Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

- [x] Additional comments / Commentaires supplémentaires: Pagination continue.

L'UNION MÉDICALE
DU CANADA

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

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

Rédacteur en chef - Dr E. P. BENOIT.

Secrétaire de la rédaction, Dr A. LEFEBVRE.

VOLUME XXIX

NOUVELLE SÉRIE - - - - - VOLUME 5

MONTRÉAL
EUSÈBE SENÉCAL & CIE, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
20, Rue Saint-Vincent.

1900

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'INFLAMMATION ET DE SON TRAITEMENT. (1)

Par le docteur J. P. Rottot.
Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal.

Comme pour la loi, on peut dire que, depuis la plus haute antiquité, cette question n'a pas cessé de faire briller les glorieuses incertitudes de la science médicale.

L'inflammation, par sa généralité, par la variété de ses symptômes et de ses effets, a été la pierre d'achoppement pour tous ceux qui s'en sont occupés. Pas une seule des nombreuses théories émises les unes après les autres, avec plus ou moins d'emphase, par leurs auteurs, n'a pu se maintenir.

Les progrès de la science moderne nous donnent-ils le droit de jeter à notre tour un regard de pitié sur nos devanciers, et nous autorisent-ils de dire que nous avons résolu ce problème. La divergence d'opinion, parmi nos savants, sur cette question, nous permet d'en douter. Cependant je crois qu'il est possible de se former une opinion assez juste de l'inflammation et de son traitement, avec les matériaux à notre disposition.

L'inflammation étant une maladie, un désordre dans le système, il est évident que pour en constater la présence, pour en connaître la nature et la gravité, il faut premièrement savoir comment les substances matérielles dont nous sommes composés ont été réunies, et combinées ensemble de manière à former un tout parfaitement organisé, notre corps en un mot. Et quoique la science n'ait pas encore dévoilé tous les secrets de la vie organique, il faut néanmoins avoir

(1) Comité d'Etudes Médicales, séances du 26 octobre et des 9 et 23 novembre 1899.

aussi, autant que possible, une juste idée des fonctions de nos organes à l'état de santé. C'est, je crois, la meilleure voie pour nous guider dans nos recherches, et la seule qui puisse nous fournir les bases sur lesquelles on pourra établir un traitement sûr et rationnel.

La vie donc commence par une cellule. A son origine cette cellule, quoique vivante, n'est pas cependant en puissance, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas faire aucun acte vital ; elle est entièrement sous le contrôle de l'organisme qui la contient ; et si cet état se prolonge audelà de certaines bornes, elle finit par être absorbée, comme tous les autres liquides, ou par être rejetée en dehors du système. Tout cela change au moment de la fécondation. La cellule reçoit alors son principe de vie, qui lui donne une existence indépendante, avec le pouvoir de se nourrir, de se développer et de remplir plus tard tous les actes de la vie organique et intellectuelle. C'est le vitalisme, si vous voulez. La cellule n'est plus soumise à la puissance maternelle. Au lieu d'être absorbée, elle absorbe à son tour, d'abord son protoplasme, et ensuite les substances fournies par la mère pour se les assimiler. Par le fait de cette fécondation, un nouvel être doué d'intelligence est formé. Ce pouvoir créateur extraordinaire et mystérieux, donné non seulement à l'homme, mais à tous les êtres du règne animal et du règne végétal, est bien propre à confondre notre jugement et à forcer notre intelligence à s'abaisser devant la toute-puissance divine.

Cet être, formé par la combinaison d'un certain nombre d'éléments simples de la matière, possède des propriétés tout à fait distinctes et opposées à ces mêmes élémeuts ; propriétés qui lui donne le pouvoir de s'emparer de ces matériaux, de les contrôler, et de leur faire remplir, durant une période plus ou moins longue, un rôle entièrement différent de celui qui leur avait été primitivement assigné. Mais cet assujettissement de la matière par une autre puissance ne se fait pas sans effort, parce qu'il y a antagonisme entre ces deux forces.

Il y a lutte : c'est la lutte pour la vie, commençant avec l'existence pour ne finir qu'avec elle.

Cette cellule possède une organisation qui mérite notre admiration ; car non seulement elle vit et prolifère sans vaisseaux et sans nerfs, mais de plus, par un procédé incompréhensible, elle forme des cellules toutes différentes les unes des autres, douées de propriétés distinctes, s'unissant ensemble pour former les os, les glandes, les organes et tous les autres tissus de notre corps. On constate cepen-

dant que, malgré les lois qui président à l'organisation si compliquée de notre être, la nature fait parfois défaut; on remarque de temps à autre chez le fœtus des lacunes ou des productions hétérogènes. Comme les cellules de l'adulte jouissent des mêmes propriétés, rien de surprenant si, par une déviation de la nutrition, ou par une cause quelconque, on voit se produire aussi chez lui des néoplasmes ou autres productions anormales. Comme la prolifération se fait par les cellules, il faut aussi que toutes les autres fonctions de nos organes se fassent par elles. Il s'ensuit que nous agissons et que nous vivons par nos cellules. Ce travail incessant doit nécessairement les épuiser et les altérer.

Pour conserver leur vitalité, et pour leur permettre de réparer les pertes que les fonctions organiques font subir continuellement au système, la nature emploie deux procédés, le repos et la nutrition. Je laisse de côté la question du repos pour ne parler que de la nutrition. Comment se fait la nutrition ? On dit que le sang est la nourriture du corps : il serait plus juste de dire que le sang contient les substances nécessaires à la nourriture du corps. Car le sang, tel qu'il existe dans les vaisseaux, n'est pas propre à la nutrition, et il n'est pas absorbé comme tel par les cellules. En effet, les cellules ne communiquent pas avec les capillaires, elles ne reçoivent donc pas leur nourriture directement des vaisseaux. De plus, le sang, transporté par la circulation dans toutes les parties du système, ne sort jamais des vaisseaux, et ne vient pas en contact avec les cellules. La nature se sert d'un moyen indirect pour donner aux cellules leur nourriture.

Ainsi, lorsque le sang chassé par le cœur pénètre dans les capillaires et les veinules, ces vaisseaux laissent passer à travers leurs parois, par diapédèse, une certaine partie des liquides qui le composent. Ces liquides contiennent plusieurs substances, entre autres beaucoup de leucocytes ; ils circulent dans les espaces intercellulaires et baignent les cellules qui s'y trouvent. Comme il y a des capillaires partout, et qu'ils sont tous semblables, les liquides diapédésés doivent être tous de même nature. La diapédèse est par conséquent une fonction normale, et toujours en action ; de sorte qu'on peut expliquer ainsi facilement la présence des leucocytes dans toutes les parties du système. Ce liquide est le véritable suc nourricier des cellules, elles l'absorbent et s'en nourrissent. Cependant ce plasma n'est pas propre à être assimilé, tel qu'il est, à sa sortie des capillaires. Il faut que les cellules des divers organes le travaillent, l'élaborent et le modifient avant de l'assimiler.

S'il était assimilé tel qu'il est à sa sortie des capillaires, ce liquide diapédésé étant le même partout, on n'aurait qu'un seul et même tissu, et les fonctions de tous les organes seraient toutes semblables. C'est comme un arbre fruitier sur lequel on met plusieurs greffes ; tous les bourgeons se nourrissent de la même sève, mais ils produisent des fruits différents. La balance du suc nutritif qui n'est pas assimilée, est absorbée par les lymphatiques, et transportée dans la circulation pour servir de nouveau, ou bien, est rejetée en dehors du système par d'autres voies. Les leucocytes circulent donc dans le système en vertu des lois vitales qu'ils subissent : ils ne peuvent passer à travers les tissus par leur propre mouvement, ni demeurer indéfiniment dans un endroit quelconque. Comment la cellule primitive se nourrit-elle après sa fécondation ?

Cette cellule se nourrit de la même manière que les cellules de l'adulte. Elle absorbe les liquides diapédésés provenant des capillaires, à l'endroit où elle est en juxtaposition avec la muqueuse de la matrice. Mais ce mode d'existence ne se prolonge pas longtemps. Le développement progressif de l'enfant demande plus de nourriture que la diapédèse peut fournir. La membrane de la cellule-mère en contact avec la muqueuse utérine subit alors une transformation graduelle, et forme le placenta. Les capillaires et les veinules du placenta s'unissent ou s'abouchent aux capillaires de l'utérus, ce qui permet au sang de la mère de passer directement dans les vaisseaux du placenta et de donner à l'enfant une nourriture abondante jusqu'à sa naissance. A cette époque tout change. L'enfant est complètement organisé, capable de vivre par lui-même et de continuer la lutte. Lutte devenue cependant plus difficile par la multiplicité de ses organes en action et par les nouveaux obstacles qui surgiront pour entraver leur fonctionnement. Avant la naissance le fœtus recevait de la mère son sang tout formé. Il faudra qu'il le fasse à présent.

Les aliments fournissent les éléments nécessaires à la formation du sang. Ils sont élaborés par le canal alimentaire, aidé des glandes salivaires, du foie, du pancréas, etc. Le chyle est le résultat de cette transformation ; il est transporté par le système lymphatique dans les veines, de là il passe par les poumons qui le transforment en sang artériel. Si d'autres organes contribuent à la formation des globules blancs, ou rouges du sang, ils n'agissent tout au plus que sur les éléments provenant des substances alimentaires en les transformant.

Voilà donc l'enfant tout à fait organisé. Sa santé et sa vie dépendent maintenant du jeu régulier de ses organes. Mais comme

ceux-ci n'agissent que par leurs éléments cellulaires, il est évident que lorsqu'il survient un dérangement quelconque, il doit être dû à une altération des fonctions de ces mêmes éléments. Il faut que la maladie commence dans les cellules, et quels que soient les effets et les altérations qui en résultent, ils sont toujours produits dans et par les cellules. Avant la naissance, on a vu que les cellules agissaient sans le concours des nerfs, mais, après la naissance, le système nerveux est un facteur puissant dans l'exercice de leurs fonctions.

Comment les cellules peuvent-elles être affectées ? Naturellement, il faut que ce soit dans leurs fonctions ou dans leur organisation. Il y a par conséquent altération fonctionnelle et altération organique.

Ainsi il y a altération fonctionnelle lorsque les sécrétions des cellules sont augmentées, diminuées, ou modifiées. Il y a altération organique, lorsque l'organisation des cellules est altérée ou détruite.

On pourrait donc dire que toutes les maladies ne sont que le résultat d'une augmentation, d'une diminution, d'une déviation des fonctions cellulaires, et d'une altération de la substance même de ces cellules. Elles peuvent être toutes ramenées à l'un ou à l'autre de ces types.

Si elles présentent tant de variétés dans leurs symptômes et leurs effets, ça dépend de la constitution du malade, et de la diversité des causes. On pourrait donc dire qu'il n'y a qu'une seule maladie, la perturbation des éléments cellulaires. De sorte que toutes les maladies ne seraient que des variétés de cette perturbation. C'est comme pour le son ; malgré sa variété presque infinie, il n'y a cependant qu'un son. Comme les maladies sont produites par une action nocive sur les éléments cellulaires, tendant à diminuer ou à détruire leur vitalité, il est clair que ceux-ci doivent réagir contre elle et s'efforcer de revenir à leur état normal. Il s'ensuit que toutes les maladies doivent tendre à la guérison, pourvu que la vitalité des cellules n'ait pas été détruite d'emblée.

Si je devais faire un traité complet de médecine, il serait à propos maintenant d'étudier les diverses maladies qui peuvent affecter notre système et d'en donner le traitement. Mais comme je ne veux m'occuper que d'une seule, l'inflammation, j'entre immédiatement dans mon sujet.

L'inflammation.

Qu'est-ce donc que l'inflammation? Je laisse de côté les plus anciennes théories pour ne m'occuper que des modernes. D'après Conheim,

l'inflammation serait la somme des différents processus débutant par la dilatation vasculaire, passant par la margination des leucocytes pour aboutir à la transsudation des substances solides (diapédèse) et liquides (exsudats) appartenant au sang ; et il ajoute que la diapédèse symbolise l'inflammation.

Le siège de l'inflammation, dit-il, est dans les vaisseaux, et la somme des processus qui s'y passent constitue l'inflammation. Il admet que tout processus inflammatoire d'origine quelconque débute invariablement par un premier acte, le bouleversement fonctionnel, et, en particulier, la perturbation nutritive des éléments cellulaires; il ajoute que la cellule endothéliale est la première affectée. Il reconnaît que les cellules fixes du tissu conjonctif souffrent profondément par l'inflammation ; mais les lésions qu'elles supportent ne sont à ses yeux que consécutives aux troubles circulatoires. Il ne veut voir dans l'inflammation que l'accumulation diapédétique des leucocytes au milieu des mailles du tissu conjonctif. D'après lui, le processus inflammatoire est l'effet d'une action nocive sur les vaisseaux. Conheim dit que le pus est formé par les cellules diapédésées, car rien ne prouve que ce soit par les cellules fixes.

Virchow est d'opinion que l'essence de l'inflammation est dans le travail prolifératif des cellules fixes du tissu conjonctif. C'est comme une réaction hypertrophique et proliférative des éléments cellulaires plasmatiques (qui font le pus) aussi bien que des cellules des parenchymes (inflammation parenchymateuse). Pour expliquer la diapédèse, Virchow suppose une puissance attractive qu'exerceraient les cellules fixes sur les vaisseaux, et réciproquement sur leur contenu, d'où un courant transsudatif exagéré des liquides nourriciers appelés à fournir les matériaux nécessaires pour cette hyperproduction néocellulaire.

Voilà deux théories qui diffèrent notablement l'une de l'autre. Et je ne crois pas que ni l'une ni l'autre nous donnent une idée claire et satisfaisante de l'inflammation.

Examinons donc ces deux systèmes.

Premièrement, Virchow et Conheim s'accordent et sont dans le vrai, en disant que l'inflammation débute par un bouleversement fonctionnel et une perturbation nutritive des éléments cellulaires. Mais ils font erreur en disant, l'un, que les cellules endothéliales sont les premières affectées, l'autre, que l'essence de l'inflammation est dans le travail prolifératif des cellules fixes du tissu conjonctif.

Pourquoi limiter le travail inflammatoire ou au moins son début à ces deux espèces de cellules. Tous les tissus, tous les organes sont

formés par des cellules, différentes il est vrai, mais jouissant de la même vie, et remplissant des fonctions analogues. Comme c'est par elles que la santé et la vie se maintiennent, il est évident qu'un dérangement dans leurs fonctions, dans leur organisation, doit déterminer une maladie quelconque. Il s'ensuit donc que l'inflammation doit commencer dans les éléments cellulaires de n'importe quel organe. La preuve que les cellules endothéliales ne sont pas nécessairement les premières affectées, c'est que l'inflammation débute parfois dans les cellules de la cornée, là où il n'y a pas de vaisseaux. S'il est vrai que l'inflammation débute dans les cellules du tissu conjonctif ou autre, il s'ensuit que le siège de l'inflammation doit être dans les cellules, et non dans les vaisseaux; ceci serait vrai même si les cellules endothéliales étaient les premières affectées. De sorte qu'on fait erreur en disant que la somme des processus qui se passe dans les vaisseaux constitue l'inflammation ; elle n'en est que l'effet, la conséquence.

On pourrait définir l'inflammation, une altération organique et fonctionnelle des éléments cellulaires quels qu'ils soient. Par altération organique on doit entendre une modification quelconque de la cellule même, v. g. induration, ramollissement, transformation graisseuse, granulo-graisseuse, formation de pus, formation nouvelle, (ou la mort des cellules par gangrène).

Par altération fonctionnelle on doit entendre la prolifération des cellules ou hypertrophie, ou leur désassimilation produisant l'atrophie et l'ulcération ; ou bien encore l'exagération ou la diminution de leurs autres fonctions, déterminant une augmentation ou une diminution de leurs sécrétions ; le tout accompagné de symptômes fébriles plus ou moins prononcés, selon l'intensité de l'inflammation, avec un pouls vite, dur, ou faible, selon que la vitalité du malade a été plus ou moins affectée. De sorte que l'essence de l'inflammation ne peut pas être seulement dans le travail proliferatif des cellules, puisque parfois il y a désassimilation, perte de substance, ulcération.

Au lieu de dire que le processus inflammatoire est l'effet d'une action nocive sur les vaisseaux, on devrait dire sur les éléments cellulaires de ces vaisseaux.

Conheim ne veut voir dans l'inflammation que l'accumulation diapédétique des leucocytes au milieu des mailles du tissu conjonctif. Mais les leucocytes s'y trouvent à l'état normal, c'est un acte physiologique, et leur accumulation peut survenir sans inflammation, et l'inflammation peut exister sans elle. Conheim fait erreur encore en

disant que le pus n'est formé que par les cellules diapédésées. Comment expliquer alors la perte de substance dans les inflammations suppuratives si les cellules fixes ne sont pas détruites. L'explication fantaisiste de la diapédèse par Virchow ne repose sur aucune base solide.

Virchow commet, je crois, une erreur en disant que l'inflammation est comme une réaction hypertrophique et proliératrice des éléments cellulaires plasmatiques (qui font le pus) aussi bien que des cellules des parenchymes (inflammation parenchymateuse) ; on ne doit pas faire deux espèces d'inflammation. Il n'y en a qu'une seule.

Ainsi, prenons l'inflammation à son début, suivons-la dans sa marche et voyons s'il est possible d'en expliquer les symptômes et les effets, par les lois vitales qui nous gouvernent. On a vu que pour qu'il y ait inflammation il faut que la cellule soit primitivement affectée ou irritée. En effet, comment pourrait-il y avoir inflammation, avec des cellules à l'état normal. Cette irritation a pour effet, disent Conheim et Virchow, d'augmenter la prolifération et les autres fonctions des éléments cellulaires. De sorte que l'exagération de ces fonctions exigent de la part des cellules une plus grande absorbtion des sucs nourriciers, c'est-à-dire des substances diapédésées. Afin de donner la quantité suffisante de liquide pour satisfaire l'activité des cellules enflammées, il faut nécessairement que la circulation devienne plus rapide. La rapidité de la circulation est donc secondaire à l'irritation cellulaire, elle en est le résultat. La diapédèse augmente en proportion. Le premier effet de cette inflammation, au premier degré, serait donc une prolifération plus considérable, une hypertrophie. Mais le nouveau tissu n'est pas normal, parce que l'activité des cellules se trouve taxée à un trop haut degré, ses nouveaux produits sont mal formés, mal organisés, avec une vitalité moindre. Car si l'inflammation augmente l'activité des cellules, elle diminue leur vitalité.

Letulle, page 329, dit : (Le travail hypertrophique bouleverse souvent les rapports préétablis entre les éléments, trouble l'ordination des épithéliums (et des autres cellules) et déforme ainsi les agrégats cellulaires, modifie le volume, les rapports et les fonctions des organes entre eux, à condition que le processus inflammatoire soit assez modéré pour permettre aux éléments de survivre). Voilà ce que produit l'inflammation à son premier degré. Je suppose que l'inflammation soit plus intense, qu'arrive-t-il ? Les fonctions cellulaires augmentent, l'absorbtion et la transformation des liquides diapédésés devient plus considérable, la circulation est en conséquence encore plus

rapide, la congestion dans les vaisseaux est plus prononcée, la diapédèse aussi, ainsi que l'élévation de la température, et la dureté du pouls. Mais on observe alors que les cellules ne peuvent pas transformer et s'assimiler tous les liquides diapédésés ; il arrive donc que les leucocytes non assimilés restent dans les espaces intercellulaires, et comme l'intensité de l'inflammation n'a pas été assez forte pour détruire leur vitalité, ils s'organisent en fausses membranes. En réponse à une observation faite à ce sujet par Letulle (page 19), on peut dire qu'il est facile ainsi de comprendre que les leucocytes servent à composer l'exsudat fibrineux, et qu'on peut expliquer sans peine la rapidité parfois extraordinaire de ces formations par l'accumulation incessante de leurs masses à la surface des nouvelles couches de fausses membranes.

Supposons que l'intensité de l'inflammation augmente encore d'un autre degré, nous aurons alors augmentation et aggravation de tous les symptômes ci-haut décrits, c'est la somme des processus de Conheim. Nous avons alors tout ce qui anciennement constituait l'inflammation, la douleur, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction, fièvre intense, etc. ; de sorte que les conditions nécessaires à la vie des leucocytes, libres ou fixes, n'existant plus, ils meurent et sont rejetés sous forme de pus. Letulle, il est vrai, dit que la cellule du pus est vivante ; ceci est juste en partie, parce que tout est vivant dans la nature : il n'y a que des transformations ; mais considérée physiologiquement, on peut dire qu'elle est morte, parce qu'elle ne s'organise pas.

La formation du pus n'est donc pas, comme dit Letulle (page 155), un effort curateur, un procédé de guérison. Le pus est tout simplement un des produits de l'inflammation, un de ses modes de terminaison. Si l'inflammation atteint ses dernières limites, la vitalité des cellules fixes est détruite, la circulation et la nutrition cessent et la gangrène a lieu. Les symptômes sont alors en rapport avec l'importance de l'organe ou l'étendue de la désorganisation. L'inflammation a donc plusieurs degrés ; il n'est pas nécessaire qu'ils soient tous présents pour qu'elle existe ; elle peut parfois ne pas dépasser le premier. Outre la prolifération et l'altération des cellules, l'inflammation affecte aussi leurs autres fonctions ; c'est ainsi qu'on voit leurs sécrétions augmenter ou diminuer selon les cas.

On rencontre une grande variété dans tous les produits inflammatoires. Ceci dépend de la constitution du malade, de la nature et de l'intensité de la cause. Par exemple, on peut avoir une sécré-

tion plus ou moins séreuse, sanguinolente, des néoplasmes, des hypertrophies, des atrophies, etc.

On peut avoir, dit Letulle, un pus louable, séreux, mal lié, sanie purulente, etc., (page 148) Le pus peut être produit par n'importe quelle puissance irritante, il n'est pas nécessaire que ce soit des microbes. Seulement, on dit que le pus sans microbes est aseptique. Comme toutes les sécrétions des cellules enflammées sont anormales, elles doivent pouvoir, il me semble, étant introduites dans le système, donner lieu à la même maladie qui leur a donné naissance. S'il y a dans le pus d'autres substances irritantes, elles doivent produire d'autres affections. Il s'ensuit que toutes les altérations organiques survenant dans n'importe quelle maladie sont le résultat de l'inflammation. Cependant, l'inflammation n'est pas toujours un mal, elle est parfois absolument nécessaire, par exemple pour réparer les injures faites au système, pour guérir une plaie par première intention, un ulcère. L'inflammation augmente l'activité des cellules, mais elle diminue leur vitalité, de sorte que les formations nouvelles ont aussi une vitalité moindre.

La formation du pus n'est cependant pas toujours accompagnée de symptômes inflammatoires prononcés. Ainsi les abcès désignés sous le nom d'abcès froids surviennent sans fièvre apparente. Il faut donc alors que la vitalité des cellules soit tellement diminuée que la moindre cause suffit pour opérer cette transformation de la cellule normale en cellule purulente.

La formation du pus n'est donc pas due à une action spécifique d'une substance quelconque, tout dépend de son action irritante, et de l'état du malade. La même cause ne produit pas toujours le pus. Ainsi le streptocoque peut produire une inflammation sans pus, v. g. page 145—l'érysipèle ; de plus le bactérium coli commune, pyogène lorsqu'il est devenu le moins septique, est incapable de faire du pus l'orsqu'il est devenu très virulent. Il ne faut pas comprendre par cette expression, *faire du pus*, que c'est le microbe qui le fait: le microbe ne fait que produire une irritation, une inflammation de la cellule, et le pus se forme en vertu des lois physiologiques, par le système lui-même. On a tort de dire que la suppuration doit être considérée comme un acte important pour se libérer. Se libérer de quoi ? De la cause ; mais la cause a produit tous ses effets par le formation du pus ; la maladie est terminée. De sorte qu'on doit considérer la suppuration comme un produit inflammatoire plus ou moins grave selon le cas.

Causes de l'inflammation.

Quelles sont les principales causes de l'inflammation et comment agissent-elles ? La première, par ordre de préséance, c'est notre organisation même. Nous portons en nous le germe de notre propre destruction, qui doit infailliblement nous conduire à la mort, indépendamment de toute autre cause. Le point de départ, la base de notre existence prouve que nous ne sommes pas faits pour vivre toujours. Nous avons vu que notre corps était formé par des substances inorganiques, contrôlées et mises en action par un principe vital, en opposition directe avec les lois physiques, contrôlant ces mêmes éléments inorganiques ; deux pouvoirs opposés et unis ensemble; que les fonctions vitales de nos organes ne peuvent se faire sans une lutte continuelle, que cette lutte exige par conséquent une dépense de vitalité qui produit un affaiblissement graduel des cellules. Celles-ci s'altèrent, subissent des transformations qui les rendent incapables de remplir leurs fonctions, et la mort a lieu par usure. C'est la mort des vieillards.

Il y a encore d'autres causes internes dépendant de notre organisation, telles que les malformations, le manque d'équilibre entre les différents systèmes lymphatiques, nerveux, etc. Les fonctions des divers organes sont loin de se faire alors d'une manière régulière. Il en résulte des dérangements fonctionnels et organiques plus ou moins graves. Nous avons en plus les causes externes.

Tout ce qui contribue au maintien de la vie peut être une cause de maladie, une cause d'inflammation. L'air, la chaleur, le froid, l'électricité, le boire, le manger, le travail, l'inaction, etc. A part de cela nous avons les blessures de toute espèce, les substances irritantes, les poisons, les parasites et les microbes. Les maladies qui en résultent sont aussi variées que les causes qui les produisent, mais elles ont toutes une même origine, un même point de départ, l'altération fonctionnelle et organique des éléments cellulaires. Etudions d'abord les microbes.

Qu'est-ce qu'un microbe ?

La science moderne nous dit que les microbes sont de très petits êtres organisés, appartenant au règne animal ou au règne végétal, constitués, les uns par une cellule, les autres par plusieurs cellules et de formes différentes. Ils jouissent de tous les attributs qui appartiennent aux autres êtres organisés, c'est-à-dire qu'ils se nourrissent, prolifèrent et secrètent. On les trouve en grand nombre dans l'air, dans la terre, dans l'eau, ainsi que dans le règne végétal et animal.

Contrairement à ce que l'on serait en droit de supposer, leur existence, ou au moins celle d'un certain nombre d'entre eux, est loin d'être éphémère. Généralement, en effet, la durée de la vie d'un être organisé est en rapport avec la rapidité de sa croissance et de sa multiplication. Les microbes, qui croissent rapidement et qui se multiplient de même, peuvent, dit-on, conserver leur vitalité pendant un temps considérable, soit dans le système, soit en dehors. Les microbes sont regardés comme nos pires ennemis. Les maladies les plus graves paraissent être causées par eux. A voir la crainte qu'ils nous inspirent, la guerre qu'on leur fait, on dirait qu'ils ont été mis sur la terre pour la destruction du genre humain, et qu'il faut employer les moyens les plus extraordinaires pour ne pas être dévorés par eux. Ce qui prouve que tout change dans la nature : à présent ce sont les petits qui mangent les gros. Cependant, s'il n'y avait pas de microbes nous ne serions pas ici : la terre serait déserte depuis longtemps. En effet, si la cellule suffit pour former un être organisé, un microbe, on peut dire que tous les êtres organisés sont des microbes, parce qu'ils sont tous formés par des cellules ; et comme nous nous nourrissons de végétaux et d'animaux, on peut dire encore que nous ne vivons que par les microbes. D'ailleurs le nombre des mauvais microbes dans notre manger, dans notre boire, et dans l'air que nous respirons, doit être très exagéré. L'absorbtion énorme que nous en faisons tous les jours, pendant des années, rendrait, il me semble, la santé et la vie même impossibles. On prétend, il est vrai que les mauvais microbes sont détruits par les bons qui les mangent. Si ce moyen là suffit pour nous protéger, on devrait obliger ceux qui s'occupent de cette science à cultiver au moins autant de bons microbes qu'ils en cultivent de mauvais.

D'où viennent les microbes ? La nature doit employer le même procédé pour eux que pour les autres êtres organisés. Ainsi après la formation de la terre, ses éléments. sous l'influence de l'humidité, de la lumière, de la chaleur et de l'électricité, ont vu leur énergie s'accroître, ils ont formé des combinaisons nouvelles et simples dont quelques-unes sont pour ainsi dire restées rudimentaires, comme les microbes. Les autres ont formé par des transformations successives tous les êtres de la nature. Système de Darwin, si vous voulez, mais que je ne puis pas accepter complètement. Darwin prétend que les êtres, par transformations successives, forment des espèces nouvelles et d'une nature tout à fait différente ; ce qui me paraît un non-sens. Je veux bien croire aux progrès de l'humanité, mais je ne puis pas admettre que nos ancêtres étaient d'une autre espèce que la nôtre

Puisque la vie réside dans la cellule, je veux bien croire que cette cellule est le point de départ de l'existence de tous les êtres. Mais je crois qu'une grande variété de cellules ont été primitivement formées, et douées d'une organisation propre et distincte les unes des autres, et que, par leurs transformations successives, elles ont formé cette variété d'êtres que l'on voit dans la nature. Ce qui le prouve, c'est que ces diverses espèces conservent toujours leur même caractère.

Le microbe constitue le premier échelon des êtres organisés. Les microbes d'aujourd'hui descendent-ils directement des microbes primitivement formés, ou bien renaissent-ils après être disparus. On serait porté à le croire, en voyant les maladies dites microbiennes disparaître pendant des années et revenir ensuite. Si les microbes ont toujours existé, on ne voit pas pourquoi la disparition de ces maladies aurait lieu d'une manière si complète. Pourquoi la nature, se trouvant dans des conditions favorables, ne pourrait-elle pas former, de nouveau, des microbes de mêmes espèces ou d'espèces différentes, comme elle les avait formés au début ; ça ne serait pas plus une génération spontanée que leur premiere création. La nature n'a rien perdu de son énergie, de son pouvoir générateur. C'est un immense laboratoire, toujours en activité, détruisant les anciennes organisations pour en former d'autres. Si l'on examine ce qui se passe chez l'homme seulement, on est étonné de la quantité de nouvelles substances formées, absorbées, décomposées et rejetées. Le nombre de microbes trouvés dans les sécrétions intestinales, par exemple, est, dit-on, énorme. N'est-il pas plus logique de croire qu'au lieu de provenir de l air que nous respirons, ils sont plutôt le résultat de l'action des organes de la digestion, ou le produit de l'inflammation. S'il y avait autant de microbes pathogènes dans l'air qu'on le dit, comment la guérison par première intention pourrait-elle se faire après une opération, à présent surtout qu'on ne désinfecte plus l'air de la salle d'opération, ni les instruments, et qu'à moitié la peau du malade et les mains du chirurgien, puisque les substances antiseptiques employées pour cela ne causent la mort des microbes qu'au bout de deux heures au moins, et que l'on opère immédiatement. Comment expliquer la guérison par première intention quand on se contente seulement de l'asepsie. Cependant je ne voudrais pas prendre sur moi de condamner l'antisepsie.

On ne connaît pas encore d'une manière satisfaisante tout ce qui concerne les microbes. Les caractères distinctifs de chaque microbe ont peu prononcés, et les transformations qu'ils subissent font que

les experts même ne peuvent pas toujours les distinguer les uns des autres.

Ainsi, on dit que les sécrétions vaginales d'une femme en bonne santé contiennent au delà de 30 espèces de microbes, entre autres le staphylocoque pyogène et le streptocoque pyogène. On y trouve aussi, dit-on, le bacille Doderleins qui détruit les bacilles pathogènes. Un fait curieux, c'est que l'on trouve plus de bacilles pyogènes dans la sécrétion d'un ulcère qui guérit que dans celui qui présente une mauvaise apparence. La diphtérie est due, dit-on, à un bacille spécifique de Lœffler. Cependant on ne le trouve pas dans certains cas de diphtérie ; on le trouve parfois dans la gorge plusieurs mois après la disparition de la maladie. On l'a trouvé aussi dans certaines maladies éruptives et chez des personnes en santé. Il en est de même pour le gonocoque produisant la gonorrhée. On a la gonorrhée sans gonocoque. La peau renferme un bacille, le staphlycocus albus, situé si profondément qu'il est très difficile de le faire disparaître, etc., etc. (British, M. P., April 8th 1899). Dans la variole, la syphilis, le vaccin, on n'a pas encore, je crois, trouvé le bacille propre à ces maladies.

Sait-on au moins comment les microbes agissent sur nous ?

On prétend qu'ils sont inoffensifs par eux-mêmes, et que vu leur extrême petitesse, ils ne peuvent pas obstruer la circulation, de sorte qu'on a conclu qu'ils produisaient leurs effets par leurs ptomaïnes.

Les microbes introduits dans le système, par les poumons ou les intestins, peuvent, dit-on, être rejetés avec les sécrétions de ces organes sans causer de mal. On dit de plus que les microbes ne produisent pas d'effet, si la muqueuse de ces organes est intacte : qu'il faut, pour qu'ils agissent, une plaie, une érosion quelconque, par où ils puissent s'introduire. Cependant, dans un temps d'épidémie de fièvre typhoïde, par exemple, il est impossible de croire que tous ces malades avaient des plaies, des érosions dans le canal alimentaire. Il est plutôt probable que les microbes qui se trouvent dans l'estomac, ou les intestins, sont absorbés, avec les autres liquides, par les vaisseaux chylifères et transportés dans tout le système par les artères. Les microbes rendus dans les capillaires et les veinules doivent être diapédésés avec les autres liquides du sang. C'est alors qu'ils doivent produire leurs effets, parce que, venant en contact avec les cellules de tous les organes, ils peuvent agir directement sur elles. Il n'est pas possible de croire qu'ils passent à travers les tissus par leur propre mouvement.

Si les microbes mouraient dans le système on pourrait croire que

tous ces cadavres seraient une cause d'infection, mais jusqu'à présent on a trouvé que les microbes survivaient toujours malgré les maladies les plus virulentes, car, recueillis et soumis à la culture, ils prolifèrent toujours. On dit encore que les microbes ne produisent pas toujours leurs mauvaise effets immédiatement, qu'ils attendent une occasion favorable pour agir. Que font-ils en attendant ? Est-ce qu'ils se blottissent dans un coin pour y demeurer sans se nourir, sans secréter, sans proliférer ? Comment sauront-ils que l'occasion favorable est arrivé. La connaissons nous nous même cette occasion ? est-ce la faiblesse, l'épuisement ? Mais on voit les microbes laisser les plus faibles pour s'attaquer aux plus forts. En attendant que toutes ces obscurités soient éclaircies, il est plus logique de dire que les microbes, comme toutes les autres causes irritantes, agissent primitivement sur les cellules, en causant une perturbation fonctionnelle et nutritive de ces éléments cellulaires ; ils produisent, en d'autres mots, une véritable inflammation avec tous ses symptômes et tous ses effets ; de sorte que, selon l'intensité de l'inflammation, vous avez des sécrétions différentes et variées provenant des cellules et non des microbes. Est-il possible maintenant d'isoler les ptomaines de ces produits ? Et quand vous injectez ces substances, n'a-t-on pas le droit de dire que la maladie qui en résulte est causée autant par les produits inflammatoires que par les ptomaïnes ? Que se passe-t-il maintenant dans le système, au moment où les microbes commencent à agir, que font les cellules pour se défendre ? Que fera le système ? Est-ce que les forces vitales vont réagir contre ces ennemis et résister à leur envahissement Anciennement c'est ce qui se faisait. Mais les théories modernes ont changé tout cela ; ce sont les leucocytes qui ont à présent la mission de protéger la santé et la vie ; ce sont eux qui vont livrer un véritable combat en règle contre les microbes. Ils possèdent, dit-on, une puissance extraordinaire connue sous le nom de phagocytose, c'est-à-dire le pouvoir d'englober les microbes et toute autre particule de matière rencontrés par eux sur leur passage, pour les faire mourir ou les transporter en dehors du système. Les leucocytes, dit-on, comme des sentinelles avancées, sont toujours sur le qui-vive, et du moment qu'un désordre se produit dans un endroit quelconque, ils s'y précipitent en nombre, attaquent les microbes, auteurs de tout le mal, et les mangent littéralement. C'est, paraît-il, un véritable plaisir de les suivre dans leur course furibonde dans les vaisseaux, et à travers les tissus, à la poursuite de leurs ennemis. Durant ce temps-là que font les bons microbes, ces protecteurs de l'humanité, ces destructeurs des mauvais microbes ? Les éléments cellulaires, menacés de destruction,

dans leur impuissance soupirent après un défenseur, mais, comme sœur Anne, ils regardent partout et ne voient rien venir.

Les leucocytes ressemblent beaucoup, dans l'exercice de leurs fonctions, à ce fameux personnage représenté, *sicut leo querens quem devoret.* Ce qu'il y a d'étonnant dans l'exercice decette fonction, c'est que les leucocytes attendent pour agir que le mal soit fait. Pourquoi ne pas commencer avant, vu que les microbes et les leucocytes sont toujours ensemble, dans le sang, dans les espaces intercellulaires, etc. Le succès serait plus certain, car la lutte ne se termine pas toujours à l'avantage des leucocytes. Il paraît que les microbes englobés ne meurent pas tous, et qu'on trouve un grand nombre de leucocytes morts, par l'action des microbes. Il paraît aussi que la prolifération des microbes dépasse de beaucoup en nombre les microbes mangés. Il me semble que les leucocytes se sacrifient inutilement, et qu'ils devraient cesser de jouer un rôle qu'ils sont loin de remplir avec honneur pour eux et avec avantage pour nous ; puisque l'inflammation, loin d'être jugulée, continue le plus souvent, et ne se termine qu'après avoir produit tous ses effets. Voici sur ce sujet ce que l'on trouve dans Letulle.

Letulle dit que la cellule blanche est chargée de fonctions importantes, qu'elle va vivre à travers les tissus normaux, que la plus évidente, sinon la plus capitale de ces fonctions sera d'assurer l'élimination hors de l'organisme des matériaux inutiles ou nuisibles à la vie des colonies cellulaires. Il dit que le corps étranger, inerte, nuisible seulement par son volume et ses aspérités, est bientôt entouré de cellules migratrices qui l'englobent, et s'il est friable, se chargent d'en emporter les fragments loin du foyer inflammatoire. Sinon, les globules l'entourent et président à la formation d'un tissu cicatriciel qui l'isolera du reste de l'organisme. Je suppose maintenant qu'une inflammation locale soit produite par toute autre cause que par des microbes : les leucocytes vont-ils s'y précipiter tout de même ? Que feront-ils quand ils seront rendus, n'ayant pas de microbes à manger ? Vont-ils rebrousser chemin ? Je ne crois pas qu'on puisse jamais, à l'aide de semblables théories, pénétrer les secrets de la vie organique.

Après tout, on peut conclure que les microbes peuvent, comme toutes les autres substances introduites dans le système, produire un bouleversement fonctionnel et organique des éléments cellulaires, ce bouleversement est accompagné, tout naturellement, de plus ou moins de fièvre, d'inflammation, et d'altérations des organes affectés. De sorte que les microbes agissent comme toutes les autres causes de

maladie, et causent la mort en détruisant la vitalité des éléments cellulaires. Il s'ensuit que, pour le traitement, ce sont toujours les mêmes règles qui doivent nous guider. La première indication générale, c'est de faire disparaître la cause. Pour les microbes on emploie les injections de sérum. Si ce traitement pouvait réaliser nos espérances, ça serait un immense bienfait pour l'humanité et pour les médecins. La pratique de la médecine, en ce qui regarde les maladies microbiennes, serait des plus simples et des plus faciles. Mais quoique les résultats obtenus, d'après les statistiques, soient très sastisfaisants, la science n'a pas encore atteint ce résultat. Il arrive parfois qu'avec ou sans la destruction des microbes, l'inflammation continue ; nous sommes obligés alors de traiter cette inflammation d'après les règles de la science médicale. Quel est ce traitement ?

Traitement de l'inflammation au point de vue de la saignée.

Si on considère l'inflammation comme le résultat de la suractivité des éléments cellulaires, en devrait, il me semble, pour être logique, employer contre elle le traitement antiphlogistique. Cependant, cette proposition, faite d'une manière générale, est fausse. Le traitement de l'inflammation est conditionnel. Il dépend de l'impression faite sur le système.

Le traitement antiphlogistique convient tant que l'organisme conserve assez de vitalité ; mais s'il est trop affaibli, ce traitement est contre-indiqué. On doit par conséquent se servir tantôt du traitement antiphlogistique, tantôt du traitement stimulant, quelquefois des deux en même temps, selon le cas. Par traitement antiphlogistique, je ne comprends pour le moment que la saignée, je laisse de côté la considération des autres remèdes.

Puisque le traitement dépend de l'impression faite sur la vitalité du malade, comment pourra-t-on constater cette impression, et qui nous guidera dans le choix du traitement ? Ça sera les symptômes locaux et généraux, et surtout le pouls. Le thermomètre nous aidera aussi jusqu'à un certain point, mais il nous donnera très rarement l'idée juste de l'état du malade. Et comme l'élévation de la température coïncide souvent avec le pouls inflammatoire, il est plus facile de se dispenser du thermomètre. Lorsqu'il y a divergence entre les deux on doit encore préférer le pouls, le plus souvent. On peut dire en effet sans craindre de se tromper, que, de tous les organes, le cœur est le guide le plus important et le plus sûr que le médecin doive suivre dans le traitement de toutes les maladies en général.

C'est l'organe le plus impressionnable, celui qui fait connaître le plus clairement et le plus promptement les impressions éprouvées par le système. Rien d'important ne peut survenir dans l'organisme sans que le cœur en ressente les effets et sans qu'il nous le fasse voir par ses pulsations plus ou moins fortes, plus ou moins rapides, et plus ou moins régulières. Comme la sensitive, il suffit d'une ombre, d'un regard, d'une parole pour l'arrêter dans sa marche ou précipiter sa course. Véritable baromètre, il est ferme et régulier lorsque la vitalité est dans toute sa force ; il devient faible et irrégulier lorsque la vie s'en va. Sentinelle avancée, s'il ne reçoit pas les premiers coups, il les ressent tous et il nous indique toujours, par la nature des pulsations artérielles, la gravité de l'injure faite au système. Le pouls possède donc des caractères qui servent de bases au traitement des maladies et qu'il est absolument nécessaire de connaître.

C'est de plus une connaissance assez difficile à acquérir. De même qu'il faut au musicien une oreille bien organisée, de même il faut que les doigts du médecin soient doués d'un tact extrêmement délicat. Cette connaissance est la condition *sine qua non* pour devenir bon médecin. Par elle vous soignerez avec plaisir, avec certitude : sans elle vous n'exercerez votre art qu'au hasard. Je ne prétends pas dire qu'en prenant le pouls vous pourrez faire le diagnostic d'une maladie quelconque, mais vous pourrez constater jusqu'à quel point le système est affecté par la maladie, et si le traitement doit être antiphlogistique ou non. Enfin c'est l'état du pouls qui complète la connaissance que vous devez avoir de votre malade. Il faut d'abord savoir ce que c'est qu'un bon pouls, afin de pouvoir s'en servir comme terme de comparaison. Le pouls est naturel et bon lorsqu'il est peu développé, compressible, régulier, et que ses pulsations sont au nombre de 65 à 80 à la minute chez l'adulte. Plus il s'éloigne de ces caractères, plus il est mauvais, et chaque déviation a une signification particulière, suggérant le traitement à suivre.

Je ne vois pas la nécessité d'étudier minutieusement les nombreuses variations du pouls : il me suffira d'en donner les principaux caractères et d'en faire ressortir les indications. Ainsi le pouls peut être irrégulier ou intermittent, dénotant un état de faiblesse plus ou moins grave selon qu'il est plus ou moins prononcé et selon sa cause. Il peut être trop lent ou trop vite, ample, mou ou compressible, petit, filiforme. Ces divers pouls indiquent la faiblesse ; on en constate la gravité par la légère sensation ressentie par les doigts à chaque pulsation du cœur, et par la facilité avec laquelle on peut comprimer l'artère et arrêter la circulation. Ces caractères du pouls

dénotent un affaiblissement de la vitalité, et exigent un traitement tonique et stimulant. D'un autre côté, le pouls peut être plein, dur et vite, ou petit, dur et vite, le choc produit par le cœur est ressenti plus vivement par les doigts, et il faut comprimer plus fortement l'artère pour arrêter la circulation, vous sentez en même temps l'artère sous vos doigts comme dans un état de rigidité, de tension. Ce dernier caractère dénote plus, je crois, le pouls de saignée, que les autres. Ce pouls indique la suractivité des fonctions vitales, l'inflammation, et demande le traitement antiphlogistique. Ce pouls inflammatoire est accompagné d'une élévation de température plus ou moins considérable, et sa vitesse est généralement de 90 à 120 pulsations. Je crois devoir observer que la vitesse du pouls a quelquefois une importante signification. Ainsi un pouls de 90 pulsations continuelles à la minute, même sans cause apparente, est généralement un très mauvais pouls, non pas qu'il indique un danger prochain, mais il montre que l'organisme est sous l'influence d'une cause morbide qui doit lentement mais sûrement conduire le malade à la mort. Avant d'accepter la théorie prescrivant les émissions sanguines dans le traitement de l'inflammation, il est bon de s'assurer si elle est juste, si la saignée est nécessaire et justifiable en principe, afin d'avoir une base sur laquelle on puisse s'appuyer pour pouvoir l'employer en toute sûreté de conscience. Pour cela procédons du simple au composé.

Je suppose deux malades, dont l'un est maigre, faible, pâle, avec un pouls petit, vite, compressible, un véritable anémique ; l'autre au contraire est fort, plein de sang, avec un pouls plein et dur, un pléthorique en un mot. Quoiqu'il n'y ait point d'inflammation chez ces deux individus, ils sont néanmoins malades. Il est évident qu'on ne doit pas leur donner le même traitement. Il faudra tonifier et stimuler le premier. On employera pour l'autre le traitement antiphlogistique, c'est-à-dire la diète, l'exercice, les purgatifs et la saignée. Mais pourquoi la saignée ? Est-ce que les autres moyens ne suffiraient pas ? Dans certains cas, oui, lorsque la pléthore n'est pas excessive.

Mais lorsque la congestion est forte partout, que les organes sont surexcités, qu'ils fonctionnent trop, qu'ils fonctionnent mal, que le malade éprouve des points de côté, des engourdissements, des maux de tête, des éblouissements, etc., symptômes indiquant qu'il est menacé d'une attaque d'apoplexie pulmonaire ou cérébrale, d'un moment à l'autre, va-t-on le laisser exposé à un danger si sérieux, quand on peut le guérir immédiatement en lui ôtant le surplus de

sang dont il n'a que faire? On voit parfois la nature venir au secours du malade et le guérir au moyen d'une hémorrhagie quelconque. Pourquoi ne pas l'imiter? On ne peut donc pas se refuser à l'évidence, et il faut avouer que la saignée est parfois nécessaire et rationnelle. Les autres moyens sont plus lents, moins sûrs, le malade ne s'y soumet pas toujours. Un accident peut survenir avant qu'ils aient produit leur effet.

Maintenant, la saignée doit-elle être employée chez un individu non pléthorique pris par l'inflammation, lorsque le pouls l'indique? Pour répondre à la question, il faut d'abord se rendre compte des effets de l'inflammation, on verra ensuite s'il est possible de les prévenir ou au moins d'en diminuer la gravité par les émissions sanguines.

L'inflammation est pour ainsi dire une attaque contre la vitalité des éléments cellulaires, pouvant causer leur destruction et la mort même du malade. Par l'inflammation, l'activité des cellules est considérablement augmentée; l'assimilation, la désassimilation et les autres fonctions sont exagérées. Cette suractivité se maintiendra tant que la circulation apportera aux cellules les matériaux nécessaires à leur fonctionnement, et pourra déterminer les plus fâcheux résultats. Le meilleur moyen, il me semble, de faire cesser cet état de chose, c'est de supprimer tout simplement cette nourriture par une saignée: affamez pour ainsi dire les cellules, vous les aurez bien vite réduites à l'impuissance et à l'inaction. Et puisque l'inflammation est le résultat de la suractivité des cellules, cette suractivité étant disparue, l'inflammation devra disparaître aussi. Il est vrai que la saignée n'agit pas directement sur la maladie, excepté peut-être pour la pléthore. Cependant, malgré cela, il faut avouer que la saignée est nécessaire et rationnelle dans l'inflammation, même chez les non-pléthoriques, et autres. Néanmoins on s'objecte à cette pratique, parce que, dit-on, la saignée ne peut pas juguler la maladie, ni diminuer l'inflammation, et parce qu'en ôtant du sang au malade on l'affaiblit et il ne peut pas réparer l'injure faite aux organes.

Quant à la possibilité de juguler l'inflammation, les opinions sont partagées. Trousseau dit avoir arrêté une pneumonie dans l'espace de 12 à 24 heures par une ou deux saignées. Je me rappelle qu'un jeune homme, pris par la picotte, fut saigné le troisième jour, la fièvre tomba, les papules, qui avaient commencé à pointer, disparurent, et le malade fut guéri immédiatement. On peut multiplier les exemples. La plupart des auteurs s'accordent à dire, je crois, que la saignée peut diminuer l'intensité de l'inflammation. Et quand

même il en résulterait une certaine faiblesse, est-ce qu'elle ne serait pas moins grave que celle produite par la désorganisation d'un organe par le fait de l'inflammation. D'ailleurs le sang se renouvelle promptement, témoins ces hémorrhagies accidentelles chez des personnes loin d'être pléthoriques.

Il n'est pas suffisant de savoir que la saignée est nécessaire ; il faut de plus connaître quand, comment on doit saigner, et combien de sang il faut ôter. Il faut saigner le plus promptement possible après le début de la maladie. Comme la maladie ne marche pas toujours avec la même rapidité, on ne doit pas se régler sur la longueur du temps écoulé pour faire ou non la saignée. Il en est de même pour les différentes périodes parcourues par la maladie ; elles ne peuvent pas nous guider seules.

Comment saigner.

La perte du sang étant un mal en soi, excepté chez le pléthorique, il faut le ménager autant que possible. Ce n'est pas toujours tant la quantité de sang perdu qui fait du bien, que l'impression produite sur le système. On a vu la guérison survenir chez un malade après deux syncopes provoquées par la vue des préparatifs que l'on faisait pour le saigner. Il faut par conséquent faire une large ouverture à la veine. La position du malade est importante. S'il est debout, il sera bien plus vite affecté que s'il est assis, ou surtout couché, parce qu'alors le malade n'éprouvera pas autant ni aussi vite les effets débilitants de la saignée. Dans ce dernier cas, il faut être sur ses gardes afin de ne pas ôter trop de sang. On ne peut jamais dire d'avance combien de sang il faut ôter. Tout dépend de la maladie et du degré de résistance du malade. On saigne pour obtenir un effet. L'effet désiré n'est pas toujours le même ; il peut parfois s'obtenir par une perte légère de sang, d'autre fois, il faut aller jusqu'à la syncope. Ainsi par exemple, pour un pléthorique, vous ne cherchez qu'à faire disparaître ses malaises et à rendre son pouls naturel. Dans une inflammation, lorsqu'il est nécessaire de ménager le sang du malade, soit par rapport à son état ou par rapport à la nature de la maladie, vous cessez la saignée lorsqu'une amélioration suffisante a été produite. Par exemple, lorsque vous saignez pour une affection des poumons, le malade sent ses douleurs diminuer à mesure que le sang coule, sa respiration devient plus facile, la température tombe, le pouls devient moins dur et moins vite, une légère transpiration survient, le malade éprouve un véritable bien-être, vous arrêtez alors

la saignée. Si, dans certaines inflammations pulmonaires ou autres il est nécessaire de produire un effet plus marqué, de produire ce que Peter appelle une perturbation, vous saignez jusqu'à ou près de la syncope. Les symptômes qui indiquent l'approche de la syncope sont : pâleur des lèvres, de la face, dilatation de la pupille, nausée, vomissement, étourdissement, obscurcissement de la vue, pouls petit, vite, imperceptible, et syncope.

On ne doit pas toujours se fier aux différents caractères du pouls pous saigner ou non. Ainsi un pouls petit, vite et compressible contre-indique la saignée, pourvu qu'il soit le résultat de la faiblesse de l'épuisement du malade. Mais si, par exemple, ce pouls est dû à la gêne de la circulation pulmonaire, ne laissant passer qu'une petite quantité de sang dans le cœur, ou bien s'il est dû à une congestion cérébrale gênant les fonctions du cerveau, et diminuant d'autant la force du cœur, dans ces cas la petitesse du pouls n'est pas due à l'épuisement vital, et en dégorgeant les poumons et le cerveau, le cœur reprend son action, et le pouls redevient normal.

Je n'entre pas dans l'étude des autres affection du cerveau et des poumons ou de toutes les autres maladies qui peuvent ainsi affecter le pouls. Pour faire connaître toutes les indications et les contre-indications de la saignée, il faudrait passer en revue toutes les maladies Tous ces cas douteux sont toujours inquiétants pour le médecin. Il faut tenir constamment les doigts sur l'artère afin d'arrêter la saigné si le pouls faiblit. Si le pouls se relève on se guide sur l'amélioration des symptômes et sur les variations du pouls ; si le pouls devient dur, il faut continuer jusqu'à ce qu'il devienne mou et naturel, et s'il est nécessaire jusqu'à ce qu'il présente des caractères de faiblesse ; il est douteux qu'on doive continuer jusqu'à ou près de la syncope. L'état du malade, etc., nous guide.

Doit-on saigner quand le pouls l'indique ?

D'après Flint, la saignée est contre-indiquée dans les maladies tendant à se terminer par asthénie. S'il en est ainsi, il est probable qu'on ne saignerait presque jamais, parce que toutes les maladies finissent toujours par produire l'épuisement, l'asthénie. Il y a des maladies, j'en conviens, qui paraissent affecter très sérieusement la vitalité du système nerveux, même dès le début : par exemple, les fièvres typhoïdes, le typhus, les fièvres éruptives, etc., et comme tous les organes fonctionnent par l'action du système nerveux, il n'est pas surprenant de voir l'affaiblissement de tout l'organisme se produire, et la mort survenir par adynamie. Lorsque la maladie commence, ainsi le pouls est petit, vite, sans consistance, indiquant la fai-

blesse, et contre-indiquant la saignée. Mais tous les cas ne sont pas semblables. Il y a des malades qui montrent beaucoup plus de résistance. On ne constate pas chez eux cet anéantissement des forces, le pouls est plein, vite et dur. Pourquoi s'abstenir alors de la saignée. ? Les causes qui produisent ces maladies spécifiques n'agissent-elles pas de la même manière que toutes les autres causes, en produisant une altération fonctionnelle et organique des éléments cellulaires. La fièvre qu'on observe est toujours le résultat de l'exagération de la température normale. Celle-ci dépend elle-même des fonctions vitales. Qu'une cause quelconque stimule les cellules, les transformations seront plus rapides, plus nombreuses, et, comme conséquence, il y aura élévation de la température. De sorte que c'est toujours le même problème qui se présente, celui de l'inflammation et de son traitement.

Je me demande maintenant si dans ces maladies spécifiques produisant des altérations si graves et causant la mort si promptement, il ne serait pas à propos d'employer la saignée dès le début, quand même le pouls ne l'indiquerait pas. Il y a déjà bien des années, une affection ayant le caractère de la peste bubonique se déclara dans les paroisses du golfe Saint-Laurent. La maladie se terminait promptement toujours par la mort. Le médecin eut alors recours à la saignée et obtint de bons succès. Je n'ai pas pu savoir la nature du pouls de ses malades. La théorie microbienne recommande maintenant je crois, comme traitement unique les injections de sérum. Si par ce moyen on pouvait faire périr les microbes et juguler la maladie, on rendrait un immense service à l'humanité. Cependant, malgré les succès que l'on dit avoir obtenus, je ne crois pas que la science ait encore pu atteindre ce résultat. Je me crois néanmoins obligé d'employer ce traitement tant que je n'aurai que des doutes à opposer aux affirmations de la théorie, tout en ne négligeant pas les autres moyens à notre disposition, comme plus grande sûreté pour mes malades. J'avoue n'avoir pas employé la saignée dans ces diverses maladies-là. J'ai peut-être eu tort, mais moi aussi, j'ai eté impressionné par les raisons données contre son emploi. Comme chez le pléthorique, j'ai vu une hémorrhagie survenir dans le cours de la fièvre typhoïde et mettre fin à la maladie. Doit-on admettre aussi que ces maladies sont causées uniquement par des microbes ? Ne voit-on pas des épidémies apparaître à la suite de changements atmosphériques, ou climatériques, et par l'effet d'une disproportion d'ozone dans l'air ? Ne voyons-nous pas des fièvres survenir par l'effet d'une

cause quelconque extérieure ou intérieure agissant sur le système nerveux ?

Je désirerais faire quelques observations sur la divergeance d'opinion parmi les auteurs sur l'opportunité de saigner dans les cas d'inflammation. Ainsi, lorsque les auteurs modernes recommandent la saignée, ils ajoutent souvent, sinon toujours : pourvu que le malade soit assez fort. Lorsque l'inflammation pleurétique se déclarait, Peter l'employait chez les lymphatiques, les anémiques, les tuberculeux, dans l'urémie, dans la scarlatine, s'il la jugeait nécessaire. C'est, disait-il, chez les individus à constitution débile qu'il importe de mettre en œuvre le traitement antiphlogistique.

On doit les traiter avec moins d'activité qu'un pléthorique, mais d'une façon semblable. Il est bien entendu que le malade ne doit pas être une ruine, qu'il doit avoir assez de vitalité pour que la réaction puisse se faire. Les émissions sanguines locales doivent parfois être préférées, elles sont moins dangereuses, mais elles doivent être assez abondantes, autrement on s'expose à favoriser et à provoquer la congestion plutôt que de la diminuer. Je dois dire que Peter n'appuie pas, il me semble, assez sur le pouls ; il parle surtout des symptômes locaux et généraux sur lesquels il se guide. La saignée doit parfois être répétée plusieurs fois dans la maladie. Quels sont les symptômes qui réquièrent une nouvelle saignée ? Le Dr Borden nous dit que si la sédation qui suit immédiatement la saignée ne continue pas et ne se confirme pas par le ralentissement et la régularité du pouls avec la respiration plus libre (si les poumons sont affectés), la toux moins dure et muqueuse, les crachats, quoique sanguinolents, rejetés aisément, l'attitude naturelle, l'expression libre d'anxiété, la couleur de la face claire, uniforme, saus tache de jaunisse ; si au contraire, la peau demeure sèche, le pouls élevé, vite et dur, ou si la transpiration est inégale, ou partielle, comme sur les mains, sur la face seulement, et si la transpiration paraît être symptômatique plutôt que critique, si le pouls, affaibli et concentré, semble, en rapport avec les autres symptômes, indiquer l'oppression et la gêne de la circulation, plutôt qu'une faiblesse réelle, la nature attend une autre saignée, qu'il faut se hâter de donner dans l'espace de six à huit heures ou moins, selon l'urgence des symptômes.

Je termine ici la tâche que je m'étais imposée et vous remercie de votre bienveillante attention. J'aurais désiré vous parler des autres moyens ou remèdes à notre disposition pour combattre l'inflammation, parce que je les considère d'une telle importance, qu'on ne peut pas traiter efficacement cette maladie sans connaître le mode d'action de chacun d'eux. Je remets ce travail à plus tard.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 16 Novembre 1899.

Présidence de M. Marsolais.

NOUVEAU DANGER DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME.

M. E. G. ASSELIN.

Messieurs,

J'ai voulu ce soir vous signaler un nouveau danger de l'emploi du chloroforme comme anesthésique.

Le 28 août au soir, 1898, j'étais appelé auprès d'une femme qui était sur le point d'accoucher. La chambre de la malade était petite et éclairée au gaz. (Vous verrez plus tard pourquoi je fais mention du mode d'éclairage). Comme cette femme avait toujours été anesthésiée pour ses accouchements antérieurs, je lui administrai le chloroforme.

L'accouchement était à peine terminé que la respiration de la malade cessa tout à coup et la figure devint cyanosée. Je fis des tractions rhythmées de la langue et je m'empressai d'ouvrir la fenêtre ; au même instant je sentis des picotements dans la gorge, un malaise général et je me mis à tousser avec force. Comme la porte et la fenêtre étaient fermées, je mis sur le compte du peu d'air qu'il y avait dans la pièce ce malaise que je ressentais, ne cherchant ni ne connaissant autre cause.

Quelque temps après, en parcourant le *British Medical Journal* justement dans le but de trouver quelques articles sur le chloroforme, dans le numéro du 28 mai 1898, je trouvai l'article suivant :

Danger of chloroform inhalation in the presence of illuminating gas.

Traduction :

" *Du danger des inhalations de chloroforme en présence du gaz d'éclairage.* "

" Depuis deux ans passés, on a mentionné à différentes reprises les changements qui s'opéraient dans le chloroforme lorsque les vapeurs de ce dernier sont brûlées dans une pièce éclairée par le gaz. Le chlorure de carbonyle, qui, dans ces circonstances, se développe en même temps que l'acide chlorhydrique, produit de la dyspnée, de la toux et une suffocation tant chez le patient que chez celui qui administre le chloroforme.

" Quand le temps est humide ou qu'il y a du brouillard, ces accidents sont augmentés, et c'est justement dans ces circonstances qu'une ventilation parfaite devient impossible.

" Toutefois, ce n'est pas seulement un malaise temporaire qui apparaît dans ces cas. Le Dr Mey, de Berne, rapporte un cas de mort dû à la formation de ces vapeurs.

" Le Dr Mey s'est trouvé un jour dans l'obligation d'entreprendre une opération qui dura plusieurs heures.

" L'opération fut faite pendant la nuit, et, outre l'opérateur, un confrère du chirurgien et deux garde-malades étaient dans la chambre.

" On administra le chloroforme, et les vapeurs de ce dernier venant en contact avec le gaz d'éclairage produisirent une toux très forte.

" Quelques heures après l'opération, le Dr Mey fut atteint d'une dyspnée qui dura plusieurs heures. Les deux garde-malades éprouvèrent le même malaise et l'une d'elle mourut."

Après avoir lu cet article, je pensai immédiatement à ce qui m'était arrivé, et comme la même chose s'est répétée pour moi il y a deux jours, j'ai cru qu'il serait intéressant de vous mentionner le fait.

Que se passe-t-il donc quand les vapeurs du chloroforme arrivent en contact des vapeurs dégagées par un bec d'éclairage qui brûle ?

L'oxyde de carbone se combine directement avec le chlore pour former un gaz qu'on nomme *chloroxycarbonique* ou *chlorure de carbonyle* nommé aussi *gaz phosgène.* Un volume d'oxyde de carbone se combine avec un volume de chlore pour former un volume de gaz chloroxycarbonique.

La densité de ce dernier représente la somme de densité des gaz oxyde de carbone et chlore. C'est un gaz suffocant. Il est décomposé par l'eau avec formation de gaz carbonique et d'acide chlorhydrique.

$$\underset{\text{(Chlorure de carbonyle)}}{COCL^2} + \underset{\text{(Eau)}}{H^2O} = \underset{\text{(Acide chlorhydrique)}}{H^2CL^2} + \underset{\text{(gaz carbonique).}}{CO^2}$$

A cause de sa densité, le gaz chlorure de carbonyle est beaucoup plus dangereux si vous administrez le chloroforme sur un lit très bas plutôt que sur une table.

Il va sans dire que dans une pièce bien aérée il n'y a aucun danger.

Par conséquent, pas d'administration de chloroforme en présence du gaz d'éclairage dans une pièce close, vous éviterez par là même un danger assez sérieux, puisque les effets de ce gaz de formation nouvelle peuvent amener la mort.

M. Hervieux.—J'ai eu dans ma pratique un cas absolument semblable, qui a offert tous les symptômes décrits par M. Asselin. La malade, placée sur un lit bas, eut une syncope ; parmi les assistants, ceux qui étaient penchés près du lit furent pris de picotement dans la gorge et d'une forte toux ; les personnes qui se tenaient debout ne furent nullement incommodées. On dut ouvrir largement les portes et les fenêtres et l'on eut quelque peine à ramener la malade.

M. Dubé.—L'éclairage avec une lampe à pétrole ou une bougie permettrait d'éviter le danger.

M. TRUDEAU. J'ai observé un fait semblable à celui que rapporte M. Asselin. On s'aperçut ensuite qu'il y avait près du bec de gaz allumé, un autre bec à moitié fermé.

M. LESAGE.—Je me rappelle avoir été pris un jour, en donnant à domicile le chloroforme à une personne, pendant quelques instants de toux et de picotement dans la gorge. La chambre était éclairée au gaz.

M. FOUCHER.—Certains becs à gaz, par exemple le bec Auer, ne brûlent pas tout le gaz qui s'échappe de l'ouverture. Cette combustion imparfaite pourrait peut-être favoriser la combinaison avec les vapeurs de chloroforme et permettre à ces troubles particuliers d'apparaitre.

LE SANATORIUM ET LES TUBERCULEUX INDIGENTS.

M. LECAVELIER.

Monsieur le Président,

Messieurs.

Le dernier congrès pour la lutte contre la tuberculose, tenu à Berlin, vient de terminer ses travaux et aucun nouveau rayon de lumière n'est venu éclairer le champ de la thérapeutique. Alors, l'on a bien le droit de demander : Qu'a-t-on fait à ce congrès ? Pourquoi a-t-on convoqué à un grand banquet scientifique un si grand nombre de travailleurs de tout l'univers civilisé ? Quel a été le résultat de ces grandes assises internationales ?

Ce qu'on a fait ? On a fait le procès de la tuberculose. On a entendu tous les témoins intéressés dans cette cause ; on a longuement parlé de la prophylaxie, de la thérapeutique, de cette terrible maladie endémique, et l'on a disséqué toutes les causes multiples de sa propagation.

Tous, d'un commun accord, ont a reconnu que le microbe était l'ennemi et que le sanatorium était le remède. On a énuméré avec fierté les brillantes victoires remportées sur les maladies contagieuses contre lesquelles nous n'avons pas de pouvoir immunisateur. Ces succès doivent nous encourager à marcher à la conquête des tuberculeux par la même voie, c'est-à-dire la voie hygiéno-diététique, qui est le plus sûr moyen pour donner la mort aux bacilles et la vie aux malades.

Aujourd'hui il n'est plus permis d'ignorer que la tuberculose est la plus cruelle des pestes qui déciment les populations. En Europe, elle inscrit à son compte le quart de la mortalité totale. A Montréal, elle tue chaque année 749 personnes, Or, que faut-il faire pour enrayer la marche toujours envahissante du bacille de Koch ? Trois choses s'imposent : il faut d'abord augmenter le nombre de combattants, créer de profondes convictions, et se servir habilement des armes que nous avons à notre disposition pour lutter contre cette

terrible affection. Il faut absolument que l'unanime opinion du corps médical concourt à renverser l'idée, heureusement fausse, de l'incurabilité de la tuberculose, qui règne encore en maîtresse parmi le peuple.

Il faut diminuer le nombre de ceux qui viennent nous consulter en nous disant : "Surtout, docteur, si je suis en consomption, ne me le dites pas." Ou le plus souvent c'est la mère qui vous supplie de ne pas effrayer sa fille, si nerveuse ; ou hélas plus souvent encore nous entendons dire : "C'est inutile de le faire traiter, il est en consomption." C'est pourquoi l'on voit des malades sans traitement, abandonnés de leurs parents, hélas ! j'en ai vus parce qu'ils sont tuberculeux, et qu'il n'y a rien à faire, disent-ils, ça ne se guérit pas la consomption. Messieurs, le père qui abandonne son enfant sans traitement à la première période de la tuberculose mériterait de voir son nom inscrit au nombre des homicides dans le livre de l'éternelle justice, et le médecin qui, par scepticisme thérapeutique, laisse sans traitement son malade s'acheminer lentement vers la mort devrait être considéré comme un criminel.

Pour détruire ce préjugé profondément enraciné de l'incurabilité de la tuberculose, il faut un long, pénible et persévérant travail.

Il faut dire et répéter souvent les succès obtenus ; enchaîner arguments sur arguments ; accumuler preuves sur preuves et laisser parler la statistique plus éloquente encore.

Que nous dira-t-elle ? Si nous interrogeons les médecins des sanatoria on nous répondra :

	Mortalité Pour 0/0	Guérison Pour 0/0	Amélioration Pour 0/0
Falkenstein	4	14	77
Gœberdorff	7	25	72
Reiboldsgrün	2	27	73
Davos	4	40	40
Hohenonnef	4	58	40
Nordrac	4	30	65
Halila (Finlande)	13	37	33
Canigou	13	44	33
Adirondack	13	25	35
Winzak	4	23	43
Leysin	16	12	59
Arcachon	29	70	46
Enfants tuberculeux	8	34	35

Il est donc évident que le tuberculeux qui veut, qui peut se traiter, peut guérir ; les rapporteurs de ces différents sanatoria ne se sont pas entendus pour donner tous les mêmes résultats également favorables ; mais l'ouvrier, celui qui est obligé de vivre de son travail, celui qui, deshérité de la fortune, reste désarmé devant la mala-

die, enfin celui qui constitue le capital social du pays, que faites-vous pour le guérir ?

Rien, absolument rien. Comme pour toutes les maladies épidémiques, ce sont les ouvriers qui payent à la tuberculose le plus lourd tribut.

Qu'arrive-t-il lorsque la mère ou le père de famille est souffrant ? Ou l'hôpital les reçoit, ou le foyer les retient.

S'ils demeurent chez eux, nouvelle charge, nouvelles dépenses, et la misère est la compagne inévitable de la tuberculose, et quand après avoir lutté des mois, l'un d'eux disparaît, la contagion s'est faite parfois chez les voisins, mais toujours chez les enfants qui sont ordinairement en bas âge. Car ceux qui meurent sont des jeunes ayant coûté bien des sacrifices à leur famille ; ils sont emportés par la maladie au moment même où, pouvant marcher par leurs propres forces, ils se préparent à leur tour à fonder une famille ; à moins que, atteints quelques années plus tard, ils ne meurent, laissant une femme et des orphelins, qui sont souvent dans le dénûment le plus complet. Leur mort est donc bien une perte sèche pour la société, à laquelle ils n'ont pas rendu les services qu'ils en avaient reçus.

Ouvrier intelligent, dont le patron connaissait les talents, le mérite et la valeur, il a travaillé jusqu'au dernier moment, il a porté à l'atelier le germe de la maladie, et il est des places, vous diront ceux qui observent, où les ouvriers qui lui succèdent sont chacun à leur tour atteints du même mal.

Si le malade se dirige vers l'hôpital que recevra-t-il ? que lui donnez-vous ? Vous ne lui offrez qu'un asile de jour et de nuit pour attendre la mort ; vous le placez dans un endroit plus offensant que secourable où il ne trouve ni air, ni repos, ni alimentation suffisante, qui sont les trois bases fondamentales du traitement de la tuberculose. Ne croyez-vous pas que si vous dévoiliez aux yeux des bienfaiteurs de nos institutions hospitalières la triste vérité sur le sort des tuberculeux, que leur zèle ne serait pas diminué.

Si vous leur disiez que chaque année une somme considérable est employée à mal nourrir des tuberculeux qui s'éteignent lentement, mais sûrement.

Si vous comptiez les longues nuits d'insomnie que causent vos tousseux à leurs voisins, les typhiques ou les rhumatisants ; si vos registres indiquaient la longueur de la convalescence de ces malades ainsi troublés ; si vous déclariez que, dans vos hôpitaux, vous conservez des tubes humains ensemencés du bacille de Koch pour greffer les autres malades d'une affection tuberculeuse, car ce n'est qu'à l'hôpital que l'on voit pousser la tuberculose sur un terrain cirrhotique ou cancéreux, ne croyez-vous pas que vos généreux donateurs seraient très heureux d'offrir d'avantage, si, leur montrant le mal dans toute son horreur, vous leur proposiez le remède.

Le mal est considérable, il est évident. La contagiosité de la tuberculose n'est plus une doctrine, c'est un fait certain. Partout ou il y a des bacilles tuberculeux, il y a danger de contagion. Or le bacille de Koch est de tous les bacilles le plus résistant. La dessic-

cation réitérée ne le tue pas, ni l'humidité, ni la putréfaction, ni la chaleur sèche à 70° et même à 100°.

Il faut pour le détruire, la chaleur humide à 100° pendant deux minutes, ou l'action prolongée d'une solution caustique d'acide phénique. Il vit donc des mois là où il est déposé, ne perd que lentement sa virulence, et, même mort, provoque encore des lésions de tuberculose localisée. Or, ce bacille si redoutable fourmille par milliards dans les crachats des tuberculeux. C'est assez dire le péril d'un séjour prolongé dans une salle d'hôpital, où la désinfection rigoureuse des crachoirs n'est pas assurée et où les malades souillent les murs et le parquet.

C'est le cas de nos salles d'hôpitaux. Le tuberculeux étant donc un danger pour un camarade de salle, il doit être éloigné et soigné à part.

Que faut-il donc lui donner pour le guérir ? Il faut lui donner des forces nouvelles et relever son organisme. Et comment ? Par une aération continue et réglée de jour et de nuit; par une alimentation vigoureuse ; par le repos prolongé et le sommeil. Or, rien de cela n'est possible dans la salle commune. L'aération est empêchée par le pneumonique ou le rhumatisant, dont la maladie exige que la fenêtre soit close. L'alimentation est rendue difficile par le défaut d'aération et le manque d'appétit qui en est le résultat.

Quant au repos et au sommeil, il est troublé par le malade endolori ou délirant. En conséquence, dans l'intérêt général, dans l'intérêt particulier du tuberculeux lui-même, le sanatorium est une nécessité, une nécessité absolue.

Mais pour atteindre ce but il faut des fonds, et pour obtenir des fonds il faut vulgariser l'idée de la curabilité de la tuberculose qui est restée jusqu'ici trop cantonnée dans un cercle trop étroit du monde médical. Si la charité privée est toute prête à venir en aide aux malheureux malades, il est nécessaire que sa religion soit bien éclairée et qu'elle soit convaincue de faire œuvre utile et bonne.

Ne pensez-vous pas qu'à la voix de médecins se groupant et se levant pour dire, aux riches, aux philanthropes, à tout homme bien pensant : " Nos tuberculeux peuvent maintenant guérir, mais ils périssent tous parce qu'on nous donne pas de quoi les soigner ! " pensez-vous que le peuple ne répondrait pas immédiatement et ne trouverait pas dans son cœur et dans son épargne de quoi satisfaire nos vœux, par un élan spontané de pitié ?

Nous aurions, en adressant à la population cet appel collectif, un rôle très honorable et très beau, car nous montrerions à tous que nous avons su garder intactes les traditions du passé et qu'au milieu du scepticisme qui nous environne de toute part nous nous sommes souvenu qu'avant d'être une profession, la médecine était un sacerdoce.

Dans la lutte engagée contre la tuberculose, notre plus cruelle ennemie, ne ménageons donc, ni nos peines ni notre temps, et pour guérir nos malades mettons à leur service notre science, notre activité, notre énergie, notre conviction et notre persévérance.

Il faut absolument forcer le public à s'intéresser à cette question, et il est d'une importance non moins absolue qu'on lui fasse bien

comprendre que le médecin n'a en vue aucun intérêt personnel, mais qu'il est guidé uniquement par l'intérêt social.

Si ces sentiments d'humanité ne suffisent pas pour persuader les plus matérialistes, il faudra intervenir par un calcul et leur prouver chiffres en main qu'ils ont intérêt à seconder nos efforts. Ce calcul a été fait et nous arrive du Bureau d'Hygiène de l'empire d'Allemagne et s'établit comme suit : En admettant que, sur les 90,000 malades de quinze à soixante ans qui meurent de tuberculose pulmonaire, 12,000 soient désignés pour suivre le traitement au sanatorium ; que, sur ceux-ci, 9,000 puissent, par suite de ce traitement, reprendre durant trois ans le travail interrompu, il s'ensuit qu'en portant à 500 marcs ($125.00) en moyenne le chiffre du salaire annuel, le bénéfice social sera de 3 × 500 × 9,000 ou 13,500,000 marcs ($3,375,000) ; et si de ce montant on déduit les frais de traitement et les intérêts des capitaux engagés, ce bénéfice restera de 7,500,000 marcs (soit $1,875,000).

Ces résultats remarquables, ces bénéfices considérables ont frappé le gouvernement allemand et les compagnies d'assurances et tous deux contribuent largement à l'entretien et à la formation de sanatoria populaires. Les caisses d'assurances contre les maladies qui payent ordinairement les frais de traitement de leurs membres malades, envoient à bonne heure leurs tuberculeux au sanatorium et économisent ainsi suffisamment de services de rentes pour les traiter sans frais nouveaux. Le fond de réserve s'accroit chaque jour alimenté par les versements de ces phtisiques guéris ou améliorés qui retournent au travail. Remarquez bien qu'il ne s'agit pas de calculs hypothétiques. Les sanatoria fonctionnent depuis plusieurs années ; les villes, les sociétés particulières, les compagnies d'assurances ont publié leurs rapports et les mettent facilement à la disposition de ceux qui s'intéressent à cette question.

Nous avons donc la preuve évidente que les tuberculeux indigents fournissent 30 à 35 pour 100 de guérisons et 40 à 55 pour 100 d'amélioration. Ce qui rend à la société 70 à 85 pour 100 de malades capables de travailler encore durant un temps plus ou moins long.

La nation retire donc du sanatorium un intérêt financier et social.

Il faut que le médecin convainque son client riche que la tuberculose est à sa porte ; que, malgré toutes les précautions hygiéniques qu'il prend, malgré son bien-être apparent, il est exposé à la contagion semée par les humbles dont il veut se désintéresser ; il faut lui montrer que lui et sa famille sont à la merci des bacilles répandus soit par ses domestiques, soit par l'ouvrier qui viendra travailler sous ses lambris dorés ou qu'il rencontrera dans un endroit public. Au patron, à l'entrepreneur, au chef d'usine, le médecin fera comprendre qu'un tuberculeux qui meurt, c'est une partie du capital qui s'en va, et que s'il a des ouvriers mal portants, affaiblis par la maladie, son industrie en souffre, son intérêt personnel est menacé ; en effet, un ouvrier qui, bien portant, lui fournirait dans une journée une somme de travail donnée, n'en fournira plus durant le même temps,

s'il est malade, que le tiers ou la moitié, alors que la rémunération restera sensiblement la même.

Il sera certainement possible de faire comprendre que des fonds placés sans intérêt apparent sont loin d'être perdus, puisqu'en quelque sorte ils ne font que payer une espèce de prime d'assurance, dont ils seront largement remboursés par le travail meilleur d'un ouvrier bien portant.

Je ne veux pas abuser davantage de votre bienveillante attention, et je termine en formulant le vœu qui doit occuper le corps médical, les administrateurs des hôpitaux et les bienfaiteurs de ces institutions, savoir :

Que le traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoria s'imposent à trois points de vue :

1° Le sanatorium assure l'isolement du tuberculeux, qui, par sa présence, constitue un danger pour la société ;

2° Le sanatorium, grâce à ses installations spéciales, permet seul de donner aux tuberculeux les soins dont il a besoin ;

3° Le sanatorium, destiné spécialement aux malades les plus curables, permet de réaliser un véritable gain financier et social, comme l'ont démontré les résultats obtenus par les compagnies d'assurances contre l'invalidité et la vieillesse.

Mais étant donnés les sacrifices pécuniaires exigés pour ces réformes et le temps nécessaire pour son exécution, j'ai l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes comme mesure transitoire dont la durée devrait être la plus courte possible :

1° Qu'il est urgent que les tuberculeux hospitalisés soient isolés dans des salles spéciales, convenablement aménagées à cet égard ; et séparés des autres malades.

2° Qu'une déclaration soit faite au bureau d'hygiène d'un cas de tuberculose dans la clientèle de ville ;

3° Que le régime hygiéno-diététique imprimé en terme clairs et précis, soit donné aux malades et aux garde-malades.

Ce modeste début sera un grand pas dans la voie d'une amélioration qui donnera assurément d'excellents résultats.

M. Dubé.—Je partage absolument les idées de M. LeCavelier. L'hôpital est un mauvais milieu pour les phtisiques, et qu'il faudrait améliorer. A l'Hôtel-Dieu, on voit souvent des malades chroniques, refusés ailleurs, entrer à l'hôpital pour y mourir. Un certain nombre d'entre eux, cependant, pourraient guérir s'ils étaient placés dans les conditions voulues. L'Hôtel-Dieu est situé sur un terrain vaste et ombragé, et il serait facile, pendant la belle saison surtout, de donner de l'air pur et du soleil aux malades en les laissant sortir pendant le jour. Je demanderais aux médecins de l'institution de s'intéresser à cette question importante.

M. Mignault.—Il serait assez difficile de modifier l'installation actuelle des salles de l'Hôtel-Dieu, mais je sais que les religieuses ont l'intention d'ajouter une aile à leur hôpital, ce qui leur permettra de faire une installation tout à fait moderne. Mais je suis persuadé que rien ne peut remplacer, pour les phtisiques, un établissement

spécial, situé dans une latitude convenable, et c'est dans ce sens que nous devons plutôt diriger nos efforts.

M. LeCavelier.—Nous serions certainement aidés, dans un projet de création d'un sanatorium pour les tuberculeux pauvres, par les sociétés de bienfaisance, qui sont souvent appelées à payer des pensions aux malades de cette classe.

M. Baril.—Un point qui me paraît important, dans la propagation de la tuberculose, c'est la mauvaise construction des habitations. Il arrive souvent, dans les logements des faubourgs, où l'on cherche à ménager l'espace, qu'une chambre sur cinq n'a pas d'ouverture. Cette absence de ventilation doit offrir un grand danger.

Les conclusions de M. LeCavelier sont adoptées par les membres du Comité d'Etudes, et un comité est nommé pour étudier cette question de la tuberculose et faire rapport. Le comité se compose de : MM. les Drs Mignault, président, LeCavelier, secrétaire, Cléroux, Dubé, Hervieux, Larin, Lesage, Lespérance et Marsolais.

ABCÈS DU CERVELET.

M. Duhamel rapporte le cas d'un malade qui fut pris de maux de tête, suivis bientôt d'exophtalmie de l'œil gauche, avec vertiges et vomissements. Six jours après, l'œil droit fut pris à son tour. Les pupilles étaient immobiles. Il y avait cécité complète. Pas de lésions du fond de l'œil. Le malade était tantôt apathique, tantôt délirant. Il avait de temps à autre des contractions des membres. Le malade, un mois auparavant, s'était fait extraire plusieurs dents.

A l'autopsie, on trouva un abcès localisé à la partie supérieure du cervelet, dans le lobe gauche, et du pus dans la région de la selle turcique. Les sinus étaient intacts.

M. Lesage.—Il serait intéressant de savoir si les dents cariées ou le dentiste peuvent être incriminés dans ces cas-ci.

M. Boulet.—J'ai vu survenir, chez un malade qui s'était fait arracher une molaire, de la périostite du maxillaire inférieur, de l'adénite, suivies de troubles au cerveau et de l'exophtalmie. Le malade mourut au bout de huit jours.

M. Duhamel.—Les sinus intacts nous empêchent ici d'accuser les dents cariées.

Séance du 23 Novembre 1899.

Présidence de M. Poitras.

Présentation de malade.

LEUCOCYTOSE; HYPERMÉGALIE HÉPATIQUE ET SPLÉNIQUE.

M. Larin présente un bébé souffrant d'entérite depuis un mois et demi. L'enfant a eu des éruptions à la peau et de la fièvre. Le foie et la rate sont hypertrophiés. Après avoir soupçonné tour à

tour la fièvre typhoïde et la syphilis, le Dr Larin a trouvé à l'examen du sang : globules rouges, 3,500,030 ; globules blancs, 42,000 ; hémoglobine, 6 0/0. Bien que la proportion des globules blancs ne soient pas très considérable, il croit à l'existence de la leucocythémie. Pour fixer le diagnostic davantage le bébé sera soumis à un traitement spécifique pendant trois mois.

M. BENOIT croit que l'on est ici en présence de la réaction du système lymphatique à la suite de l'infection intestinale chez un bébé qui a fortement une apparence scrofuleuse.

M. DUBÉ croit au contraire, s'appuyant sur le fait que M. Larin a constaté un bon nombre d'éosinophiles parmi les globules blancs du sang, à l'existence d'une pseudo-leucocythémie.

Présentation de pièces pathologiques.

M. DUBÉ présente des pièces anatomiques provenant d'un homme de 50 ans mort à l'Hôtel-Dieu de néphrite ascendante. Les reins sont petits, la prostrate hypertrophiée, la vessie très épaisse. M. Dubé attribue l'origine de cette inflammation chronique à la gonorrhée.

M. DUBÉ présente en outre des pièces provenant d'une femme de 60 ans morte à l'Hôtel-Dieu. La plupart des organes présentent les caractères particuliers à la dégénérescence de la vieillesse. Les reins sont gros, durs et congestionnés. La mort a été subite, par suite, pense M. Dubé, des lésions rénales.

M. MERCIER, prenant en considération l'âge du premier malade de M. Dubé, ainsi que l'hypertrophie de la prostrate, s'explique très bien l'hypertrophie vésicale.

Rapport de cas.

NOTE SUR UN CAS DE TUMEUR INTRA-OCULAIRE.

M. FOUCHER.

M C..., âgé de 70 ans, est entré à l'Hôpital Notre-Dame le 22 novembre dernier, réclamant des soins pour une tuméfaction volumineuse dans la région de l'œil droit. L'œil lui-même n'est pas visible, les paupières sont entre-ouvertes, refoulées et tendues en avant, de telle sorte qu'il est impossible de leur faire exécuter aucun mouvement. Dans l'entre-baillement des paupières, on aperçoit une tumeur dure, élastique, de coloration rouge. Le patient raconte qu'il y a cinq ans, il était à bucher un arbre lorsqu'une branche de la grosseur d'un manche de pipe et d'une longueur de trois pieds environ est venue lui frapper l'œil droit. On constata chez lui une rougeur à l'angle externe et une ecchymose palpébrale. Eloigné des médecins, il fit des applications froides ; la douleur se calma graduellement, la vision demeura bonne pendans 2½ ans, mais il persista de la rougeur à l'angle externe de l'œil et du larmement sous l'influence de causes irritantes. Des douleurs fugaces furent aussi éprouvées de temps à autre. L'œil sain n'éprouva aucun symptôme en rapport avec ce traumatisme.

Deux ans et demi après l'accident le patient s'aperçut un matin qu'il ne voyait pas du tout de l'œil blessé et depuis cette époque la vision est restée nulle.

Un an et demi plus tard, l'œil blessé a commencé à proéminer à l'extérieur et l'exophtalmie a progressé ainsi graduellement, pendant six mois, pour rester stationnaire jusqu'à ces jours derniers, ou en se baissant un peu rapidement la tête il se frappa l'œil malade sur un bout de planche. La douleur fut très vive et le choc suivi immédiatement d'un gonflement de la grosseur d'un œuf de poule dans la région orbitaire. C'est dans cet état que le patient s'est présenté à la clinique. L'histoire de traumatisme me fit croire à une rupture de la sclérotique avec épanchement orbitaire.

Après avoir anesthésié le patient au chloroforme, j'ai débridé verticalement la paupière supérieure et ponctionné la tumeur avec un couteau à cataracte. Il s'échappa un sang noir, coagulé, en quantité considérable ; j'aperçus alors l'œil, dévié en bas et en dehors, présentant une cornée opaque et une bosselure dans la région du corps ciliaire à sa partie supero-externe. J'enlève l'œil qui ne présente aucune ouverture récente ayant fait communiquer la tumeur sanguine avec l'intérieur de l'œil. Il existe en arrière d'une ancienne hernie dans la région ciliaire, une dépression de l'œil, correspondant à la tumeur sanguine et au niveau de cette dépression, des points noirs offrant l'apparence de vaisseaux sectionnés. En ouvrant l'œil d'avant en arrière, en passant par le nerf optique, je constate la présence d'une tumeur solide qui s'étend de la hernie du corps ciliaire à l'entrée du nerf optique. Cette production offre une surface lisse, sa consistence est plutôt dure que molle, elle offre une couleur rouge-sombre.

Je vous soumets cette pièce pathologique, et vous ferai connaître plus tard le résultat de l'examen histologique.

Discussion.

L'INFLAMMATION.

M. le Dr ROTTOT ayant terminé une série de conférences sur l'inflammation, (voir page 5) la discussion est ouverte.

Sir William HINGSTON, dans le cours de sa vie médicale, a vu changer à plusieurs reprises les théories sur l'inflammation. Au début de sa pratique, la seule admise était la théorie de Hunter, qui pensait que le cœur était en faute et attribuait l'inflammation à la stase sanguine par suite de l'affaiblissement de la *vis à tergo*. Plus tard, on attribua cette stase à un manque de force nerveuse et à la dilatation des vaisseaux. Puis vinrent les microscopes, et l'on constata qu'il se fasait, pendant l'inflammation, une altération dans les mouvements des globules sanguins : les globules rouges passaient tout droit dans les vaisseaux, mais les globules blancs, ralentis, restaient attachés aux parois. Enfin on constata que ces mêmes globules sortaient à travers les parois du vaisseau.

Sir William n'a pas cherché à se faire une opinion personnelle

sur toutes ces théories ; pour lui ; les symptômes mentionnés par Paracelse sont toujours exacts, douleur, chaleur, tuméfaction, rougeur. On peut y ajouter : trouble dans les fonctions des organes, rapidité du pouls, élévation de la température.

Le traitement de l'inflammation a nécessairement suivi les variations des théories Quand Sir William débuta en pratique, la saignée était à la mode Il y eut des abus, et on la mit complètement de côté. Il faut dire aussi que la constitution des malades a changé avec les modifications de la vie, telle qu'on la fait aujourd'hui : vie rapide, dans un air confiné, avec beaucoup de fatigue et d'usure (*wear and tear*). Chacun ne conserve pas ses forces comme le faisaient nos pères. Il en résulte que les indications de la saignée sont plus rares; seulement, elle conserve encore ses indications. et il y a des cas où il serait criminel de ne pas saigner.

Dans la pneumonie, Sir William se rappelle avoir prescrit dans les débuts de sa pratique à l'Hôtel-Dieu, pour tonifier la *vis nervosa*, un verre à vin de brandy toutes les deux heures. Et il dut administrer le brandy lui-même, car on refusait de le donner à cette dose. Et les pneumoniques d'alors, avec le brandy et la saignée, ne mouraient pas plus souvent que ceux d'aujourd'hui.

Le thermomètre fournit sans doute des renseignements utiles, mais les jeunes médecins ont une tendance à trop négliger le pouls. Sir William a vu le professeur Dunlop prédire une hémorrhagie intestinale rien que par l'examen du pouls. Le thermomètre est utile quand il s'accorde avec le pouls.

Quant à la question des microbes, la vie n'est pas assez longue pour l'étudier. Causent-ils l'inflammation ou viennent-ils à la suite de l'inflammation ? Sir William est sujet à l'érysipèle. Cependant sa santé est excellente. Si les streptocoques sont la cause de la maladie, comment expliquer qu'il soit atteint d'érysipèle, par exemple, en allant au froid après s'être rasé ? Il ne croit pas que les microbes aient tout à faire seuls.

Les allemands disent que l'inflammation n'est pas la seule condition de la maladie. Il y entre plusieurs éléments. Il ne serait pas bon de les confondre tous sous le même titre.

Dr Rottot.—Au sujet du thermomètre, je ne diffère pas beaucoup d'opinion avec mon ami Sir William. Le thermomètre est préférable dans certains cas. En général, j'accorde plus de confiance au pouls qu'au thermomètre, et si j'étais obligé de choisir, je choisirais de préférence le premier. Avec le thermomètre, on constate la fièvre; par le pouls, on constate l'effet produit par la fièvre sur le malade.

Quant à trouver un traitement spécifique de l'inflammation, il faudrait d'abord la définir parfaitement.

Bouchard, Chauveau, Landouzy et Lépine—*Revue de médecine.*—Directeurs : MM. les professeurs Bouchard, de l'Institut ; Chauveau, de l'Institut ; Landouzy et Lépine, correspondant de l'Institut.—Rédacteurs en chef : MM. Landouzy et Lépine.

REVUE DES JOURNAUX.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE.

Par HERMAN, (*Société Obstétricale de Londres*).

Il est difficile de se faire une opinion sur la valeur du sérum antistreptococcique : cependant il semble à l'auteur qu'il se montre parfois inefficace, parce qu'il est employé trop tard ou dans une infection où il existe d'autres agents pathogènes que le streptocoque. Dans deux cas qu'il considérait comme très graves Herman a observé deux guérisons sous l'influence de la sérothérapie antistreptococcienne : dans le premier il s'agissait d'une affection post-opératoire, dans le second, d'une infection puerpérale avec abcès pyohémiques.

Discussion.—CLAPHAM rapporte l'observation d'une femme atteinte d'infection puerpérale guérie à la suite de six injections de sérum (de 15 cc. la première, 10 cc. les suivantes).

Peter HORROCKS a traité avec un succès un malade avec le sérum antistreptococcique : mais son enthousiasme de la première heure a diminué, après de nombreuses observations : il continue cependant à pratiquer des injections de sérum : elles ne sont pas nuisibles et agissent sur la nutrition.

CULLINGWORTH insiste sur les difficultés qui existent pour apprécier exactement une telle médication : dans un cas, après extraction d'un placenta, la température s'éleva à 104°F : douze heures après une injection de sérum la température est retombée à la normale. Dans un autre cas 12 ou 14 injections ont été sans résultat.

Amand ROUTH rappelle qu'il a eu un succès dans un cas de fièvre puerpérale.

DRUMMOND limite l'emploi du sérum aux cas où il s'agit d'une infection à streptocoques : il n'a pu qu'une seule fois, sur quelques cas, en obtenir un bénéfice réel.

Ewen MACLEAN pense que dans les cas où le streptocoque n'est pas en cause et où l'infection est due à d'autres micro-organismes, l'injection de sérum n'est pas sans dangers et est susceptible d'accroître la virulence des autres agents pathogènes.

Herbert SPENCER rappelle que les résultats de son enquête (*British Medical Association*, 1899) sur la sérothérapie antistreptococcique, ont été défavorables et qu'ils ont été corroborés par une enquête semblable de l'*American Gynecological Society*.

D'après Alban DORAN les résultats de l'enquête ci-dessus prouvent non seulement que le sérum n'amène pas d'effets favorables dans le traitement des infections streptococciques, mais encore que l'usage de la curette accroit la mortalité. P. SAINTON.

(*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*).

L'ÉPILEPSIE PENDANT LA GROSSESSE.

M. le professeur CHAMBRELENT étudie, dans une leçon publiée par le *Journal de Médecine de Bordeaux*, l'influence réciproque de l'épilepsie et de la grossese. Dans une observation rapportée par lui on voit une femme épileptique passer toute sa grossesse sans présenter une seule attaque. Chez une autre, au contraire, les attaques se multiplièrent singulièrement. Or c'est ce dernier fait qui est plus rare. Voici, en effet, quelle est l'opinion des auteurs à ce sujet :

Le professeur PINARD a pu noter, dans sa pratique, l'histoire de onze femmes épileptiques devenues enceintes, et a constaté que chez quatre d'entre elles les accès ont totalement disparu pendant la grossesse. Chez cinq, les accès ont été considérablement atténués, et enfin chez deux des malades les accès n'ont pas subi de modifications.

CAZEAUX est moins affirmatif sur l'influence heureuse que peut avoir la grossesse sur les accès épileptiques. Il s'exprime ainsi : " Les femmes enceintes qui avant leur grossesse étaient épileptiques, sont en général moins sujettes à des attaques que dans d'autre temps. Il est même quelques auteurs qui ont prétendu que la grossesse suspendait complètement les crises d'épilepsie ; mais cela n'est pas rigoureusement exact, elles sont seulement beaucoup plus rares. Dans d'autres circonstances, leurs retours ont été beaucoup plus rapprochés qu'auparavant."

TARNIER et BUDIN émettent la même opinion que Cazeaux :

" Tandis que l'hystérie, disent-ils, est le plus ordinairement aggravée par la gestion, l'épilepsie semblerait plutôt améliorée. Les attaques cessent ou s'espacent, et deviennent moins violentes. Cette règle souffre toutefois des exceptions."

Dans une thèse importante qu'il a fait sur ce sujet, en réunissant un grand nombre d'observations, Béraud émet les conclusions suivantes :

" 1° L'influence de la grossesse sur l'épilepsie préexistante est favorable, défavorable ou nulle ;

" 2° Les cas où l'influence de la grossesse est favorable sont les plus nombreux."

Une question se pose naturellement à l'esprit, en présence de ces variétés dans l'influence que peut exercer la grossesse sur l'épilepsie : étant donnée une femme enceinte atteinte d'épilepsie, peut-on prévoir comment les choses se passeront chez elle ? A cet égard il n'y a aucun signe permettant de porter un pronostic : tout ce qu'il est permis de dire c'est que quand, dans une grossesse antérieure, l'épilepsie a été aggravée, le même fait se reproduira probablement dans la grossesse actuelle.

Quant à l'influence de l'épilepsie sur la grossesse et sur l'accouchement, tous les auteurs sont d'accord à ce sujet, et les observations de M. Chambrelent semblent confirmer le fait, cette influence est nulle. On est véritablement étonné quand on songe combien il suffit souvent d'une légère perturbation physique ou morale, survenant chez une femme enceinte, pour amener un avortement ou un accou-

chement prématuré, de voir combien l'utérus gravide résiste aux secousses si violentes et si souvent répétées des attaques d'épilepsie. L'observation rapportée par Charpentier est particulièrement intéressante à ce sujet : Une femme, épileptique de naissance et qui avait vu son mal s'aggraver pendant une première grossesse, devient de nouveau enceinte ; pendant près d'un mois, du quatrième mois et demi au cinquième mois et demi, les accès se produisent tous les jours, la grossesse n'en continue pas moins son cours. A ce moment, il y a encore aggravation subite, les accès se multiplient à l'infini, deviennent subintrants ; enfin, la malade succombe, sans qu'il y ait le moindre retentissement du côté de l'utérus.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique*).

RÉTENTION DES MEMBRANES.

De M. le professeur Pierre BUDIN.

Nous avons dans le service une femme chez laquelle, au moment de la délivrance, nous avons eu un petit incident—je dis : incident et non point accident.

Le 13 octobre, cette femme fut prise, chez elle, des premières douleurs et, ce même jour, à 10 heurs du soir, les membranes se rompirent.

Le 14, un médecin fut appelé et, vers midi, lorsqu'il arriva auprès de la parturiente, le travail n'avançait pas. Ce médecin constata qu'il y avait une présentation du sommet, que la tête fœtale était arrêtée au détroit supérieur, qu'il y avait un rétrécissement du bassin.

Il conseilla aussitôt de faire transporter la femme à la clinique, jugeant qu'elle était, chez elle, dans de mauvaises conditions pour un accouchement présentant quelques difficultés.

La femme nous fut donc amenée. A son arrivée, sa température était de 37°,8. On fut mis au courant de ce qu'avait dit le médecin appelé, et on constata que le diagnostic porté par lui était parfaitement exact.

La dilatation, à ce moment, était de cinq à six centimètres.

On me prévint, j'étais à l'Académie, et, après la séance, je vins voir cette femme et je donnai tout simplement le conseil d'attendre.

Les douleurs étaient devenues plus fortes. Bientôt la tête descendit dans l'excavation pelvienne, elle franchit le rétrécissement ; mais l'utérus, fatigué par les efforts considérables qu'il venait de faire, devint inerte ; les contractions cessèrent et la tête resta arrêtée sur le plancher périnéal. En présence de cette inertie de l'utérus, on fit une application de forceps et l'enfant fut extrait sans autre difficulté.

On a attendu pour la délivrance Le placenta est sorti bientôt après, mais les membranes sont restées. On a discuté sur la conduite à tenir en pareille circonstance et enfin on a fini par se décider à mettre un fil sur les membranes, pensant qu'après quelque temps, on parviendrait, par quelques tractions, à les attirer, à les extraire.

On a, bien entendu, fait une antisepsie aussi complète que pos-

sible et l'on a attendu ainsi. Le lendemain matin, quand je suis arrivé, on m'a rendu compte de la situation. J'ai dit alors que, puisque la femme avait déjà eu une température quelque peu élevée, il était plus prudent de ne pas laisser plus longtemps les membranes dans la cavité utérine. C'était une cause d'infection dont il fallait se débarrasser. On a alors exercé quelques tractions sur le fil qui attachait les membranes, et ces dernières sont enfin sorties.

C'est cette question de la rétention des membranes que je veux étudier avec vous aujourd'hui. La rétention des membranes, en effet, peut être la source d'accidents, et d'accidents très sérieux, et il faut que vous sachiez à quoi vous en tenir quand vous vous trouverez en présence d'un de ces cas ; il ne faut pas que, par ignorance, vous exposiez une femme à des conséquences qui peuvent être extrêmement graves.

Vous savez quelle est la constitution des membranes. En allant de dehors au dedans on rencontre successivement : la caduque, le chorion et l'amnios, dans l'intérieur duquel se trouve le liquide amniotique.

Dans certains cas, ces membranes jouent un rôle au point de vue de l'accouchement. Quelquefois ces membranes, au lieu de la souplesse qu'elles doivent présenter normalement, manquent absolument d'extensibilité. Aussi, quand a lieu la dilatation, au lieu de bomber à travers l'orifice utérin, elles offrent une surface plane, ne font pas de poche des eaux, n'aident, par conséquent, pas la dilatation utérine et l'on est obligé de les rompre. D'autres fois elles sont extrêmement solides, ne s'ouvrent pas spontanément et on doit encore en arriver à en faire la rupture artificiellement, parce qu'elles sont un obstacle à la marche du travail, à l'accouchement. D'autres fois, enfin, les membranes sont tellement collées, attachées, que le travail est gêné, ne marche pas, et qu'il faut encore en opérer la rupture.

Mais j'arrive aux cas dans lesquels il y a rétention des membranes après l'accouchement et l'expulsion du placenta. Vous savez que le plus habituellement le placenta et les membranes sont expulsés en un seul bloc après l'accouchement, au bout d'un temps plus ou moins long. Mais il est des cas dans lesquels les membranes restent adhérentes à la cavité utérine. Le placenta sort, mais elles ne sont pas expulsées. Et, dans quelques cas particuliers, cette adhérence des membranes est énorme.

J'en ai eu une observation excessivement intéressante à la Maternité après une opération césarienne. L'opération faite, on avait très facilement détaché le placenta, mais, pour détacher les membranes, ce fut tout autre chose. Ces membranes adhéraient si fortement, qu'il fallut six à sept minutes pour les détacher.

Mais quelles sont les causes qui déterminent ces adhérences quelquefois si intenses ?—Souvent cet état est dû à des accidents survenus du côté des parois utérines. On a observé, par exemple, que des écoulements sanguins, des hémorrhagies utérines, déterminent ces adhérences. Dans quelques cas on a constaté qu'il s'était produit un peu d'irritation autour des caillots, et, de là, adhérence des membranes.

Parfois il se produit des hypertrophies de la caduque avec formation de tissus nouveaux. On en rencontre chez les femmes qui ont eu de l'endométrite et qui, malgré cela, ont pu devenir enceintes. Les femmes, dans ces cas-là, ne voient pas leur grossesse arriver jusqu'au bout, elles avortent le plus souvent, mais quelquefois aussi elles conduisent leur grossesse jusqu'à terme. Il n'est point surprenant, dans ces cas-là, de rencontrer de l'adhérence des membranes ; on conçoit facilement que l'endométrite ait produit ce résultat.

A côté de ces causes d'adhérence des membranes, il en est encore d'autres d'un ordre tout à fait différent. La minceur même de ces membranes explique facilement leur rétention dans la cavité. Lorsqu'elles sont minces et friables, on conçoit que, si peu qu'elles adhèrent à la paroi utérine, ces membranes se déchirent aussitôt qu'on exerce la moindre traction sur elles.

Enfin, une autre cause d'adhérence sur laquelle a beaucoup insisté M. Tarnier, consiste en la présence de cotylédons placentaires supplémentaires. Dans certains cas, on trouve, à une certaine distance du placenta, un cotylédon placentaire supplémentaire, qui, lui, plus adhérent, reste attaché tandis que le placenta est expulsé. Les membranes, dans ces cas, se déchirent et le cotylédon supplémentaire reste avec elles dans la cavité.

Mais, comme il y a des vaisseaux qui se rendent du placenta au cotylédon, on a là un moyen de reconnaître l'existence d'un cotylédon resté dans la cavité En examinant, en effet, l'arrière-faix, si sur les membranes ou les parties de membranes expulsées, on constate la présence de vaisseaux, on en peut conclure qu'il est resté un cotylédon dans la cavité utérine, les vaisseaux qui sillonnent ces membranes ne pouvant être que ceux qui se rendent de la masse placentaire au cotylédon supplémentaire.

Il faut donc toujours examiner l'arrière-faix avec un soin minutieux. Cet examen fournira dans bien des cas de précieux renseignements.

Tarnier a signalé encore une autre cause d'adhérences. Quelquefois un caillot peut être, dans la cavité utérine, un point autour duquel s'enroulent des parties plus ou moins importantes de membranes qui se trouvent ainsi retenues dans la cavité. Mais en examinant l'arrière-faix, on s'aperçoit facilement que les membranes expulsées ne sont pas au complet, qu'il en manque une partie, et on dirige sa conduite en conséquence.

Un autre cas d'adhérence des membranes est la mort du fœtus dans la cavité utérine, surtout quand cette mort remonte assez loin. Il y a dégénérescence graisseuse, et il arrive, dans ce cas, que tout l'arrière-faix est expulsé après l'accouchement, à l'exception de la caduque qui, elle, sort par fractions après quelques jours.

Il faut faire grande attention, quand on a affaire à un fœtus mort dans l'utérus ; on doit faire l'examen de la cavité et voir si la caduque épaissie n'a pas été retenue. Mais l'adhérence de la caduque comme conséquence du séjour dans la cavité utérine d'un fœtus mort, n'est pas une règle absolue ; il ne faudrait donc pas exagérer les choses et croire qu'il y a rétention des membranes toutes les fois qu'il y a un

fœtus mort dans la cavité utérine. Non. Un fœtus mort dans l'utérus, n'implique pas fatalement la rétraction des membranes. Il peut se faire que, dans ce cas, tout ou seulement partie de la caduque, soit retenu, mais il arrive aussi qu'il n'y a pas rétention du tout.

(*Journal des Sages-Femmes*).

(*A suivre.*)

OLLIER, TERRIER, BERGER et QUENU.—*Revue de Chirurgie.*—Directeurs : MM. les Professeurs Ollier, correspondant de l'Institut ; Félix Terrier, Berger et Quenu. Rédacteur en chef : M. Félix Terrier. Vingtième année, 1900.

La *Revue de médecine* et la *Revue de chirurgie*, qui contituent la 2e série de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, paraissent tous les mois ; chaque livraison de la *Revue de médecine* contient de 5 à 6 feuilles grand in-8 ; chaque livraison de la *Revue de chirurgie* contient de 8 à 9 feuilles grand in-8.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour la Revue de Médecine		Pour la Revue de Chirurgie	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	30 fr.
Un an, départements et étranger	23 fr.	Un an, départements et étranger	33 fr.
La livraison	2 fr.	La livraison	3 fr.

Les *deux Revues* réunies : un an, Paris..... 45 fr.
départements et étranger..... 50 fr.

Les quatre années de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (1877, 1878 1879 et 1880) se vendent chacune séparément 20 francs ; la livraison, 2 francs.

Les dix-neuf premières années (1881 à 1899) de la *Revue de médecine* ou de la *Revue de chirurgie* se vendent le même prix.

D'ARSONVAL, TRIPIER, APOSTOLI, DOUMER et OUDIN.—*Annales d'électrobiologie, d'électrothérapie et d'électrodiagnostic.*—Comité de direction scientifique : MM. les Docteurs d'Arsonval, de l'Institut ; Tripier, G. Apostoli, E. Doumer, Oudin. Rédacteur en chef : M. le Dr. E. Doumer, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, docteur ès sciences.

Ces *Annales* paraissent tous les deux mois, depuis le 15 janvier 1898, par fascicules grand in-8 de 9 feuilles chacun (114 pages), avec gravures dans le texte et planches hors texte.

Abonnement : Un an, du 15 janvier, Paris, 26 francs ; départements et étranger, 28 francs.

On s'abonne sans frais :

A Paris, chez l'éditeur Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

En province et à l'étranger, chez tous les libraires et dans les bureaux de poste.

REVUE D'HYGIÈNE

LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES.

La déclarations des maladies contagieuses repose sur un principe légal, la protection de la société. C'est l'adaptation de la loi aux données modernes de la science. Autrefois, les épidémies frappaient les populations de terreur, parce qu'on se sentait impuissant en face du fléau envahisseur. Les autorités, aussi effrayées que les populations, s'efforçaient d'intervenir par des mesures de séquestration et de bannissement inutilement cruelles, puisqu'elles mettaient au ban de l'humanité des malheureux qui avaient besoin de soins, et n'enrayaient point des maladies dont on ignorait la nature.

Aujourd'hui, les notions de prophylaxie sont devenues précises. Les maladies contagieuses ont été longuement étudiées : on connait leurs diverses périodes, combien de temps dure l'incubation, quels sont les premiers symptômes révélateurs, comment se répand le germe de contagion. On a analysé avec soin les modes étiologiques, l'influence de l'air, du sol, de l'eau, des aliments, la transmission indirecte par les vêtements, les ustensiles. De tout celà, il est résulté des renseignements précieux sur les précautions à prendre. On a reconnu les dangers des agglomérations de personnes, l'influence des milieux malsains. On a vu les épidémies suivre les grandes voies de communication, être disséminées de village en village par les malades errants, frapper de préférence les familles qui avaient des relations fréquentes entre elles.

Ces notions devaient amener naturellement l'idée de l'isolement comme moyen de protection, et les premiers essais dans cette voie, ne tardèrent pas à justifier ceux qui préconisaient ce moyen. On put, dans les hôpitaux et les casernes, arrêter ainsi des épidémies. Puis on constata les services que rendait la désinfection, et combien, par ce moyen, les infections se faisaient rares. Peu à peu, les notions de prophylaxie se perfectionnèrent, au point d'acquérir une précision très grande, et une fois que les bienfaits de la méthode eurent été démontrés dans les établissements médicaux, on ne tarda pas à l'appliquer aussi à la protection des populations, et elle tomba par le fait même dans le domaine administratif. Les bureaux d'hygiène existent aujourd'hui dans tous les pays civilisés et dans tous les grands centres, et ils ont démontré, à maintes et maintes reprises, que les maladies contagieuses sont évitables. On ne peut pas, à l'heure qu'il est, nier l'utilité de la prophylaxie des maladies contagieuses sans commettre une erreur de science.

Aussi l'hygiène prophylactique a-t-elle rendu des services innombrables à la société et lui en rend-elle encore tous les jours en la pro-

tégeant contre les maladies contagieuses et en enrayant les épidémies à leur début.

Mais l'hygiène prophylactique, qui est un bienfait social, ne peut pas exister sans la déclaration des maladies contagieuses, puisqu'elle ne peut prendre son point de départ qu'autour d'un cas existant. En effet, on ne peut pas exiger de nos bureaux d'hygiène qu'ils aient un contrôle sur l'air, l'eau, le sol, et on ne peut pas leur demander d'assainir les éléments. Les germes des maladies existent dans le milieu ambiant, et sont toujours prêts à pénétrer avec les ingesta dans l'organisme humain pour y faire éclater, lorsqu'ils trouvent un terrain favorable, des troubles morbides. C'est alors que la maladie développée devient un foyer de contagion très dangereux, et c'est alors qu'apparaît le rôle social du médecin appelé auprès du malade.

La mission du médecin ne consiste pas simplement à guérir son malade ; il a en plus le devoir d'empêcher, si possible, la maladie d'aller plus loin, lorsqu'elle est de nature contagieuse. Ce devoir, il doit le remplir dans l'intérêt de la famille d'abord, dans l'intérêt de la société ensuite.

En effet, si la famille est nombreuse, l'apparition d'un cas de maladie contagieuse constitue un danger pour toute la maisonnée, et le médecin doit protéger les autres membres de la famille, qui souvent ignorent ce danger, soit en les éloignant du malade, soit en les immunisant avec le sérum. Il est facile dans une maison d'isoler un malade et la personne qui le soigne, quand on veut prendre les précautions voulues.

Mais la famille où se trouve le malade est aussi en relation avec les gens du voisinage, les parents, les amis, les fournisseurs. Toutes ces gens qui vont à la maison deviennent par le fait même exposées jusqu'à un certain point à contracter la maladie. Est-il juste de ne pas les avertir qu'il existe dans telle maison un cas de variole, de rougeole, de scarlatine, de diphtérie ? Le médecin, se faisant complice de la famille, doit-il cacher un cas de maladie contagieuse ? En le faisant ne s'expose-t-il pas aux reproches mérités de tous ceux qui contractent la maladie par sa faute. Car la déclaration des maladies contagieuses permet l'affichage, et l'affichage avertit les personnes du danger. Tandis que si la famille et le médecin demeurent silencieux, la population n'est pas mise en garde, et n'est plus protégée ; ils se sont placés, d'un commun accord, en travers de l'organisation sociale, et ont pris sur leurs épaules la responsabilité des cas de contagion. C'est une lourde responsabilité, car la vie des contagionnés est souvent en jeu

Si l'on admet qu'un médecin n'agisse que d'après ses convictions scientifiques, il est difficile souvent de s'expliquer pourquoi il ne fait pas la déclaration des maladies contagieuses, sachant surtout la responsabilité qu'il encoure. Dans quelques cas, cependant, il sera possible de trouver des motifs intéressés à cette dénégation d'un devoir social. Le médecin reculera devant les préjugés populaires, parce qu'il y voit la possibilité de perdre la clientèle. Car on voit des gens de l'art, pour une question d'argent, se faire complices de l'ignorance populaire, et le médecin se dit : " Si je fais une déclara-

tion, mes clients iront trouver le Dr. X....., qui n'en fait pas." Ce fait est d'autant plus regrettable que l'on doit compter tout naturellement sur les médecins pour faire l'éducation des clients sur les choses médicales. De la part d'un médecin, encourager les préjugés populaires, c'est d'abord rendre sa pratique plus difficile et perdre de son autorité, c'est ensuite nuire à la pratique des confrères plus consciencieux. Sur ce terrain, tout le monde devrait se donner la main.

Un fait démontre bien que le refus du médecin de se conformer aux règlements d'hygiène, qui font partie des règlements municipaux, ne repose souvent que sur des motifs d'intérêts personnels. Un malade contagieux, qu'on n'a pas déclaré, devient dans un état critique. Immédiatement on fait la déclaration, afin d'éviter que le certificat de décès ne vienne révéler la nature de la maladie, et mette ainsi en évicence la négligence du médecin à remplir ses devoirs sociaux. Car en cachant un cas de maladie contagieuse, le médecin assumait une lourde responsabilité envers le client, la famille et les visiteurs.

En agissant suivant ses convictions scientifiques et suivant les présomptions de la loi, le médecin se met toujours du bon côté, et s'attire le respect et la confiance des gens, même lorsqu'il n'est pas compris aux premiers abord Par contre, en négligeant par complaisance certaines prescriptions, ou en rejetant volontairement certaines interventions efficaces auxquelles il ne croit pas, il peut causer les plus grands préjudices. Citons un exemple. Un cas de diphtérie se déclare dans une famille où il y a plusieurs enfants. L'isolement rigoureux du malade s'impose, ainsi que l'immunisation des autres enfants par des doses préventives de sérum. Supposez maintenant que le médecin n'isole pas le malade et n'immunise pas les enfants, laissant la maladie libre de s'étendre à toute la famille, causer beaucoup de fatigues, beaucoup d'ennuis, et peut-être des morts, croyez-vous que ce médecin a mieux agi que s'il avait imposé à la famille des mesures prophylactiques qui l'auraient protégée ? Evidemment non, et la famille est en droit de le lui reprocher, car un médecin doit être à la hauteur de sa position.

A ce jeu là, d'ailleurs, le médecin risque fort de compromettre sa réputation. Car il ne rencontre pas toujours, sur son chemin, des clients à préjugés. Les notions d'hygiène et de médecine moderne se répandent de plus en plus dans le public, se popularisent rapidement. Bien des personnes ont un soin très grand de leur santé et de leurs malades. Elles savent que les maladies microbiennes sont contagieuses, que la désinfection détruit les germes, que l'isolement est une mesure de prudence, que certaines substances ont un pouvoir curatif ou préventif. Non seulement ces personnes ont la préoccupation de faire tout ce qu'il faut pour guérir et prévenir les maladies contagieuses, mais elles comprennent encore que la société doit se protéger, que le malheur qui les frappe ne doit pas être imposé aux autres, et elles sont d'autant plus prêtes à se soumettre à la déclaration des cas qui sont dans leur maison, qu'elles s'attendent à leur tour à voir les autres se conformer à une mesure qui est une garantie

de sécurité pour elles et une protection pour le public. Un médecin qui voudrait convaincre ces personnes éclairées que l'hygiène est une lubie leur donnerait une fort petite opinion de ses capacités scientifiques et professionnelles. Il est arrivé déjà que des personnes ont fait désinfecter leur maison après la visite du médecin, parce que celui-ci avait raconté qu'il venait de voir un cas de maladie très contagieuse, et s'était vanté de n'avoir pris aucune précautions antiseptiques.

A tous les points de vue, le médecin a tout à gagner aux yeux de ses clients en se refusant à des complaisances inutiles et souvent dangereuses, et en agissant avec conviction d'après les données de la science moderne et les prescriptions légales destinées à protéger la santé publique. La déclaration des maladies contagieuses, l'isolement, la désinfection sont des moyens propres à enrayer les épidémies et à protéger la santé d'un grand nombre de personnes ; ce serait un fait curieux de voir le médecin éluder ces moyens et faciliter au contraire l'expansion de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la diphtérie, des fièvres puerpérales et de la fièvre typhoïde.

JOURNAL DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE

normales et pathologiques

DE L'HOMME ET DES ANIMAUX

Fondé par CH. ROBIN, continué par GEORGES POUCHET

DIRIGÉ PAR MATHIAS DUVAL

Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Faculté de Médecine.

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE (1900)

Ce journal paraît tous les deux mois. Il forme à la fin de l'année un beau volume grand in-8o, de 700 pages environ, avec de nombreuses gravures dans le texte et 30 planches lithographiées ou en taille-douce, en noir et en couleurs, hors texte.

Un an : pour Paris, 30 fr. : pour les départements et l'étranger, 33 fr.—La livraison, 6 fr.

Les années 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875 1876 et 1877, sont en vente au prix de 20 fr. l'année. et de 3 fr. 50 la livraison. La première année 1864, est épuisée. Les année suivantes depuis 1878 coûtent 30 fr., la livraison 6 fr.

On s'abonne sans frais :

Chez FÉLIX ALCAN, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris ; chez tous les libraires de la France et de l'étranger, et dans tous les bureaux de poste de France et de l'Union postale.

PANTALONI.—*Chirurgie du Foie et des voies bililaires* par J. Pantaloni (de Marseille), Octavo royal, pages 625, avec 348 figures dans le texte 1899. Institut de bibliographie scientifique 93, Boulvard St-Germain, Paris.

Ce volume est consacré à l'étude de toutes les opérations qu'ont été pratiquées sur le *foie* envisagé comme organe spécial et comme appareil biliaire. C'est une ébauche de traité didactique relatif exclusivement aux questions de *Médecine opératoire* hépatique à l'encontre de tout ce qui avait été tenté jusqu'à présent.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

MONTRÉAL, JANVIER 1900

COURRIER DES HOPITAUX

HÔPITAL NOTRE-DAME

Par A. ETHIER, Médecin Interne.

Combien d'entre vous, chers lecteurs et confrères, n'ont pas eu l'occasion, depuis leur départ de l'Université, de parcourir les salles des différents services de l'Hôpital. J'ose croire vous être agréable aujourd'hui en vous proposant de m'accompagner dans une de mes visites quotidiennes. Nous avons actuellement sous traitement près de 100 malades qui attendent la guérison, ou au moins le soulagement de leurs misères.

Nous serons aussi courts que possible dans cette visite. Nous nous arrêterons surtout auprès des malades présentant les cas les plus intéressants et les plus pratiques et en indiquant sommairement le traitement employé par nos chefs.

Ainsi, en route, chers confrères et soyons attentifs.

En pénétrant dans la salle St-Joseph, nous nous trouvons en présence de 16 lits destinés à recevoir tous des cas de chirurgie, et présentement ils sont tous occupés.

D'abord, avant de commencer, il me ferait plaisir de vous présenter la sœur hospitalière en chef de ce département.

Mais j'ai le regret de vous annoncer qu'elle est actuellement victime de son dévouement et que, malgré elle, il nous a fallu l'arracher à ses chers malades pour la traiter elle-même.

S'il nous était donné de pouvoir pénétrer jusqu'à elle et d'étudier son cas, ce serait bien certainement un de ceux qui nous intéresserait le plus.

Cette bonne sœur est affectée, depuis des années, de lithiase biliaire. Après une longue et minutieuse observation, sans cependant jamais découvrir la présence d'aucun petit calcul, d'après les recherches ordinaires, elle s'est soumise à permettre une exploration de sa vésicule biliaire. Pas la moindre trace de calcul, ni dans le

réservoir, ni dans les canaux conducteurs mais seulement un épaississement notable des parois de ces derniers. Ce qui indiquerait une inflammation chronique et répétée de ces conduits. Après un peu de massage pratiqué sur ces conduits, la plaie est refermée et une guérison par première intention s'ensuit.

Trois ou quatre semaines plus tard cette patiente reprenait ses occupations ordinaires. Ceci se passait il y a au-delà de 8 mois et déjà cette bonne religieuse avait oublié les souffrances endurées alors, lorsqu'elle est victime d'une nouvelle attaque en plein champ de bataille. Malgré tout, durant les premiers jours elle persiste à ne pas vouloir abandonner son poste. Durant le jour elle n'est pas trop incommodée, mais la nuit les vomissements ne lui laissent pas de repos. A part la décoloration caractéristique des matières fécales, tous les autres symptômes de calculs biliaires existent chez notre sujet. Pas de soupçon de calcul dans les selles qui sont soigneusement examinées, comme elles l'ont été autrefois à plusieurs reprises. Mais la patiente elle-même a découvert ce que l'on pourrait appeler la clef du mystère. Lors de ces vomissements elle avait remarqué à certains moments plus d'irritation que d'habitude dans la gorge et voilà qu'une nuit elle s'avise d'examiner les matières vomies. Sa légitime curiosité a été récompensée en en retirant quatre calculs de différentes grosseurs. Voilà ce qui a dû se passer autrefois lors des autres crises, car elle dit avoir souvent éprouvé ces mêmes sensations d'irritation dans la gorge.

N'est-ce pas que le cas est assez curieux. Mais pardon, chers confrères, je me suis oublié, ce sont les malades de la salle même que nous sommes venus examiner et nous y voici.

Le premier malade que j'ai à vous présenter ne peut répondre à nos questions. Il nous faut essayer de nous faire comprendre par signes. Et cependant ce n'est pas un muet; à sa chevelure et à son costume vous reconnaissez un fils du céleste empire. Son exil du pays ne date que depuis peu, c'est pourquoi il ne peut s'exprimer encore en d'autre language qu'en son language maternel.

Voici les renseignements que je puis vous fournir à son sujet:

Lors de son entrée ici, il était porteur d'un kyste assez volumineux au-dessous du menton que nous avons pu diagnostiquer, par les symptômes cliniques, pour un kyste séreux, très-étendu, intéressant tout l'espace compris entre la partie supérieure de l'os hyoïde et le bord inférieur du maxillaire inférieur. Un peu plus à gauche de la ligne médiane du menton on remarque une cicatrice ancienne. Un compatriote qui accompagnait le patient lors de son entrée ici, nous explique qu'il a subi une opération dans un hôpital où il a séjourné durant trois mois, mais n'en a pas éprouvé de soulagement bien appréciable. Peu de temps après le liquide s'est reproduit et en plus grande quantité cette fois.

Aujourd'hui le chef de clinique, le Dr. Mercier, nous conseille de retirer ce liquide au moyen d'une seringue à ponction, de le remplacer par un injection d'iode, etc., enfin d'agir comme dans un cas d'hydrocèle que l'on veut tenter de guérir sans l'intervention avec le couteau. Le Dr. Fournier, interne de chirurgie, me choisit comme

aide et nous procédons. Environ deux onces d'un liquide sirupeux noirâtre est extrait de ce kyste puis remplacé par une pleine seringue de teinture d'iode que l'on a soin de faire promener dans toute l'étendue du sac, puis on en retire autant que possible. Un bandage compressif est appliquée pour tenir ensemble les parois du kyste. Le but à obtenir vous le comprenez comme moi. L'irritation produite par la présence de l'iode devra nécessairement amener une inflammation assez considerable pour déterminer une adhérence interne entre ces parois et empêcher par là-même une nouvelle formation de liquide.

Le manuel opératoire a été fait sans anesthésie générale, mais pour éviter une trop grande douleur à ce pauvre malade, qui ne comprenait rien à ce qu'on lui faisait, nous avons fait précéder l'injection d'iode d'une injection d'une solution de cocaïne à 2/100. Aujourd'hui la réaction inflammatoire est à son maximum d'intensité ; le but désiré est obtenu et nous espérons que le succès s'en suivra.

Le malade voisin présente peu d'intérêt.

C'est un jeune homme qui a été victime de son imprudence, qui lui coûte la perte de 3 doigts de la main droite.

Le suivant est une fracture de l'extrémité inférieure du péroné que l'interne a platré lors de son arrivée.

Les Nos 4 et 5 vous lisent sur les mauvaises conséquences du péché charnel ; l'un avec une orchite et l'autre avec un rétrécissement de l'urèthre, résultat d'un petit microbe qui a nom le gonocoque.

Le No. 6 est un sujet du roi Humbert qui est venu demander au chirurgien de remettre en place une anse intestinale qui a une tendance à sortir de la cavité à laquelle la nature l'a confiée. C'est un homme de peines et il veut une cure radicale. Elle se fera ces jours-ci.

Au No. 7, voici un pauvre malade qui se rappellera longtemps le 31 décembre 1899. En voulant monter à bord d'un char en mouvement, il est tombé et une des roues lui a broyé le bras droit près de l'épaule. Transporté ici le lendemain, il a fallu pratiquer une désarticulation de la tête de l'humérus et le malade guérit sans complications.

Ah ! voici le No. 8, un enfant de la France que plusieurs d'entre vous ont déjà eu l'occasion de rencontrer dans cette même salle et au même lit. Il y a 14 mois écoulés qu'il est avec nous. C'est une pauvre victime d'un explosion de lampe à pétrole. Il a eu presque la moitié du cuir chevelu complètement détruite et la table externe du crâne s'est nécrosée. L'on a recueilli des quantités de petits fragments d'os pendant plusieurs semaines.

Les tissus cutanés et adipeux du bras et de la moitié gauche du thorax, partie antérieure latérale et postérieure ont été profondement brulés. En outre des pansements multiples et variés, ce pauvre malade a subi plusieurs séances de greffe prise sur les cuisses et la guérison s'opère lentement.

Pas de mauvaise bride cicatricielle encore, à l'exception d'une à la paupière supérieure qui amène de l'ectropion, mais il y aura moyen d'y remédier plus tard.

Les Nos 9 et 11 sont porteurs de gonocoques qui se sont payés

le luxe d'un *poney*. Le voisin est un vieillard aux 70 hivers comptés qui a eu le malheur de se fracturer le col du fémur dans une chute. La guérison a lieu heureusement.

Le No. 13 qui nous a laissé aujourd'hui est un jeune homme de 17 ans victime d'un traumatisme dans l'aine qui a déterminé une adénite suppurée. Guérison sans complication.

Au lit suivant vous rencontrez un homme de 52 ans, qui, malgré son âge assez avancé, a encore tenté de goûter aux plaisirs de Vénus, mais malheureusement il a à déplorer aujourd'hui cet écart de jeunesse. Une blennorrhagie qu'il a tenté de guérir trop vite, dit-il, par un traitement trop violent, a produit un rétrécissement, puis une cystite. Depuis 15 mois qu'il demande à la science de faire disparaître les traces de cette erreur. Depuis une quinzaine qu'il est sous traitement ici, il nous déclare en ressentir du soulagement.

Voici maintenant un petit malade asssez intéressant, celui-ci est mon malade à moi. Albert est âgé de 6 ans, a l'œil clair et intelligent. Les antécédents, d'après le père, n'offrent rien de particulier. Quelques jours avant son entrée ici, notre petit sujet a eu une entérite traitée par un médecin. Une quinzaine plus tard il prend froid et commence à tousser, puis accuse des douleurs dans le côté gauche. Son médecin traitant constate alors après quelques jours avoir affaire à une pleurésie avec épanchement. Une ponction ayant amené du pus le confirme dans son diagnostic. Aussitôt le patient est transporté ici. C'était un dimanche (p. m.). Le Dr Demers, qui se trouvait ici, examine le malade et reconnaît que l'intervention est urgente. L'état général est très mauvais. La température est à 103° F., le pouls à 142, la respiration à 38 et le petit malade est très anxieux. Mis sous l'influence du chloroforme, je procède immédiatement à l'empyème, à l'endroit de prédilection. En pénétrant dans la plèvre, il sécoule un liquide purulent, abondant et fétide. (L'examen de ce liquide a révélé la présence du pneumocoque). Une large ouverture est pratiquée entre deux côtes, puis après l'écoulement du pus, grande irrigation de la cavité pleurale et drainage avec double tube en caoutchouc d'assez gros calibre.

Le même soir la température de 103° F tombe à 99° F, la respiration est à 30 et le pouls donne encore 140 pulsations à la minute. Cependant notre petit malade se dit beaucoup soulagé. Tout va bien jusqu'au soir de la 4ème journée, où la colonne mercurielle s'élève à 101° F. pour retomber le lendemain matin à 99° F. Ce même soir nouvelle ascension à 103 1/5° F. et chute le matin suivant à 97° F.

Enfin le 7ème jour on est obligé d'intervenir de nouveau.

Avec la courtoisie de M. le Dr Mercier, je pratique une résection d'une côte qui permet un drainage plus facile. Depuis malgré d'assez grandes oscillations de la température l'état général du patient s'est de beaucoup amélioré. Aujourd'hui notre petit malade dort, mange, a pris de l'embonpoint et se promène. Le tube a été remplacé par une tente de gaze. La guérison n'est plus qu'une question de quelques jours.

Le No. 15 souffre d'ostéite à la suite d'une ancienne fracture du tibia. Traitement ; curettage et drainage.

Enfin voici le dernier patient de la salle chirurgicale St-Joseph, c'est un homme de 65 ans, artério-scléreux. Il a subi une résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur pour cancer. Le cas est grave mais on espère une guérison temporaire qui lui donnera une survie.

Maintenant, chers lecteurs, l'heure est avancée et avant de pénétrer dans la salle de médecine, domaine du Dr. Demers, je crois qu'il vaudrait mieux remettre la partie à plus tard.

Il y a plusieurs cas intéressants qu'il serait trop long de suivre pour le moment.

Avant de terminer, qu'il me soit permis de remercier ici, au nom de mes confrères et en mon nom, quelques-uns de nos chefs de cliniques pour les marques d'attention dont nous avons été l'objet de leur part ces derniers jours : M. le Dr. Demers pour l'agréable soirée qu'il nous a fait passer chez lui, où l'on a dégusté du bon vin et fumé de bons cigares, le Dr. Mercier pour le succulent dîner qu'il nous a donné à sa table d'hôte, enfin le Dr. Harwood, qui a contribué à chasser nos petits ennuis avec la fumée de ses aromatiques cigares.

Ceci montre, messieurs, les services que nous avons l'occasion de vous rendre comme interne.

Janvier, 1900.

Dr AUG. BROCA.—**L'Appendicite**, *Formes et Traitement*, par le Dr AUG. BROCA, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital Trousseau. 1 vol. in-16 de 88 pages, 8 figures, cartonné (*Actualités Médicales*): 1 fr. 50.
Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du Boulevard St-Germain), à Paris.

Montrer qu'il y a des formes diverses d'appendicite auxquelles ne saurait convenir toujours la même indication thérapeutique, voilà le but que se propose M. Broca. Mais pour mieux faire comprendre dans leurs variations, la clinique et la thérapeutique de cette lésion, le Dr Broca met au préalable en relief quelques données anatomiques et anatomo-pathologiques.

Puis il passe à l'étude des formes cliniques, en commençant par les plus simples, les formes chroniques, puis l'appendicite aiguë à péritonite circonscrite, et enfin il termine par la péritonite aiguë généralisée.

La deuxième moitié du volume est consacrée au traitement qui varie considérablement à la fois dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion ; il expose les désaccords qui existent entre les *partisans* du traitement médical, les *radicaux* qui prétendent opérer toujours et de suite, et les *temporisateurs* (Roux de Lausanne, Brun, Jalaguier et Broca) qui, tout en disant : " Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ; l'appendicite est une lésion chirurgicale " ne veulent pas pour cela opérer toujours et de suite.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE PROJET DE LICENCE INTERPROVINCIALE.

Bill du Dr Roddick.

Ce projet, qui occupe depuis quelque temps déjà l'attention de la profession médicale, et qui va certainement entrer dans sa période active à la prochaine session du parlement fédéral, a fait l'objet ces derniers temps d'une série d'articles dans nos journaux de médecine provinciaux. C'est un sujet d'actualité, et un sujet qui intéresse au plus haut point la professsion, surtout depuis que la réunion des médecins de l'Association Médicale Canadienne lui a donné, à Toronto, une forme tangible. Car jusque là la question était restée un peu vague, tandis que nous sommes aujourd'hui en présence d'un projet bien défini.

Le principe sur lequel ce projet est basé nous paraît excellent. On dit : abolissons, autant qu'il est possible, les barrières élevées entre chaque province, et faisons en sorte qu'un médecin qui le veut puisse obtenir une licence lui permettant d'exercer sa profession sur n'importe quel point de la puissance du Canada. Ce principe a notre entière approbation, et nous croyons sincèrement qu'il serait avantageux pour la profession en général de rendre aussi libre que possible la pratique de la médecine sur le territoire canadien en exigeant toujours, bien entendu, les qualifications voulues. Sur ce point, tout le monde paraît être d'accord, si l'on en juge par les résolutions adoptées par l'Association Médicale Canadienne et les différents collèges provinciaux.

Reste la mise en pratique, et c'est alors que surgissent des questions d'un ordre plus personnel ; car si tout le monde admet le principe général et désire un avantage commun, personne, nous en sommes sûrs, n'a l'intention de sacrifier ses droits ou ses privilèges. Et ce n'est que justice. Chaque province a son organisation propre et le droit exclusif, de par l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord, de gérer les questions d'éducation qui la concerne. C'est un droit indéniable, que personne ne peut lui ôter.

Or, pour réaliser le principe de la licence interprovinciale et en

même temps sauvegarder les droits réciproques des diverses provinces, on a proposé, et l'on demandera au parlement fédéral, de créer un Conseil Médical du Canada. C'est le projet qui, soumis par le Dr Roddick, a été finalement adopté à Toronto par l'Association Médicale Canadienne, après discussion avec les délégués officiels des diverses provinces et confié à son auteur, le Dr T. G. Roddick, membre de la chambre des Communes, au parlement fédéral, pour être présenté avec le concours des autorités médicales des diverses provinces. Ce Conseil Médical aura le droit de faire les règlements nécessaires pour accorder une licence ou patente qui permettra au porteur d'obtenir sans examen la licence de telle ou telle province où il voudra pratiquer, pourvu que la législature de cette province ait autorisé le collège des médecins à se prévaloir de cette législation fédérale. Chaque province gardera donc son autonomie et son organisation propre.

Tel est dans ses grandes lignes le projet que l'on met devant la profession, et qui a été adopté d'une manière officielle par tous les collèges provinciaux, y compris celui de la province d'Ontario.

Au cours de la discussion suscitée par ce projet de loi, on a reproché au bureau d'Ontario de ne pas avoir accepté un premier projet de réciprocité interprovinciale où l'on proposait de rendre la licence de chaque province échangeable avec celle des autres provinces, et on lui a même à ce propos prêté des idées de supériorité très malveillantes à notre égard. D'après l'article du Dr Arthur Simard, publié dans le *Bulletin Médical de Québec*, livraison de novembre, Ontario ne veut de la licence interprovinciale par l'entremise d'un Conseil Médical fédéral, que pour relever le niveau des études médicales, qui serait inférieur dans les autres provinces. Il y a là une erreur d'interprétation qu'il est bon de ne pas propager.

Le Bureau d'Ontario n'accepte pas le système des assesseurs qui n'existe que chez nous. "Un assesseur, disent ces messieurs d'Ontario, ne peut jamais avoir la même valeur qu'un examinateur, au point de vue du contrôle." On avouera qu'il y a beaucoup de vrai là-dedans. C'est pourquoi l'on ne s'occupe pas, dans la province voisine, d'exiger des facultés de médecine qu'elle donnent 100, 200 ou 300 leçons sur tel ou tel sujet. On a résolu le problème d'une autre manière. Le diplôme des universités n'est pas reconnu, et tout étudiant diplomé de n'importe quelle université d'Ontario doit, pour avoir sa licence, subir avec succès un *second examen* devant un bureau *provincial* d'examinateurs. Il n'y a pas d'exception à cette règle.

Voilà pourquoi Ontario refusait la réciprocité à Québec, parce que dans cette province, disait-on, "les diplômes universitaires (Laval, McGill, Bishop) sont l'équivalent de la licence, que le Bureau provincial n'a qu'un demi contrôle et que, dans ces conditions, donner à votre licence l'équivalence de la nôtre, serait accorder à vos universités un privilège que nous refusons aux nôtres. Nous n'accepterons la réciprocité que sur les mêmes bases que chez nous, c'est-à-dire avec un bureau ayant l'entier contrôle de la licence." C'est alors que l'on vit naître et se développer le projet de création d'un Conseil Médical du Canada.

Mais ce Conseil Médical du Canada, tel qu'on veut le créer, va-t-il, faisant fi de l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord, empiéter, directement ou indirectement, sur l'administration et les droits des Bureaux Provinciaux de Médecine ? C'est ce que soutient M. le Dr. Sirois, l'un des membres du Collège des médecins de la Province de Québec, dans la *Revue Médicale* (numéros du 18 octobre et du 22 novembre). Et il se base, pour appuyer ses assertions, sur les résolutions adoptées à l'Association Médicale Canadienne, demandant l'unification des programmes d'études provinciaux. Si la loi que l'on veut demander au parlement fédéral d'établir devenait empiéter sur les droits des provinces, la question deviendrait, on le comprend, d'une gravité exceptionnelle. Car il s'est agi jusqu'ici d'un projet dont le principe est excellent. Mais peut-elle, cette loi, dans sa rédaction ou dans son application, devenir un danger pour les provinces ? Là est toute la question.

Disons tout de suite que nous ne le croyons pas. Car enfin, le Conseil Médical du Canada ne sera pas un corps enseignant. Il tiendra un régistre et fixera les conditions pour qu'on puisse s'y faire inscrire ; disons qu'il exigera, par exemple, cinq années d'études. Mais ces exigences ne s'appliquent toujours qu'à ceux qui voudront se faire inscrire. Ainsi, dans notre province de Québec, les jeunes gens qui auront l'intention formelle d'aller pratiquer dans une autre province se soumettront aux exigences du Conseil Médical, puisque ce sera le meilleur moyen de se faire ouvrir la porte des autres provinces. Mais le plus grand nombre des élèves de nos universités, ceux qui se préparent à pratiquer dans notre province, n'auront pas à se préoccuper des règlements du Conseil. Ils seront absolument indépendants. Et il en sera de même de notre Collège de Québec qui n'aura pas à s'occuper du Conseil Médical pour licencier ces jeunes gens, et qui restera, lui aussi, absolument libre d'agir comme il l'entendra, et de fixer à sa guise et le programme d'admission à

l'étude, et le programme d'admission à la pratique, et les conditions à remplir par les candidats.

De même pour nos universités. Croit-on que nos facultés de médecine auront à tenir compte du Conseil Médical du Canada ? Pas le moins du monde. Elles ne relèveront jamais, pour le programme des études, que de notre bureau provincial. Dans les autres provinces la même chose. Personne ne tolèrerait, ni ici ni ailleurs, qu'il en soit autrement. Croit-on qu'Ontario, par exemple, laisserait le Conseil Médical du Canada intervenir dans ses propres affaires ? Pas plus que Québec.

En acceptant le projet de création d'un Conseil Médical, les provinces y ont vu un moyen d'établir un tribunal chargé de s'enquérir des capacités d'un candidat qui veut passer d'une province à l'autre, et de réaliser par conséquent la réciprocité interprovinciale. La licence accordée par le Conseil Médical serait acceptée comme une preuve de capacité suffisante par les bureaux provinciaux. C'est là le but essentiel du projet nouveau. Mais en même temps, et par une mesure très sage, les provinces ont fort bien su stipuler, et leur but était évidemment de protéger leurs propres intérêts, que les affaires de ce Conseil Médical seraient administrées par des représentants de chacune des provinces. Ces représentants auront naturellement le plus grand intérêt à ne faire que des règlements respectant les droits provinciaux, puisqu'il seront là pour protéger ces mêmes droits, et que, s'ils forçaient par leurs règlements l'une des provinces à se retirer du pacte fédéral, ils détruiraient par le même fait toute leur organisation.

Car il ne faut pas l'oublier, on ne peut pas lier les provinces malgré elles à une organisation fédérale. Le projet de loi que le docteur Roddick a été chargé de présenter à la chambre des Communes, même lorsqu'il aura été adopté par le parlement, ne pourra devenir en force que dans les provinces où il aura été accepté par une loi spéciale passée par la législature provinciale. Voilà pourquoi le Dr Sirois n'a pas raison de craindre que l'on prenne la province de Québec par surprise.

Il y a plus. Si par hasard la province de Québec se trouvait surprise dans sa bonne foi, et s'apercevait qu'elle a donné son adhésion à une organisation nuisible à ses intérêts, il lui serait facile d'en sortir en retirant cette adhésion. La législature de Québec ne refuserait pas de protéger les droits menacés du Collège des Médecins, et il deviendrait même de son devoir de le faire par une loi

appropriée, puisque l'on aurait violé l'esprit de l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord.

Avons-nous raison, dans la province de Québec, de croire que l'on essaiera de surprendre notre bonne foi ? Ce n'est pas nous qui oserions l'affirmer. La race et la religion n'ont rien à voir dans cette question d'administration professionnelle où tous les médecins de la Puissance, catholiques ou protestants, anglais ou français, ont des intérêts communs. Il y a longtemps que le projet est en marche ; il a subi, comme le signalait M. le Dr L. J. A. Simard, des modifications successives demandées par les divers bureaux provinciaux ; mais le but n'a pas changé : établir un système qui, sans nuire aux intérêts des provinces, permette d'accorder une licence interprovinciale dont tant de gens désirent l'établissement.

Et nous sommes de ceux-là. Le principe est bon en lui-même: qu'on le mette en pratique. L'Association Médicale Canadienne et les Bureaux médicaux des diverses provinces doivent avoir assez de largeur dans les idées et de désintéressement dans les motifs pour s'entendre sur le meilleur moyen à prendre, tout en sauvegardant les droits de chacun, pour favoriser les intérêts de tous et faire en sorte que l'égalité professionnelle devienne un fait accompli dans tout le Canada. Ce pour là, l'Angleterre nous ouvrira toutes grandes ses portes et celles de ses colonies.

N'oublions pas que lors même que le projet de loi du Dr Roddick serait adopté par le Parlement fédéral, il ne vaudra pour les provinces qu'en autant qu'elles y consentiront par leur législature et qu'ainsi chacune des provinces, et Québec comme toutes les autres, restera libre d'entrer dans le pacte fédéral ou d'en sortir quand bon lui semblera. C'est là que se trouve la meilleure garantie que nos droits seront toujours respectés.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

Paris, 2–9 Août 1900.

Le Comité Exécutif français rappelle, aux membres du corps médical canadien, les articles du Règlement contenant les conditions d'admissibilité au Congrès et d'inscription pour communications dans les Sections.

I. *Conditions d'admissibilité au Congrès*

Seront membres du Congrès :

1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;

2° Les savants qui seront présentés au Comité exécutif français par leur Comité national.

Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 frs. au Trésorier-Général du Congrès, Dr Duflocq, 64 rue Miromesnil, Paris, ou au Dr J. T. Loranger, Secrétaire, 99 rue St.-Denis, Montréal. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier ou à leur Comité national les membres du Congrès devront écrire lisiblement leurs noms, qualités et adresse, joindre leur carte de visite et indiquer dans laquelle des 27 sections et sous-sections ils veulent se faire inscrire.

II° *Conditions d'inscription pour communications dans les sections*

Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa section devra faire parvenir au Sécretaire de cette section, avant le 1er mai 1900, le titre et le résumé de sa communication.

Pour faciliter cette formalité, le Comité Exécutif rappelle les noms et adresses des Secrétaires des sections à Paris.

1. Anatomie comparée—Auguste Petit, 6 rue St. André des Arts.
2. Anatomie descriptive—Rieffel, 7 rue de l'Ecole de Médecine.
3. Histologie et Embryologie—Retterer et Loisel, 15 rue de l'Ecole de Médecine.
4. Physiologie, Physique et Chimie biologiques—Dastre, à la Sorbonne ;—Gley, 14 rue Monsieur le prince ;—Weiss, 20 Avenue Jules Janin.
5. Pathologie générale et Pathologie expérimentale—Charrin, 11 Avenue de l'Opéra.—Roger, 4 rue Perrault.
6. Anatomie pathologique—Letulle, 7 rue de Magdebourg.
7. Pathologie interne—Rendu, 28 rue de l'Université.—F. Widal, 155 boulevard Haussmann.
8. Médecine de l'Enfance—Marfan, 30 rue de la Boétie.
9. Thérapeutique—Gilbert, 27 rue de Rome.
10. Pharmacologie—Chassevant, 70 rue de Rennes.
11. Matière médicale—Chassevant, 70 rue de Rennes.
12. Neurologie—P. Marie, 3 rue Cambacérès.
13. Psychiatrie—Ant. Ritti, Asile de Charenton, Seine.

14. Dermatologie et Syphiligraphie—G. Thibierge, 7 rue de Surène.

15. Chirurgie générale—Walther, 21 boulevard Haussmann.

16. Chirurgie de l'Enfance—A. Broca, 5 rue de l'Université.—Villemin, 58 rue Notre-Dame-des-Champs.

17. Chirurgie urinaire—Desnos, 31 rue de Rome.

18. Ophtalmologie—Parent, 26 avenue de l'Opéra.

19. Laryngologie, Rhinologie—Lermoyez, 20 bis rue de la Boétie.

20. Otologie—Castex, 30 avenue de Messine

21. Stomologie—Ferrier, 39 rue Boissy d'Anglas

22. Obstétrique—A. Bar, 122 rue de la Boétie.—Champetier de Ribes, 28 rue de l'Université.

23. Gynécologie—Hartman, 4 place Malesherbes.

24. Médecine légale—Motet—161 rue de Charonne.

25. Médecine et chirurgie militaires—Catteau, Ministère de la Guerre.

26. Médecine navale—Laugier, Ministère de la Marine.

27. Médecine des Colonies—Kermogant. Ministère des Colonies.

BIBLIOGRAPHIE

BOCQUILLON-LIMOUSIN.—Formulaire des médicaments nouveaux pour 1900, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'École de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 324 pages, cartonné. (Librairie J.-B Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris) ..... 3 fr.

M. GARNIER et V. DELAMARE.—*Dictionnaire des Termes Techniques de Médecine*, par les Drs M. GARNIER et V. DELAMARE, anciens internes des hôpitaux. avec une préface de G.-H. ROGER, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 1 volume in-18° P. 410..... 5 fr. A. Maloine, Libraire-éditeur 23-25 rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

Cet ouvrage contient les termes techniques dont le langage médical s'est enrichi depuis quelques années et qui ne figurent pas dans les plus récentes éditions des dictionnaires de médecine ; il renferme également les noms d'auteurs par lesquels on désigne souvent aujourd'hui les symptômes et les maladies. Pour chaque mot, il donne l'étymologie, et par une phrase courte et précise, en indique le sens.

BOUCHARD.—*Traité de Pathologie Générale*, publié par Ch. BOUCHARD, membre de l'Institut, professeur de pathologie générale à la Faculté de Médecine de Paris.—Paris, Masson et Cie., éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain.—Tome III., publié en deux parties, de 530 et 900 pages respectivement.—Paris 1900.....Prix : 28 francs.

Ce troisième, volume si impatiemment attendu, vient enfin de paraître. Il est rédigé par MM. Bouchard, Lambling, Roger, Charrin, Courmont, Gley, Guinon, Guyon, Le Noir, Letulle, Mayor et Menetrier. En voici le sommaire :

PREMIÈRE PARTIE : *Notions générales sur la nutrition à l'état normal*, par E. Lambling, professeur à l'université de Lille (pages 2 à 178) ; *Troubles préalables de la nutrition*, par Ch. BOUCHARD, de l'Institut (pages 179 à 416) ; *Les réactions nerveuses*, par Ch. BOUCHARD, de l'Institut, et H. ROGER, professeur agrégé à la Faculté de Paris (pages 417 à 482) ; *Les processus pathogéniques de deuxième ordre*, par H. ROGER, professeur agrégé (pages 483 à 530).

DEUXIÈME PARTIE (consacrée à la physiologie et à l'anatomie pathologiques) : *Considérations préliminaires*, par H. ROGER ; *De la fièvre*, par Louis GUINON, médecin des hôpitaux (pages 9 à 92) ; *L'hypothermie*, par J. F. GUYON (pages 93 à 132) ; *Mécanisme physiologique des troubles vasculaires*, par E. GLEY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris (pages 132 à 210) ; *Les desordres de la circulation dans les maladies*, par A. CHARRIN, professeur remplaçant au Collège de France (pages 211 à 312) ; *Thrombose et embolie*, par A. MAYOR, professeur à la Faculté de Médecine de Genève (pages 313 à 390) ; *De l'inflammation*, par Jules COURMONT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon (pages 391 à 552) ; *Anatomie générale des lésions inflammatoires*, par Maurice LETULLE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Boucicaut (pages 553 à 642) ; *Les altérations anatomiques non inflammatoires*, par P. LE NOIR, médecin des hôpitaux (pages 643 à 722) ; *Les tumenrs*, par P. MENETRIER, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon (pages 723 à 903).

Inutile d'insister sur l'extrême importance de ces deux volumes, qui traitent des questions les plus essentielles concernant l'étiologie de l'inflammation et les lésions qu'elle produit dans l'organisme. On connait les travaux importants du Prof. Bouchard sur la nutrition ; on trouvera de lui, dans ce volume, des chapitres de premier ordre sur le rôle de l'albumine dans l'organisme, l'influence des troubles de la nutrition dans la production des maladies, l'étiologie du diabète, et sur les maladies dyscrasiques : obésité, goutte, rhumatisme, névralgie, angine de poitrine, bronchite sibilante, etc. Le chapitre sur les réactions nerveuses est nouveau et des plus intéressant.

La physiologie et l'anatomie pathologiques offriront un intérêt non moins considérable au médecin praticien. Il lira avec plaisir et profit l'article de Louis Guinon sur la fièvre, celui de Charrin sur les désordres de la circulation dans les maladies (congestion, œdème,

hémorrhagie), l'étude de Mayor sur la thrombose et l'embolie, et surtout les chapitres de Courmont et de Letulle sur l'inflammation et les lésions anatomiques générales Nous n'hésitons pas à dire que ce volume a une importance telle qu'il devra faire partie de la bibliothèque des médecins; c'est la première fois, croyons-nous, qu'on réunit en un tout aussi complet les données les plus récentes de la médecine sur ces sujets fondamentaux de la pathologie générale. Le *Traité de Pathologie Générale* promet d'être le complément nécessaire des grands traités de médecine publiés ces derniers temps.

CHOQUETTE.—*Carabinades*, par le Dr CHOQUETTE.—Notre confrère le Dr Choquette de Saint-Hilaire, vient de livrer à l'impression le manuscrit de son nouvel ouvrage : *Carabinades.*

Nous croyons que ce livre, exclusivement consacré à cinquante histoires d'aventures de la vie de carabin et de médecin, piquera la curiosité générale de la Faculté.

Sous les noms fictifs mis en jeu, nous nous attendons à reconnaître, dans un éclat de rire, les bonnes figures rejouies de certains doctes professeurs, de praticiens retentissants et de charlatans non moins retentissants.....car il y en a.

Nous avons hâte de voir ça.

Sans doute l'imagination y est pour beaucoup, mais certaines pages y seront trop vivantes, *trop du jour*, pour que nous ne cherchions point tout de suite les sonores confrères auxquels elles s'adressent.

Tout cela entremêlé de tableaux vrais, de scènes vécues, de souvenirs tristes ou macabres, de rêves bizarres, comme ceux qui reviennent toujours traverser toute vie de carabin ou de médecin.

Comme l'ouvrage est destiné à nos confrères seuls, auxquels il sera d'ailleurs dédié, l'auteur l'a écrit avec la liberté de style, de pensées, d'expressions que sa qualité de médecin lui permettait. De sorte que si quelques regards profanes s'y risquent, ils pourraient bien être un peu scandalisés.

Le livre sera donc de *facture* absolument médicale, car nos distingués confrères et poètes, les docteurs W. H. Drummond, auteur de *l'Habitant*, et Nérée Beauchemin, auteur de *Floraisons Matutinales*, y ont collaboré par deux magnifiques poésies *ad hoc.*

L'édition sera complètement tirée sur papier parchemin, imprimé en encre rouge, avec couverture illustrée d'après une peinture de notre célèbre artiste Leduc, représentant *Le rêve du médecin.*