillée bouillie..... 9 parties.  
1 à 5 centim. cubes.

2. Chlorhydrate neutre de quinine..... 5 gr.  
Eau distillée bouillie..... q s. pour 10 c. c.  
1 à 2 c. c. par jour.

3. Chlorhydrate basique de quinine..... 3 gr.  
Antipyrine ..... 2 gr.  
Eau distillée bouillie..... 6 gr.  
Une à trois seringues par jour.

## Gaïacol. Gaïacol iodoformé (Dr Picot) :

1. Gaïacol ..... 5 parties.  
Iodoforme ..... 1 partie.  
Huile d'olive stérilisée..... 200 parties.  
Une seringue.

## Gaiacol eucalypté. (Dr Pignol):

- |   |              |
|---|--------------|
| 2. Gaiacol .....                        | 5 parties.   |
| Eucalyptol.....                         | 14 parties.  |
| Iodoforme .....                         | 1 partie.    |
| Huile stérilisée, q. s. pour faire..... | 100 parties. |
| Une seringue.                           |              |

## Créosote. Créosote cocaïnée. (Dr Josias):

- |   |              |
|---|--------------|
| 1. Créosote pure de hêtre.....                        | 10 gr.       |
| Cocaïne (dissoute dans q. s. d'acide oléique.....)    | 0.10 centig. |
| Huile d'olive pure stérilisée, q. s. pour faire ..... | 80 c. c.     |
| Une seringue.   |              |
| 2. Créosote.....                                      | 10 parties.  |
| Huile d'olive stérilisée.....                         | 140 parties. |
- 10 à 30 grammes par jour.

## Sérums artificiels:

## SÉRUM CHIRURGICAL.

- |                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| 1. Chlorure de sodium..... | 7 gr. 50 centig. |
| Eau distillée.....         | 1000.            |
| Stérilisez.                |                  |

Injecter à hautes doses dans le collapsus, la septicémie, l'éclampsie, l'urémie, le choléra, etc.

## Sérum artificiel (Hayen):

- |                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| 2. Chlorure de sodium pur..... | 5 parties.    |
| Sulfate de soude.....          | 10 parties.   |
| Eau distillée.....             | 1000 parties. |

Filtrez et stérilisez; chauffez au B. M. à 38 d., et injectez dans les veines à la dose de 1,000 à 2,500 gr.

THE UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY

# SOCIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

*Séance du 20 Mai 1902*

Présidence de M. le Dr DEMERS

### Procès-verbal.

Les minutes de la dernière séance sont mises aux voix et adoptées.

### Rapports.

— I. M. ALPHONSE MERCIER rapporte le résultat d'une autopsie faite le jour même à l'hôpital Notre-Dame. Il s'agit d'un homme de 59 ans, mort d'asystolie après plusieurs séjours dans le service.

*Examen externe.* — Œdème considérable des membres inférieurs. Le scrotum et le pénis ont pris des dimensions énormes. Pas d'ascite. La figure un peu bouffie offre la teinte jaune pâle des brightiques.

*Examen des organes.* — Le foie est plutôt petit, rétracté; il donne au doigt une sensation rude; l'on voit nettement, en y regardant de près, que la surface de l'organe est mamelonnée, parsemée de petites élevures très appréciables au toucher, congestion légère. Les reins sont petits. La capsule s'enlève assez facilement, bien qu'adhérente en quelques endroits; congestion intense, couche corticale amincie; zone des pyramides plus étroite que d'habitude; le hile (tissu graisseux et région du bassinet) semble avoir une étendue relativement anormale.

Poumons; congestion intense des deux bases.

Le cœur très gros, énorme, véritable cœur de bœuf, présente sur le feuillet viscéral du péricarde plusieurs taches laiteuses; le ventricule gauche est rempli de sang. La crosse aortique est agrandie, dilatée.

Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire et la tricuspide sont saines. Le ventricule droit est dilaté, ses parois sont amincies. Le ventricule gauche est considérablement agrandi (le double, peut-être, de sa capacité normale). Ses parois sont hypertrophiées.

La grande valve mitrale est très épaissie, dure, mais ni rétractée, ni rugueuse. La petite valve mitrale paraît saine.

Les valvules sigmoïdes aortiques, farcies de nodosités rugueuses, sont presque transformées en lames cartilagineuses; elles ont perdu toute élasticité et sont nettement insuffisantes à l'épreuve de l'eau.

L'aorte, à part la dilatation dont il a été question plus haut, offre de nombreuses taches laiteuses, analogues à celles du péricarde: ces taches se présentent sous forme de longues traînées formant une légère saillie sous l'endartère et se prolongeant assez loin dans le vaisseau.

En résumé, la lésion principale porte sur le système aortique. Qu'il y ait eu insuffisance mitrale avant la mort, la chose est possible, si l'on en juge par l'épaisseur de la grande valve mitrale et la congestion des bases pulmonaires. Mais il n'en reste pas moins que le malade, par son cœur, était surtout un aortique.

Je n'ai pas ici à faire le diagnostic différentiel de l'insuffisance aortique et de l'insuffisance mitrale, je rappellerai seulement que celle-ci se caractérise, (entre autres signes) par un souffle au premier temps, à maximum exactement apexien, se propageant dans l'aisselle et qui s'entend dans le dos, vis-à-vis l'oreillette gauche, entre l'omoplate et la colonne vertébrale.

Cette propagation dorsale résulte de la direction même de l'ondée sanguine qui reflue du ventricule dans l'oreillette gauche et qui caractérise l'insuffisance mitrale.

D'un autre côté l'hypertrophie cardiaque n'a rien à voir avec l'insuffisance mitrale et dans le cas actuel devait mettre sur la voie du diagnostic.

Ce n'est pas à dire qu'elle soit synonyme d'insuffisance aortique car elle se voit aussi dans le rétrécissement aortique, dans les néphrites chroniques; mais elle n'en constitue pas



moins un des signes cardinaux et qui doit tout de suite attirer l'attention de côté.”

“Je ferai observer, en passant, que la pression artérielle est souvent élevée, rarement inférieure à la normale, contrairement à ce qu'on croyait avant les études sphygmomanométriques de notre maître Potain; on doit donc être prudent dans l'administration de la digitale à ces malades. La digitale comme on sait élève la pression artérielle, et peut très bien amener par exagération des résistances périphériques, une défaillance du cœur souvent fatigué et incapable de lutter avec avantage contre ce nouvel obstacle.

On s'accorde généralement sur la foi des *traités* à considérer l'insuffisance aortique comme une cause fréquente de mort subite. Depuis quelques années, cependant, on s'est aperçu, dans les nombreuses autopsies médico-légales pratiquées à la morgue de Paris et Berlin, que les cas de mort subite relèvent assez rarement de cette affection.

Il semblerait donc, aujourd'hui qu'il faille un peu modifier l'ancien pronostic de l'insuffisance aortique.

#### Discussion.

— M. DEMERS. Je crois pouvoir vous donner quelques renseignements sur la pièce anatomique que je tiens à la main.

Le sujet était âgé de 67 ans. Il est venu au moins quatre fois dans mon service à l'hôpital Notre-Dame, dans l'espace de deux ans.

Chaque fois il présentait de l'orthopnée avec rales secs, humides et sibilants.

Il présentait de l'infiltration des extrémités inférieures, urines rares, foncées, et présentait de l'albumine.

Depuis longtemps le malade se levait la nuit pour uriner, avait un mal de tête en casque de pompier, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue, le choc électrique avant de s'endormir. Sensation de cryesthésie, de doigt mort, crampes dans les mollets, etc. La flexion et l'extension des jambes provoquait des craquements par les ostéophytes dans l'articulation du genou. J'avais donc là un artério-scléreux chez qui il y avait de l'insuffisance urinaire avec bronchite in-

tense. Présence d'arc sénile. L'auscultation du cœur donnait à la pointe, au premier temps, un bruit de souffle en jet de vapeur d'une seule tenue, occupant tout le premier et se propageant presque dans l'aisselle et le dos. Ce bruit a été constaté par moi, de même que par M. le Dr Rottot, d'autres médecins et mes élèves de 4e année. Il n'y avait pas de souffle au deuxième temps dans le 2e espace intercostale gauche. Pas de pouls capillaire à la luvette ni au palais mou, sur le front, pas de double souffle intermittent crural. J'en ai fait un artérioscéléreux avec une lésion mitrale.

La dernière fois qu'il est venu dans mon service c'était la semaine passée, il avait des râles secs et humides avec crachats hémotoïques. J'ordonnai les ventouses scarifiées avec deux gouttes de teinture de digitale et de strophantus et une goutte de solution de nitro-glycérine au 100. Ici le but de la nitro-glycérine était de maintenir la dilatation de l'aorte après la systole du ventricule. Malgré les piqûres de strychnine et tous les autres moyens, le malade était considéré comme perdu, et dans cette persuasion, je chargeai M. le Dr Ouimet, mon interne, de me prévenir lorsque le sujet serait transporté chez Morgagni.

La première nouvelle que j'en ai, je trouve une pièce, le cœur, ici, et, le rapporteur, M. le Dr A. Mercier, nous dit qu'il n'a pas fait l'épreuve de l'eau.

Cependant, il y a des plaques presque calcaires à la crosse de l'aorte, mais on n'a pas cherché la perméabilité des artères coronaires qui nous aurait peut-être expliqué les crises d'angine de poitrine que présentait notre malade. J'aurais aimé à suivre la dissection de l'aorte et voir l'ouverture des artères collatérales afin de me rendre compte de l'anémie des organes irrigués par ces branches rétrécies.

— M. HERVIEUX dit que la digitale est toujours contre-indiquée dans l'insuffisance aortique, excepté dans les cas où cette lésion est compliquée d'une lésion de la valvule mitrale.

— M. LESAGE. Dans les détails d'observation rapportés par M. Demers, je remarque que le malade a présenté des signes d'angine de poitrine. Ces faits s'expliquent facilement et tendent à corroborer le diagnostic d'insuffisance aortique.

En effet, les crises d'angine de poitrine sont provoquées par l'obstruction des coronaires amenant ainsi une dénutrition du muscle cardiaque; mais la dénutrition peut devenir équivalente dans l'insuffisance aortique bien que les artères coronaires soient et restent perméables. Au point de vue physiologique, le sang ne pénètre dans les artères coronaires qu'à la condition que les valvules sigmoïdes se ferment hermétiquement; le choc en retour permet au sang de s'engager dans l'ouverture des artères nourricières du cœur à chaque pulsation.

Or, détruisez les conditions de ce phénomène physiologique, que se passe-t-il? Dans un cas, l'obstruction des coronaires, le sang ne pénètre pas à cause de l'imperméabilité des vaisseaux par sclérose; dans l'autre, l'insuffisance aortique, par exemple, le sang ne pénètre pas davantage à cause de la destruction, en tout ou en partie, des valvules sigmoïdes; il retourne, pour une bonne part, dans le ventricule gauche qui s'hypertrophie, comme dans ce cas-ci, qui s'anémie pour les mêmes raisons et qui manifeste sa fatigue par des crises à peu près semblables à celles que ce malade a présentées et qui auraient dû attirer l'attention de ce côté, car l'insuffisance mitrale, à elle seule, ne s'accompagne pas de crises d'angine à répétition. Néanmoins, ces cas sont instructifs et méritent toute notre attention.

— II. M. OSCAR MERCIER présente à la Société un malade opéré dans son service à l'hôpital Notre-Dame. C'était un cas de *luxation sous-astragalicenne en dehors*. M. Mercier a tenté sans aucun succès, malgré les plus grands efforts, la réduction avec l'aide du chloroforme. Il s'est alors décidé à enlever, le plus vite possible, l'os luxé, se rappelant un cas semblable qui lui avait été envoyé de la campagne, aussi, à l'hôpital Notre-Dame, il y a 3 ans, et qui s'était terminé par amputation à cause, d'abord, du retard du malade à se rendre à l'hôpital, temps pendant lequel la peau recouvrant l'astragale s'était sphacellée, ensuite parce que malgré ses avertissements le malade avait refusé de se laisser enlever de suite son astragale luxé et irréductible.

M. Mercier décida, pour ce dernier cas, de ne pas attendre cette sphacelle de la peau inévitable ici, étant donné son extrême tension.

“ Comme je n'ai pu constater l'irréductibilité qu'une fois le malade endormi et que je n'avais pas de sa part la permission de lui faire une intervention sanglante, je fus obligé de remettre au lendemain, un dimanche, l'ablation de son astragale.

L'opération fut des plus simples : une incision longitudinale à l'axe de l'os, au point le plus proéminent, parallèlement à la tibiale postérieure ; puis, l'astragale étant dégagé, il est violemment arraché à l'aide du davier de Farabœuf, dans un mouvement de torsion à droite puis à gauche, un coup de ciseaux rompant la dernière adhérence du ligament latéral externe.”

Le conférencier insiste sur ce fait qu'il préfère l'arrachement à la dissection telle que prônée dernièrement à la société de Chirurgie de Paris, par un de ses membres les plus distingués. C'est plus rapide et moins dangereux. Une fois l'os extrait de sa cavité, M. Mercier fut tout surpris de voir que l'artère tibiale était sectionnée, il cru d'abord l'avoir coupée dans son incision, mais il s'aperçut, en y regardant de plus près, que les deux extrémités libres du vaisseau étaient parfaitement obturées par un petit caillot déjà organisé : ce qui prouverait que l'artère fut coupée la veille par pression sur l'astragale lui-même.

“ Il est à remarquer, une fois l'astragale parti, combien facilement se produit la réduction, ce qui nous donne une articulation ayant dès ce moment toute l'apparence et tous les mouvements de l'articulation normale.”

M. Mercier dit que pour lui, dans les cas où la réduction est impossible sans ouvrir l'articulation, il préfère l'astragalectomie à la réduction à ciel ouvert qui est une opération délicate, difficile, souvent impossible, et avec laquelle on est souvent exposé à voir l'astragale, si laborieusement remis en place, se nécroser.

M. Mercier nous présente son malade cinq semaines après l'opération, celui-ci s'est rendu à pied à l'assemblée, et le résultat constaté est très bon, les mouvements de flexion et d'extension se font bien ; il n'y a pas d'exagération dans les mouvements de latéralité.

L'articulation, en somme, est bonne et solide.

**Discussion.**

— M. MARIEN. " Le résultat que l'on constate chez le malade de M. Mercier est très bon, et je l'en félicite.

Cependant, je ne suis pas prêt à admettre en principe la nécessité de l'astragalectomie dans tous les cas d'astragale luxé, cela me semble un peu trop radical.

Je sais que, dans bien des cas, l'ablation de l'os est la seule chose à tenter; mais je crois que, dans certains cas, on peut obtenir de très bons résultats avec la réduction à ciel ouvert. Les difficultés, pour être assez grandes, ne sont pas insurmontables et, avec une asepsie parfaite, on est à l'abri des accidents consécutifs."

— M. OSCAR MERCIER. Je serais de cet avis si la réduction à ciel ouvert pouvait être faite très facilement, cependant, même dans ces cas, je redouterais la nécrose de l'os.

— M. LASNIER, à propos de la restauration des mouvements des articulations opérées, cite un cas qu'il a observé dans le service de Kirmisson à Paris. Il s'agissait d'un jeune homme de 15 ans souffrant d'une tuberculose du tarse. Tous les os furent curettés, des fragments assez considérables furent enlevés et le malade, qu'il a eu occasion de voir après plusieurs mois, présentait une articulation aussi bonne que celle du malade de ce soir.

M. Lasnier ajoute que ces résultats obtenus dans l'articulation du pied sont de nature à nous rendre très conservateurs lorsque nous avons une articulation malade à traiter.

— M. MARIEN. Dans le cas cité par M. Lasnier, il s'agit d'un enfant, et dans la tuberculose des os la thérapeutique chirurgicale est tout à fait différente lorsqu'il s'agit d'un adulte. Dans la tuberculose des os du tarse chez l'adulte c'est l'ablation complète de toute la partie malade qu'il faut pratiquer et non pas seulement le curettage des os atteints. C'est par une intervention radicale et rapide que l'on pourra arriver à sauver la vie de nos malades.

— Dr OSCAR MERCIER. A eu à traiter plusieurs enfants avec tuberculose des os du tarse et le curettage lui a donné de très bons résultats. Chez les enfants c'est notre devoir de tenter

cette conservation. Il est d'opinion que, chez l'adulte, c'est à l'amputation qu'il faut avoir recours et cela le plus tôt possible.

— III. M. MARIEN rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré pour une *volumineuse hernie scrotale infectée par corps étranger, une arête de poisson.* (Voir plus haut.)

#### Discussion.

— M. LÉCAVELIER demande dans quel état se trouvait l'appendice et quel a été le trajet suivi par le corps étranger pour se rendre dans le sac herniaire.

— M. OSCAR MERCIER. Ne croit pas que l'appendice soit en cause dans le cas rapporté par M. Marien. La chose aurait été facilement constatée à l'opération puisqu'on intervenait en pleine période inflammatoire et que le malade n'avait jamais eu d'accident d'étranglement antérieur à ce dernier.

“ Ceci me rappelle deux cas où il a été trouvé des arêtes de poisson dans des abcès du creux ischio-rectal. Un, opéré par Tillaud, en 1892, et un opéré par moi-même en 1894; et dans ces deux cas il n'y a aucun doute que ces corps étrangers avaient passé à travers la paroi du rectum.

Il est un autre genre de corps étrangers dont je voudrais vous dire quelques mots, ce sont ceux que l'on trouve dans la région inguinale des herniés traités (*mais non guéris*) par les *injections modificatrices de tannin*, d'écorce de chêne blanc. J'ai, dernièrement, opéré deux de ces malades et vu un troisième qui a refusé l'opération.

On ne saurait trop insister sur l'inefficacité de ces injections et sur leurs dangers. Dans ces trois cas il y avait, là, en avant du canal inguinal, mais non dedans, dans l'épaisseur du tissu cellulaire, de petits disques bruns, présentant la forme de graines de citrouilles, réunis ensemble par du tissu conjonctif mais ne formant pas une masse compacte, en sorte que chacun de ces petits disques formait par lui-même un corps étranger.

Il va sans dire que ces injections ne peuvent guérir la hernie, étant donné qu'elles ne sont même pas faites dans le canal inguinal — et pour cause — ceux qui les font redoutent probablement les accidents qu'ils pourraient déterminer étant donnée la proximité des gros vaisseaux, de l'artère épigastrique et des éléments du cordon.

La hernie descend en arrière de cette masse comme si rien n'était et l'opération est plus difficile ensuite parce qu'il faut commencer par enlever tous ces nodules.

J'ai opéré deux de ces malades qui sont aujourd'hui guéris. Le troisième est venu me voir il y a deux mois me demandant si sa hernie était guérie. Je lui ai prouvé que sa hernie n'était pas plus contenue dans l'abdomen qu'auparavant, et je lui ai dit qu'il n'y avait plus qu'une chose à faire c'était de se faire opérer parce que sûrement s'il tentait d'appliquer là-dessus un bandage, ces corps étrangers s'inflammeraient et finiraient par suppurer.

Le malade, craignant l'opération, craignant aussi l'étranglement, a porté un bandage malgré mon avis contraire.

La chose s'est enflammée comme je le lui avait dit; il s'est formé un abcès qui suppure aujourd'hui et qui probablement suppurera jusqu'à élimination complète de ces petits nodules qui agissent maintenant comme de véritables corps étrangers.

— M. MARIEN, en réponse à M. LeCavelier, dit qu'il n'y avait pas d'appendicite chez son malade, et que le corps étranger a probablement franchi la paroi intestinale au niveau de l'S. iliaque.

Quand aux injections modificatrices, il croit qu'il serait temps de protester contre ces procédés illusoires, et qui, cependant, peuvent amener des accidents sérieux.

#### Communications.

— I. M. VALIN annonce à la Société qu'il a reçu une lettre du secrétaire de la " Canadian Medical Association " lui disant que les médecins Canadiens-Français pouvaient lire leurs travaux en langue française et que l'association serait très heureuse de voir tous les médecins de langue française prendre une part active au Congrès qui aura lieu en septembre prochain.

— M. LESAGE propose un vote de remerciements aux officiers.

Dernière séance de l'année.

Le Secrétaire,

J.-P. DÉCARIE.

## QUESTIONS PROFESSIONNELLES

### TEXTE DU BILL RODDICK TEL QUE MODIFIÉ ET ADOPTÉ PAR LES COMMUNES (1)

Acte à l'effet d'établir un Conseil médical en Canada.

Sa Majesté, par et avec l'avis et le consentement du Sénat et de la Chambre des Communes du Canada, décrète ce qui suit :

1. Le présent acte peut être cité sous le titre: *Acte Médical du Canada, de 1902.*

2. Dans le présent acte, à moins que le contexte n'exige une interprétation différente, —

(a) l'expression "médecine" sera censée comprendre la chirurgie et l'art obstétrique, *mais non la chirurgie vétérinaire*, et l'expression "médical" sera censée comprendre chirurgical et obstétrique.

(b) l'expression "Conseil médical provincial" comprend Bureau médical provincial et *Collège des médecins et chirurgiens.*

(c) l'expression "école de médecine" comprend toute institution où s'enseigne la médecine.

(d) l'expression "étudiants" s'entend seulement des personnes admises à l'étude de la médecine en vertu des lois provinciales.

3. Les personnes qui seront de temps à autre nommées ou élues, ou qui deviendront d'autre manière membres du Conseil médical du Canada, en vertu des dispositions du présent acte, sont constituées en corporation sous le nom de "Conseil médical du Canada." — (*The Medical Council of Canada.*) — ci-après appelé "le Conseil."

4 Le but du Conseil est —

(a) d'établir un degré d'aptitudes et de connaissances en médecine qui permettra à ceux qui l'atteindront d'être admis et autorisés à pratiquer dans toutes les provinces du Canada;

(b) d'établir un registre des praticiens en médecine canadiens, et faire la compilation, la révision et la publication de ce registre;

(1) Le petit caractère indique les paragraphes amendés. — Voir L'UNION MÉDICALE, du mois de mars pour comparer.



(c) d'établir et fixer les qualités et connaissances exigées pour l'inscription, y compris les cours d'études à suivre par les étudiants, les examens à subir, et en général les conditions requises pour l'inscription;

(d) de créer et maintenir un bureau d'examineurs pour l'examen et l'octroi de certificats de capacité;

(e) de travailler à élever la profession médicale en Canada à un niveau tel qu'elle puisse être reconnue dans le Royaume-Uni, et que les praticiens canadiens puissent acquérir le droit de s'y faire inscrire en vertu des actes du parlement impérial désignés sous le titre de *Medical Acts*;

(f) l'obtention, avec la coopération et à la demande des différents conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions du présent acte, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés.

5. Le Conseil pourra acquérir et garder tous immeubles qui lui seront nécessaires ou utiles pour atteindre ses fins ou en tirer un revenu applicable à cet objet, et il pourra les vendre, les louer, ou autrement en disposer; mais la valeur annuelle des immeubles possédés et gardés par le Conseil pour des fins de revenu ne devra jamais dépasser la somme de vingt-cinq mille piastres.

6. Le Conseil sera composé —

(a) d'un membre de chaque province, qui sera nommé par le Gouverneur en conseil;

(b) de membres représentant chaque province, dont le nombre sera fixé suivant le nombre de praticiens enregistrés en vertu des lois de la province, dans les proportions suivantes:

Pour le premier 100, ou une fraction de ce nombre.....	Un
Pour le second 100, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié.....	Un
Après les premiers 200, pour chaque 600 suivants, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié.....	Un

Les membres électifs représentant chaque province seront élus — un par le Conseil médical provincial, et les autres par les praticiens dûment inscrits qui auront reçu une licence ou un certificat d'enregistrement dans la province, en vertu de règlements à établir à ce sujet par le Conseil médical provincial; pourvu qu'aucun Conseil médical provincial, non plus que les praticiens réguliers d'aucune province, ne puissent élire comme membre du Conseil qui que ce soit qui sera attaché au personnel enseignant ou au conseil d'administration d'aucune université ou école de médecine constituée en corporation, qui, en vertu des dispositions du présent acte, aura le droit d'élire un membre du Conseil, et qu'ils ne puissent, non plus, ainsi élire qui que ce soit appartenant à quelque école particulière et distincte de la pratique de la médecine du genre de celle mentionnée et visée à l'alinéa (d) du présent paragraphe;

(c) d'un membre de chaque université ou de chaque collège ou école de médecine constitués en corporation en Canada ayant quelque arrangement avec une université l'autorisant à conférer des degrés à ses élèves, engagé dans l'enseignement actif de la médecine, qui sera élu par cette université, ce collège ou cette école, conformément aux règlements applicables;

(d) de trois membres que seront élus par ceux des praticiens en Canada qui sont maintenant reconnus, par la loi de la province où ils pratiquent, comme formant une école particulière et distincte de la pratique de la médecine, et qui, en cette qualité, ont droit, en vertu de la dite loi, de pratiquer dans la province.

2. Personne ne sera membre du Conseil, à moins qu'il ne —

(a) réside dans la province pour laquelle il sera nommé ou élu:

(b) soit inscrit comme membre de la profession médicale en conformité de la loi de la province qu'il représentera;

(c) soit inscrit comme médecin pratiquant dans le registre établi en vertu des dispositions du présent acte; mais cette qualité ne sera requise d'aucun des membres composant le Conseil à son origine.

3. "Aucune province ne sera représentée au Conseil, soit par des membres nommés ou élus, avant que la législature de la province n'ait statué que l'inscription par le Conseil sera acceptée comme l'équivalent d'une inscription au même effet en vertu des lois de la province, et quand toutes les provinces auront légiféré à cet effet, il leur sera loisible de nommer et élire de la manière susdite les membres du Conseil; pourvu toujours que, si quelqu'une des dites législatures abroge ensuite sa législation, prévue par cet article, il ne soit donné à d'autres personnes le droit de pratiquer la médecine dans les limites de la juridiction de cette législature, à raison de leur qualification ou enregistrement, en vertu du présent acte."

7. La durée de charge des membres nommés sera de quatre ans.

2. Les membres élus par les Conseils médicaux provinciaux resteront en charge pendant la durée du mandat des membres du Conseil médical provincial de la province pour laquelle ils auront été élus.

3. Tous les autres membres seront élus pour quatre ans.

4. "Tout membre pourra en tout temps donner sa démission par avis écrit adressé au président ou au secrétaire du Conseil. Si cette démission est acceptée, le Conseil la signifiera par écrit, si c'est un membre nommé, au Secrétaire d'Etat du Canada, et si c'est un membre élu, au secrétaire du Conseil médical de la province ou à toute université, à tout collège ou école de médecine constitués en corporation, ou au président ou secrétaire de toute école reconnue et distincte de pratique de la médecine ainsi représentée, que ce membre représentera."

5. Toute personne qui est ou a été membre, si elle possède les qualités requises, pourra être nommée de nouveau ou être réélue; mais personne ne pourra cumuler les fonctions de deux membres.

6. Dans le cas de membres du Conseil dont la durée de charge touchera à sa fin, leurs successeurs pourront être nommés ou élus en tout temps dans les trois mois qui précéderont l'expiration de leurs fonctions; néanmoins, lorsqu'il se produira quelque vacance parmi les membres du Conseil, soit par expiration de la durée de charge, soit pour toute autre cause, cette vacance pourra être remplie en tout temps.

7. Si l'autorité compétente à élire un membre néglige de le faire, ou manque d'élire un membre possédant les qualités requises, ou de transmettre le nom du membre élu au secrétaire du Conseil dans un délai raisonnable après que cette élection aurait pu avoir lieu, alors, après avis donné par le Conseil invitant le Conseil médical provincial, ou le collège ou l'école constitué en corporation, ou l'université, ou l'école reconnue et distincte de pratique de la médecine, à faire cette élection et son rapport au Conseil sous un mois de la date de la signification de cet avis, le Conseil pourra, si le manquement se continue, faire cette élection lui-même.

8. Un membre nommé ou élu pour remplir une vacance causée par décès ou démission du titulaire, aura les mêmes attributions que celui qu'il remplacera, et occupera la charge pendant le temps qu'il lui resterait à la remplir.

9. "Tout membre nommé ou élu restera en charge jusqu'à ce que son successeur soit nommé ou élu, ou jusqu'à l'expiration de son terme d'exercice, si son successeur est nommé avant l'expiration de ce terme."

8. Le Conseil pourra, au besoin, —

(a) élire dans son sein un président, un vice-président et un comité de régie;

(b) nommer un registraire, qui pourra aussi, si la chose est jugée à propos, agir comme secrétaire et trésorier;

(c) nommer ou engager tous autres officiers et employés qu'il jugera nécessaires pour les fins du présent acte et sa mise à exécution;

(d) exiger et recevoir du registraire, ou de tout autre officier ou employé, tel cautionnement, pour la bonne exécution de ses devoirs, que le Conseil jugera nécessaire;

(e) fixer l'indemnité ou la rémunération qui sera payée au président, au vice-président, et aux membres, officiers et employés du Conseil.

9. Le Conseil tiendra sa première assemblée en la cité d'Ottawa, à la date et à l'endroit que fixera le ministre de l'Agriculture; et ensuite, les assemblées annuelles du Conseil auront lieu aux époques et aux endroits que fixera le Conseil au besoin.

2. Jusqu'à ce qu'il y soit autrement pourvu par ordre ou règlement du Conseil, vingt et un de ses membres formeront quorum, et tous les actes du Conseil seront décidés par la majorité des membres présents.

10. Le Conseil pourra en tout temps établir des règlements, non contraires à la loi ou aux dispositions du présent acte, à l'égard des fins suivantes :

(a) celles mentionnées aux paragraphes *a, b, c, d, et e*, de l'article 4 et en l'article 8 du présent acte ;

(b) la direction, la conduite et l'administration du Conseil et de ses biens et propriétés ;

(c) la convocation et la tenue des assemblées du Conseil, les dates et localités où auront lieu ces assemblées, les délibérations et l'expédition des affaires, et le nombre de membres nécessaire pour former un quorum ;

(d) les pouvoirs et devoirs du président et du vice-président, et le choix de leurs remplaçants, s'ils ne peuvent agir pour quelque cause que ce soit ;

(e) la durée de charge des officiers, et les pouvoirs et devoirs du registraire et des autres officiers et employés ;

(f) l'élection et la nomination d'un comité de régie et d'autres comités pour des fins générales et spéciales ; la définition de leurs pouvoirs et devoirs ; la convocation et la tenue de leurs réunions, et la procédure à suivre pour l'expédition de leurs affaires ;

(g) en général, toutes contributions à imposer, payer ou recevoir en vertu du présent acte ;

(h) l'établissement, le maintien et la tenue d'examens pour s'assurer si le candidat possède ces qualités ; le nombre, la nature, les époques et le mode de ces examens ; la nomination des examinateurs ; les conditions auxquelles seront reçus comme preuve de capacité l'immatriculation et les certificats des universités, écoles et autres institutions médicales ; la dispense pour les candidats, soit partielle, soit totale, de subir des examens ; et en général tout ce qui se rattache à ces examens ou qui est nécessaire ou opportun pour en atteindre le but ;

Pourvu, néanmoins que —

(i) la matière des cours d'études établis par le Conseil ne soit jamais inférieure à celle des cours les plus élevés alors établis pour le même objet dans aucune province ;

(ii) le programme des examens ne soit jamais inférieur aux meilleurs programmes alors établis dans le but de constater les capacités des candidats à l'inscription dans cette province ;

(iii) la possession seule d'un degré d'une université canadienne ou d'un certificat d'inscription provinciale fondée sur cette possession, obtenu postérieurement à la date à laquelle le présent acte sera devenu exécutoire aux termes du paragraphe 3 de l'article 6 du présent acte :

“ Pourvu toujours qu'il ne soit donné aucun effet rétroactif au présent acte, et spécialement pour ce qui est des personnes dûment inscrites comme étudiants sous les lois de quelque'une des provinces du Canada, à l'époque où il deviendra exécutoire comme susdit.”

(i) la reconnaissance des diplômes par une corporation ou autorité britannique, canadienne, coloniale ou étrangère, autorisée à en décerner: l'élaboration et la mise à exécution de tout projet de réciprocité au sujet de l'inscription des praticiens avec toute corporation ou autorité médicale britannique, coloniale ou étrangère: les termes et conditions auxquels, et le cours d'études à la suite duquel les praticiens auront le droit de se faire inscrire en vertu du présent acte, lorsque ces praticiens seront dûment inscrits ou diplômés sous l'empire des lois du Royaume-Uni, ou de celles de toute possession britannique autre que le Canada, ou des lois de tout pays étranger, si cette possession britannique ou ce pays étranger accorde des avantages réciproques au Canada :

(j) en général, tout chose au sujet de laquelle il deviendra nécessaire ou opportun de pourvoir ou de régler pour atteindre le but du présent acte suivant son intention générale.

(k) “l'immatriculation et l'enregistrement de toutes personnes ayant droit, en vertu du présent acte, de figurer sur le registre des praticiens en médecine.”

2. “Aucun règlement promulgué en vertu du présent article n'aura force d'exécution avant d'avoir été approuvé par le gouverneur en conseil, et cette approbation sera une preuve concluante que le règlement n'a pas d'effet rétroactif.”

11. Un exemplaire de tout règlement, certifié conforme par le registraire ou le secrétaire sous son seing et le sceau du Conseil, fera foi devant toute cour de justice, sans autre preuve que la production de cet exemplaire paraissant être ainsi certifié.

12. Le Conseil établira des règlements à l'effet d'assurer aux praticiens qui, en vertu des lois de quelque province, sont maintenant reconnus comme formant une école particulière dans la pratique de la médecine, et à tous les impétrants à l'inscription qui désireront être praticiens de cette école, des droits et privilèges non inférieurs à ceux qu'ils possèdent actuellement en vertu des lois de toute province et des règlements de tout conseil médical provincial.

13. A chaque réunion annuelle du Conseil, celui-ci nommera un bureau d'examineurs, qui sera désigné sous le nom de "Bureau des examinateurs du Conseil médical du Canada," dont le devoir sera de faire subir les examens prescrits par le Conseil, sauf les dispositions de l'article 12 du présent acte.

2. Les membres du bureau des examinateurs pourront être nommés de nouveau.

14. Les sujets d'examen seront fixés par le conseil, et les candidats pourront, à leur choix, être examinés en anglais ou en français: et les examens n'auront lieu que dans les centres où il y aura une université ou un collège activement engagé dans l'enseignement de la médecine, et où il y aura un hôpital ne contenant pas moins de cent lits.

15. Le Conseil fera tenir par le registraire, sous la direction du Conseil, un livre ou registre qui sera appelé le "Registre Médical Canadien," dans lequel seront inscrits, de la manière et avec les détails prescrits par le Conseil, les noms de toutes les personnes qui se seront conformées aux prescriptions du présent acte et aux règlements établis par le Conseil au sujet de l'inscription en vertu du présent acte, et qui demanderont au registraire d'y inscrire leurs noms.

16. 1. "Toute personne qui passera l'examen prescrit par le conseil et se conformera à toutes les conditions et règles requises pour l'enregistrement, comme l'exige le présent acte et l'exigera le conseil, aura droit, moyennant le paiement des honoraires prescrits à ce sujet, d'être inscrite comme praticien en médecine."

2. Toute personne en possession d'une licence ou d'un certificat d'inscription avant la date à laquelle le présent acte sera devenu exécutoire et qui aura été engagée dans la pratique active de la médecine dans l'une ou plusieurs des provinces du Canada, aura, après six ans de la date de ce certificat, le droit d'être inscrite en vertu du présent acte comme praticien en médecine, sans avoir à subir d'examen, en payant la contribution voulue et en se conformant aux conditions et aux règlements établis à cet égard par le Conseil.

3. Toute personne rentrant dans quelque une des classes de praticiens inscrits ou diplômés auxquels s'applique l'aliéna (j) de l'article 10 du présent acte, aura droit de se faire inscrire en se conformant aux règlements établis par le Conseil à cet égard.

17. Toute inscription dans le registre pourra être annulée ou corrigée pour cause de fraude, d'accident ou d'erreur.

18. Sur la décision du registraire au sujet d'une demande d'inscription, de correction ou de modification du registre, le requérant, s'il se croit lésé par la décision du registraire, pourra en appeler au Conseil, qui entendra les parties et décidera l'affaire; mais toute demande à l'effet de faire annuler ou biffer une inscription au registre à l'encontre de l'intérêt de la personne visée, sera renvoyée au Conseil par le registraire, et le Conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui aura le droit de comparaître par avocat, entendra la cause et la décidera.

19. S'il est démontré au Conseil, après enquête, qu'une personne inscrite en vertu du présent acte a été convaincue, dans quelque partie des possessions de Sa Majesté ou ailleurs, d'une infraction qui, si elle eût été commise en Canada, eût entraîné une mise en accusation en vertu du *Code criminel*, 1892, et de ses modifications, ou qu'elle s'est rendue coupable d'une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel, que cette infraction ait été commise, ou que la conviction ait eu lieu, ou que la conduite infamante ou indigne ait été tenue avant ou après la sanction du présent acte, ou avant ou après l'inscription de cette personne, le Conseil, après trois mois



d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui aura le droit de comparaître par avocat, ordonnera au registraire de rayer le nom du coupable du registre; pourvu, néanmoins, que si une personne inscrite en vertu du présent acte a aussi été inscrite en vertu des lois de quelque province, et si cette inscription provinciale a été biffée du registre, pour quelqu'une des causes susdites, par ordre du conseil médical de cette province, le Conseil devra alors, sans plus ample enquête, ordonner la radiation du nom de cette personne du registre tenu en vertu du présent acte.

2. Le nom d'une personne ne sera pas biffé du registre en vertu du présent article, —

(a) parce qu'elle aura adopté ou refusé d'adopter la pratique de telle ou telle théorie particulière en médecine ou en chirurgie; ou

(b) parce qu'elle aura été trouvée coupable, en dehors des possessions de Sa Majesté, d'un délit politique contre les lois d'un pays étranger; ou

(c) parce qu'elle aura été trouvée coupable d'une infraction qui, bien que tombant sous le coup des dispositions du présent article, sera, de l'avis du Conseil, soit à cause de l'insignifiance de l'infraction, soit par suite des circonstances dans lesquelles elle aura été commise, insuffisante pour empêcher quelqu'un d'être inscrit en vertu du présent acte.

20. Lorsqu'il sera démontré au Gouverneur en conseil que quelqu'une des prescriptions du présent acte n'a pas été remplie, le Gouverneur en conseil pourra autoriser la commission d'arbitrage ci-dessous prévue à s'enquérir d'une manière sommaire et de lui faire rapport si tel est le cas, et, s'il en est ainsi, prescrire la manière d'y remédier, si la chose est possible.

2. Le Gouverneur en conseil invitera le Conseil médical du Canada à y remédier dans tel délai que, en tenant compte du rapport de la commission, il jugera à propos de fixer. Si le Conseil manque de le faire, il devra, par un arrêté en conseil, modifier les règlements ou prendre les mesures ou rendre les

arrêtés qu'il jugera nécessaires pour donner effet à la décision de la commission.

3. La commission d'arbitrage sera composée de trois membres, dont l'un sera nommé par le Gouverneur en conseil, un autre par le Conseil médical du Canada, et le troisième par le plaignant.

4. La commission pourra contraindre les témoins à comparaître et les interroger sous serment, exiger la production de livres et documents, et sera revêtue de tous les autres pouvoirs nécessaires que lui conférera le Gouverneur en conseil pour les fins de l'enquête.

21. Le présent acte ne sera pas interprété comme autorisant à fonder des écoles de médecine ou à donner autrement aucun enseignement médical.

---

## HOPITAL PRIVÉ

### Occasion pour Médecin.

---

Un Hôpital privé pourrait être installé dans une magnifique habitation sise 400, rue St-Denis. Cette habitation formée de 2 logements pouvant se réunir en un seul ou séparément, comporte l'installation la plus moderne: pièces bien éclairées, bien exposées et très claires, fournaises à eau chaude, bains, w. c. à chaque étage, tapisserie et décoration du meilleur goût, place admirablement disposée pour hôpital privé.

Ecrire pour renseignements et visite à M. C. Dessaulles, New-York Life Building, Montréal.

---

## ACTUALITÉS MÉDICALES

---

### LE Dr E. P. LAOHAPPELLÉ AU BANQUET DES CINQUANTENAIRES EN MÉDECINE

---

C'est avec plaisir, messieurs, que je me lève pour me faire l'interprète de mes confrères de langue française et ajouter quelques paroles au toast que vient de proposer, si éloquemment, le digne président de ce banquet.

L'occasion qui nous réunit ce soir est une de celles qui ne se présentent pas tous les jours. Nous fêtons aujourd'hui trois doyens de la pratique active: nous célébrons leur noces d'or médicales. Et, pour donner à cette fête le caractère qui lui convient et la rendre en tout point digne de ceux que nous voulons honorer, nous avons convoqué à un même banquet les représentants des diverses nationalités qui, à Montréal, se partagent le champ professionnel. Nous oublions nos rivalités de tous les jours, pour nous unir un instant dans un témoignage unique de sympathie et d'admiration.

Nos rivalités! Est-ce bien là le mot qu'il faut employer? Ne sommes-nous pas tous des ouvriers travaillant à une même œuvre, tendant nos efforts quotidiens vers un même but? Et parce que nous parlons une langue différente, la profession que nous exerçons n'est-elle pas la même? En est-elle pour cela moins éclairée ou moins humanitaire?

Laissez-moi vous dire que pour ma part, messieurs, je ne le crois pas. Oui, l'occasion qui nous réunit ce soir est une de celles qui se présentent pas assez souvent: car elle sert à démontrer, mieux que les paroles, que nous ne sommes pas des rivaux, mais des émules, ou plutôt des confrères, et que nous appartenons, quoi qu'on en dise, à une seule et unique famille, la famille médicale.

N'est-ce pas d'ailleurs cet esprit familial qui fait que chacun de nous est heureux ce soir de se rencontrer avec ses confrères, pour fêter ensemble les hôtes de ce banquet d'honneur, MM. les docteurs Rottot, MacCallum et sir William Hingston. La vie même de nos honorables doyens n'est-elle pas un bel exemple de confraternité? N'ont-ils pas, côte à côte, et pendant plus de cinquante ans, exercé leur art avec la même assi-

duité et le même dévouement, consacrant tous les trois leur talent et leurs forces à un même objet: enseigner les préceptes de notre art, soulager la souffrance, guérir la maladie, secourir l'indigence. Et croyez-vous quand ils mettaient ainsi à contribution ce qu'il y avait en eux de meilleur, leur cœur et leur cerveau, qu'ils agissaient comme canadien, comme anglais, comme irlandais?

Non mesieurs; ils agissaient ainsi parce que ce sont des hommes instruits, des hommes charitables, parce que ce sont des médecins enfin. Voilà pourquoi nous en sommes fiers, voilà pourquoi nous les fêtons aujourd'hui, voilà pourquoi ils demeurent pour nous des modèles à imiter, des maîtres à suivre.

N'est-ce pas, en effet, ce qui a rempli leur vie qui devra remplir la nôtre?

La mission qu'ils s'étaient donnée, qu'ils ont si bien remplie, dont ils exercent encore les devoirs, ne devons-nous pas essayer, dans la faible mesure de nos moyens, de l'accomplir à notre tour, si nous voulons rester à la hauteur de notre vocation? Quelle meilleure et dernière preuve à donner de l'identité de notre vie à tous, de l'unité de notre famille médicale?

Oui, messieurs, l'occasion qui nous réunit est belle. Membres de la même famille et ouvriers de la même œuvre, nous avons pour un instant abandonné nos travaux et sommes venus, poussés par une même pensée de sympathie et d'admiration, saluer nos chefs de file, nos aînés dans la carrière, et proclamer, ce que tout le monde savait déjà, qu'ils ont bien mérité de la médecine et de la patrie.

Nous lèverons nos verres avec émotion, car c'est cinquante années d'étude, de travail et de dévouement que nous honorons, en buvant à la santé de MM. les docteurs Rottot, MacCallum et sir William Hingston. Oui, buvons à leur santé: que pendant de longues années encore ils soient au milieu de nous la personnification du succès professionnel, atteint par l'application au devoir, la persévérance dans le dévouement et l'intégrité dans le caractère.

Debout, messieurs, et vidons nos verres à la santé de nos honorables doyens!

# ANALYSES

## MÉDECINE

**Les empoisonnements au point de vue médico-légal**, par BRUARDEL (1).

L'auteur traite une des questions les plus difficiles de la pratique médicale " Il est une circonstance par exemple, où la conduite du médecin est fort embarrassante, c'est le cas où, appelé au lit d'un malade, il soupçonne la possibilité d'un empoisonnement criminel."

Le médecin doit recueillir une certaine quantité d'*urine*, par le cathétérisme ou autrement, car les reins éliminent la plus grande quantité de substances toxiques, et c'est dans les urines qu'on les retrouve le plus facilement. Les *vomissements* et les *matières fécales* peuvent fournir de précieux renseignements.

Si le médecin soupçonne un empoisonnement, il peut dire à la famille qu'il soupçonne un empoisonnement par auto-intoxication ou par aliments falsifiés.

Si l'empoisonnement est réel, le médecin doit-il le dénoncer ?

En principe, la loi est en contradiction avec le secret professionnel, mais l'auteur fait justement remarquer que le médecin doit avant tout protéger un malade contre les empoisonneurs ; et, dans le cas où il y a empoisonnement, le médecin doit dire : " telle personne est victime actuellement d'un empoisonnement." Il appartient aux magistrats de rechercher le coupable.

Il y a présomption d'empoisonnement quand, au milieu d'une santé florissante, des symptômes graves emportent subitement un malade : les *vomissements* et la *diarrhée*, par l'*arsenic* ; les *convulsions* par la *strychnine* ; le *coma* par les *opiacés*

Il faut savoir cependant que l'apparence de la santé n'est pas toujours la santé. L'albuminurie et le diabète existent souvent à l'insu d'un chacun qu'il emporte subitement. D'autre part, les auto-intoxications et les ruptures viscérales entraînent le même dénouement.

L'*auto-intoxication* se manifeste par des symptômes intestinaux dans les cas de rétention des matières fécales, obstruction par calculs, imperforation de l'anus. On en a rapporté des cas types où on avait pensé à un empoisonnement, alors qu'il y avait auto-intoxication. L'auteur en cite plusieurs exemples frappants. Les péritonites tuberculeuses ignorées donnent les mêmes résultats.

L'auto-intoxication peut aussi se manifester par des symptômes comateux : *diabète v. j.* Dans ces cas il nous arrive de ne pas pouvoir recueillir d'*urine*, attendu que la quantité diminue à cette dernière phase, il faut réfléchir à cette éventualité.

Il en est de même dans l'*urémie*. Des morts foudroyantes font naître un doute que l'autopsie fait disparaître. La mort rapide se produit aussi dans la *goutte*, par lésions rénales ; aussi, le médecin doit-il être très circonspect dans l'emploi de la colchicine.

(1) Empoisonnements criminels et accidentels, 1418, chez Ballières.

*Les ruptures d'organes* présentent trois caractères qui font penser à une intoxication : soudanité du début, troubles gastro-intestinaux, rapidité de la terminaison fatale. Même dans les cas de rupture du myocarde, les malades peuvent survivre jusqu'à 10 ou 12 heures avec des symptômes de nausées, vomissements, douleurs précordiales, pouvant faire penser à un empoisonnement.

La perforation de l'estomac, la rupture de la vésicule biliaire, d'un kyste hydatique, d'une trompe dans la grossesse extra-utérine, doivent être présents à l'esprit du médecin comme pour une enquête suspecte.

Dans tous les cas, le médecin devra garder la plus grande réserve et ne jamais émettre un doute dans le cas où il n'a pas pu déterminer avec précision la cause de la mort. " Il ne faut pas oublier, dit-il, que, dans un grand nombre de cas de mort subite, un quart ou un tiers, on ne trouve dans le cadavre aucune lésion permettant d'en déterminer la cause.

**La suraération en cure libre dans la tuberculose**, par DR LELESQUE, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*.

" Par tous les temps, dit l'auteur, quelle qu'en soit la période anatomique ou la complication intercurrente, le tuberculeux doit être soumis à l'aération et à la suraération." Suivant cet auteur, la cure d'air est praticable partout, mais elle rend de plus grands services dans les pays à oscillations faibles. La France, à ce point de vue, prévaut dans l'avenir. Néanmoins, le froid n'est pas une contre-indication à la cure d'air, et il faut savoir qu'on peut dormir, même par les temps rigoureux, dans une chambre dont les fenêtres sont ouvertes. Puis, l'auteur cite quelques observations personnelles d'aération continue avec basse température. Cependant, certains auteurs recommandent de chauffer la chambre en même temps, afin que la température ne descende pas au-dessous de 10° C. L'auteur dit, qu'il y a là, une question d'habitude.

Certains tuberculeux supportent tellement bien le froid, qu'ils ne tolèrent plus d'autre aération; et, " fait remarquable, dit l'auteur, les plus intransigeants sont ceux qui portent les lésions pulmonaires les plus étendues; tant il est vrai que cette suraération est compensatrice de l'amoinissement de leur champ respiratoire."

Certaines précautions sont nécessaires pour bénéficier de ce traitement: le décubitus horizontal est un bon élément de défense contre le refroidissement.

Au coucher, faire des frictions aromatisées, se revêtir d'une longue chemise de flanelle et se couvrir suffisamment. Il faut proscrire les couvertures de coton qui défendent mal du froid. Les malades, cependant, peuvent en éprouver quelques inconvénients. Les pharyngites, enrrouements, etc., peuvent tenir à ce que les malades dorment la bouche ouverte. Il faut alors les engager à respirer par les voies nasales: respiration physiologique. La cephalée est évitée par un bonnet de nuit.

Tous ces accidents sont légers à côté des avantages qu'on en retire et, en aucun cas, " pour un même malade; ils ne sauraient contre-indiquer la suraération dont l'importance ne le cède en rien à la suralimentation."

J.-A. LESAGE.

**Verres et binocle gratis.**

Nous pouvons nous vanter de nos institutions de charité et crier bien haut que nos pauvres ne sont pas trop malmenés quand ils sont malades. Cependant la couturière qui gagne à peine de quoi vivre et l'ouvrier chargé de famille et de dettes, ont toujours été et sont encore obligés de payer—comme le riche—les verres prescrits par les spécialistes qui donnent toujours dans ces cas, leur consultation gratuitement.

Londres nous donne un exemple à suivre pour ces malheureux. A certains jours chaque mois, les pauvres s'adressent à un dispensaire spécial où leurs yeux sont examinés, et au besoin, on leur donne gratuitement les verres prescrits par le médecin examinateur.

Voilà une œuvre de charité que nous recommandons à quelque riche bienfaiteur. Que de pauvres sont obligés de travailler et de peiner avec souffrance, parce qu'ils n'ont pas assez d'argent pour se procurer les verres que les médecins de nos dispensaires hospitaliers ou autres leur ont prescrits gratuitement.

**Statistique de la mortalité par les anesthésiques.**

Les dernières statistiques démontrent que, pour l'Ether, il survient une mort par 16,675. Et pour le chloroforme une mort par 3,749 sujets anesthésiés.

**Brevage nourrissant.**—Dans *Medical Council*.

Battez le blanc de quatre œufs, mêlez ensuite à une chopine d'eau froide et ajoutez de une cuillerée à thé à une cuillerée à soupe de vin, de cognac ou de whisky. On peut remplacer au besoin le vin, etc. Donner la vanille, le citron, etc. Donnez de 2 à 8 onces au besoin.

**Recherches sur le cancer.**—Dans *American Medicine*.

L'institut de Thérapeutique Expérimentale de Francfort, Allemagne, a commencé, en 1901, des recherches sur l'étiologie des maladies cancéreuses, et des sommes considérables ont été mises à la disposition de cette institution pour faciliter ces études importantes. Il faut espérer que ces travaux réunis à ceux du même genre, qui se font actuellement tant à l'institut Pasteur à Paris, qu'à Buffalo, donneront des résultats pratiques sur l'étiologie et surtout le traitement de cette terrible maladie.

**Les morts violentes aux Etats-Unis.**—Dans *Philadelphia Medical Journal*.

Le nombre des suicidés et des *lynchés* augmente chez les Américains, nos voisins. L'année dernière il y eut 7,245 suicidés au lieu de 6,755 en 1900. En 1900, 116 personnes furent *lynchés*, et l'année dernière 135. L'année dernière, 118 condamnés à mort furent pendus, et en 1900, 119. Un total de 7,852 morts violentes en 1901 et de 8,275 en 1900.

**Fièvre typhoïde et tuberculose.**—VERGRAND. (Thèse de Paris, 1901.—Analysée dans *Revue de la Tuberculose*, dec. 1901.

Les assimilations des deux infections éberthiennes et bacillaires sont rares mais non exceptionnelles. On peut voir la fièvre typhoïde survenir à toutes les périodes et dans toutes les formes de la tuberculose. Celle-ci semble même prédisposer en quelque sorte à la fièvre typhoïde, en mettant l'organisme en état de moindre résistance, et en créant des lésions qui peuvent servir de porte d'entrée au bacille d'Eberth. D'autre part la tuberculose peut apparaître dans la convalescence de la dothiémentérie, ou après la guérison complète de celle-ci, à plus ou moins longue échéance. Enfin, la tuberculose aiguë, si difficile à diagnostiquer de la fièvre typhoïde, peut coexister avec celle-ci, chez le même malade. Au point de vue clinique la fièvre typhoïde qui survient chez un tuberculeux, présente une augmentation très appréciable du nombre des pulsations, par rapport à la température. La marche de la tuberculose est généralement accélérée et une poussée aiguë vient souvent emporter le malade. L'auteur rapporte dans sa thèse, six observations personnelles.

**La lecithine dans la Tuberculose.** (II. CLAUDE et A. ZAKI, *Presse Méd.*, 28 sept. 1901.

MM. H. Claude et A. Zaki ont expérimenté la lecithine chez un certain nombre de malades tuberculeux. C'est après une série d'expériences faites avec succès, sur les animaux rendus tuberculeux, que ces auteurs ont tenté chez l'homme des expériences analogues.

Leurs conclusions générales se résument ainsi :

“ La lecithine produit, sur les organismes tuberculeux, une modification rapide dans les échanges nutritifs qui se traduit par une diminution immédiate de l'élimination du phosphore et une tendance à l'élévation progressive du coefficient d'utilisation azotée. Les tuberculeux, tout au début, ou même à la première période, ont été rapidement améliorés : augmentation remarquable de l'appétit, élévation croissante du poids et amélioration de l'état général frappante. L'atténuation notable des divers symptômes autorisait à penser que les lésions avaient elles-mêmes rétrogradé.”

**Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire.** (A. JALAGUIER, *Thèse de Doctorat en Méd.* Paris, 1901.

Pour l'auteur l'injection sous-cutanée permet seule d'assurer l'absorption en nature de ce produit sans décomposition. L'administration par la voie gastrique ou rectale ne constitue qu'un pis-aller précaire et dangereux. Le cacodylate paraît agir surtout, en provoquant une rapide multiplication des globules sanguins, en améliorant la nutrition de la peau et des muqueuses, en stimulant les fonctions digestives et fournissant la reconstitution des réserves chez les individus amaigris, et en relevant les forces. Son action paraît différente de celle des autres composés arsénicaux. Sans action spécifique sur le bacille de Koch, il en modifie pas moins avantageusement les désordres pulmonaires qu'il engendre. Le cacodylate de soude est contre-indiqué dans les formes éréthiques, dans la granulie, et lorsque la consommation s'est établie.



### Les ravages de la tuberculose.

Du premier juin, 1900, au premier juin, 1901, la tuberculose a causé la mort de 7,919 habitants de la ville de New-York ; à Philadelphie, 2,851 personnes furent emportées par cette " peste blanche " ; Chicago perdit 2,682 habitants de la même maladie, et les villes de Boston, de San Francisco et de St-Louis, perdirent chacune, au-delà de 1,000 habitants pendant la même année et par la même terrible maladie.

J. E. DUBÉ.

### OBSTETRIQUE

**La mort subite chez la femme en couches**, dans le *British Med. Journal*, 15 mars, 1902.

A une assemblée de la Société Obstétricale de Cologne, au cours d'une discussion sur la mort subite chez la femme en couches, la maison d'accouchement de cette ville présenta une statistique de 12 cas de mort subite sur un total de 10,334 accouchements pratiqués dans cette institution depuis 1888 jusqu'à 1889.

Ceci donne une proportion de 0.11 p. cent. Deux de ces douze malades moururent par embolie pulmonaire. Schäfer (Monats, f. Geburt u. Gynaff., février 1902, p. 2, § 2,) rapporte un cas d'embolie pulmonaire. La patiente, âgée de 40 ans, accoucha spontanément au septième mois de sa quinzième grossesse, à la suite d'une forte hémorrhagie. Le placenta fut extrait par la main. L'utérus atonique ne se contractant pas, même après des piqûres d'ergotine et des injections intra-utérines, l'auteur appliqua un tampon intra-utérin.

On fit une injection de sérum artificiel à cause de l'anémie profonde de la femme. La mort survint subitement une heure plus tard, après beaucoup d'excitation de la malade, de la dyspnée, et de la cyanose.

L'autopsie fut pratiquée peu de temps après la mort. Les gros troncs sanguins furent ligaturés et le cœur enlevé tout d'une pièce. L'ouverture de cet organe, faite sous l'eau, permit de constater l'existence d'air dans le ventricule droit ; le cœur gauche était légèrement contracté, contenant un peu de liquide pâle, et un peu de sang jaunâtre. La veine cave inférieure contenait un peu de sang pâle, laissant échapper des bulles d'air. On trouva, de même, de l'air dans les veines pelviennes. La présence de l'air dans les veines est toujours dangereuse, lorsqu'il y a anémie profonde.

**Accouchement sans douleur au cours du tabès dorsalis**, dans le *British Med. Journal*, 1 mai, 1902.

Mirabeau, de Munich, rapporta l'observation suivante à la société de gynécologie de cette ville. Une jeune femme de 31 ans, après avoir eu la syphilis à l'âge de 17 ans, se maria à 22 ans, ne présentant aucun symptôme de sa maladie. Pendant plusieurs années l'union fut stérile. A l'âge de 26 ans, cette femme présenta des signes de tabès dorsalis, et deux ans après, les deux jambes étaient complètement paralysées. Pas de réflexes patellaires mais présence du signe d'Argyll-Robertson. La malade ne pouvait retenir ses urines ni contrôler son intestin. A 30 ans elle avorta, et quelque temps après, au cours d'un traite-

ment par frictions mercurielles, elle devint enceinte une seconde fois. Cette grossesse fut conduite à terme. Le travail commença spontanément, les tranchées venant régulièrement et avec force, mais la malade n'éprouva aucune douleur, et les premiers cris de l'enfant l'avertirent que l'accouchement était terminé. L'enfant était sain et bien portant. Pour Mirabeau ce cas prouverait l'existence de centres moteurs dans l'utérus même.

## PEDIATRIE

**Des troubles digestifs chez les enfants nourris au sein**, par DELÉSTRE, de la Clinique Beaudelocque, dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, mars-avril 1901.

La pneumonie et la gastro-entérite sont les deux plus grandes causes de mort chez l'enfant. C'est dans l'alimentation défectueuse que réside la cause principale sinon unique de la gastro-entérite. Cependant, les enfants nourris au sein peuvent également souffrir de désordres intestinaux, et il importe d'en bien connaître la pathogénie afin de ne pas s'épuiser inutilement dans une thérapeutique banale.

En principe il est établi que la ration d'entretien varie pour chaque enfant. Ce qui sera suffisant pour le premier ne le sera plus pour le second et *vice versa*. Le médecin doit en juger par la courbe du poids et l'état des voies digestives. Or un enfant doit être pesé tous les huit jours ; augmenter chaque jour de 25 à 30 grammes durant les premiers six mois, et de 15 à 10 grammes durant les mois suivants. " Il faut, dit l'auteur, tâcher d'obtenir cette moyenne d'accroissement avec le minimum de lait, en restant d'abord au-dessous de la quantité utile, pour y arriver progressivement et ne pas la dépasser."

Et la balance?... celle du pauvre est bonne. Voici comment le prof. Pinard la décrit : " Passez votre main sur la tête du nourrisson, palpez la suture sagittale, et à moins qu'il ne soit atteint d'hydrocéphalie, lorsque vous sentirez les bords des pariétaux séparés par un espace membraneux, vous pourrez en conclure que l'enfant est bien portant et suffisamment nourri. Les pariétaux sont-ils rapprochés, chevauchant l'une sur l'autre l'espace sagittal effacé et remplacé par une crête, l'enfant est malade, le plus souvent mal alimenté, par défaut ou par excès."

Quant au nombre des tétées?

Si l'enfant est avant terme, donner souvent et peu.

Si l'enfant est à terme, le premier mois, donner toutes les 2 heures et 2 fois la nuit, soit 9 à 10 tétées en 24 heures.

Le deuxième mois toutes les 2 ½ heures le jour, une fois la nuit, soit 8 tétées en 24 heures.

Le troisième mois, toutes les 3 heures le jour, rien la nuit, soit 7 en tout. Ainsi, au troisième mois la mère peut se reposer la nuit entière. *Il faut que les heures de tétées soient régulières comme une pendule.* Il ne faut pas s'occuper des cris ; *il est faux de croire qu'un enfant a faim à chaque fois qu'il crie.* " Chaque fois qu'il pleure on le met au sein ; comme il prend peu, il crie une heure après ; nouvelle tétée etc." Conclusion, épuisement chez la mère, gastro-entérite chez l'enfant.

## Incidents de l'alimentation ?

1° La régurgitation consiste dans le rejet de lait presque intact, se produisant après la tétée. Elle indique que l'enfant a trop bu, ou trop vite; et il peut arriver ainsi qu'une tétée trop abondante devienne insuffisante si la régurgitation est suivie du rejet d'une quantité de lait trop abondante. Il ne faut pas non plus confondre la régurgitation avec le vomissement; ce dernier arrive plus tard, la première suit la tétée. Dans le premier cas, si le trouble persiste après les soins hygiéniques voulus, diminuer la tétée, forcer l'enfant à boire plus lentement, on donnera alors une cuillerée à café d'eau de chaux de Codex avant chaque tétée.

S'il y a vomissements, il faut chercher la cause chez la nourrice d'abord—alcoolisme, chaux, médicaments, etc.—et supprimer. Les troubles cessent généralement.

S'il y a infection, il y a lieu de faire des lavages d'estomac avec l'eau de Vichy, 50 à 100 grammes jusqu'à ce que l'eau revienne claire.

S'il y a entérite, il faut d'abord diminuer le nombre des tétées et la quantité de lait. Souvent ces soins sont suffisants. "La teinte verte des selles doit être constatée immédiatement après leur émission car, lorsqu'on laisse les couches à l'air, les selles jaunies, normales, se divisent."

Si les selles sont vertes, il faut faire à l'enfant de grands lavages de l'intestin (1) une ou deux fois par jour.

La diète hydrique, indiquée chez l'enfant nourri au lait artificiel infecté, l'est rarement chez l'enfant nourri au sein. En tout cas, il n'y a pas lieu de la continuer plus d'un jour ou deux.

Dans la constipation, une cuillerée à café d'eau de Vals avant chaque tétée, ou encore une cuillerée à soupe d'eau bouillie additionnée de lactose à 10 pour 100, ou bien une pincée de magnésie calcinée agissent bien.

Pour terminer, l'auteur répète l'aphorisme bien connu : *l'enfant nourri au sein maternel ne devrait jamais être malade.*

**Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants**, par RICHARDIÈRE, dans la *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, janvier-février 1902.

L'auteur expose les grandes lignes du traitement qu'il préconise dans son service hospitalier aux typhiques ordinaires, sans complication.

Et d'abord, il est partisan du bain froid. Néanmoins, les basses températures sont mal supportées par l'enfant. Il faut aller au-dessus de 25° à 28° C, respecter le sommeil de la nuit lorsque la température du malade est inférieure à 39° C. La durée du bain est de dix minutes; si l'enfant a des frissons il faut l'en sortir, le placer dans un lit réchauffé d'avance et lui faire absorber des boissons chaudes. Pour éviter l'impression désagréable du bain au début, l'auteur conseille de passer un linge ou une éponge imbibée d'eau froide avant de plonger l'enfant dans le bain. Il n'y a que trois contre-indications aux bains froids.

- 1° Les hémorragies intestinales.
- 2° La péritonite.
- 3° Les complications cardiaques.

(1) Voir UNION MÉDICALE, février 1902.

Dans les formes ataxo-adyamiques on fait des affusions froides sur la tête avec compresses d'eau froide en permanence sur la tête.

Si le ventre est ballonné, on le recouvre de linges imbibés d'eau froide ou d'un sac de glace en ayant le soin d'interposer entre ce dernier et la peau une flanelle pour éviter les escarres. Matin et soir, lavement à l'eau bouillie ou boriquée pour aseptiser l'intestin.

Lorsqu'il y a constipation, ce qui arrive assez souvent chez l'enfant, on peut donner des purgatifs légers : huile de ricin, eau de Sedlitz, eau d'Hunyaçi-Janos, additionnée d'une cuillerée de sirop de grosseille.

Lorsqu'il y a diarrhée, on prescrit le salicylate de soude ou le sousnitrate de bismuth à la dose de 1 à 4 grammes par jour. La propreté de la peau est réalisée par le bain. Néanmoins il importe de changer l'eau de temps en temps, car les crises de furonculose de la convalescence sont quelquefois dues à la malpropreté de l'eau. Les soins de la bouche sont obtenus par des gargarismes répétés à l'eau bouillie salée ou chlorate potasse, 2 p. c. Dans le cas de muguet des applications de nitrate d'argent à 2 p. c. suivies de lavage à l'eau salée agissent très bien. S'il y a soif excessive, on peut badigeonner la langue avec le collutoire suivant :

Borate de soude.....,..... 1 gramme.  
Glycérine neutre..... 50 "

Pour désinfecter les vases avec lesquels on recueille les selles, on y ajoute du chlorure de chaux, ou une certaine quantité de solution concentrée de sulfate de fer.

Au point de vue de l'alimentation, deux écueils sont à éviter, alimenter trop vite ou trop tard;

L'auteur ne donne que le lait bouilli,  $\frac{1}{2}$  litre aux enfants de 3 à 4 ans,  $\frac{3}{4}$  de litre à 1 litre chez les plus âgés, absorbé par petites quantités toutes les 3 hrs. Comme boissons, car il importe qu'ils boivent beaucoup, on peut donner les eaux alcalines connues, les décoctions chaudes de riz, d'orge, l'eau albumineuse, les limonades citrique ou lactique.

Surveiller la vessie chez l'enfant.

L'auteur permet un potage après 2 jours d'apyrexie ; un deuxième après 4 jours, et enfin de la viande grillée après 6 jours d'apyrexie, le 10e jour, purées, légumes, compotes. A ce moment, l'enfant peut se lever, une heure d'abord, puis d'avantage et progressivement. Durant la convalescence, l'auteur prescrit la potion suivante :

Extrait de quinquina..... } àâ 1 gramme.  
Teinture de canneille..... }  
Sirop de quinquina..... } àâ 50 grammes.  
Julep..... }

Par cuillerées à soupe de 2 heures en 2 heures, ou bien :

Vin de quinquina..... }  
Vin de kola..... } àâ  
Vin de coca..... }

Un verre à bordeaux tous les jours.

Eviter des refroidissements, les jeux prolongés, les marches longues. Ce n'est guère qu'au bout d'un mois  $\frac{1}{2}$  à 2 mois que l'enfant pourra reprendre ses habitudes ordinaires.

J.-A. LESAGE.

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement médical de l'incontinence nocturne d'urine, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, sept. 1901.**

A une malade dont les fibres musculaires sont trop sensibles à la distension et laissent passer de l'urine durant la nuit, il faudra prescrire le bromure, le chloral, l'opium, ou encore la belladone, l'atropine et l'atropine.

*Atropine*.—Un auteur, MacAlister, a préconisé la préparation suivante :

Solution d'atropine à 2 p. c ..... 5 gr. 60 centigr.

Solution chlorhydrate de strychnine à 2 p. c..... 0 gr. 25 “

Sirop d'écorces d'oranges amères..... 30 grammes.

A 9 heures du soir, 5 gouttes dans une cuillerée à bouche d'eau, il augmente progressivement la dose jusqu'à 60 gouttes, puis il la réduit.

Cesser toute boisson après 6 heures du soir ; le réveiller la nuit et à 6 heures a.m. pour le faire uriner. Donner, au bout de trois jours, 10 gouttes ; trois jours plus tard 15 gouttes, et ainsi de suite jusqu'à atteindre 30 gouttes pendant la 4e semaine. Si le mal persiste, on augmente de 5 gouttes tous les trois jours jusqu'à soixante gouttes ; on diminue alors de 10 gouttes par trois jours.

Le grand inconvénient de ce traitement est l'impossibilité, pour le malade, de lire, écrire, etc.

*Antipyrine*.—Ce médicament doit être prescrit durant deux semaines avant de manifester ses effets. Il peut être administré en cachets, poudres, ou solutions en y adjoignant une certaine quantité de bicarbonate de soude. La quantité à donner dans les 24 heures peut varier entre 1 gr. 50 à 4 grammes, distribués de la façon suivante : 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme (7 à 15 grains) à 6 heures p.m, une 2e dose à 5 heures, au coucher de l'enfant. S'il y a miction involontaire quand même, il faut donner la dernière dose à 9 heures ou à 11 heures du soir. Il convient, pour assurer la guérison, de prolonger l'usage du médicament durant 10 jours encore après l'effet obtenu. Pour empêcher que l'urine vienne en contact avec l'orifice vésical, Stumpf a eu l'idée de donner au bassin, durant le sommeil, une position élevée. Ce dernier auteur a pu guérir ainsi plusieurs malades.

**Traitement de l'orchite et de l'épididymite, dans le *Scalpel*, 13 avril 1902.**

Repos immédiat au lit : les parties génitales sont maintenues en haut. Compresses de glace, purgatif, boissons acidulées.

*Suspendre les injections anti-blennorrhagiques*.—Au 2e ou 3e jour, employer les préparations iodées suivantes :

Acet. bas. plomb ..... 3 grammes.

Eau distillée simple..... 50 “

Usage externe avec compresses.

S'il y a douleurs violentes dans le testicule et le cordon spermatique :

Extrait de belladone..... 1 gr. 50 centigr.

Vaseline..... 15 grammes.

Pour pommade : en friction, ou bien

Extrait de belladone ..... 2 grammes.

Onguent de litharge..... 20 “

## Pommade, friction, ou bien

Iodoforme.....	1 gramme.
Vaseline.....	20 "

## En frictions, ou bien

Teinture d'iode.....	} ââ 5 grammes.
Teinture de galle.....	

## En badigeonnages, ou bien

Iodure de potassium.....	1 gramme.
Iode pur.....	0 gr. 10 centigr.
Onguent émollient.....	20 grammes.

## Pommade, en frictions.

Comme pansement local, le pansement humide (ouate et gutta-percha) convient le mieux.

**Valeur thérapeutique du calomel dans la grippe**, par BERGMANN, dans la *Thérapeutique Moderne Russe*.

L'auteur, après trois ans d'expérience, est convaincu qu'à l'heure actuelle, le *calomel* constitue le meilleur agent thérapeutique dans la grippe. Son action se fait remarquer par une chute brusque de la température et de tous les symptômes quelquefois graves qui l'accompagnent. Il le donne dans toutes les formes—nerveuse, catarrhale, gastro-intestinale—de la façon suivante :

1° *Forme nerveuse et catarrhale*.—Il donne le calomel à la dose de 0 gr. 12 centigr. répétée toutes les deux heures jusqu'à effet purgatif intense. On dépasse rarement six doses semblables.

2° *Forme gastro-intestinale*.—Il donne une dose de 0 gr. 36 centigr. qu'il fait répéter au bout de 6 heures s'il n'y a pas de selles. Quelquefois cette dose est remplacée par 30 grammes d'huile de ricin.

Dans aucun de ces cas il n'y a eu de complication, et l'auteur s'en est particulièrement bien troué dans la forme nerveuse qui est la plus grave.

Son mode d'action se résume dans l'antiseptie intestinale qu'il réalise au plus haut degré.

**Iodure de potassium et coliques hépatiques**, par DOUNINE, en Allemagne, dans la *Revue Thérapeutique*.

L'auteur a employé l'iodure de potassium dans les accès fréquents de coliques hépatiques. Un autre auteur a obtenu d'excellents résultats par cette méthode. Il fait une solution de 200 grammes d'eau contenant 4 à 6 grammes d'iodure de potassium chimiquement pur qu'il fait ingérer à la dose de deux cuillerées à soupe par jour.

Cette médication voit les douleurs diminuer d'intensité et de fréquence; la région de la vésicule biliaire est moins douloureuse à la pression. Après deux ou trois flacons, les malades peuvent être considérés comme guéris.

Cette médication peut être employée dans les cas où persiste une douleur sourde dans l'hypocondre à la suite d'une attaque. Le mode d'action est inconnu. L'iodure agit-il comme dissolvant ou comme antispasmodique? Nous ne le savons pas.

J.-A. LESAGE.

**Le chloroforme comme hémostatique** (*Journal de Médecine.*)

Une partie de chloroforme mêlée à cinquante parties d'eau est recommandée pour arrêter toute hémorrhagie consécutive à une extraction de dents, par le Dr Stook, de Paris.

**Remède contre l'épistaxis.**

Le saignement de nez, chez l'enfant surtout, peut devenir alarmant lorsque les remèdes ordinaires n'ont pu arrêter l'hémorrhagie. Un médecin recommande comme infailible le moyen suivant: faire faire des grands mouvements des mâchoires. Chez l'enfant, il conseille de donner quelque chose à mâcher. Le remède est simple et facile à employer.

**Gerçures et crevasses des mains.**

Le moyen le plus sûr de prévenir les gerçures et les crevasses des mains est, après tout, de bien les essuyer après chaque toilette et de les enduire avec un corps gras ne renfermant pas d'eau, tel que l'huile d'olive. La pommade suivante est recommandée contre les gerçures :

Menthol.....	1 gramme.
Salol.....	2 "
Huiles d'olives.....	10 "
Lanoline.....	30 "

**Le cor, et son traitement.**—Reproduit du *Brit. Med. Jour.*, 15 mars 1902.

Le cor au pied, où qu'il se niche, sur le dessus ou entre les doigts, est un petit *boho* qui ennuie tous ceux — et ils sont légions — qui ont l'honneur d'en avoir, au moins un, dans leur chaussure.

Mons. Freeland (*Edin. Med. Jour.*, nov. 1901), prétend que tous les traitements palliatifs du cor ne valent rien, du tout, présentant tous le même défaut : celui de laisser intacte le *stratum mucosum*, — la partie vivante du cor, celle qui assure la croissance certaine.

Il en découle donc que le traitement *curatif* du cor est celui qui fait disparaître ce *stratum mucosum*. Mons. Freeland pratique, depuis assez longtemps, l'excision complète des cors, et il n'a toujours eu qu'à se féliciter de cette méthode qui ne lui a donné que des guérisons.

Voici son mode opératoire : La peau avoisinante du cor est anesthésiée au moyen du chlorure d'éthyle en vaporisation, une injection sous cutanée d'eucaine à 5 p. c. (ou cocaïne à 2 p. c.) est faite aussi près du cor que possible, et celui-ci est enlevé, en entier, par deux incisions héli-elliptiques. Ces incisions qui circonscrivent le cor et se rejoignent à leurs extrémités doivent être profondes, pénétrant bien dans le tissu sous-cutané. Le cor est disséqué avec grande facilité et les lèvres de la plaie sont réunies par une ou deux sutures fines. Ce traitement est simple, rapide, sans danger, et sans douleur, tandis que la guérison est permanente.

J. E. DUBÉ.

## BIBLIOGRAPHIE.

**L'illusion de fausse reconnaissance**, contribution à l'étude des conditions psychologiques de la reconnaissance des souvenirs, par le Dr BERNARD LEROY, 1 vol. in-8°, 4 fr. (Félix Arcan, éditeur).

Parmi les illusions relatives au temps, une des plus curieuses est certainement celle qu'on a appelée fausse mémoire, fausse reconnaissance, impression du déjà vu, et qui consiste essentiellement en ce qu'il semble au sujet voir pour la seconde fois, reconnaître un ensemble de circonstances en réalité nouveau pour lui.

Cette impression n'est pas rare et nombre de personnes peuvent se rappeler l'avoir éprouvée. Néanmoins elle paraît avoir assez peu fixé l'attention des psychologues.

Ce phénomène peut entrer dans une série d'études comprenant tout ce qui fait qu'un souvenir n'est pas pris pour un événement actuel.

L'auteur étudie successivement l'historique de la question, les caractères fondamentaux de l'illusion de fausse reconnaissance, un certain nombre de formes spéciales, des phénomènes accessoires, les conséquences psychologiques, les complications et le pronostic, le diagnostic, l'étiologie, et il termine par l'exposé d'un grand nombre d'observations qu'il a recueillies lui-même ou qu'il a obtenues de psychologues et de philosophes qui ont su analyser ce phénomène avec sagacité. Une bibliographie française et étrangère complète ce travail qui intéressera les médecins aussi bien que les philosophes, ainsi que toutes les personnes qu'attirent les problèmes de la psychologie.

**La conjonctivite granuleuse**, par le Dr HOURMOUZIANÈS, aide de clinique à l'Hospice National Ophthalmologique des Quinze-Vingts, avec préface, par le Dr A. TROUSSEAU, médecin de la Clinique Nationale Ophthalmologique des Quinze-Vingts. Un vol, in-8 de 186 pages, broché, 4 francs.

S'il est une maladie des yeux essentiellement complexe autant par la variété qu'elle présente dans sa symptomatologie et ses formes que par la multiplicité des conséquences et complications qui viennent généralement l'aggraver; qui, réclamant un traitement tantôt médical, tantôt chirurgical, tantôt les deux à la fois, exige de la part du praticien des connaissances sûres et un éclectisme judicieux, c'est bien la *Conjonctivite granuleuse*.

Longtemps confondue plus ou moins avec d'autres affections oculaires, elle n'a été réellement bien connue que dans ces dernières années, grâce aux travaux des savants, tant en France qu'à l'étranger. Le docteur Hourmouziadès, aide de la Clinique Nationale Ophthalmologique des Quinze-Vingts, vient d'en faire une étude aussi complète que précise, où il s'attache à mettre en relief tout élément nécessaire pour bien diagnostiquer et bien traiter cette entité morbide avec toutes ses conséquences.

Dans cet ouvrage fait dans un but essentiellement pratique, l'auteur après avoir décrit d'une façon assez détaillée l'historique, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, la marche et les conséquences de la maladie, la topographie médicale, l'étiologie, le diagnostic et le pronostic, arrive à la partie la plus importante de son ouvrage, le TRAITEMENT. Il étudie successivement la prophylaxie, l'hygiène, le traitement général, les divers traitements locaux—traitement médical, traitement chirurgical—soit pour la maladie elle-même, soit pour ses nombreuses complications.

C'est en un mot une monographie complète de la conjonctivite granuleuse ou trachome, qui jusqu'à présent manquait dans la littérature médicale. Son acquisition paraît s'imposer à tout médecin qui exerce dans les pays où la maladie existe en état endémique et elle sera d'une utilité incontestable pour tous les praticiens, qui, s'ils ont rarement à soigner une conjonctivite granuleuse proprement dite à son début, se trouvent presque chaque jour, dans leur clientèle, en face de vieux trachomateux qui viennent leur demander de les soulager.

L'ouvrage est précédé d'une préface de M. le docteur Trousseau, l'éminent maître en Ophthalmologie de la Clinique Nationale Ophthalmologique des Quinze-Vingts.