

PAGES

MANQUANTES

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile de Beauport. Membre de la Société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du dispensaire.
- N. A. DOSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino-laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. VERGE, Chef du département d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu.
- G. R. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHIER, Médecin du dispensaire, Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIROIS, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. FISET, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLI-
QUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. PI-
SAULT, P. LAGUEUX, E. DION.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC.

M. AHERN, Président ; D. BROCHU. E. TURCOT. C. VERGE. P. FAU-
CHER. A. SIMARD. E. MATHIEU. A. MAROIS, administrateur.

R. FORTIER, secrétaire.

MEMOIRES

OVULATION ET MENSTRUATION SONT-ILS DES PHÉNOMÈNES NÉCESSAIREMENT CONCOMITANTS ?

Le premier qui semble s'être occupé très sérieusement de cette question, est Capuron. En 1821, il publia sa " Médecine légale relative à l'art des accouchements," où nous voyons que l'auteur ne croyait pas que la menstruation fut indispensable pour la fécondité. Et à l'appui de son opinion, ne rapporte-t-il pas que Brassavole avait connu nombre de paysannes qui, pour n'avoir jamais été réglées, n'en furent pas moins engrossées plusieurs fois. Capuron admettait donc la disjonction des deux phénomènes : ovulation et menstruation.

Peu de temps après, Aveling émit des idées qui cadraient mal avec les précédentes. Il subordonnait l'ovulation à la menstruation. En d'autres termes, la menstruation précédait l'ovulation et la déterminait. Ce fut le point de départ de la théorie qui voulait que l'utérus se préparât à recevoir l'ovule, et qu'à ce moment seulement survint l'hémorrhagie qui devait provoquer l'ovulation.

Ces dernières idées prévalurent jusqu'en 1847, alors que Bischoff fit des expériences qui prouvèrent que l'ovulation était spontanée, et n'était en aucune façon sous la dépendance du flux utérin. Cette théorie de l'ovulation spontanée eut nombre de défenseurs et il n'est que juste de citer ici les noms de Négrier et de Gendrin. Et pour confirmer leurs prétentions, ils citaient le

fait de la suppression des règles après l'ovariotomie double, et le cas des femmes hedjeras castrées dans leur jeune âge qui n'avaient jamais été réglées. Donc pour Bischoff, Négrier, Gendrin, l'ovulation était spontanée, et déterminait le phénomène secondaire, la menstruation.

Strassmann arriva avec quelque chose de nouveau, ne voulant pas se rendre aux théories antérieures. Aussi, voyait-il le fait primordial devoir consister en une tension exagérée des vaisseaux ovariens, tension accompagnée d'une modification de tous les organes génitaux. Quand cette tension était rendue à son maximum, la ponte ovulaire se produisait. Et que devait-on voir survenir alors? Si l'œuf était fécondé, la muqueuse se transformait en caduque vraie et la menstruation se trouvait suspendue. Dans le cas contraire, la muqueuse entraînait en régression, et l'hémorragie se produisait.

C'est alors qu'Aran s'éleva contre ces théories, et insista sur la nécessité de disjoindre les deux phénomènes. "Je ne puis admettre, disait-il, que l'ovulation détermine la menstruation, car alors, comment expliquer ces hémorrhagies plus ou moins régulières que l'on observe chez quelques femmes après la ménopause, par conséquent, après l'extinction de l'organe ovarien, et ces exemples d'hémorrhagies chez les femmes enceintes et chez les nourrices?" Nous lui devons l'observation d'une femme aménorrhéique qui n'était réglée que quand elle était enceinte.

En 1868, Raciborski disait à propos de l'autorisation au mariage qui peut être donnée à des jeunes filles aménorrhéiques bien conformées: "quelquefois l'ovulation s'exerce périodiquement et les jeunes filles ne sont pas encore réglées. Elles pourront l'être plus tardivement. L'excitation produite par les rapports sexuels est déjà un excellent emménagogue."

Contre ces opinions qui avaient voulu faire de l'ovulation

et de la menstruation des phénomènes nécessairement concomitants, on opposa une série de faits anatomiques et cliniques bien propres à faire considérer ces deux phénomènes comme indépendants.

Suivent quelques faits anatomiques qui démontrent des cicatrices récentes de corps jaunes chez des jeunes filles et des femmes non réglées, ou chez des femmes après la ménopause ; des cas où la nécropsie a prouvé qu'il n'y avait pas eu de ponte ovulaire chez des femmes menstruées.

Girandet a publié neuf observations de femmes ou de jeunes filles ayant été menstruées jusqu'à leur mort, et chez lesquelles, il avait trouvé les ovaires tantôt réduits au volume d'un haricot entièrement cartilagineux et ne contenant aucune trace de corps jaune, tantôt lisses et fort petits, sans aucune apparence de cicatrices et de corps jaune. Il a fourni la contre-preuve de ce qui précède, en relatant sept cas où l'autopsie lui a montré sur les ovaires des vésicules de Graaf à leurs diverses périodes d'évolution, ainsi que des cicatrices récentes de corps jaunes, bien que ces organes aient appartenu à des femmes dont les unes n'avaient jamais été réglées et dont les autres ne l'étaient plus depuis plusieurs années.

Godard fit le "Morgagni" d'une femme réglée depuis trois ans. Eh bien ! il ne rencontra qu'une seule cicatrice qui correspondait à la dernière époque survenue quinze jours avant le décès.

Gubler a fait l'examen post-mortem d'une femme de vingt-trois ans qui jamais n'avait été réglée. Néanmoins, les ovaires portaient dix-sept cicatrices, et le gauche en présentait une toute récente dont le follicule renfermait encore un caillot sauguin du volume d'une lentille.

De Sinéty fit à la Société de Biologie, de Paris, en 1878, une communication très forte en faveur de la disjonction des

deux phénomènes. Il cite le fait d'une jeune fille de vingt et un ans qui avait été réglée et dont l'examen nécropsique ne montra aucune trace d'ovulation. "Ainsi, dit-il, cette jeune fille quoique irrégulièrement menstruée, avait eu ses règles deux jours avant sa mort, et nous n'avons trouvé dans ses ovaires aucune cicatrice indiquant une ovulation même ancienne. En outre, et c'est là le fait le plus important, l'état de la muqueuse utérine indiquait que l'écoulement menstruel était imminent, et sur aucun point de l'ovaire il n'y avait non seulement aucun follicule mûr et faisant saillie à la surface de l'ovaire, mais même aucun follicule à un degré quelconque de la période ascensionnelle."

Voulez-vous maintenant quelques faits cliniques qui fournissent des preuves d'ovulation sans menstruation ?

Prenons le cas de ces mères-nourrices qui redeviennent enceintes pendant l'aménorrhée de la lactation, ou de ces femmes qui sont engrossées pendant une période d'aménorrhée essentielle. (Par cette dernière, il faut entendre "l'aménorrhée dans laquelle on ne trouve ni du côté des organes génitaux, ni dans le reste de l'organisme, une modification appréciable par nos moyens actuels d'investigation clinique, modification qui pourrait expliquer cette aménorrhée.")

Morand rapporte le cas d'une femme qui n'a jamais connu le cours de ses règles quoique devenue mère de cinq enfants.

Hertzog, Baker, Engelman, Mitchell, Fowler, Bantock, Frankel, Gloeveckes, Heyman, Mac-Cone, Foa, Gingoneff, Heriitzka, citent des faits à peu près analogues.

Jugand a observé une femme qui cessa de voir ses mois à trente-cinq ans et qui fit après cela une grossesse.

Pouliot a communiqué un cas de conception au cours de l'aménorrhée.

Soviot a connu une femme chez qui l'ovulation sans mens-

truation s'est faite pendant une période de quatorze ans, période pendant laquelle cette femme a fait quatre grossesses.

Wendeler rapporte même le fait d'une femme hystérectomisée qui fit une grossesse ectopique. Ce dernier cas n'est pas de nature à infirmer la théorie de la disjonction, mais donne bien droit à la victime de cette grossesse extraordinaire de se plaindre de la trop grande valeur de certains spermatozoïdes.

Cette théorie de l'indépendance des phénomènes ovulation et menstruation a ses adversaires, qui invoquent contre elle la disparition des règles chez les femmes qui ont subi l'ablation bilatérale des ovaires. Pour que cet argument ait une grande valeur, il faudrait que les exceptions à cette ménopause anticipée ne soient pas trop nombreuses. Et pour peu que nous cherchons dans la littérature médicale, les exceptions se font nombreuses.

Elliot cite un cas de rétablissement de la menstruation après ovariectomie double.

Jayle, sur une statistique de quarante-cinq cas d'ovariectomie double, 28 fois seulement la fonction menstruelle a été abolie.

Delbet dit que dans 12% des cas d'ovariectomie double, les règles ne sont pas supprimées.

A titre de curiosité, permettez-moi de rapporter ici deux cas uniques qui n'affirmeront ou n'infirmeront en rien la théorie de la disjonction.

Sorel rapporte l'observation d'une femme à qui on avait fait une hystérectomie et qui continua à être réglée.

Soviot, celle d'une femme qui eût ses règles après ablation totale de l'utérus et des annexes.

Murat, Pestalozza, Snéguireff, Ferrari, Hohlweg, Kannegieser, Toporski, Berry-Hart, Martin, Guimandi, Van de Velde, Reiffenschied et Von OFranque ont rapporté tour à tour des observations de femmes réglées après oophorectomie double.

M^{rs}. Potocki et Branca qui passent à très juste titre comme des autorités en la matière, vont me fournir la conclusion à ce qui précède. "L'ovulation, disent-ils, peut s'effectuer, sans s'accompagner de menstruation. Le processus menstruel peut se dérouler chez les femmes qui n'ont pas d'ovulation. L'ovulation et la menstruation sont des phénomènes indépendants. L'ovulation est une fonction essentielle commune à tous les animaux, la menstruation est une fonction accessoire observée chez quelques vertébrées."

"La première assure la fécondation que semble favoriser la seconde. Dans l'esprit humain, les deux fonctions sont le plus généralement rythmiques, mais la cause de ce rythme nous échappe. Les deux fonctions sont indépendantes l'une de l'autre."

En vérité, cette théorie aujourd'hui la plus généralement admise, devra en satisfaire plusieurs, puisqu'elle explique très bien ces cas de conception qui, pour constituer des exceptions n'en sont pas moins d'occurrence encore assez fréquente.

DR. P. A. GASTONGUAY.

Berlin, 5 Septembre, 1906.



LE SANMETTO DANS LES AFFECTIONS DE REINS ET DE LA VESSIE.

Je me suis servi très souvent du SANMETTO. Je l'ai ordonné en même temps que la teinture de Belladone, le nitrate de lithine et d'autres drogues de cette espèce. Mes succès ont été bons. Aussi je recommande le SANMETTO comme un adjuvant et véhicule de grande valeur dans les affections des reins et de la vessie.

St. Louis Mo.

DR. E. O. GREER.

MON SECOND CAS D'HÉBOTOMIE

(Albert Laurendeau, M. D., St-Gabriel de Brandon.)

Il me fait plaisir de répondre à M. le Dr P. A. Gastonguay. J'ai lu sa critique à mon endroit, intitulée : " Gigli ",—et voilà comme j'aime la discussion.

Vous me pardonnerez, j'espère, M. le Docteur, si j'ai tardé à vous répondre, mais au moment où je prenais connaissance de votre article dans le Bulletin de Québec, je venais de pratiquer ma seconde hébotomie, et vous comprenez sans doute, que je tenais à parfaire cette observation avant d'aller sur le terrain. —Au reste, j'ose espérer que vous ne perdrez rien pour attendre.

* * *

Si l'on émonde la partie historique du travail de mon confrère, le reste peut-être condensé dans les deux propositions suivantes :

1. " L'hébotomie ne serait pas aussi simple, aussi facile, aussi efficace que j'ai bien voulu le dire ;

2. " Mes conclusions sur l'avenir de cette opération comme succédanée de la symphyséotomie seraient prématurées, et trop optimistes, parce qu'elles ne reposent que sur une seule observation.—Et enfin, l'auteur invoque le témoignage de prétendus adversaires de la section du pubis.

Heureusement que les affirmations de mon jeune ami, un peu dubitatives, sont tempérées par la fin de l'article qui, au rebours du dicton populaire : " In cauda venenum ", me donne une toute autre sensation ;—je dirais volontiers : " In cauda mel " ; et ceci pourrait servir à démontrer que les médecins s'élèvent

audessus du populaire, des couches profondes ; et incidemment, que l'évolution opère dans la bonne voie, vers le progrès.

Voici donc la conclusion consolante de mon confrère : " Si dans quelques années, elle (l'hébotomie) se maintient en faveur, par des succès toujours croissants et une technique toujours irréprochable, au point de vue de sa simplicité et de son innocuité, je me rangerai volontiers à l'opinion du Dr. Lau-
" rendeau."

* * *

" L'hébotomie est encore trop jeune, pour que le Dr. Lau-
" rendeau puisse donner une conclusion aussi optimiste que
" celle par laquelle il a terminé son travail. Son expérience
" personnelle ne reposant que sur une seule et unique observa-
" tion, lui donne-t-elle le droit d'arriver à cette conclusion ?"

Eh ! oui, j'étais optimiste à la suite de ma première intervention, je le fus davantage après ma seconde, et maintenant je suis sans limites, à la suite des quelques recherches bibliographiques que la critique de mon confrère m'a sollicité à faire.

En médecine, en obstétrique, en chirurgie, dans toutes les sciences expérimentales en un mot, une opinion ne se forme pas uniquement de ses propres observations. L'expérimentateur tient compte des observations d'autrui ; c'est là un fait qu'oublie M. Gastonguay. Dans l'appréciation d'une proposition, est-il raisonnable de refuser le concours de tous les observateurs qui ont précédé ? C'est pourtant là où l'on semble vouloir m'acculer.

* * *

Commençons d'abord par démontrer la gravité de la symphyséotomie. Je ne remonterai pas à la période pré-aseptique ; ce serait oiseux et sans objet. Prenons l'opinion des derniers congrès, précédant la rénovation de la *pubiotomie*.

Le 24 août 1897, Zweifel (de Leipzig), annonce au Congrès International de médecine tenu à Moscou, que sur une statistique personnelle de trente deux symphyséotomies, il n'eut qu'un seul cas de mort. "Mais", dit-il, "les suites sont longues et souvent sombres." Il eut trois blessures de la vessie, et notamment une fois par le cathéter, une fois par le pincement de la vessie entre les deux os pubiens. Et il ajoute que cette opération est fréquemment infectée dans la suite, à cause du tissu cellulaire rétro-pubien.

M. Dimant (de St-Petersbourg) déclare à ce même congrès qu'il n'est pas partisan de la symphyséotomie, qui à son avis fait courir trop de dangers, pendant l'expulsion fœtale, à toutes les parties molles sous-pubiennes, subitement écartées ; il préfère l'opéation césarienne à la symphyséotomie.

Deux ans plus tard, (8 au 12 août 1899), se tenait à Amsterdam, le troisième Congrès International d'obstétrique, et là, Treub (d'Amsterdam), qui semble résumer la pensée des congressistes, dit : "Les observations de M. Charles (de Liège), et les miennes, me conduisent à la conclusion que *ceteris paribus*, la symphyséotomie est plus dangereuse que l'opération césarienne et qu'elle exige une antiseptie plus rigoureuse."

A ce même Congrès, le professeur Pnard de Paris, conclut dans un rapport très élaboré sur la symphyséotomie et la césarienne, comme suit : "Du 4 février 1892 au 20 janvier 1899, l'agrandissement momentané du bassin, après section de la symphyse, a été pratiquée 100 fois à la clinique Baudelocque, soit par mes collaborateurs : Varnier, Potocki, Lepage, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, Baudron, Funck-Brentano, soit par moi, et dans tous ces cas, l'opération a été pratiquée avec rigueur, suivant les règles que j'ai exposées au Congrès de Rome en 1894.—Nous avons obtenu les résultats suivants : 100 femmes symphyséotomisées : 88 guéries, 12 mortes."

Je prie le lecteur de remarquer le pourcentage de mortalité du Professeur Pinard : 12% chez ses symphyséotomisées ; c'est là un jalon qui nous servira bientôt.

Et enfin pour démontrer jusqu'à l'évidence, la gravité de la symphyséotomie, surtout au point de vue de la morbidité post-opératoire, je rapporte les statistiques et appréciations de M. Tissier, fournies à la Société d'obstétrique de Paris, séance du 19 février 1903 : "J'ai observé 20 femmes ayant subi la symphyséotomie, et les résultats prouvent une fois de plus que cette opération n'est nullement bénigne.—Sur ces 20 femmes, 4 seulement sont sorties indemnes de l'épreuve.—16 ont couru des troubles fonctionnels très marqués. Dans ce nombre, il en est qui sont restées tellement amoindries, surtout au point de vue de la marche et de la persistance des troubles urinaires (incontinence d'urine 10 fois), qu'on s'explique l'abandon actuel de la symphyséotomie par beaucoup d'accoucheurs qui en étaient très partisans il y a quelques années."

Il est à remarquer ici que la perfection de la technique opératoire, et l'application rigoureuse des méthodes aseptiques, ont pu réduire la mortalité à rien, sans toutefois améliorer sensiblement la morbidité.—C'est donc, que la symphyséotomie est une erreur chirurgicale.

* * *

Voici que maintenant, la "section latérale du pubis" de Gigli va entrer en scène.

Permettez-moi, mon cher monsieur Gastonguay de corriger ici une petite erreur que vous faites, en même temps qu'une injustice à l'égard de M. Leonardo Gigli.—Vous dites : "Gigli n'a exécuté sa première opération qu'en 1902."—Puis vous ajoutez : "Je me demande pourquoi, si cette opération l'emporte en facilité et en simplicité sur la symphyséotomie, Gigli ne l'a pas pratiquée avant 1902".

J'extrai d'un article que le médecin Italien a écrit pour la Presse Médicale de Paris, à la sollicitation du Professeur Bonnaire (No. 42, 27 mai 1905), le passage suivant : " En 1900, le Professeur Pestalozza fonda à Florence la Société Toscane d'obstétrique et de gynécologie, et j'eus alors l'occasion de pratiquer ma première opération et de présenter l'opérée à la Société. Le fait clinique convainquit le Professeur Pestalozza ; il résolut de tenter l'opération, et il put bientôt compter un nombre de succès qui n'était pas indifférent."

Et si vous aimez savoir où en était cette question en 1902, vous n'avez qu'à consulter le quatrième Congrès international d'obstétrique tenu à Rome, du 15 au 21 septembre 1902, où Gigli propose de substituer la section latérale du pubis à la symphyséotomie, et rapporte dix cas de pubiotomie opérés avec succès.

* *

Je réaffirme ici avec la plus sincère conviction, les conclusions de mon travail à ce sujet, communiquées au Congrès de Trois-Rivières :

En résumé : Les indications à l'hébotomie, sont celles qui " président à la symphyséotomie, et nous devons substituer la " section du pubis, à la section de la symphise pour les raisons " suivantes :

1 " L'hébotomie fait courir moins de risques immédiats et " consécutifs à la parturiente que la symphyséotomie ;

2 " L'hébotomie est pour l'opérateur d'exécution plus facile que la symphyséotomie."

Je dirai maintenant en compagnie de qui je suis ; et je laisserai ensuite aux lecteurs du Bulletin le soin de conclure, et à M. Gastonguay de reviser son jugement... provisoire, si je l'ai bien compris.

Le 15 décembre 1904, Gigli fait rapport à la société d'obstétrique de Paris, "Qu'à cette date sur 50 opérations (héboto-mies), il n'y eut que 5 morts, dont deux ne sont nullement "imputables à l'opération elle-même."—Je ferai de suite remarquer que c'est déjà là un résultat assez encourageant, si l'on songe surtout que les opérateurs dispersés, en étaient pour la plupart à leur premier essai, et ne connaissaient la technique opératoire que par ce qu'ils en avaient lu dans les journaux ou dans les revues médicales.

Personne ne doutera que le jour, où cette intervention aura conquis droit de cité dans nos livres classiques, où les maîtres l'enseigneront, et surtout la pratiqueront devant les étudiants ; c'est-à-dire en un mot, le jour où elle sera popularisée, personne ne doutera dis-je, qu'alors les statistiques s'amélioreront. — Au reste, je reviendrai tantôt sur un certain nombre d'insuccès dont on charge injustement l'hébotomie.

Passons maintenant en Allemagne.—Lisez l'appréciation du Professeur Seeligman, en présentant le 10 octobre 1905, à la Société de médecine de Hambourg, une femme chez qui il avait pratiqué au terme de la grossesse, pour un rétrécissement pelvien très accentué, (bassin aplati rachitique, avec un diamètre conjugué vrai de six centimètres et demi), une section latérale du pubis, laquelle a permis d'amener facilement l'extraction d'un enfant vivant de poids moyen : " C'est un succès de plus " à l'actif de la méthode de Gigli, méthode qu'on n'a pas suffisamment appliquée depuis quelque dix ans déjà qu'elle existe, " mais qu'on commence cependant à apprécier, et qui est appelée " à n'en pas douter, à *remplacer très avantageusement la sym-* " *physéotomie.*"

Les italiques sont de moi.

Le 15 novembre 1905, M. Duhrssen présente à la Société de médecine berlinoise, une femme atteinte d'angustie pelvienne

très accentuée, chez qui à deux reprises déjà, au cours de ces dernières années, on avait dû pour pratiquer l'accouchement recourir à la perforation du crâne de l'enfant, et qui, enceinte pour la troisième fois, vient tout récemment d'accoucher à terme, par les voies naturelles, d'un enfant vivant, grâce à la section latérale de la branche horizontale du pubis. L'élargissement de la ceinture pelvienne obtenu de cette façon fut suffisant pour permettre l'extraction facile de l'enfant par version. Quinze jours après l'accouchement, la malade, dont le bassin avait été soigneusement immobilisé à l'aide de bandes de diachylon, se levait et marchait. Et M. Dührssen se déclare partisan de l'opération de Gigli.

Nous allons maintenant passer en Suisse.

Voici le témoignage que rend M. Rossier devant la Société Vaudoise de médecine, le 9 mars 1906 : relativement au choix entre la symphyséotomie et la pubiotomie ou opération de Gigli, M. Rossier préfère de beaucoup cette dernière dont il décrit la technique avec les modifications apportées par Döderlein et Walcher. Il estime avec Dummi que la pubiotomie sera bientôt à la portée de tous les médecins praticiens.

Au tour de la Belgique :

M. Van Cauwenberghé affirme à l'Académie royale de médecine, le 30 juin 1906 que : " la symphyséotomie a partagé la " bonne fortune de la gastro-hystérotomie, mais qu'aujourd'hui, " nous pouvons considérer là pubiotomie comme un nouveau et " sensible progrès. L'opération est d'une part beaucoup moins " dangereuse que la césarienne ou la symphyséotomie, et d'autre " part plus simple et plus facile à pratiquer. Sur les 146 cas " recueillis par Kannegiesser, huit ont été mortels, mais il est " plus que douteux, qu'un seul décès puisse être attribué à l'o- " pération. Sur les 23 femmes opérées à la clinique de Dresde, " pas une seule n'a succombé."—Puis il conclut : " La symphy-

“ scéotomie plus compliquée et plus grave que la pubiotomie, ne tardera probablement pas à disparaître de la pratique obstétricale.” Et c’est exactement la conclusion à laquelle j’en étais arrivé bien avant le Dr Van Cauwenbergh.

* * *

Et si cela n’était pas suffisant, nous pourrions ajouter une foule d’autres voix autorisées :

Ainsi, au XVI “Congrès International de médecine tenu à Lisbonne, du 19 au 26 avril 1906, M. E. B. Montgomery (Quincy), soutient que la section latérale du pubis doit remplacer la symphyséotomie dans tous les cas où l’on a jusqu’ici employé celle-ci. Puis il rapporte une observation personnelle où il pratiqua cette opération chez une primipare dont le fœtus se présentait en position mento-postérieure, persistante.

Tout dernièrement, vient de paraître la thèse de P. Voguet (Paris 1906) intitulée : “ De la section latérale du pubis, dite *Opération de Gigli*.”—Cette thèse serait à citer en entier ; je me contenterai de la conclusion, afin de ne pas faire trop long cet article qui, en définitive, n’est qu’une réponse à une critique : “ L’opération de Gigli présente de nombreux avantages sur la symphyséotomie : Elle est plus facile, offre plus de sécurité ; les résultats immédiats et tardifs sont plus favorables. J’ai réuni une statistique de 114 pubiotomies, avec une mortalité moyenne de 1.75 par cent. Or la dernière statistique dans la symphyséotomie donne le chiffre de 6.70 pour cent.”—Il n’y a rien de brutal comme des chiffres.

Ne s’allons maintenant procéder autrement.

* * *

Evidemment M. Gastonguay n’a pas d’observation personnelle à offrir ; aussi se contente-t-il de dire : “ J’ai eu l’occasion

“ de lire très attentivement la plupart des observations jusqu'à
 “ ce jour.”—Et là dessus, il s'est formé une opinion, et cette
 “ opinion m'est hostile.

Et sur quelles autorités s'appuie-il, pour justifier les critiques, les doutes, les insinuations qu'il m'adresse ? S'il n'en tient pas d'autres en réserve, il invoque en tout : Baum (et non Baunon comme l'a imprimé le Bulletin), Bar, Porak et Berry Hart, et personne autre.

Détaillons maintenant :

1er Au sujet de Baum, je me contenterai de rapporter ici la réponse de Gigli lui-même : “ La première attaque directe
 “ que je subis vint en 1903 de M. Baum (de Breslau). Il
 “ m'opposait l'évidence tragique de deux insuccès douloureux,
 “ mais sans argumentation logiquement juste, ni correcte scientifique-
 “ tiquement. Par bonheur, les cas de M. Baum demeurèrent
 “ isolés, et cela démontrait que ses échecs n'étaient pas attribua-
 “ bles à l'acte opératoire, mais à une préparation insuffisante, à
 “ une technique improvisée et trop audacieuse, à une instru-
 “ mentation mal appropriée.”

2e “ M. Bar de Paris a pratiqué cette opération une fois ;—
 sa malade a guéri ;—et malgré les recherches que j'ai faites, je n'ai rien pu trouver pour justifier l'allégué suivant de M. Gastonguay : “ L'hébotomie a eu ses partisans à Paris dans
 “ Bar et Borak, ils l'ont pratiquée tour à tour, et maintenant
 “ n'en veulent plus.”

3e “ Je suis même porté à croire que l'opinion de ces deux derniers médecins a été comment dirais-je, altérée, si je m'en rapporte à ce que disait Porak devant la Société d'obstétrique de Paris, le 18 janvier dernier, dans une communication intitulée : “ *Opération de Gigli pour bassin oblique ovalaire ;*
 “ *succès pour la mère et l'enfant.*”—M. Porak : Il s'agit d'une femme à bassin oblique ovalaire, suffisamment large pour que

l'accouchement ait pu se faire spontanément une première fois. Mais l'enfant qui avait été passé au "laminoir," mourut au bout de 24 heures. Cette femme étant redevenue enceinte, Porak fit sur elle une opération de Gigli, en sectionnant du côté lésé, puis termina l'accouchement par une application de forceps, et il ajoute : " Tout se passa le mieux possible, et maintenant, " malgré l'absence de réunion au nouveau de la pubiotomie, la " femme continue à vaquer à ses occupations, à aller et venir " normalement."

4e " Mais le plus singulier de cette petite série est M. Berry " Hart d'Edimbourg," le seul qui en Angleterre ait fait du " Gigli et qui n'en est pas très enthousiaste" dit M. Gastouguay. —Vous avez oublié mon cher confrère d'ajouter que la parturiente de M. Berry Hart est morte durant l'opération par *l'effet du chloroforme*.—Et s'il faut " une expérience plus vécue " que la mienne, " pour donner une opinion catégorique, " que vaut l'expérience du chirurgien d'Edimbourg ?.

Cela suffit n'est-ce pas.

* * *

Mon second cas d'hébotomie est le calque du premier, avec en plus, quelques incidents piquants et une mise en scène dramatique.

Il y a environ deux ans, j'avais été appelé auprès d'une jeune primipare, Madame A. P., âgée de 24 ans, résidant dans le village St. Charles, à six milles de mon bureau. Une application laborieuse du forceps n'eut d'autre résultat que de briser l'une des branches de mon Pageot.—Mon confrère, le Dr. L'Abbé vint ensuite à la rescousse avec son outillage :—même résultat négatif.—Bref, nous avons pratiqué la craniotomie, appliqué le céphalotribe, et puis, nous eûmes le désagrément d'extraire un petit cadavre.—Dire les " pourquoi " nous avons tué

l'enfant, serait un peu long ;—qu'il suffise d'affirmer que dans notre conviction, mieux valait sacrifier le fœtus, que de laisser passivement, j'aurais envie de dire lâchement, mourir les deux : la mère et l'enfant.—Cette femme avait un bassin *justo minor* dont le diamètre sacro-pubien mesurait environ 7 centimètres.—L'enfant pesait 9 livres, sans compter quelques onces de substance cérébrale perdue au cours des manœuvres.

Le 28 août 1906, vers les six heures du matin, j'étais de nouveau appelé en toute hâte auprès de la même parturiente. J'y rencontre mon confrère, le Dr H. Archambault, rendu depuis la veille au soir. Ce dernier me met promptement au fait de la situation : présentation de la face, position mento-postérieure, enfant vivant.—Durant le cours de la nuit, il avait vainement tenté de défléchir la tête, de faire l'extraction du fœtus par le forceps à cinq ou six reprises consécutives ; il essaya même mais sans succès de faire une version sous chloroforme ; mais la poche des os rompue, vidée, et l'utérus tétanisé permettaient à peine l'introduction de la main jusqu'au fond de la matrice ; la pression était telle, me dit mon confrère, que le bras complètement paralysé ne pouvait faire aucun mouvement.

Je propose sans hésiter l'hébotomie, que la famille accepte sans hésiter. J'avais prévu ce qui arrivait, et je m'étais pré-muni de l'outillage nécessaire pour ce cas.—Et j'ai fait usage de la scopolamine comme anesthésique ; je suivis la même technique que dans mon premier cas, sauf, qu'au lieu d'opérer à ciel ouvert comme le veut Gigli, j'ai fait la section osseuse sous-cutanée comme l'enseignait Stolz. Deux points au crin de Florence suffirent à fermer la plaie qui n'avait pas un pouce de longueur ; tandis qu'à côté du clitoris tout se résumait à une piqûre produite par le passe-cie et la scie.—Une remarque que je ferai ici, et qui je crois n'a été signalée par aucun de ceux qui ont écrit à ce sujet, c'est qu'il est beaucoup plus facile de

repérer exactement l'endroit où faire pénétrer le passe-cie en introduisant un ou deux doigts dans le vagin, et en limitant ainsi postérieurement la crête du pubis, qu'en cherchant à établir les bornes supérieures de l'os pubien par sa paroi externe. Ainsi dans mon cas, j'avais décidé de sectionner le pubis gauche j'ai d'abord passé l'index et le médius gauches dans le vagin, et en longeant la face postérieure de l'os, j'ai pu arriver facilement à atteindre sa partie supérieure,—il ne s'agissait alors que de faire une petite boutonnière cutanée en regard du bout des doigts fixés dans le vagin, et restants en place pour faciliter la manœuvre du passe-scie.—Bref, l'opération s'exécuta avec la plus grande facilité et guérit par première intention. Je n'ai pas le moindre doute que l'ostéotomie sous-cutanée est plus expéditive, expose moins aux hémorrhagies, à l'infection, et il m'a semblé que l'écartement osseux est moins brusque, moins violent, que dans l'autre cas.—Une application de forceps amena un enfant de huit livres et dix onces sans effort.

Tout alla bien les trois premiers jours, mais la patiente fit ensuite de l'infection utérine grave : température 104, lochies fétides, etc., ce que j'attribuai aux manœuvres obstétricales opératoires.—De grands lavages intra-utérins à l'eau boriquée répétés toutes les heures le jour, toutes les deux heures la nuit, un grain d'extrait d'ergot toutes les deux heures, 15 grains de sulfocarbolate par jour, 1750 de grain d'arséniate de strychnine trois fois par jour, le tout associé à la diététique lactée, jugulèrent la septicémie en moins d'une semaine.—Le 24 septembre, la malade commence à s'asseoir ; puis fait quelque pas dans sa chambre le 4 octobre, c'est-à-dire 34 jours après l'intervention ; et à cette dernière date je constate que la consolidation osseuse est solide.

* * *

Et maintenant la conclusion : *La même que j'avais tirée de mon premier cas d'hébotomie.*

Consultations Chirurgicales

GOMME DE LA PAROTIDE

Obs.—A. S. C., âgé de 74 ans, se présente à la consultation de l'Hôpital, le 28 août, pour une tumeur siégeant dans la région parotidienne. Il n'y a rien d'intéressant à noter dans ses antécédants héréditaires. Il souffre de rhumatisme depuis un an et demi ; seulement, à l'âge de 40 ans, il eut un chancre pour lequel il fut immédiatement traité, et depuis lors aucune manifestation syphilitique n'est vraisemblablement survenue. Il y a 4 semaines environ, un de ses amis lui fit remarquer qu'il avait un peu de gonflement dans la région parotidienne gauche. Cette masse a depuis graduellement progressé jusqu'à acquérir la grosseur d'un œuf. Cette tumeur—puisque cliniquement toute masse plus ou moins circonscrite, saillante à la surface du corps ou développée dans la profondeur d'une région ou aux dépens d'un organe dont elle se distingue d'ordinaire par une consistance différente, doit être considérée comme telle—remplit la loge parotidienne, est indolente, peu sensible à la pression, uniformément ferme, peu mobile sur les plans profonds, peut-être adhérente ici et là à la face profonde de la peau. Aucun retentissement sur le facial, aucunes lésions buccales, ni du cuir chevelu, ni du conduit auditif externe, pas de ganglions indurés dans le voisinage, température normale.

Tumeur de la région parotidienne, soit : mais quelle en est la nature ?

D'abord il faut d'emblée éliminer le parotidite suppurée,—les

oreillons, une infection du ganglion pré-auriculaire—aucune infection générale ni locale n'ont existé pour légitimer semblables lésions, qui d'ailleurs ne cadrent pas avec l'examen de la tumeur.

De même éliminée est l'induration de la parotide par rétention de la salive.

Il faut aussi mettre de côté les tumeurs gazeuses et liquides qui se présentent de temps à autre dans cette région—l'examen est absolument négatif à leur endroit. Restent les tumeurs solides : encapsulées ou diffuses.

La tumeur ne fait pas à la surface de la région une saillie nettement circonscrite, elle est peu mobile sur les plans profonds, paraît plutôt adhérente à la peau, ne se déplace pas. De plus elle n'est pas irrégulière, inégale, bosselée ; sa croissance ne date que de quelques semaines ; elle paraît faire corps avec la parotide et même quelque peu fusionnée avec les tissus ambiants.

Bref, ce n'est pas une tumeur du groupe encapsulé, (adénome, fibrôme, chondrôme, ou tumeur mixte sarcomateuse.)

Est-ce un épithélioma ? Il y a plusieurs raisons qui militent en faveur de ce diagnostic : la consistance, l'adhérence aux couches profondes, la diffusion de la tumeur, l'âge du malade ; seulement, la masse ne date que de quelques semaines, il n'y a pas de ganglions au voisinage, aucun retentissement sur le facial, la consistance n'est peut être pas absolument celle d'un épithélioma à marche rapide. Par exclusion le diagnostic de gomme de la parotide est porté et le malade mis au traitement intensif. Huit jours après, une amélioration est visible : la tumeur est en régression, ramolie et plus mobile.—Au 15^{em} jour de son traitement le malade laissait l'Hôpital presque totalement guéri—la tumeur n'est plus perceptible, on délimite très bien le parotide encore quelque peu indurée, maintenant mobile.

Le traitement a confirmé le diagnostic de cette lésion si rare de la région parotidienne : gomme syphilitique, développée vraisemblablement dans la parotide. Fournier, Brock, Lance-reau, Verneuil ont publié quelques observations d'infiltration gommeuse des glandes salivaires, plus spécialement de la glande sous-maxillaire. C'est en somme une lésion très rare. Les observations se comptent dans la littérature médicale.

ARTHUR SIMARD



RIEN NE SAURAIT LE REMPLACER

Il n'y a rien d'étonnant dans ce fait que le SANMETTO ait beaucoup de partisans parcequ'il est un médicament de toute sécurité.

D'après mon expérience rien ne saurait le remplacer. Le SANMETTO raisonnablement employé donnera toujours des résultats satisfaisants.

En m'exprimant de cette manière je ne veux pas dire que le SANMETTO est un médicament spécifique dans toutes les affections génito-urinaires, je n'insiste que sur ce fait que le SANMETTO employé dans les cas où il est indiqué donne toujours de bons résultats.

St. Louis, Mo.

DR. T. A. HOPKINS,
Diplômé en 1894, etc.

FRACTURE DE JAMBE OUVERTE ET INFECTÉE

TRAITEMENT PAR L'EMBAUMEMENT—GUÉRISON

Observation : B. M. est un journalier de la campagne âgé de 52 ans, robuste, sans aucun antécédant pathologique.

Le 8 août dernier il était monté sur un échafaudage élevé à une hauteur d'à peu près 7 pieds et il travaillait à peindre le premier étage de sa maison. Subitement l'échafaudage s'effondre et s'écroule et notre homme se retrouve étendu sur le dos, son pied gauche dévié en dehors, à angle droit sur la jambe ; un bout d'os effilé, le fragment supérieur, apparaît à l'extérieur, transfixant son bas, caleçon et pantalon.

Avec l'aide de son compagnon il enlève ces vêtements, remet son pied aussi droit que possible et attend pour se relever le médecin appelé en toute hâte. Ce dernier fait des tractions sur le pied, arrose la plaie d'une solution antiseptique, enveloppe le membre dans un manchon d'ouate et couche le tout dans une large boîte en bois, faite sur les lieux, par le charron.

Le lendemain la plaie est de nouveau arrosée du même liquide et saupoudrée d'une épaisse couche d'iodoforme.—Pendant ce temps le malade accuse de la douleur, sa jambe est tuméfiée, le pied est toujours dévié en dehors et il demande un chirurgien en consultation. Après plusieurs hésitations de la part de l'entourage, le Dr A. Simard est appelé et voit le malade 48 heures après l'accident. Le pansement est tout imprégné de sang,—il y a des caillots dans la boîte. Le fragment supérieur sort à travers la plaie ; celle-ci est noirâtre et exhale une odeur infecte, odeur de gangrène, à laquelle se mêle celle de l'iodoforme. Lavage et savonnage du pourtour de la plaie, grande irri-

gation à l'eau bouillie chaude à 50° c. et à l'eau oxygénée, tamponnement à la gaze imprégnée d'alcool à 95°, enveloppement du membre dans de la gaze stérilisée et de l'ouate hydrophile, gouttière plâtrée et le malade est immédiatement transporté à l'hôpital.

A son arrivée sa température est à 102, son pouls à 110 ; il est agité, se plaint de céphalalgie, son apparence générale dénote une intoxication déjà profonde. Il est immédiatement mis sous l'influence de l'anesthésie générale afin de procéder à une désinfection plus complète et tenter une réduction convenable.

La plaie siège au $\frac{1}{3}$ inférieur de la jambe, sur la face antéro-interne ; elle a la grandeur de la paume de la main, sa surface est noirâtre, déchiquetée, des lambeaux musculaires, aponévrotiques et tendineux se détachent de ses bords ; elle laisse suinter un liquide infecté. Le fragment supérieur apparaît au centre, biseauté aux dépens de sa face externe. Le fragment inférieur est éclaté en 4 ou 5 morceaux et les fissures pénètrent dans l'articulation tibio-tarsienne. Nous avons donc affaire à une fracture oblique ; une rotation énergique de l'astragale ou une pénétration par le fragment supérieur, est dans ces cas le mécanisme que l'on invoque pour expliquer l'éclatement du fragment inférieur.

Sous un fort courant d'eau chaude et d'eau oxygénée nous faisons une détersion du foyer ; au moyen d'une éponge de gaze nous fouillons tous les coins et recoins, nous râclons pour ainsi dire toute cette surface cruentée ; 2 ou 3 esquilles séparées du fragment inférieur sont enlevées, puis la réduction est faite par une traction énergique.

Tamponnement de la plaie à la gaze imbibée d'alcool à 95, gouttière d'Hergott et pansement absorbant.

Pendant les deux jours qui suivent la température se maintient à 102, l'agitation se continue, le malade a du délire, son

pouls est rapide. Nous craignons une septicémie grave. Mais le 3em jour ces accidents généraux s'atténuent, la température s'abaisse à 100 le soir, le délire est moins intense et moins constant, la langue devient humide et à partir de ce moment la santé redevient parfaite.

Pendant ce temps les pansements à l'eau oxygénée et à l'alcool sont renouvelés toutes les 3 ou 4 heures. Ce n'est qu'au bout de 8 jours qu'une suppuration franche s'installe, que l'élimination des parties sphacélées s'accomplit et le bourgeonnement apparaît.

La gouttière plâtrée, souillée par les sécrétions et ramollie par les pansements est enlevée le 19em jour et remplacée par un nouvel appareil, les attelles de Maisonneuve. Les manipulations que nécessite ce changement donnent lieu le lendemain à une nouvelle poussée fébrile, la température monte à 102, le malade a du frisson, du délire, mais au bout de 24 heures tout rentre dans l'ordre.

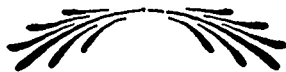
Aujourd'hui l'accident date de deux mois, la consolidation s'effectue, le membre est en bonne position, la cicatrisation est avancée ; encore quelques semaines et la guérison sera complète. Nous craignons cependant une ankylose de l'articulation tibio-tarsienne ; dans cette prévision le pied a été mis dès le début à angle droit sur la jambe, et l'accident, s'il survient, ne donnera lieu en somme qu'à une légère infirmité avec laquelle le malade ne tardera pas à s'accommoder.

La fréquence et la gravité de ces fractures ouvertes, les mauvais traitements qu'on leur inflige habituellement par défaut d'aseptie ou par des interventions intempestives et mal à propos, nous ont engagé à rapporter cette observation avec les détails qu'elle comporte. La détersion du foyer sous un courant d'eau stérilisée et chaude, l'ablation des corps étrangers et des esquilles libres, le lavage à l'eau oxygénée, l'embaument à l'alcool,

méthodes aujourd'hui classiques, nous ont toujours donné des résultats excellents.

Ce dernier malade, d'une gravité toute particulière, est un magnifique exemple de ce que peut donner la méthode dans les cas où l'infection est installée et l'intoxication déjà profonde.

ALBERT PAQUET.



LE SANMETTO DANS L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE ET L'URÉTRITE CHRONIQUE.

J'ai employé le SANMETTO avec des bons résultats. Un de mes malades, un homme âgé de 85 ans, souffrant de l'hypertrophie prostatique fut notablement amélioré. Le SANMETTO rend également des bons services dans l'urétrite chronique.

New Albany, Ind.

DR. TOM. C. NEAT.

Analyses

DE LA TUBERCULOSE GENITO-URINAIRE

La tuberculose génito-urinaire forme un tout qui ne peut être dissocié dans une description d'ensemble. Que la tuberculose soit localisée à l'épididyme, à la prostate, à la vessie ou au rein, la porte d'entrée, mieux encore la lésion initiale est presque toujours au rein.

Il y a vraisemblablement deux voies de pénétration pour le bacille tuberculeux, la voie muqueuse et la voie sanguine.

Les bacilles arrivent au rein par la voie sanguine; ils s'y fixent: une réaction plus ou moins accentuée se produit qui très souvent n'attire même pas l'attention du patient. Mais de ces foyers où les bacilles ont colonisé s'échappent des bacilles qui, charriés par l'urine, vont suivre la voie muqueuse et se fixer dans l'appareil urinaire. On rencontrera de l'urétérite et plus tard, souvent beaucoup plus tard, de la cystite tuberculeuse avec maximum de lésion à l'ouverture de l'urètre dans la vessie. L'école Guyon a démontré sans conteste possible la priorité, dans l'immense majorité des cas, de l'urétérite sur la cystite. L'infection vésicale est donc tributaire d'une infection urétérale et elle-même tire son infection par voie muqueuse d'une tuberculose rénale préexistante.

Mais il ne faut pas croire, que si l'urine charrie des bacilles, ceux-ci doivent nécessairement et même ordinairement se cantonner dans la vessie.—Dans le diverticule inférieur de la vessie qu'est l'urètre postérieur, il y a l'utricule prostatique et l'orifice des canaux éjaculateurs, et eux surtout, avant l'urètre et la vessie vont puiser dans l'urine qui passe à ce niveau, qui y

stagne, les innombrables bacilles quelle a charriés des différents foyers urinaires.

Alors l'infection tuberculeuse ira se cantonner, toujours en suivant la voie muqueuse, dans la prostate, les vésicules séminales, les canaux déférents, l'épididyme et quelquefois au testicule.

Ainsi donc, la tuberculose génitale vient en droite ligne de la tuberculose urinaire et celle-ci vient de la tuberculose du rein.

Cette formule pathogénique permet de déduire des conséquences thérapeutiques importantes. Comme c'est le rein qui est le premier atteint, il importe d'y porter d'abord notre attention ; la néphrectomie s'impose. Alors on coupe court à toute infection vésicale, prostatique ou épидидymaire.—Même si la vessie est déjà atteinte, la néphrectomie est encore le meilleur moyen de traitement de la lésion vésicale qui peut alors se guérir n'étant plus réinfectée journellement.

Pour le testicule atteint de tuberculose, comme l'infection s'est faite par la voie muqueuse, c'est-à-dire du déférent vers l'épididyme, il n'y a aucune raison de faire la castration vu que le testicule lui-même est rarement atteint, mais pratiquer des interventions partielles, la déférentectomie et l'épididymectomie.

Mais ce qui ennue toujours beaucoup le praticien, c'est l'infection vésicale avec tout son cortège de symptômes ressortissant de la cystite existante. Ici encore il faut se rappeler que la vessie est malade postérieurement au rein et c'est au rein qu'il faut d'abord s'adresser. Puis les traitements locaux judicieusement compris auront très souvent raison de l'infection vésicale que l'on a d'ailleurs vue parfois disparaître d'elle-même après la néphrectomie.

(P. Leguen.—La Presse Médicale, Juin 1906.)

A. S.

TRAITEMENT DES BRONCHO-PNEUMONIES GRAVES PAR LES ABCÈS DE FIXATION.

Le discrédit dans lequel sont tombés les abcès de fixation tend à disparaître en présence des bons résultats obtenus par Fochier en 1885 et par Dieulafoy, Bard, Lépine et Gingeot dont les observations de 1887 ont été couronnées de beaucoup de succès.

A raison du rôle bienfaisant des lésions locales dans les infections générales, Fochier s'est cru justifiable de provoquer des abcès de fixation par des injections sous-cutanées d'essence de thérébentine à la dose de 1 à 2 cc.

Ses succès ajoutés aux observations si bien réussies de Dieulafoy, Bard, Lépine et Gingeot confirmèrent l'excellence de sa méthode qui, judicieusement employée par ces derniers, fut appliquée à la pneumonie et à la broncho-pneumonie, à la fièvre typhoïde, à la méningite cérébro-spinale et à l'érysipèle.

D'autres furent moins heureux. Ainsi, Rendu et Chante-messe n'en retirèrent que très peu de bénéfice. Les conditions défavorables dans lesquelles ils ont procédé ne pouvaient que faire prévoir ce résultat; et cet insuccès trouve bien sa raison dans l'intervention tardive des injections et dans l'âge trop avancé des sujets infectés dont les ressources organiques sont vite épuisées.

Les succès manifestes du Professeur Lemoine par l'application qu'il en fit dans les catarrhes suffocants survenus au cours d'une épidémie grippale sont une preuve indiscutable de l'efficacité de cette méthode.

Après avoir vu succomber 9 malades traités par les moyens

habituels, le Prof. Lemoine, sur 9 autres cas, obtint la guérison de six dans lesquels il provoqua des abcès de fixation ; les trois décès concernaient des malades injectés tardivement.

D'autres résultats non moins importants ont été obtenus à l'aide de cette méthode par le Dr P. Daireaax.

Sur 8 broncho-pneumonies constatées au cours de la grave épidémie grippale qui a sévi en janvier et février dernier, il a compté 3 formes pseudo-lobaires dont 2 moyennement graves et une peu grave, 5 formes diffuses très graves.

Les trois premiers malades ont été traités par les moyens habituels et ont eu une convalescence des plus difficiles.

Sur les cinq formes diffuses, deux étant morts avant l'arrivée des médecins, il ne restait que 3 cas qui ont été traités avec succès par les abcès et dont voici la principale des observations.

Observation :—F., jeune soldat robuste, mais alcoolique, entré à l'infirmerie le 13 janvier, pour grippe, est envoyé le 22, à l'hôpital, pour congestion pulmonaire.

On constate à l'entrée tous les signes habituels de la congestion pulmonaire. La dyspnée est très marquée : 40 inspirations.

Le 26, l'état s'aggrave ; un souffle tubaire apparaît au sommet droit ; le malade est pris de délire. Un traitement intensif n'amène pas de modifications.

Le 27, le pouls faiblit, l'expectoration devient purulente. On fait une saignée de 250 grammes avec une injection de un centimètre cube d'essence de térébentine à la face externe de chaque cuisse.

La saignée calme la dyspnée, fait disparaître l'état asphyxique et soulage le cœur, qu'on soutient avec de la caféine et de l'huile camphrée. On continue les bains.

La température commence à tomber le 23, en même temps

que le délire et l'état ataxo-adyynamique s'améliorent pour disparaître le lendemain.

Les symptômes pulmonaires, d'abord peu modifiés, s'amendent peu à peu et, du 4 au 5 février, on ne constate plus que de l'engouement des bases. La convalescence s'établit, interrompue du 7 au 14 par une poussée broncho-pneumonique peu grave à la base droite.

Il est important de remarquer que la quantité d'urine qui était d'environ 700 grammes s'est élevée à 900 grammes deux jours après les injections, et qu'une crise polyurique s'est accusée à ce moment jusqu'au 14 février, ces urines oscillant entre 1,600 et 2,000 grammes du 4 au 8.

Les abcès ont mis une semaine à se former et leur incision faite le 6 février a donné d'un côté un grand verre et de l'autre 1 demi-litre de pus hématique. La cicatrisation des décollements s'est faite en quarante jours.

En somme, les injections de térébenthine ont été réservées aux seuls cas très graves, étendus et diffus, à forme de catarrhe suffocant avec état infectieux intense caractérisé par le délire ataxo adyynamique ou des signes de défaillance cardiaque avec adyynamie.

Les cas sont sans doute trop peu nombreux pour convaincre, mais les résultats obtenus par les Prof. Lemoine et Arnozan sont assez satisfaisants pour justifier le procédé.

D'ailleurs, le tableau suivant suffit à lui seul pour démontrer la haute valeur des abcès de fixation :

Auteurs	Traités.	Succès.	Insuccès.	Pour 100 de succès.
Arnozan.....	13	8	5	61.5
Lemoine..	9	6	3	66.6
Cas personnels	4	5	1	75.
Totaux....	26	17	9	65%

Cette statistique portant sur 26 cas donne 65 pour 100 de succès et dispense de commentaires.

Au point de vue de l'effet thérapeutique, il a été démontré que la médication agissait d'emblée sur l'état général et les manifestations toxi-infectieuses. Le plus souvent, il y a chute de la température dès le lendemain de l'injection. Au deuxième jour, l'on est témoin d'une crise urinaire.

En ce qui concerne l'évolution des abcès, on y rencontre l'existence de décollements assez étendus. Le pus que l'on collecte est épais, blanc-rougeâtre, et contient des débris de tissu conjonctif.

Il convient, pour éviter des complications du côté des nerfs périphériques, de choisir la face externe de la cuisse ou la région latérale du thorax.

Inutile de dire combien douloureux est le procédé que l'on peut amoindrir par des enveloppements humides et chauds sans toutefois nuire à la formation de l'abcès.

L'abcès ainsi formé offre un pronostic d'une assez grande valeur. En effet, lorsque la réaction de l'organisme est épuisée, il n'y a pas évolution de l'abcès et la température n'est pas influencée. Comme le dit si justement Arnozan, l'inflammation obtenue est proportionnelle au degré de résistance de l'organisme.

Fochier enseigne que si au bout de 24 heures, la réaction ne se produit pas, il faut faire une nouvelle piqûre et la recommencer toutes les vingt-quatre heures.

Si l'on a un cas d'abcès qui menace d'ouvrir sans réaction de l'état général, il faut pratiquer un autre abcès avant d'ouvrir le premier.

Les conditions expérimentales qu'exige l'étude de ces abcès rendent bien difficile l'élucidation de leur mode d'action. Fochier, à raison des résultats bienfaisants constaté dans les états infectieux, trouva dans la suppuration un moyen de provocation de

crise salutaire et s'autorisa de faire emploi de la méthode dans la septicémie.

Dieulafoy et Arnoz ont d'avis que, sous l'influence de cet appel local, il se produit une véritable mobilisation des leucocytes qui encombrant les poumons en les déversant dans la circulation générale.

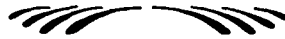
Ces heureux résultats, semble-t-il, suffisent pour nous convaincre que les abcès de fixation sont un moyen énergique auquel l'on doit avoir recours dans les affections générales.

Si, parfois, l'on hésite à pratiquer ces abcès, cette hésitation provient non pas tant du danger auquel le malade semble exposé que des phénomènes inflammatoires apparemment graves que produit l'injection cutanée.

L'on ne peut disconvenir tout de même que c'est un moyen brutal, sans danger sérieux, et sans doute très justifiable d'emploi lorsque la thérapeutique habituelle reste inefficace.

Quoiqu'il en soit, il n'est pas téméraire de conclure que les cas graves de pneumonie et broncho-pneumonie et catarrhe suffocant, les abcès de fixation sont une puissante ressource dont les inconvénients ne sauraient contrebalancer les bienfaits et de laquelle nous sommes en droit d'attendre les meilleurs résultats.

ALEX. EDGE.



LE SANMETTO DANS LA CYSTITITE

Mon expérience avec le SANMETTO m'engage à dire que ce médicament a rendu des services signalés dans les cas inaccessibles aux autres médicaments. Je le recommande chaleureusement.

St. Louis, Mo.

DR. J. P. FLANDERS,

THORACENTÈSE

Modifications de Technique

Les auteurs classiques décrivent un procédé de thoracentèse qui présente quelques désavantages.

Le malade est assis sur son lit, les bras tendus en avant. Après avoir soigneusement lavé le point où doit porter la piqûre, on ponctionne au lieu d'élection dans le 7^e ou le 8^e espace intercostal sur le prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate. Pour cela l'opérateur recherche de sa main gauche l'espace intercostal ; se servant de l'index comme d'un conducteur, et tenant le trocart de sa main droite, bien appuyé sur la paume de la main, il pénètre à coup sûr dans l'espace intercostal et dans la plèvre. Puis il aspire le liquide au moyen d'un aspirateur Potain ou Dieulafoy. Voilà en résumé ce que disent les auteurs classiques.

Cette méthode, excellente dans un milieu hospitalier, présente dans la pratique civile des inconvénients pour le malade et des ennuis pour l'opérateur. En effet, un malade a 2 ou 3 litres de liquide dans sa plèvre, le champ de l'hématose est déjà diminué et voici qu'on va ordonner à ce dyspnéique de se tenir dans une position qui va lui être pénible, qui va gêner sa respiration. Si l'opérateur a une grande habitude de la ponction, et que le vide se fait bien dans le flacon aspirateur, si les tubes de caoutchouc sont perméables, l'opération sera terminée en 10 à 15 minutes, et le malade n'aura pas souffert. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons vu des thoracentèses durer 20, 30 et même 45 minutes. L'opération insignifiante en elle-même devient très pénible au malade qui supplie qu'on le laisse reposer.

En outre, l'aspiration est une source d'ennuis pour le médecin, il lui faut des aides, le flacon quelquefois se vide mal, et si on n'a pas une grande expérience de l'appareil aspirateur on risque de refouler de l'air dans la plèvre et de compliquer la pleurésie d'un pneumothorax.

Il s'ensuit donc que cette opération facile peut devenir très ennuyeuse dans la pratique ordinaire.

On a apporté quelques modifications à cette technique ; et voici comment nous avons vuopérer tout récemment. Quinze à vingt minutes avant l'opération, on injecte 5 centig. de morphine pour amoindrir les quintes de toux qui suivent l'évacuation. Le malade est placé dans le décubitus dorsal au bord du lit, à droite si la pleurésie est droite, à gauche si elle est gauche.

Après avoir bien lavé le point où doit porter la piqure on ponctionne avec un trocart muni d'un tube de caoutchouc long de 25 à 30 centim., dans le 7e ou 8e espace intercostal sur un point à égale distance de la ligne mamelonnaire et de la ligne axillaire. Le trocart est introduit à 2 ou 3 centimètres. La pression intrapleurale suffit pour amorcer le siphon et le liquide s'écoule dans un récipient placé à côté du lit comme dans la ponction abdominale. Si l'on surveille bien l'écoulement il n'y a pas à craindre la pénétration de l'air par les efforts que fera le malade. Aussitôt que le malade se sent gêné ou qu'il éprouve un besoin impérieux de tousser, on retire le trocart. Cette ponction permet de retirer assez de liquide pour favoriser la résorption de l'épanchement.

Le côté pratique de ces modifications c'est de permettre au médecin d'opérer seul, et de placer le malade dans de meilleures conditions pour supporter l'évacuation de sa plèvre.

G. O. LECLERC.



Revue des Journaux

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité—M. le DR RECLUS.

L'eau chaude en chirurgie

Les élèves de mon service, même les derniers venus, savent avec quelle libéralité je prescris l'eau chaude à mes malades et combien est grand le nombre des affections qui bénéficient de son emploi. La multiplicité en est telle qu'elle soulève un certain septicisme et votre ironique sourire ne m'échappe pas lorsque j'en essaie devant vous quelque nouvelle application.

Vous vous expliquerez cependant son efficacité et les raisons de son action presque universelle, en vous rappelant combien de phénomènes morbides ont à leur base l'inflammation des tissus, et c'est contre l'élément inflammatoire, commun à tant d'affections locales, que la chaleur exerce son influence. Elle active la circulation, favorise les échanges cellulaires, débarrasse les organes de leurs déchets, des infiltrations qui les encombrement, favorise la diapédèse et la phagocytose. Nous n'essaierons pas d'ailleurs d'esquisser par quel mécanisme l'eau chaude assure ses effets bienfaisants, nous resterons uniquement sur le terrain de la pratique et nous vous indiquerons les cas où son emploi est particulièrement indiqué : c'est le résumé d'une expérience déjà vieille de plus de vingt-cinq ans que je vais vous exposer ici.

Et d'abord nous entendons par eau chaude de l'eau à la

température de 50 à 55 degrés centigrades; l'expérience nous a prouvé qu'à moins de 50° l'action est moins énergique, et qu'à plus de 55, il est des régions où elle provoque une douleur trop vive mal supportée par les patients, à la main, par exemple, à la figure, au niveau de l'orifice vulvaire anal,—car sur la face externe des cuisses et des bras, sur le ventre, sur le dos et les lombes cette température de 55° est facilement tolérée. En tous cas, dites bien à vos malades que douleur ne veut pas dire nocivité, et que l'eau chaude ne devient offensante qu'au dessus de 60 degrés. Mais un thermomètre est nécessaire car "à la main", comme on dit couramment, on n'apprend que par un long stage à reconnaître le degré de température de l'eau.

Vous recourrez à l'eau chaude pour le lavage des mains, dont l'importance domine tout l'acte chirurgical. Nous savons que l'asepsie de la peau s'obtient plus vite et plus complètement par l'eau chaude que par l'eau froide et nous pensons que la suractivité des glandes sudoripares provoquée par la chaleur entraîne au dehors et débarrasse les téguments des germes pathogènes insinués dans les conduits excréteurs de ces glandes. L'explication est peut être médiocre, mais les recherches qui ont été faites sur ce point, démontrent que, après un savonnage et un brossage des mains à l'eau chaude, les microbes de la peau disparaissent mieux qu'après le même savonnage et le même brossage à l'eau froide. Il en est de même bien entendu pour le lavage des téguments du foyer opératoire; ce qui s'applique à la peau de l'opérateur, s'applique aussi à la peau de l'opéré.

Et nous ajouterons qu'il en est de même pour la désinfection des plaies accidentelles. Elle ne se fera dans de bonnes conditions qu'avec de l'eau chaude et nous y avons insisté souvent dans nos cliniques sur le traitement des grands écrasements des membres. Nous avons montré que l'eau chaude a le triple

avantage d'être légèrement antiseptique, d'être nettement hémostatique et de réchauffer le blessé refroidi par le choc traumatique. Nous conseillons de fouiller les tissus avec un jet assez puissant pour pénétrer dans toutes les anfractuosités, entraîner les caillots sanguins, les corps étrangers, tous les déchets infectants.

Sur ce point nous avons partie gagnée et tous les praticiens proclament la supériorité de l'eau chaude sur l'eau froide pour le lavage des plaies accidentelles ou opératoires.

Mais il est des applications de l'eau chaude qui nous paraissent aussi importantes et qui sont encore bien peu connues. D'après nous elle doit jouer un rôle capital dans le traitement de l'entorse et voici la méthode que nous préconisons depuis une quinzaine d'années; elle a donné, à nous et à nos élèves, de très remarquables succès. Elle consiste à immerger la jointure foulée non dans l'eau froide, comme on le préconisait au milieu du siècle dernier, mais dans l'eau chaude et cela deux fois par jour. L'immersion durera dix à quinze minutes tout au plus. Elle sera suivie d'une séance de massage d'une durée à peu près égale. Et dans l'intervalle le membre sera entouré et légèrement comprimé par une bande en caoutchouc. Chacun de ces points demanderait à être développé. Nous ne le pouvons ici. Mais familiarisez-vous avec ce mode de traitement qui guérit l'entorse en quelques jours et permet de se servir du membre traumatisé. Nous renvoyons aux observations publiées dans nos cliniques et dans les thèses de nos élèves.

Nous avons hâte d'en arriver au traitement de certaines inflammations viscérales, et d'abord des périméthro-salpingites. Ici méfiez-vous d'une cause d'erreur que nous n'avons pu déraciner complètement : dès que vous parlerez d'eau chaude pour ces affections, votre cliente s'écriera, avant de vous laisser achever votre phrase, qu'elle y recourt depuis longtemps et sans succès.

Mais insistez et vous verrez que la température n'est pas suffisante, que "eau chaude" c'est plus souvent 40 que 50 degrés. Et puis—et surtout—vos malades appliquent cette eau prétendue chaude non en lavement, ce qui est indispensable, mais en injection. Certes les injections sont nécessaires, ne fût-ce qu'à titre de propreté banale et il les faut à l'eau chaude et non à l'eau froide. Mais pour obtenir une guérison, c'est aux lavements qu'il faut recourir.

Prétendre impressionner l'utérus et ses annexes par une injection vaginale est ce que j'appelle une erreur anatomique. Dans une injection vaginale l'eau chaude atteint le col utérin seulement et son action est nulle, en dehors de la question de propreté. Dans le lavement, au contraire, le liquide s'accumule dans l'ampoule rectale et n'est séparé de la matrice, des trompes, des ovaires et des vaisseaux qui les irriguent, que par l'épaisseur virtuelle du cul-de-sac de Douglas, où, bien souvent même, les annexes sont prolébées. Vous en voyez les conséquences et il reste établi que pour soumettre les organes génitaux internes de la femme à l'influence de l'eau chaude, ce n'est point une injection qu'il faut prescrire, mais un lavement, et vous verrez quels magnifiques résultats on en peut obtenir.

Mais ce lavement est soumis à quelques règles et le mieux est de l'administrer chaque matin, une demi-heure avant le lever, si du moins la malade se lève, et si l'inflammation des annexes n'exige pas le repos au lit. Donc, chaque matin, la patiente introduit dans l'anus la canule de l'injecteur et règle le débit de façon à ce que le liquide entre peu à peu sans provoquer des envies d'aller à la selle. Il faut que l'eau chaude reste dans l'ampoule au moins une demi-heure et par conséquent éviter toute contraction prématurée des tuniques musculaires. Il est des malades qui trouvent ce lavement douloureux et difficile à garder : la température de 50 à 55 degrés leur paraît insupportable,

mais c'est le très petit nombre, et d'ordinaire le traitement est suivi sans encombre.

Dût-on d'ailleurs éprouver quelques souffrances, il vaut la peine de les endurer, quand on songe à l'excellence des résultats acquis, et j'ai publié ailleurs des observations où, pour des ovaro-salpingites, l'extirpation avait été jugée indispensable par les meilleurs et les plus ardents de nos gynécologues ; or par le seul repos et les lavements d'eau à 50-55 degrés la guérison, une guérison complète a été obtenue. Je pourrais citer trois cas de jeunes femmes, n'ayant pas d'enfant ou n'en ayant qu'un, et ne supportant pas l'idée d'une extirpation qui leur enlèverait à jamais l'espoir ne la maternité. Or, sous l'influence du traitement à l'eau chaude, leurs organes internes ont été restaurés au point de permettre une grossesse heureuse. Nombre de nos imitateurs nous ont signalé des cas aussi remarquables.

Les organes génitaux internes de l'homme bénéficient des lavements d'eau chaude, et j'affirme qu'il n'est pas de traitement aussi efficace pour guérir la prostate enflammée. Dans les prostatites aiguës, quelle que soit leur origine, il faut introduire—délicatement pour ne pas contusionner la prostate encombrant l'ampoule rectale—la canule de l'injecteur et faire pénétrer l'eau, toujours à la température de 50 à 55 degrés : deux, trois, quatre lavements par jour sont indiqués, et le plus souvent, avec une rapidité vraiment merveilleuse, on voit disparaître le gonflement, la douleur, la dysurie, la rétention d'urine. A cette heure, tous les praticiens sont d'accord, et le traitement de la prostatite aiguë par les lavements d'eau chaude est entré dans la chirurgie courante. Aussi ne donnerons nous aucune observation nouvelle, après les cas nombreux que nous avons publiés ailleurs.

Nous avons montré aussi combien ces lavements chauds étaient utiles dans les rétentions d'urine et les affections vésica-

les chroniques consécutives à l'hypertrophie de la prostate. La congestion des organes diminue et les phénomènes morbides s'apaisent ou disparaissent. J'ai cité, il y a une vingtaine d'années, plusieurs observations qui démontraient l'efficacité du traitement. J'en ai recueilli de nouvelles, et vous pouvez les résumer en quelques mots : grosse prostate, cystite chronique, rétention d'urine fréquente ; à chaque crise, une série de lavements chauds est ordonnée, et l'on voit céder la rétention d'urine. On m'a cité une petite ville de province, choisie pour son charme et le calme de sa vie par de très nombreux retraités qui, sous l'orme du Mail, se transmettent ce mode de traitement, aussi efficace qu'inoffensif.

Ces lavements sont aussi recommandés contre les hémorroïdes et sous leur influence la crise s'apaise et disparaît. Certes nous ne les conseillons pas à l'exclusion de l'opération qui enlève la cause du mal et supprime la possibilité de crises nouvelles : la dilatation, l'excision suivie de suture immédiate donnent de si magnifiques résultats qu'il n'y a pas à chercher mieux. Mais dans les cas où l'intervention chirurgicale serait contre indiquée, ou simplement retardée, nous indiquons ce moyen palliatif si efficace parfois que nombre de malades ont préféré y recourir plusieurs fois dans l'année que de se soumettre à une opération quelque radicale et quelque bénigne qu'elle puisse être.

Les inflammations superficielles, furoncles, anthrax, érysipèles, phlegmons simples et phlegmons diffus, panaris sont justiciables du même traitement. Ici le siège du mal ne comporte pas toujours l'immersion de la région dans l'eau chaude, et l'on doit avoir recours à des compresses de tarlatane pliées en plusieurs épaisseurs que l'on trempe dans de l'eau à la température voulue et que l'on applique ensuite sur la région enflammée. Au bout de quelques secondes la compresse s'est refroidie, on la retrempe dans l'eau chaude, on l'applique de nouveau sur le

point phlegmasié et on répète cette manœuvre pendant dix minutes ou un quart d'heure, plusieurs fois par jour.

Nous pourrions accumuler ici des centaines d'observations montrant les bénéfices que vous pouvez retirer de ces applications et vous devez y recourir dans les lymphangites, dans les panaris, dans les phlegmons. Certes vous ne les jugulerez pas souvent et d'ordinaire un abcès s'accumule à un point qu'il faudra inciser ; mais pas toujours ; la résolution a pu être obtenue par un traitement méthodique à l'eau chaude et mon ancien interne, le Dr Ferrier, a, il y a quelques années, recueilli des observations démonstratives. En tous cas, il est indiscutable que l'inflammation se limite et que la collection purulente, très petite, se cicatrise rapidement après l'évacuation du pus.

Dernièrement, nous avons dans le service un malade atteint d'épiploïte étendue à la suite de l'incision d'une masse épiploïque volumineuse au cours d'une cure radicale de hernie inguinale droite, et vous avez vu que, par l'application sur le ventre de compresses de tarlatane très chaudes, les douleurs se sont rapidement apaisées, et la tuméfaction sous-pariétale a disparu ; mais ce dernier résultat a été assez lent à obtenir. C'est le deuxième malade que je traite avec succès par ce moyen. Un instant, j'avais songé à remplacer les applications de glace sur le ventre, dans l'appendicite et la péritonite, par des sacs d'eau chaude. Le résultat fut bon, mais la douleur disparaît moins vite avec l'eau chaude qu'avec la glace, et je ne conseillerai de lui substituer les compresses que dans une campagne perdue, loin de tout centre où se procurer la glace.

L'eau chaude n'agit pas que sur les inflammations aiguës ; elle influence aussi les chroniques, et modifie la surface des plaies atones et sans tendance à la cicatrisation. Depuis longtemps nous avons proposé son emploi dans les ulcères, qu'elle déterge, et l'on voit bientôt un liseré cicatriciel se former sur ses bords.

Nous avons publié un grand nombre d'observations où la guérison fut ainsi obtenue. Ce moyen excellent est recommandé en Suisse, et dans un mémoire substantiel un praticien nous en vantait récemment le mérite. Je demande qu'on assimile les engelures aux ulcères, et voici de longues années que je conseille l'immersion dans l'eau à 50-55 degrés des doigts et des orteils entamés par les froidures : que l'épiderme soit ou non enflammé, la disparition du mal est rapide. Et, dans les engelures comme dans les ulcères, je propose d'oindre la surface de la pommade polyantiseptique dont je vous ai entretenu déjà. Enfin, j'ajouterai que très souvent j'ai vu des douleurs sans causes bien déterminées, mais provoquées sans doute par quelques congestions des vaso-nervorum être heureusement influencées par l'application de compresses chaudes sur la région névralgée.

Messieurs, j'en ai fini avec cette longue et fastidieuse énumération des cas où l'eau chaude peut modifier un état morbide. Vous voyez combien ils sont nombreux, et j'en ai laissé de côté. Songez-y, appliquez-la, et vous-même vous lui trouverez des applications nouvelles. L'ancienne médecine populaire en connaissait les bienfaits ; elle vénérât les sources chaudes, et vous savez l'antique renommée de Dax, de Plombières et de Luxeuil. On y revient maintenant, mais n'oubliez pas que souvent, vous n'aurez pas à vous déplacer, et vous avez, dans l'âtre, de quoi vous épargner de longs et de coûteux voyages.



MOUVEMENT CHIRURGICAL A L'HOTEL-DIEU DE
QUEBEC, SEPTEMBRE 1906

Chirurgie de la tête et du cou.

- 1° Cancroïde du nez 1. Cautérisation au thermocautère.
- 2° Epithélioma de la lèvre inférieure, 2. Ablation.
- 3° Atrésie cicatricielle de la bouche à la suite de brûlure, 1. Section bilatérale et suture de la peau à la muqueuse.
- 4° Bec de lièvre unique et complet avec saillie du tubercule médian, 1. Décollement de la muqueuse sur le périoste, avivement des bords et suture—procédé de Mirault.
- 5° Périostite suppurée du maxillaire inférieur, d'origine dentaire avec septicémie ; ouverture et drainage.
- 6° Ostéomyélite du maxillaire inférieur au niveau de l'angle gauche, 1. Ouverture, ablation de séquestres, drainage.
- 7° Grenouillette sur le plancher de la bouche, 1. Ablation et cautérisation au thermocautère.
- 8° Epulis siégeant sur le bord postérieur du maxillaire inférieur, côté droit, 1. Cautérisation au thermocautère ; récidive, nouvelle cautérisation.
- 9° Adéno-phlegmon du cou, 1. Ouverture.
- 10° Kyste sébacé région latérale du cou, 1. Ablation.

Chirurgie du Thorax.

- 1° Cancer du sein, 3. Amputation du sein, avec les muscles pectoraux et évidement de l'aisselle ; procédé de Halsted.
- 2° Tuberculose costale avec abcès, 1. Ouverture, curetage de l'os et drainage.
- 3° Pleurésie purulente à pneumocoque, 1. Costotomie.

Chirurgie de l'abdomen.

- 1° Hernie inguinale, 4. Cure radicale. Procédé de Bassini.
- 2° Hernie inguinale étranglée, 1. Kélotomie.
- 3° Hernie inguinale avec hydrocèle en bissac, 1. Castration et cure radicale.
- 4° Abcès de la paroi abdominale après une appendicectomie, 1. Ouverture.
- 5° Obstruction intestinale par tuberculose péritonéale, 1. Anus iliaque temporaire.

6° Péritonite aigue généralisée par rupture d'un abcès péricancéreux de l'intestin, 1. Ouverture, drainage et anus iliaque.

7° Appendicite, 13. Neuf cas sont opérés pendant l'accès, dont quatre avec péritonite généralisée, trois avec abcès; les quatre autres cas sont opérés à froid. Douze de ces malades sont appendicectomisés; chez l'autre il est impossible de trouver l'appendice qui est perdu dans les adhérences. Incisions de Jalaguier et de MacBurney.

Chirurgie de l'anus et du rectum

1° Hémorroïdes, 2. Dilatation anale et volatilisation des hémorroïdes au thermocautère.

2° Prolapsus du rectum, 1. Cautérisation au thermocautère, réduction.

Chirurgie des organes génitaux-urinaires

1° Gros kyste dermoïde de l'ovaire, 1. Ovariectomie double.

2° Ovaires kystiques, 2. Résection.

3° Grossesse extra-utérine tubaire, rupturée, 1. Salpingectomie et ovariectomie droite.

4° Rétroversion, 4. Ligamentopexie. Procédé de Tuffier.

5° Prolapsus utérin, 1er degré, 2. Curettage, colporrhaphie antérieure, colpo-périnéorrhaphie. Procédé de Lawson Tait.

6° Fibromes utérins, 1. Hystérectomie. Procédé de Terrier.

7° Métrite, 5. Curettage.

8° Avortement avec rétention, 1. Curettage.

9° Grossesse, 1. Examen sous chloroforme.

10° Déchirure du périnée, 1. Curettage et périnéorrhaphie par dédoublement. Procédé de Lawson Tait.

11° Kyste des deux glandes de Bartholin, 1. Ablation.

12° Hypertrophie de la prostate, 1. Prostatectomie par la voie endo-vésicale. Procédé de Freyer.

13° Calculs vésicaux, 2. Cystotomie sus-pubienne.

14° Retrecissement blennorrhagique de l'urèthre, 1. Uréthrotomie interne.

15° Cancer de la verge, 2. Amputation de la verge.

16° Phimosis, 1. Circoncision.

17° Papillômes siégeant sur le gland et au niveau du sillon balano-préputial, 1. Ablation au thermocautère.

18° Hydrocèle, 2. Retournement de la vaginale.

Chirurgie du membre supérieur.

1° Doigt coupé, 3. Désinfection, embaumement, suture. Suture tendineuse pour un de ces cas.

2° Plaie de la face postérieure de l'avant-bras au $\frac{1}{3}$ moyen intéressant la plupart des muscles extenseurs, 1. Désinfection, embaument, suture.

3° Abscess développé sur un moignon après amputation de l'avant-bras, 1. Ouverture, drainage.

4° Corps étrangers métalliques de la main, 2. Extraction après localisation aux rayons X.

5° Ostéo-sarcome développé sur la première phalange du médius droit, 1. Désarticulation du doigt avec résection de la tête du métacarpien.

6° Hyperesthésie 3e phalange médius gauche par névrite. Résection du nerf.

7° Tuberculose du métacarpe, 1. Amputation de l'avant-bras au $\frac{1}{3}$ inférieur.

8° Tuberculose du coude, 1. Amputation du bras au $\frac{1}{3}$ moyen.

9° Ostéomyélite du radius, 1. Trépanation de l'os. Curetage.

Chirurgie du membre inférieur.

1° Fracture ouverte de la jambe au $\frac{1}{3}$ inférieur, 1. Résection osseuse, réduction et gouttière plâtrée. Attelles de Maisonneuve.

2° Pied bot, varus équin, 1. Ténotomie du tendon d'Achille, Phelps, plâtre.

3° Genu valgum, 1. Ostéotomie sus-condylienne et bandage plâtré.

4° Hygrôme de la bourse séreuse prérotulienne. Ouverture, cautérisation.

5° Tuberculose du genou avec jambe en flexion presque à angle droit, 1. Redressement et appareil plâtré.

6° Ostéo-sarcome de la jambe, 1. Désarticulation de genou.

Sur ces 89 malades, trois sont morts : un de septicémie compliquant une périostite du maxillaire, un d'une péritonite aigue généralisée par rupture d'abcès et l'autre de péritonite aigue généralisée d'origine appendiculaire.

Neuf de ces malades encore sous traitement quitteront l'hôpital bientôt ; les autres l'ont quitté guéris, ou en convalescence.

Dr ACHILLE PAQUET.

Médecin interne, Hôtel-Dieu

Intérêts Professionnels

ASSEMBLÉE DU BUREAU DE MÉDECINE

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Médecins de cette Province, qui a eu lieu le 26 septembre, a été très intéressante à plus d'un point de vue.

Il nous a fait plaisir de voir que le Comité de Créances s'en tient à une application sérieuse, mais juste, de nos lois, et exige de fortes garanties des aspirants à la licence.

Là aussi nous avons été à même de constater le mal considérable causé par les trop fameuses lois d'exception, passées par les Législateurs de cette Province.

Sur 21 licenciés admis à cette séance, dix seulement étaient des réguliers ; dix recevaient leur licence grâce à la loi Taschereau, et un passait sous le bénéfice de la loi Pinault-Roy. Et cependant que d'admissions d'irréguliers depuis l'existence de ces lois !

En 1900 nous comptons 48 réguliers admis à l'existence de notre profession et 39 bénéficiaires de ces deux lois ; l'année 1901 fournit 69 réguliers et 28 irréguliers ; 1902 donne 49 réguliers et 26 irréguliers ; même proportion en 1903 ; 1904 compte sur 63 candidats, 19 aspirants qui se prévalent de ces lois ; nous trouvons en 1905 quinze irréguliers contre 48 ayant des titres complets ; enfin en 1906 nous avons 25 irréguliers sur 29 réguliers. En tout 177 bénéficiaires de ces deux lois néfastes contre 334 licenciés ayant rempli toutes les conditions d'entrée dans la profession, soit à peu près 29%. Et cela sans compter ceux qui sont arrivés par équivalence de titres ou sous le couvert d'un bill privé. N'est-ce pas réellement alarmant et n'est-il pas temps de se demander où est le mal et comment l'enrayer ? Pour nous, nous croyons que nous n'y parviendrons que le jour où nos représentants du Bureau s'en tiendront à l'objet même du Collège, celui de veiller à la formation solide des étudiants qui se préparent à exercer notre profession, et lorsque tous les membres de ce Collège uniront leurs efforts pour imposer leur désir, leur volonté à nos Législateurs, qui, grâce à notre indifférence, avouons-le, nous traitent d'une façon absolument cavalière. Et pourtant les médecins comptent pour quelque chose dans le domaine politique.

Pourquoi alors ignorer plus longtemps notre force ? Unissons-nous donc, et notre Législature respectera nos légitimes demandes.

Plusieurs questions importantes étaient à l'ordre du jour, mais celle qui a concentré presque toute l'attention des gouverneurs a été celle d'un Bureau Central d'Examineurs. Bien que tous fussent d'accord sur le principe de cette question, la division s'est faite sur les moyens d'application, et le projet a dû être virtuellement abandonné.

Il nous a plu toutefois d'entendre M. le Président, le Dr. E. P. Lachapelle, défendre ce principe qui lui est cher, avec une énergie et une vigueur d'argumentation peu ordinaires. Sa parole chaude, soutenue d'une conviction indubitable l'a fait écouter avec une religieuse attention.

“ Depuis 1898, dit-il, mon attitude n'a jamais varié, parceque “ je la crois la seule équitable et pour les Universités et pour les “ membres de la profession. Et les membres de ce Bureau ont ap- “ prouvé cette position que j'ai toujours gardée.

“ Les Universités ont des droits d'éducation que je serai le “ premier à défendre, mais la profession a aussi ses droits que nous “ devons lui conserver. Elle seule doit spécifier les conditions qui “ lui conviennent pour l'admission dans ses rangs de jeunes méde- “ cins suffisamment outillés.

“ C'est ce qui existe dans les autres provinces, et même chez “ nous pour les autres professions. Restons donc libres chacun dans “ sa sphère d'action, et l'harmonie n'en sera que plus parfaite.”

Mais on ne s'entendait pas sur le mode de formation de ce Bureau Central d'Examineurs.

Les uns voulaient une entente cordiale avec les Universités pour leur faire céder leurs privilèges incompatibles avec cette création nouvelle ; d'autres semblaient disposés même à forcer ces institutions devant la Législature à abandonner ce qu'elles croient être des droits acquis ; d'autres enfin affirmaient tout simplement que le Comité des Examineurs de ce Bureau pouvait parfaitement jouer ce rôle de Bureau Central d'Examineurs.

Nous avons entendu avec intérêt les remarques des Drs. Laurendeau, Lalonde et Normand, mais nous avons été surtout frappé par l'argumentation serrée et absolument solide du Dr. A. Simard en faveur du dernier projet. Nous espérons que le Dr Simard fera bénéficier bientôt de son remarquable travail les lecteurs du Bulletin. M. le Vice-Président, le Dr Brochu, a soutenu cet intérêt en relevant quelques objections et en démontrant leur peu de valeur.

Voilà comment il se fait que cette question qui a passionné les médecins de cette Province depuis quelques années, eut une fin vraiment paradoxale : motion principale amendement et sous-amendements étant tous rejetés sans aucun égard.

Toutefois ce vote s'explique facilement par la proposition du Dr Lasseur demandant des démarches pour obtenir la réciprocité avec le Collège Médical d'Angleterre. Car il ne faut pas l'oublier, comme on est porté à le faire, l'idée d'un Bureau Central d'Examineurs est née exclusivement du désir d'avoir la réciprocité interprovinciale. Et le projet du Dr Lasseur arriverait, paraît-il, au même résultat sans tout bouleverser notre rouage professionnel. C'est donc dans ce but que la motion suivante, Lasseur-Simard, a été adoptée par tous les Gouverneurs, moins M. le Dr Lauréneau :

" Premièrement que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec demande à la Législature de la Province de Québec, d'envoyer une requête à Sa Majesté en conseil privé, demandant l'application de l'acte médical de 1886 (amendement 1905) à la Province de Québec.

" Deuxièmement, que sur réponse favorable du Conseil Privé, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec entame immédiatement avec le Conseil Général Médical de la Grande Bretagne, les négociations nécessaires pour assurer l'établissement de la réciprocité médicale entre la Grande Bretagne et la Province de Québec, pourvu que ceux, qui, ayant obtenu la licence Britannique, demandant la licence du Collège de la Province de Québec, aient au préalable de leur enregistrement britannique, satisfait à toutes les exigences de notre loi médicale pour l'obtention de notre licence."

Puis en quelques minutes les mesures suivantes sont adoptées à l'unanimité :

I° Porter le curriculum des études universitaires de quatre ans qu'il est actuellement à cinq ans ;

II° Amender le bill Taschereau ;

III° Mieux définir les pouvoirs du Conseil de discipline ;

IV° Mieux définir la partie de l'acte médical concernant l'exercice illégal de la médecine ;

V° Octroyer des secours aux Sociétés médicales et faire tous autres amendements acceptables au Bureau ;

VI° Continuer en office le même Comité spécial re " amendements à la loi médicale," pour qu'il fasse rédiger toutes les modifications à notre loi avec pouvoir d'aller devant la Législature.

Dr P. V. FAUCHER.

