

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

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

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

Pagination continue.

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

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoires.

VOL. VI. MONTREAL, SEPTEMBRE 1892

No 9.

COURS ET CLINIQUES

Service de l'Hôtel-Dieu

SOUS LA DIRECTION DE M. LE DR G. H. MERRILL, CHIRURGIEN.

Pendant l'été le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu a été en partie sous la direction de M. le Dr G. H. Merrill.

Nous avons assisté à plusieurs opérations importantes : résection du sacrum et d'une partie de l'ischion, résection de la partie supérieure du fémur, taille, rhinoplastie, résection des côtes, etc.

Marie-Anne Kenny, âgée de 42 ans, veuve depuis dix ans, eut à la suite d'un accouchement laborieux, il y a bientôt quinze ans, une fracture du coccyx. Cette fracture guérit mal. La région fessière demeura tellement sensible que la malade fut neuf ans sans pouvoir s'asseoir.

Des trajets fistuleux ne tardèrent pas à s'ouvrir dans la région rectale, un peu en arrière de l'anus ; il se fit par ces ouvertures un écoulement sanieux persistant.

C'est alors que la malade se mit sous les soins d'un des chirurgiens les plus distingués de notre ville qui pratiqua la résection du coccyx.

La plaie guérit assez bien, mais de nouveaux trajets fistuleux firent leur apparition et chose remarquable un grand nombre s'ouvrirent à côté des grandes lèvres.

Pendant les années qui suivirent, la malade subit quatre opérations à diverses périodes. D'après ce que nous constatons, ces opérations devaient être des grattages de la partie inférieure du sacrum, mais aucune de ces opérations n'eut pour résultat de diminuer l'écoulement.

Depuis le mois de février, l'écoulement devient plus abondant. En

juin, se sentant affaiblir, la malade se présente à l'Hôtel-Dieu, et se met sous les soins de M. le chirurgien Merrill.

En suivant les trajets fistuleux le chirurgien reconnut bientôt qu'il s'agissait d'une carie de la partie inférieure du sacrum et de la branche postérieure de l'ischion.

Dans une première opération, M. le chirurgien Merrill enleva toute la partie malade du sacrum et quelques jours plus tard, en suivant les trajets fistuleux qui s'ouvraient à la lèvre supérieure, il atteignit la partie lésée de l'ischion qu'il réséqua pareillement.

Cette dernière opération eut lieu il y a bientôt trois mois; aujourd'hui la plaie est guérie, les trajets fistuleux sont fermes; la malade peut s'asseoir et marcher facilement.

MEDECINE

De la mort apparente à la suite de l'asphyxie par submersion ou noyade, et d'un moyen inconnu ou jusqu'à présent inappliqué d'y remédier.

M. J.-V. LABORDE, membre de l'Académie de médecine.

J'ai cru devoir porter à votre connaissance, et à celle du public médical, du haut de cette tribune, deux faits que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, et qui m'ont paru et vous paraîtront, je l'espère, dignes de votre intérêt et de votre attention au double point de vue scientifique et pratique :

Il s'agit de l'asphyxie par submersion, de la mort apparente et réelle qui en peuvent être la conséquence; et des moyens de les conjurer et d'y remédier, d'une manière efficace, dans des conditions parfaitement déterminées.

Voyons d'abord les faits :

I.—Sur une petite plage normande, où je vais d'habitude passer mes vacances, se trouve, à quelques centaines de mètres de la dune, un de ces grands rochers qui, à marée basse, et surtout dans les grandes marées, sont l'attrait et le rendez-vous des pêcheurs de coquillages. La surface et les crêtes du rocher, lorsque la mer s'est suffisamment retirée, peuvent être parcourues et explorées sans aucun danger, étant presque à sec; et c'est là que se récolte le coquillage vulgaire et le plus abondant, la moule, dont s'approvisionnent, pour leur alimentation ou pour leur trafic, les habitants pauvres de la côte.

Mais, autour du rocher et dans ses anfractuosités où il faut aller chercher, à une plus ou moins grande profondeur, la crevette de choix et le crabe comestible, ce n'est pas sans risques que l'on s'aventure dans des endroits dont on n'a pas une parfaite connaissance, surtout si, dans l'oublieuse ardeur de la pêche, on ne se préoccupe pas du flot remontant qui arrive, parfois, avec une rapidité imprévue et traîtresse.

J'ai suffisamment appris, personnellement, ce danger, auquel j'ai eu, une fois, la plus grande peine à échapper, pour m'être bien promis de ne plus jamais m'y exposer ; et j'ai tenu parole.

C'est là, sur ce rocher, et dans ces conditions, qu'un jour du mois de septembre dernier, deux personnes, un jeune homme d'une trentaine d'années, et un enfant de quatorze à quinze ans, venues ensemble à la pêche et s'y livrant côte à côte, furent tout à coup submergées et menacées d'être englouties sous le flot montant.

Le père de l'enfant, chez lequel le jeune homme était arrivé la veille en villégiature, et qui était aussi de la partie, mais, prudemment, n'avait pas quitté la crête du rocher, voyant son fils disparaître et oubliant qu'il savait lui-même à peine nager (la sollicitude paternelle est, on va le voir, un excellent professeur de natation), se précipita dans l'eau, parvint à saisir l'enfant et put le ramener de façon à ce qu'une des personnes présentes pût le recueillir dans un filet.

Puis le père, n'écoulant que son impulsion de sauvetage, courut au jeune homme dont le corps émergeait de temps en temps, et, après une de ces luttes épiques qui se terminent souvent par deux noyades au lieu d'une, il finit par ramener, en le poussant vers le rocher, le corps en apparence inanimé qui, comme l'enfant, put être chargé sur un filet.

L'un et l'autre furent transportés sur une charrette à une maison habitée par le père et sa famille, heureusement située sur la dune, tout au bord de la mer, à proximité du lieu de l'accident.

Pendant que les deux noyés étaient placés chacun dans un lit et qu'ils étaient l'objet, de la part de nombreux assistants attirés par l'événement, des soins immédiats suggérés par la nature de l'accident, et consistant surtout dans des efforts de réchauffement, on était allé quérir un premier médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui se trouvait être en villégiature maritime tout à fait au voisinage de la précédente habitation ; puis un second, un vénérable confrère qui a longtemps pratiqué à Paris et a pris, dans le pays, sa retraite professionnelle. Ils ne tardèrent pas à arriver, l'un et l'autre, et se mirent en devoir de prodiguer aux noyés tous les secours que la science et l'art les plus éclairés sont capables d'inspirer en pareille occurrence.

L'enfant, qui avait été retiré le premier, et qui avait évidemment

subi un moindre degré de submersion asphyxique, fut assez vite et complètement ramené à la vie, sans que, pour le dire de suite, il se soit produit, chez lui, aucun accident consécutif.

Il n'en alla pas de même, tant s'en faut, comme on va le voir, du second malade.

Toutes les tentatives, lorsque j'arrivai, de mon côté, c'est-à-dire après plus d'une heure, étaient restées infructueuses. C'est ce que vont bien montrer le moment et les conditions de mon intervention, qu'il n'est pas indifférent, dans l'intérêt du résultat obtenu, de préciser.

Pendant que se passait le petit drame que je viens de raconter, avec ses péripéties immédiates et subséquentes, je veux dire celles du sauvetage et des secours médicaux, j'étais, moi aussi, à la pêche, mais au bord d'un modeste ruisseau, assez loin dans les terres, et je tendais l'appât à des mureènes, qui n'étaient certainement pas celles de Lucullus, lorsqu'une fillette que l'on avait dépêchée à ma recherche arriva près de moi, tout essouffée, et me dit d'une voix entrecoupée : " Venez vite chez M. X..., son fils s'est noyé...—Mais s'il est "noyé", répondis-je avec l'accent d'un pêcheur qui sent mordre ... ses victimes, que pourrais-je lui faire ? " et, me souvenant qu'il y avait déjà deux confrères dans le pays et sur place : " MM les docteurs C..... et L....., ajoutai-je, n'ont-ils pas été appelés ?—Pardon, répondit la fillette, mais on m'a tout de même envoyée vous chercher."

" Eh bien ! répliquai-je, puisqu'ils y sont, je deviens inutile." Et, fort de cette assurance, qui mettait à l'aise ma responsabilité, je m'apprêtais à continuer ma pêche, pleine de promesses, et qui, celle-là du moins, ne présentait aucun danger, lorsqu'un retour de réflexion me suggéra l'idée importune que je manquais, peut-être, à mon devoir, et que je m'exposais, en ne répondant pas à l'appel qui m'était fait, à un remords professionnel. Je pliai bagage et je partis résolument.

Tout en marchant d'un pas rapide, il me fallut au moins vingt-cinq minutes pour franchir la distance qui me séparait du lieu où j'étais attendu. Lorsque j'y arrivai, mes deux confrères s'empressèrent de venir au-devant de moi, sur le perron de la maison, pour m'annoncer que l'un des noyés, le plus jeune, était entièrement revenu à lui, mais que c'en était fait de l'autre, et que, malgré tous les efforts, il était en état de syncope terminale et irrémédiable.

Par acquit de conscience, et non pour m'assurer d'une chose dont je ne pouvais douter après une telle affirmation, j'allais auprès du... mort, qui avait bien, en effet, toutes les apparences d'un cadavre.

Paleur livide, refroidissement glacial des extrémités ; passivité des membres, retombant comme des masses inertes ; insensibilité absolue à toute excitation ; absence complète de pouls, de battement et de

bruit cardiaque, de murmure et de souffle respiratoires, en un mot, tous les signes, et les mieux caractérisés, de la mort apparente. Toutefois, en soulevant la paupière à demi close, je crus apercevoir un degré de rétrécissement pupillaire, qui ne cadrerait pas avec un état asphyxique confirmé et la mort définitive; et lorsque, frappé de cette particularité, je voulus en même temps ouvrir la bouche, pour réaliser la manœuvre dont je vais parler, je rencontrai une certaine résistance, témoignant d'un certain degré de raideur des mâchoires.

Enhardi par ces indices, je demandai une cuillère, et je l'enfonçai délibérément dans l'arrière-gorge, pendant que, de l'autre main, je saisis la langue, et je l'attirais fortement à moi hors de la bouche; tout aussitôt se produisit un violent et bruyant *hoquet* inspiratoire, et un flot de liquide était lancé par un vomissement réitéré et abondant.

Grâce à la béance toujours maintenue de la bouche et de l'arrière-bouche, et à la traction concomitante de la langue, les inspirations bruyantes se répétèrent, en se succédant, d'abord très lentes et espacées, ensuite plus fréquentes, et bientôt leur production rythmique et spontanée m'avertit du retour et d'un commencement de la respiration normale.

Entre temps, j'avais fait appliquer sur la région précordiale, et sur toute la région antérieure de la poitrine, une serviette pliée en compresse, et trempée dans de l'eau très chaude, presque bouillante; et de vigoureuses frictions étaient pratiquées sur les membres, surtout les inférieurs, par un aide très entendu, qui se trouvait être un ancien infirmier militaire.

Après trente à trente-cinq minutes environ de ces manœuvres persistantes, je commençai à percevoir à l'auscultation les battements cardiaques, très faibles, profonds et lents; et c'est à peine si le pouls radial se laissait sentir, en remontant assez haut le long du bras; mais la pulsation carotidienne était nettement perceptible, quoique faible. Le pincement, et surtout la piqûre un peu profonde de la peau, commençait à provoquer de légers mouvements réactionnels, mais sans expression consciente.

La face se colorait peu à peu, et la chaleur revenait au tronc, les extrémités restant encore et longtemps froides.

Enfin, au bout d'une heure environ, je pus me croire maître de la situation: les fonctions de respiration et de circulation s'étaient rétablies à peu près dans leur normale, les yeux s'étaient ranimés, mais la perception et la conscience n'étaient pas encore revenues; des gémissements plaintifs, inarticulés, s'échappaient automatiquement de la bouche du malade; on y saisissait, par instants, le monosyllabe: "Mon Dieu!"; un peu plus tard, il répétait sans cesse: "C'est

alfreux", toujours sans conscience apparente ; car, toute interrogation, quelque instante qu'elle fût, ne parvenait à provoquer aucune réponse, aucune attention. Ce ne fut que vers dix heures du soir, c'est-à-dire quatre heures au moins après la reviviscence végétative, que le malade commençait à reconnaître les personnes, et à se rendre compte de sa situation.

Mais—fait curieux, qui, sans être nouveau, s'est produit, dans ce cas, avec une accentuation et une persistance exceptionnelles—tout souvenir de ce qui s'était passé à partir du moment où il est parti à la pêche (et encore le départ n'est-il pas très clair dans son esprit) est absolument effacé : l'obscurité, la lacune commémoratives sont complètes, à ce sujet ; et aujourd'hui encore, plus de dix mois après l'accident, cette lacune n'est point comblée, l'état d'amnésie absolue existe encore, bien que d'une façon générale M. X..., avec lequel je suis resté en relation, se rend parfaitement compte du danger extrême qu'il a couru, et de la résurrection—il est permis, je crois, d'employer le mot—dont il a été l'objet.

Voici, en effet, la lettre qu'il m'adressait à la fin de l'année présente, et dont je crois devoir reproduire le fragment ci-après,—non pour n'en prevaloir, et en tirer vanité, la satisfaction du résultat me suffit—mais pour bien marquer la réalité du fait par le meilleur des témoignages, celui du véritable intéressé :

“Si j'ai pu voir la fin de l'année 1891, c'est à vous que je le dois. Au mois de septembre dernier, vous m'avez arraché à une mort certaine. Je suis un vrai ressuscité, et vous êtes mon sauveur. Je vous dois la vie, je ne pourrai jamais m'acquitter envers vous...”

Tel est le premier fait que j'ai cru devoir vous rapporter dans ses principaux détails ; la relation du second pouvant être maintenant plus facilement abrégée.

II.—Ce second fait qui—dans sa réalisation—est d'ailleurs le premier en date, et qui n'est pas étranger, par la pratique des moyens qu'il a pu me suggérer, au résultat obtenu dans le cas précédent, s'est produit sur la même plage maritime, dans les circonstances suivantes :

Un jour du mois d'août, vers dix heures du matin, au moment de la montée de la marée, on venait, en toute hâte, me chercher dans ma cabine, où je passe habituellement ma matinée à travailler, en me disant que Mme X..., une habitante bien connue du pays, venait d'être retirée mourante de la mer, à la suite d'un bain qu'elle était venue prendre avec une de ses compagnes.

A peine s'était-elle plongée dans l'eau, qu'elle avait été prise d'un malaise subit, accompagné d'une syncope, qui persistait après qu'elle eut été arrachée à la submersion, et transportée dans une cabine,

d'ailleurs tout à proximité de la mienne. J'y arrivai donc en quelques pas, et je trouvai Mme X... en costume de bain, étendue sans connaissance, la face d'une pâleur livide, sans respiration apparente, le pouls imperceptible, les battements du cœur insaisissables.

N'ayant à ma disposition rien de ce qui peut être immédiatement approprié et utile en pareil cas, notamment aucun moyen de réchauffement, d'autant plus nécessaire ici que l'habit de bain, trempé et collé au corps d'où il était difficile de le détacher, y entretenait un refroidissement général et fatal, j'eus l'idée d'enfoncer le plus profondément possible mon doigt dans l'arrière gorge, et, tout en abaissant la base de la langue, de tirer sur celle-ci; la manœuvre ne tarda pas à être suivie d'un violent hoquet respiratoire, avec le rejet d'une certaine quantité d'eau et de quelques débris alimentaires; je la reproduisis sans désespérer, les inspirations bruyantes se succédèrent, et bientôt la respiration se faisait, avec son caractère spontané et rythmique; à la suite, les bruits du cœur et, par conséquent, ses battements redevenaient perceptibles, de même que les pulsations artérielles.

On avait apporté de l'eau, que j'avais fait demander bouillante à la maison du village la plus prochaine, et des serviettes trempées dans cette eau servaient à frictionner le corps, dépouillé enfin de l'habit de bain; une de ces serviettes avait été appliquée sur toute la surface antérieure du thorax, au risque d'y déterminer une brûlure superficielle, et cette application avait manifestement hâté le rétablissement définitif des mouvements respiratoires et des battements cardiaques.

Enfin, après trois quarts d'heure environ de ces tentatives, Mme X... était complètement revenue à elle et à la vie: il ne lui est resté de l'accident que le souvenir; et, comme j'ai pu m'assurer qu'il y avait chez elle une prédisposition cardio-circulatoire (signe d'endocardite avec détermination auriculo-ventriculaire gauche prédominante et artério-sclérose), ce souvenir, aidé de mes conseils (le souvenir eût sans doute suffi), l'a éloignée de toute idée de recommencer l'épreuve et par conséquent de l'habitude du bain de mer.

III.—L'interprétation de ces résultats, et les conclusions qu'ils comportent pratiquement, sont simples et faciles:

Au point de vue de l'accident considéré en lui-même, il est certain que, dans l'un et l'autre cas, les phénomènes de submersion, au moment du sauvetage, en étaient encore à cette période où l'entrée de la glotte, fermée par la contraction spasmodique qui constitue le réflexe défensif par excellence et—il est permis de le dire—providentiel, n'a pas encore cédé à l'effraction imminente, et donné passage à l'eau dans les bronches; inondation bronchique qui réalise, d'ordinaire, les conditions irrémédiables de l'asphyxie. La cavité stomacale reste

seule envahie, mais cet envahissement n'est pas sans danger et peut apporter, par la gêne excessive du diaphragme, un obstacle sérieux au rétablissement de la fonction respiratoire : notre premier cas en a fourni un exemple remarquable, car le rejet provoqué par notre manœuvre, de la grande quantité de liquide que contenait l'estomac a singulièrement facilité le rappel respiratoire.

Mais l'effet et l'importance de cette manœuvre résident principalement dans l'action puissante que l'excitation de la base de la langue, et surtout sa traction, exercent sur le reflexe respiratoire ; cette traction peut, d'ailleurs, être réalisée d'une façon rythmique, en s'approprant, en quelque sorte, au rythme de la fonction qu'il s'agit de réveiller.

L'idée de l'emploi de ce procédé, dans les circonstances que nous venons de relater, nous a été suggérée par un souvenir expérimental : lorsque, dans notre laboratoire, nous sommes en présence d'un état syncopal ou asphyxique accidentel, chez un animal en expérience, notamment à la suite de l'anesthésiation chloroformique ou chloralique, en même temps que nous nous mettons en devoir de faire intervenir l'électrisation (par le passage des courants interrompus de la bouche à l'anus) et la respiration artificielle, notre premier soin est de saisir la langue—non pas seulement, comme cela se fait en chirurgie, pour dégager l'ouverture pharyngo-laryngée—mais pour opérer sur elle des tractions répétées et rythmées, qui suffisent souvent, à elles seules, pour provoquer le retour de la respiration, après une série de hoquets bruyants, d'abord passifs, c'est à-dire répondant uniquement à la provocation, et devenant bientôt spontanés.

Pour saisir et bien tenir la langue, qui glisse, on le sait, avec grande facilité, nous avons, au laboratoire et à l'hôpital, des pinces appropriées ; mais, dans les conditions accidentelles, imprévues et extemporanées dont il s'agit dans cette note, et où je me suis trouvé, la préhension avec la main est la seule ressource ; le moyen le meilleur et le plus sûr de la réaliser, c'est, en même temps que l'on s'est armé d'une cuiller (si l'on en a une à sa disposition) pour maintenir l'ouverture de la bouche et appuyer sur la base linguale,—c'est, dis-je, d'entourer ses doigts d'un mouchoir, afin d'éviter, autant que possible, le glissement et l'échappement de la langue, qu'il ne faut pas craindre de tenir avec force, et sur laquelle il faut tirer hardiment.

Tel est le procédé, d'origine expérimentale, nous tenons à le répéter, qui nous a si merveilleusement réussi,—que nous n'avons trouvé signalé nulle part,—et que, pour ce double motif et dans un intérêt pratique sur lequel il n'est pas besoin d'insister, nous avons cru devoir recommander à l'attention de nos confrères, sans préjudice, bien entendu, des autres moyens rationnels adjuvants en pareille occur-

rence ; un des plus efficaces, et en même temps des plus simples et des plus faciles à mettre en œuvre, c'est l'eau chaude, principalement à la région thoracique antérieure et précordiale, au risque de produire des brûlures superficielles, dont l'effet, incitateur des mouvements respiratoires, peut être d'un réel et grand secours.

Au point de vue des signes, l'état pupillaire est, comme on vient de le voir, d'une haute importance ; et c'est aussi,—qu'il me soit permis de le rappeler,—dans une étude expérimentale sur ce sujet spécial, étude dont les principaux résultats ont été consignés dans la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Piot, actuellement médecin-major, que j'ai puisé le souvenir et l'idée d'un examen propre à suggérer une intervention active et confiante.

En tout cas,—et c'est là ma conclusion dernière,—il ne faut jamais désespérer, en de telles circonstances, même en présence d'une mort que l'on peut croire et que l'on a toutes les raisons apparentes de croire réelle ; la foi, une foi puissante et invincible dans les ressources de l'art et de la science, doit être le mobile et l'inspirateur de l'homme professionnel ; et je répéterai, à ce sujet, ce que je disais il y a plus de vingt ans, à l'occasion d'un autre fait de résurrection médicale, dans lequel j'ai puisé, pour mon compte personnel, cette foi qui ne m'a jamais abandonné, et qui fut le point de départ de mes recherches sur la mort apparente ;

“ Il faut traiter un cadavre pour le rappeler à la vie comme un vivant pour le rappeler à la santé. ”—*Formulaire Mensuel*.

Hôpital de la Charité

(Clinique de M. le Professeur Potain)

ULCÈRE SIMPLE DU DUODENUM.

Une femme est entrée à l'hôpital avec des hématomésés et tous les signes d'un ulcère du tube digestif que l'on peut vraisemblablement localiser dans le duodénum. L'absence de douleurs très vives, leur apparition tardive après le repas, l'absence de douleurs dans le dos, l'existence de mœna sans gastrorrhagie doivent en effet faire penser plutôt à l'ulcération de cette partie du tube digestif. On doit dès lors se demander s'il y a quelque différence au point de vue du pronostic et quelque particularité dans l'évolution de cette lésion.

L'ulcère du duodénum, plus rare que l'ulcère de l'estomac, siège habituellement dans la première partie de cette portion de l'intestin, mais peut descendre jusqu'à l'ampoule de Water. Il est parfois très profond, les parties périphériques s'épaississent et il peut en résulter tout-à-fait l'apparence d'un cancer. Dans quelques cas surviennent des perfora-

tions pouvant amener une mort rapide, ou seulement des fistules cutanées. Mais ce sont là des faits tout-à-fait exceptionnels.

La symptomatologie comparée à celle de l'ulcère de l'estomac présente quelques différences. La douleur est moins vive, quelquefois soulagée par l'introduction des aliments, et se propage moins du côté de l'épaule. Les vomissements sont moins fréquents, et surtout, l'appétit est souvent conservé, ce qui est peut-être ce qu'il y a de plus caractéristique.

Il existe, dans certains cas, une dyspnée paroxystique, pseudo-asthmatique et qui rentre dans la catégorie de dyspnées réflexes que l'on voit se produire dans certaines affections de l'estomac. C'est d'ailleurs un fait assez rare, car pour que le réflexe se produise il faut qu'il y ait une surface excitable et par conséquent peu altérée.

La gastrorrhagie est quelquefois aussi forte que celle de l'ulcère de l'estomac, mais plus rare cependant, elle est due aux mouvements antipéristaltiques qui ramènent le sang dans cette cavité comme ils peuvent y ramener la bile. Le melœna est au contraire plus fréquent ; il peut même constituer un phénomène précoce, mais passant souvent inaperçu. La mort par hémorrhagie est du reste des plus rares, et il ne faut pas trop s'alarmer en présence d'hématémèses très abondantes.

En dehors de ces particularités, la symptomatologie est bien peu différente de celle de l'ulcère de l'estomac. Quant à l'étiologie elle présente peu de points spéciaux à noter, en dehors de ce fait que l'ulcère du duodenum est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme, contrairement à ce que l'on observe dans l'ulcère de l'estomac.

L'alcoolisme, surtout l'ingestion continue d'alcool à jeun, le traumatisme lui-même sont des causes communes aux deux variétés d'ulcère ; mais on a noté aussi la coïncidence de la tuberculose pulmonaire avec l'ulcère du duodenum. Trois des observations de M. Bucquoy sont de ce nombre.

A cet égard, il est bon de se rappeler que les troubles gastro-intestinaux dans la phthisie peuvent simuler très complètement les symptômes de l'ulcère simple. M. Potain a eu dans son service une malade atteinte de douleurs épigastriques avec irradiation rachidienne et chez laquelle survint un jour un melœna avec tendance à la syncope, de telle sorte que tout permettait de croire à un ulcère gastro-duodénal. Bientôt cependant la fièvre survint et une tuberculose aiguë évolua avec une grande rapidité. A l'autopsie on trouva la tuberculose à laquelle on s'attendait, mais aucune lésion de gastro duodénite.

Dans le cas particulier de la malade du service le pronostic est favo-

rable, car cette maladie ne vomit pas et supporte bien le lait. Or c'est cet aliment qui, à l'exclusion de tout autre médicament, constitue la base du traitement.

Nice-Médical.

THERAPEUTIQUE

Technique du lavage de l'estomac.

Le livre sur le *Lavage de l'estomac*, publié par MM. Debove et Rémond dans la Bibliothèque Charcot-Debove contient un chapitre de technique qui nous paraît particulièrement utile au praticien.

Le lavage de l'estomac est une opération fort simple ; elle devrait toujours se faire sans difficultés. Cependant, quelquefois, l'état d'émotivité où se trouvent les malades, ou toute autre cause, viennent compliquer momentanément la technique. Il y a donc certaines précautions à prendre, certaines règles à suivre. Tout ce qui va être dit se rapporte à l'emploi du tube Debove présentant cette particularité que son extrémité œsophagienne est d'une consistance demi-rigide.

On se place devant le patient assis et, déprimant la base de la langue avec l'index de la main gauche, on introduit, le plus loin possible et en le faisant glisser contre la paroi postérieure du pharynx, l'extrémité semi-rigide du tube. Cette extrémité a pu être enduite de glycérine, de vaseline. Le plus simple est de la mouiller, l'eau suffit à assurer le glissement du tube et le malade n'a pas ainsi de sensation désagréable.

Sitôt la sonde ainsi engagée, on retire le doigt de la main gauche, et tout en priant le malade de faire des mouvements de déglutition, on pousse le tube qui se trouve entraîné mécaniquement dans l'œsophage. On continue à le faire progresser lentement, sans brusquerie, en répétant au malade d'avaler et de souffler. Le premier de ces deux mouvements sert à faciliter la déglutition de la salive dont l'accumulation pourrait provoquer des efforts de toux ; le second assure au médecin qu'il est bien dans l'œsophage. Il permet en outre au malade de vaincre la sensation de dyspnée légère qu'il éprouve en général, les premières fois qu'il avale la sonde.

Enfin, un léger ressaut vous avertit que vous avez franchi le cardia ; en même temps, la virole métallique située à 50 centimètres du bout œsophagien arrive au niveau des dents.

Vous faites alors incliner la tête du patient en avant. Cette position permet un reflux plus facile du sang de l'extrémité céphalique

vers le cœur. Elle facilite l'écoulement par l'orifice buccal, de la salive toujours plus abondante, au moins les premières fois; enfin la malade respire plus aisément.

On verse alors dans l'entonnoir, qui se trouve à l'autre extrémité de la sonde, une certaine quantité d'eau, tiède ou froide, pure ou chargée de principes médicaux. Lorsque l'entonnoir, tenu jusque-là au niveau de la bouche, est rempli, on l'élève au-dessus de la tête du patient. Quand le liquide est sur le point de disparaître, on abaisse rapidement l'entonnoir, au-dessous du niveau de la ceinture du malade. On peut, à ce moment, faciliter l'opération en pinçant la sonde au-dessous de sa jonction avec l'entonnoir; on empêche ainsi le liquide de s'écouler trop vite dans l'estomac. Lorsque l'entonnoir est arrivé au-dessous de l'extrémité gastrique de la sorte, il ne reste plus qu'à laisser s'écouler l'eau.

Celle-ci se vide par un simple mouvement du siphon en entraînant les parcelles alimentaires, les détritns, le mucus, etc., qui pouvaient être contenus dans l'estomac. On renouvelle cette opération autant de fois qu'il est nécessaire pour que l'eau reste propre.

On retire alors la sonde en engageant le malade à faire quelques mouvements de déglutition qui préviennent des régurgitations quelquefois pénibles.

Il est rare qu'il survienne quelque incident désagréable au cours des manipulations qui viennent d'être décrites. Cependant, certains individus ont une telle hyperesthésie de la luette et de la partie supérieure du pharynx qu'ils ont des nausées assez fortes pour empêcher l'introduction de la sonde. Un badigeonnage à la cocaïne, quelques grammes de bromure pris pendant un jour ou deux avant le lavage, viendront facilement à bout de cette susceptibilité.

Il est arrivé qu'on a introduit le bout du tube dans le larynx. Cet accident sera d'autant plus rare que le tube employé sera plus volumineux. Il y a donc intérêt à se servir du plus gros calibre. D'ailleurs l'usage d'une sonde volumineuse est, toutes choses égales d'ailleurs, une raison pour que le lavage soit plus aisé. Les réflexes nauséux sont moins intenses, la tolérance de l'œsophage s'établit plus rapidement et plus complètement.

Lorsque la sonde est d'un faible calibre et qu'elle peut par suite pénétrer dans le larynx, les malades suffoquent, se débattent avec violence, la cyanose apparaît rapidement. Bref, les phénomènes sont tellement marqués, tellement bruyants qu'il ne semble pas que des conséquences aussi graves puissent réellement se produire. Elles sont cependant possibles, au moins en théorie. On les évitera à coup sûr en faisant souffler le malade, ainsi qu'il a été dit. M. Couetoux a

publié un cas où cet accident s'était produit. Il s'agissait d'une jeune dyspeptique, un peu nerveuse. Après avoir, assez difficilement, introduit un tube, l'auteur s'étonna de ne pas voir le liquide gastrique refluer dans la sonde, malgré les violents efforts de toux que faisait la malade. Il crut le tube bouché il souffla dedans avec un soufflet ; il se produisit immédiatement de la cyanose, presque une syncope. Le tube fut retiré aussitôt et la malade se remit sans présenter d'autres troubles.

C'est là un fait rare, plus rare à coup sur que l'enroulement dans l'arrière-gorge d'une sonde, qui, butant contre la base de la langue, ne serait pas régulièrement engagée dans l'œsophage. Il arrive alors que le tube se replie et que le médecin qui cherche à le faire pénétrer jusque dans l'estomac croit être arrivé dans cette cavité, alors que tout l'instrument s'est simplement pelotonné au fond de la bouche.

Cet accident est d'autant moins possible que le tube est plus gros. Il n'a pas en général d'inconvénient sérieux, mais il peut arriver que le liquide, versé par l'entonnoir, alors que la sonde n'est pas arrivée dans l'estomac, passe ainsi inopinément et en grande quantité au niveau de la partie supérieure du larynx dans laquelle il peut pénétrer. La malade suffoque alors et on a vu des accidents très graves résulter de cette fausse manœuvre. Dans la très grande majorité des cas, le tube pénètre sans encombre dans l'estomac. Son contact avec les parois de cet organe détermine quelquefois des contractions très violentes ; le plus souvent, les liquides contenus dans la cavité refluent à travers la sonde, mais quelquefois aussi, si la sonde est obstruée par une parcelle alimentaire un peu volumineuse, on peut voir le malade vomir à côté du tube. Très souvent, presque toujours même, c'est là un accident sans importance. Il suffit de faire pencher le malade en avant pour que tout reflux des matières vomies vers les voies respiratoires, toute suffocation soit évitée.

Ces efforts de vomissements peuvent avoir un inconvénient beaucoup plus redoutable et leur action sur un ulcère de l'estomac en voie de cicatrisation, ou en imminence de perforation, contre indique formellement l'emploi de la sonde, lorsqu'il existe des raisons de croire à une ulcération de la muqueuse.

Bien des auteurs ont signalé, et nous-même avons vu des exemples de cette action. Certes, le danger est moindre avec le siphon qu'avec la pompe, et il existe plusieurs observations, celle par exemples d'Oleksiewsky, de Michaelis, qui prouvent que, même quand il se produit consécutivement à un lavage une hématomèse, la mort n'est pas l'aboutissant fatal des accidents, d'autant plus que certains auteurs ont fait rentrer dans le groupe des cas dont nous parlons des observations dans-

lesquelles on avait retiré du sang noir (Cormillon). Cependant Werner ayant essayé de soulager un malade atteint de cancer de l'estomac, vit une perforation se produire et un collapsus mortel terminer rapidement la scène. Mais ici il y avait au moins imprudence, et si on peut être surpris lorsqu'une hématomérose inattendu vient brusquement trahir l'existence d'un ulcère, latent jusqu'alors, on est moins excusable de provoquer par un usage un peu brutal de la sonde, la rupture d'une masse néoplasique cancéreuse.

Donc ces accidents consécutifs à l'irritation mécanique que cause la présence dans l'estomac de l'extrémité du tube, ne nous préoccupent pas outre mesure. Ce sont, avant tout, des exceptions ; et leur rareté devra être extrême, si l'on observe rigoureusement les contre-indications dont nous établissons la liste un peu plus loin.

Nous devons préalablement continuer cette étude des accidents qui peuvent survenir au cours du lavage. Nous avons signalé, en parlant de la pompe, l'arrachement possible d'un fragment de la muqueuse. La sonde, le siphon, sont incapables de produire pareil traumatisme.

—Kussmaul, et depuis son travail, MM. Dujardin Beaumetz et Ettinger, Dreyfus Brisac, Martin, Langerhans, d'autres encore, ont signalé l'apparition au cours du lavage, ou immédiatement après, de phénomènes tout à fait comparables à ceux de la maladie décrite par Dance et Trousseau sous le nom de tétanie.

On comprenait assez facilement l'apparition de la tétanie dans la dilatation de l'estomac sous l'influence de la résorption de produits fermentés, de toxines convulsivantes. Ce qui est beaucoup plus difficile à interpréter, c'est l'explosion brusque des symptômes dont nous parlons lorsque le lavage a débarrassé la cavité gastrique de tout ou partie de son contenu.

Serait-ce qu'ici, comme dans le choléra, la déshydratation plus ou moins brusque de l'organisme viendrait expliquer le phénomène tétanique ? Cette interprétation admise par Kussmaul, est difficile à soutenir. Le choléra sec s'accompagne de crampes ; lorsqu'il y a des selles diarrhéiques, celles-ci représentent toujours un volume de liquide plus considérable que celui qui se trouvait dans l'estomac des malades auxquels nous avons fait allusion. D'autre part les manifestations convulsives du choléra se limitent aux crampes et ne vont qu'exceptionnellement jusqu'aux secousses convulsives. Il est au moins étrange de voir les effets diminuer d'intensité quand la cause s'aggrave. On n'a d'ailleurs pas pu trouver de toxines dans le contenu gastrique des malades examinés à ce point de vue. De nombreux auteurs ont donc considéré, dans ce cas, la tétanie comme un phénomène réflexe. Le

point de départ serait dans l'estomac lui-même, dans l'intestin ou dans le péritoine.

—Quoi qu'il en soit, nous venons d'énumérer à peu près tous les accidents que l'on pouvait avoir à constater, disons même à combattre au cours du lavage. Il nous reste, avant de terminer ce chapitre, à poser les contre-indications à l'emploi de la sonde. Lorsqu'il existe en effet une maladie générale ou locale, sur l'évolution de laquelle l'excitation que cause l'opération qui nous occupe pourrait avoir une influence défavorable, il sera préférable de ne pas passer outre. Cette lutte contre cette résistance de la part du malade, qui s'oppose quelquefois tout à fait à la pénétration du tube dans les premières voies, constitue en réalité un effort. Il y aura donc lieu de s'abstenir dans un grand nombre d'affections du système cardio-vasculaire. Une hémorragie récente, quel que soit son siège, est une contre-indication formelle. Il y aura lieu d'observer la même réserve en présence d'un anévrysme de l'aorte, d'une maladie organique du cœur. L'angine de poitrine elle-même devra commander la prudence dans l'emploi du tube ; il en sera de même de toutes les névroses cardiaques.

La tuberculose avancée, l'emphysème pulmonaire accompagné de bronchite, chronique et généralisée, les cachexies profondes, quelle que soit leur origine, devront encore engager le médecin à multiplier les précautions. Le lavage de l'estomac a pu rendre de grands services, au cours de la grossesse ; cet état nécessite également de grands ménagements et une suppression préalable, au moyen de la cocaïne, de la susceptibilité pharyngée de la malade.

Dans un autre ordre d'idée, la contre-indication sera la conséquence d'une maladie d'estomac, du tube digestif. L'ulcère rond accompagné d'hématémèse et de melæna, le cancer avec des vomissements noirs et tous ses signes classiques, telles sont toutes des raisons fort sérieuses pour s'abstenir d'employer la sonde. On devra encore être très prudent quand l'état général du malade pourra faire penser que les parois gastriques ont une friabilité spéciale (dégénérescence amyloïde). Ces cas sont d'ailleurs exceptionnels, et cette discussion pourrait devenir fastidieuse. Le lavage de l'estomac a une valeur diagnostique et thérapeutique. Son emploi, dans l'exploration de l'estomac malade, l'étude des renseignements qu'il peut fournir, permettront d'apprécier les services qu'il peut rendre pour diagnostiquer et guérir ces mêmes maladies.

Lavage de l'intestin inférieur au moyen du tube de Faucher.—Applications aux constipations opiniâtres, aux obstructions et typhlites stercorales.

M. le Dr Maréchal a publié, dans la *Presse médicale Belge*, deux articles sur ce moyen thérapeutique qui peut dans certains cas être fort utile aux malades. Nous en extrayons les principaux passages, qui peuvent bien en faire connaître la technique et les applications.

J'ai été amené à faire usage du tube de Faucher, dit M. Maréchal, dans un cas d'obstruction du cœcum qui avait résisté aux purgatifs, qu'il ne faut du reste employer qu'avec prudence.

Si l'on veut bien se rappeler la disposition du gros intestin depuis la dilatation cœcale jusqu'au rectum, il n'y a rien qui empêche de pratiquer le lavage de ce segment avec le siphon de Faucher, comme on le fait pour le segment supérieur du tube digestif, et, en effet, le siphon ainsi placé fonctionne parfaitement.

Il est inutile de faire pénétrer la sonde profondément, il suffit que son orifice soit au-dessus du sphincter interne. La manœuvre est des plus facile et peut être confiée à un garde-malade.

La contraction du sphincter, qui n'est pas assez forte pour effacer le calibre de la sonde, est suffisante pour établir une continuité parfaite entre le tube élastique et l'intestin. On fait alors fonctionner l'appareil en élevant et abaissant successivement l'entonnoir pour produire un mouvement de va et-vient du liquide employé, plus efficace, m'a-t-il paru, pour désagréger les masses fécales que la simple irrigation.

Après quelques lavages pratiqués de cette façon, et parfaitement supportés par le malade, le liquide revenait chargé de matières, ce que je n'avais pas obtenu par les lavements avec la sonde œsophagienne, et la tumeur cœcale put être dissoute avant d'avoir provoqué la typhlite.

Plus récemment, chez un malade ayant subi l'extirpation de la partie inférieure du rectum un an et demi auparavant, il s'était produit une obstruction presque complète, ayant résisté à tous les moyens employés.

La colotomie s'imposait comme le seul moyen de permettre la survie du malade; mais, je voulus auparavant essayer de désobstruer l'intestin par le lavage au moyen du tube de Faucher: Vraisemblablement le rétrécissement intestinal était occasionné par des engorgements ganglionnaires mésentériques.

Il y avait à craindre, le sphincter anal n'existant plus, que l'air passant entre le tube de l'appareil et l'intestin, le siphon ne pût fonctionner,

mais la muqueuse faisant bourrelet à la surface de la section de l'intestin entourait parfaitement le tube de caoutchouc, permettant le fonctionnement du siphon aussi bien que si le sphincter eût été intact.

Il fallut trois séances pour débarrasser le gros intestin de la masse énorme de matières accumulées et dans lesquelles on trouvait des résidus d'aliments que la malade devait avoir ingérés au moins un mois auparavant.

La tympanite a complètement disparu, l'abdomen a repris son volume primitif et l'œdème des membres inférieurs n'existe plus.

Actuellement, au moyen d'un lavage quotidien des plus faciles, le malade débarrasse régulièrement son intestin sans aucune douleur et la nutrition se fait dans d'aussi bonnes conditions que possible.

Les avantages de ce procédé si simple qu'évidemment il a dû être essayé par d'autres, consistent dans l'efficacité et dans la facilité d'exécution. Il suffit en effet que le tube pénètre à environ dix centimètres; le malade seul ou un garde-malade peuvent le faire sans danger, car la souplesse du tube garantit contre toute blessure de l'intestin, ce qui est à craindre lorsqu'on emploie la sonde œsophagienne et tous les praticiens qui ont eu l'occasion d'exécuter cette opération savent combien il est parfois difficile et dangereux de faire passer la sonde jusqu'à l'S iliaque.

L'adhésion de la muqueuse autour du tube suffit parfaitement même en l'absence du sphincter pour ne pas laisser pénétrer l'air et l'appareil formant ainsi un canal continu avec l'intestin, tout le segment compris depuis la valvule de Bauhin jusqu'à l'entonnoir fonctionne comme siphon.

L'opéré ne ressent aucune douleur.

Il faut remarquer, en effet, que le liquide qui pénètre dans l'intestin y arrive sous une pression graduée à volonté, suivant qu'on élève plus ou moins l'entonnoir; l'intestin se laisse distendre graduellement sans réaction péristaltique, comme il arrive lorsqu'on injecte vivement une quantité plus ou moins considérable au moyen de différents appareils; il n'y a donc aucune colique; de plus, le liquide n'est pas rejeté par la contraction intestinale et revient par la seule différence de pression des deux niveaux. On peut ainsi faire pénétrer plusieurs litres d'eau sans intolérance ni révolte de l'intestin.

Récemment l'on a préconisé l'introduction d'une grande quantité de liquide tiède dans les coliques néphrétiques et dans les douleurs utéro-ovariennes. Je suis persuadé que le procédé pourrait s'effectuer très facilement et le séjour du liquide dans l'intestin être prolongé plus longtemps que par d'autres moyens. Quant à l'antiseptie de tout le gros intestin, il est évident qu'on peut l'exécuter par le lavage

bien plus efficacement que par les antiseptiques ingérés par l'estomac et n'arrivant point pour la plupart jusqu'au gros intestin.

Le lavage intestinal avec des liquides appropriés, solutions salycilées, boriquées, etc., améliore rapidement les douleurs et l'état nerveux des malades atteints de constipation habituelle et surtout de colite pseudo-membraneuse si fréquente chez les femmes et chez les individus à profession sédentaire. Sans prétendre que la neurasthénie soit toujours le résultat de troubles gastro-intestinaux. Il est certain que l'amélioration de ceux-ci influence favorablement l'état nerveux ; la quantité de matières accumulées dans le gros intestin est parfois énorme, et dans le cas que j'ai relaté, le malade a rendu par le lavage des résidus d'aliments ingérés près d'un mois auparavant. La décomposition suivie de résorption de ces matières doit certainement entrer en ligne de compte dans la production des troubles nerveux tout autant que la gêne circulatoire sanguine par compression des vaisseaux de l'intestin. Quant à la technique, elle est des plus simples. Dès que le tube est arrivé à huit ou dix centimètres, on peut le faire fonctionner ; si on veut le faire pénétrer plus profondément, il faut d'abord introduire une certaine quantité de liquide qui déplisse la muqueuse, et le tube peut alors s'enfoncer profondément sans se courber.

J'ai pu l'introduire ainsi jusqu'à plus d'un mètre, mais cela n'offre pas plus d'avantages que lorsqu'il ne pénètre que modérément. De plus, j'ai à plusieurs reprises constaté que lorsqu'on arrive à une grande profondeur, le malade, sans se plaindre d'une douleur quelconque dans l'intestin, accuse un certain malaise pouvant aller jusqu'à une menace de syncope. Ce que l'on n'observe jamais lorsqu'on se contente d'enfoncer le tube modérément, ce qui suffit parfaitement.

Peut-on compter sur un bon résultat de ce procédé dans l'occlusion intestinale vraie, l'iléus ?

Kussmaul a déjà conseillé le lavage de l'estomac dans ces cas et prétend pouvoir ramener ainsi des matières intestinales à travers le pylore non hermétiquement fermé et soulager les malades. La valvule de Bauhin sur le cadavre, tout au moins, suivant les expériences de Koenig, n'est pas non plus une barrière infranchissable et il n'y a pas de raison pour ne pas tenter ce procédé, étant donnée l'insuffisance de nos moyens médicaux dans les cas de cette espèce. On peut employer les trois numéros de Faucher, mais il m'a paru que c'est le calibre moyen qui est le mieux supporté.

L'œillet latéral de la sonde est nuisible, parce que souvent des débris alimentaires s'arc-boutent dans cette ouverture et, se plaçant transversalement, obstruent le tube ; il est préférable de couper la sonde au-dessus de l'œillet.—*Journ. de Méd. et Chir. Prat.*

Le meilleur traitement de la colique hépatique, d'après des observations faites par un confrère sur lui-même.

Un praticien genevois sujet aux coliques hépatiques, M. le docteur Colladon, décrit ainsi qu'il suit les moyens qui lui ont le mieux réussi contre la maladie dont il est atteint.

Ces moyens varient, bien entendu, suivant les trois périodes de l'affection : prodromes, période d'état, période de décroissance.

Parmi les prodromes de la colique hépatique, notre confrère en énumère plusieurs qui sont peu connus. Ce sont : une somnolence singulière, une torpeur générale, même après une bonne nuit, des pulsations artérielles irrégulières, surtout aux tempes, une fausse sensation de faim, de vide à l'épigastre ou bien un état nauséux très prononcé, une certaine constriction aux hypocondres ; son ventre se ballonne et la région de la vésicule biliaire devient sensible à la pression. Généralement une selle précède de quelques heures l'apparition de l'accès.

Le traitement de la période des prodromes doit être, d'après M. Colladon, purement expectant. Les purgatifs et les vomitifs sont nuisibles. Le malade observera un repos physique et intellectuel complet. Son régime alimentaire sera sévère : peptones, bouillon dégraissé, viande grillée, maigre de jambon, pain rôti, riz à l'indienne, gelée de viande, fruits, le tout en petite quantité. Comme boisson il prendra du thé léger, de l'eau gazeuse artificielle.

Pendant la période d'état, notre confrère proscrit les piqûres de morphine. au moins au début de l'accès, car d'après lui, elles feraient courir le risque de l'enclavement du calcul ou de complications graves. Par contre, il recommande les inhalations de chloroforme qui, lorsqu'elles sont poussées seulement jusqu'à une anesthésie incomplète, n'affaiblissent en rien la contractilité des organes excréteurs de la bile tout en diminuant suffisamment leur sensibilité. Un autre moyen recommandé par M. Colladon, c'est l'application sur l'épigastre et dans le dos de deux sacs en caoutchouc à moitié remplis d'eau très chaude. C'est un excellent sédatif de la douleur et qui procurerait d'après lui, " un bien-être exquis."

A la période de décroissance, on prescrit un laxatif, pour évacuer de l'intestin les concrétions biliaires, et on administrera ensuite les cholagogues, parmi lesquels M. Colladon donne la préférence à la bile de bœuf et au podophylin. Ce dernier médicament, pris à faible dose pendant plusieurs jours de suite, procure une selle quotidienne et supprime la sensation de constriction dans l'hypocondre droit.

Pour prévenir le retour des accès de colique hépatique, le moyen

capital est d'observer rigoureusement le régime alimentaire que l'on suit habituellement dans ce cas. Les douches froides sur l'hypocondre droit sont également utiles. Enfin, M. Colladon considère encore le massage de la région de l'hypocondre droit comme un puissant moyen préventif. Praticqué par le malade sur lui-même pendant un quart d'heure, matin et soir, ce massage procure un grand soulagement.

Discussion sur le traitement du choléra.

(Société de thérapeutique.)

(Juillet 1892.)

M. DUJARDIN BEAUMETZ.—Le conseil d'hygiène a décidé, en présence des menaces de l'épidémie actuelle, de faire rédiger une instruction destinée à être affichée, et indiquant les premiers soins à donner aux malades pris de choléra, avant l'arrivée des médecins. Il faut un traitement simple et des produits non toxiques, pouvant être mis entre les mains de tout le monde. C'est ce projet d'instruction que je voudrais d'abord soumettre à la Société pour avoir son avis.

Il y a trois résultats à viser en pareil cas : 1^o réchauffer le malade, 2^o combattre la diarrhée, 3^o arrêter les vomissements.

1^o Pour le premier point, nous recommandons les procédés déjà connus de longue date : boissons chaudes et stimulantes, alcool, thé au rhum, café léger, frictions, bouillottes chaudes ;

2^o Pour arrêter la diarrhée, nous avons arrêté notre choix sur l'acide lactique qui est un désinfectant intestinal précieux et préconisé d'abord contre la diarrhée verte des enfants par M. Hayem et qui paraît très bien réussir également contre les diarrhées cholériques et peut-être chroniques. Voici la formule que nous recommandons :

Acide lactique.....	10 grammes.
Sirop de sucre.....	20 “
Alcoolat d'oranges ou de citron.....	2 “

Verser le tout dans un litre d'eau. Donner aux malades trois cuillerées à soupe tous les quarts d'heure ;

3^o L'arrêt des vomissements est plus difficile. Le meilleur anti-émétique serait le menthol, puisqu'il prévient jusqu'aux vomissements de l'ipéca comme l'a montré M. Blondel, mais il est peu maniable, insoluble dans l'eau et d'une saveur très désagréable. D'autre part, la glace n'est pas entre les mains de tout le monde.

Nous avons conseillé les morceaux de glace de temps en temps, les boissons gazeuses données toutes les trois heures.

Enfin d'une façon générale, nous avons conseillé l'emploi de l'élixir

parégorique, qui est la moins toxique des préparations opiacées et qui calme merveilleusement la douleur.

Je mentionnerai aussi les gouttes de Laussedat qui ont eu autrefois une vogue très grande, précisément contre les vomissements du choléra, et dont voici la formule :

Liqueur d'Hoffmann.....	} àà	5 grammes.
Teinture éthérée de valériane...		
Laudanum de Sydenham.....	1	“
Essence de menthe	5	gouttes.

On donne 25 gouttes de ce mélange toutes les fois que le malade accuse une tendance à vomir ou à aller à la selle.

Maintenant, une question préalable se soulève. Avons-nous le droit de recommander les médicaments au public et de les lui laisser prendre de lui-même sans ordonnance ?

M. BUCQUOY.—Je crois qu'avant de se prononcer sur l'efficacité de l'acide lactique contre le choléra, il faudrait attendre les résultats de son emploi contre le choléra vrai, quelle que soit sa valeur contre les diarrhées ordinaire. Je l'ai donné deux fois dans les deux cas que j'ai eu à soigner à l'Hôtel-Dieu. J'en ai donné 15 à 16 grammes en vingt-quatre heures, et je suis obligé d'avouer qu'il a excité la diarrhée, bien loin de la calmer, et que celle-ci a cédé facilement à l'emploi de ma vieille formule :

Teinture de cannelle.....	10 gr.	“
Sous-nitrate de bismuth.....	4	“
Laudanum de Sydenham.....	0 75	
Potion gommeuse.....	100	“

Une cuillerée toutes les deux heures.

Quant à l'Élixir parégorique, c'est le choléra qui l'a fait connaître, et je le considère comme une préparation excellente, en particulier contre l'élément “ douteux ”. Je me permettrai toutefois de demander pourquoi, dans son instruction. M. Dujardin-Beaumetz parle du traitement de l'algidité avant celui de la diarrhée. C'est par la diarrhée que le choléra commence ; c'est donc le traitement de cette diarrhée qu'en bonne logique il nous faudrait faire passer avant tout ; car on peut avoir affaire à une simple cholérine, que votre traitement enrayera peut-être. Si vous attendez l'algidité pour conseiller au public la mise en train de votre traitement, il est trop tard pour agir efficacement sur le flux intestinal. Conseillez plutôt, d'abord, les moyens préventifs, l'hygiène spéciale du tube digestif, les désinfectants, puis, quand la diarrhée apparaît, le traitement de la diarrhée, avec la for-

mule que vous voudrez. mais une formule très connue et éprouvée de longue date, une préparation opiacée par exemple. L'élixir péragorique me paraît, à ce point de vue, la préparation la meilleure. Mais à ce sujet, il est nécessaire de s'entendre, car il y a à ma connaissance, deux formules d'élixir parégorique, celle du Codex, puis celle de New-York, qui avec quelques modifications, est devenue, à la suite du succès qu'elle avait donné dans le faubourg Saint-Germain, lors de l'épidémie de 1864, la formule de Gobley. Je considère ce médicament comme des plus précieux : il est sans danger, car il faudrait en prendre des doses considérables pour voir se produire des accidents. On en prend de 15 à 20 gouttes avant le repas, et il y a peu de diarrhées qui lui résistent. Je reconnais toutefois que, dans les cas graves, comme ceux dont nous parlons, le diascordium lui est supérieur.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ.—Pour répondre à la première partie de l'observation de M. Bucquoy, je dois dire que nous comptons établir, au Conseil d'hygiène, deux instructions distinctes : l'une qui donnera les précautions que l'on recommande au public en temps d'épidémie, l'autre indiquant les premiers secours à donner au malade, en cas de choléra, en attendant l'arrivée du médecin. C'est de cette dernière seulement qu'il s'agit ici.

M. CRÉQUY.—Pour moi, les deux meilleurs antidiarrhéiques sont encore le bismuth et l'opium. A l'usine à gaz de la Villette, depuis quinze ans, voici le remède que j'emploie. Je fais mettre dans un grand vase 100 grammes de sous-nitrate de bismuth et 1 gramme d'opium brut. Quand un ouvrier est atteint de diarrhée, il vient demander une cuillerée à café du mélange. qu'il avale délayée dans une cuillerée d'eau. Le remède est sûr et je crois qu'on pourrait sans danger, le confier au public, car il faudrait en prendre une forte dose pour s'empoisonner, et la forme du médicament, le goût désagréable de cette bouillie peu alléchante, serait une garantie contre la crainte des imprudences.

Dans ma pratique de ville, j'emploie la formule suivante, mais dont le principe est le même :

Julep gommeux	160 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	8 à 10 —
Laudanum de Sydenham.....	2c gouttes.

M. Constantin PAUL.—Puisqu'il s'agit d'une instruction à donner au public, je crois qu'en temps d'épidémie, pour être sûr d'être écarté, il faut avant tout tâcher de tirer parti de ce que l'on peut facilement avoir sous la main.

On peut ainsi recommander, comme boisson l'eau albumineuse, qui est facile à préparer.

La désinfection des garde-robes et des vomissements sera obtenue de l'emploi par l'eau bouillante ou d'une décoction bouillante de plantes aromatiques, sauge, laurier ou thym.

Contre les vomissements, on fera usage de la potion de Rivière.

Mais surtout, si le malade est dans l'algidité, on s'obtiendra de lui faire prendre aucune substance toxique ; car, pendant cette période, l'organisme n'absorbe rien, et, lorsque cet état disparaît, les doses accumulées empoisonneront le malade.

J'ai, moi aussi, une grande confiance dans l'élixir parégorique, formule de New York, contenant 1 centigramme d'opium par cuillerée à café ; il est plus maniable que les autres préparations opiacées.

En voici, d'ailleurs, la formule exacte :

Opium.....	3,88
Camphre.....	2,58
Acide benzoïque.....	3,88
Essence d'anis.....	3 "
Miel.....	62 "
Alcool faible.....	946 "

Je citerai encore, dans cette liste, l'élixir de Tardieu. Enfin contre le refroidissement et les vomissements, je recommande l'eau froide additionnée de chartreuse.

M. BUCQUOY.—En ce qui concerne l'acide lactique, je dois dire que mon expérience présente deux cas seulement ; or je sais que M. G. Sée, dans son service, l'emploi continuellement, à des doses qui atteignent le chiffre de 30 grammes par jour, et qu'il s'en déclare satisfait.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ,—L'acide lactique présente en effet cette particularité, c'est que, combattant efficacement la diarrhée quand on le donne à la dose de 10 grammes par jour, il la provoque quand on dépasse cette dose. D'ailleurs, le lactate de strontiane, aux doses où on l'emploie, donne aussi de la diarrhée. Il ne faut pas, en effet, changer trop complètement la chimie du milieu intestinal, lequel, normalement, doit être alcalin. Chauffard à l'hôpital Broussais. Netter à Cochin, Garnaud, emploient l'acide lactique aux doses de 10 grammes par jour et déclarent s'en trouver très bien.

La prophylaxie du choléra est, malheureusement, comme chacun sait, une question d'eau, c'est-à-dire une question municipale. Il est bien difficile de mettre officiellement de l'eau bouillie à la portée de tous. Quant aux eaux minérales en qui certaines personnes mettent

toute leur sécurité, je dois à la vérité de dire qu'en temps d'épidémie, en présence de l'affluence des demandes, on les fabrique souvent sans autre scrupule, et que l'eau employée à cet usage est peut-être la pire de toutes.

M. CONSTANTIN PAUL.—Cela tient à ce qu'en temps d'épidémie, tout le monde à la fois demande de la même eau. Il est impossible de répondre à toutes les demandes avec le seul produit de la même source. Les sources d'eau de table ne manquent pourtant pas en France, même à proximité de Paris ; dans l'Oise, par exemple, à Fontaine-Bonneleau, il y a une source d'excellente eau qui donne 250,000 litres d'eau par jour ; il en existe bien d'autres encore. Malheureusement la vogue et la réclame entraînent tout le public vers les mêmes sources et beaucoup d'excellentes lui sont inconnues. Je dépose sur le bureau de la Société un livre consacré à l'étude des eaux de table, que j'ai écrit en collaboration avec le docteur Rodet. On y verra que les sources de table ne manquent pas chez nous. Une classification des sources par régions et une autre par appropriations thérapeutiques permettent aisément de s'y reconnaître.

M. CRÉQUY.—A Pantin, existait régulièrement une épidémie de diarrhée chez les ouvriers. La Compagnie de l'Est fit installer un filtre, et aussitôt les diarrhées disparurent. En faisant le compte des journées d'hommes malades payées autrefois pendant les épidémies, la Compagnie a pu calculer que la dépense de l'installation du filtre avait été rapidement couverte par les économies faites de ce côté, et en somme elle a fait non seulement œuvre hygiénique, mais encore une bonne affaire. C'est ce qu'il faudrait tâcher de faire comprendre aux municipalités.

M. F. VIAER.—Pour en revenir à la formule de l'élixir parégorique de Goble, je dirai qu'à mon avis l'action des substances antiseptiques qu'il renferme, acide benzoïque, camphre et essence d'anis, n'est peut-être pas étrangère à ses effets. Contre les diarrhées infectieuses, M. Hayem préconise en pareil cas le képhir n° 2, qui non seulement arrête la diarrhée, mais encore alimente le malade.

M. LABBÉ.—Je demanderai quel est exactement le mode d'action de l'acide lactique dans le choléra.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ.—En principe, l'acide lactique a été préconisé par Hayem contre la diarrhée verte des enfants. Mais on s'est aperçu qu'il agit également bien sur les autres formes de diarrhée.

L'élixir parégorique calme surtout les douleurs ; c'est avant tout un remède de la colique, contre laquelle il agit avec une rapidité extrême, mieux que le bismuth, l'opium et n'importe quel autre médicament. Le laudanum et la teinture d'opium sont trop dangereux pour être

laissés aux mains des malades, comme on peut le faire pour l'élixir parégorique.

M. LABBÉ.—J'ai employé l'acide lactique à la dose de 12 grammes dans la diarrhée de la fièvre typhoïde, et j'en ai retiré les plus grands avantages.

M. CRINON.—Les expériences tentées avec l'acide lactique, dont je viens d'entendre parler sont peut-être encore trop récentes et trop insuffisantes pour qu'on l'indique officiellement aux populations. Alors que les très anciens médicaments qui ont fait leur preuves pourraient à beaucoup plus juste titre, leur être conseillés ; tel est le sous-nitrate de bismuth ou mieux le benzoate de bismuth.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ.—Je ne crois pas que le benzoate de bismuth, dont M. Crinon vient de nous proposer l'emploi, ait tant fait preuves qu'on veit bien le dire. Pour moi, c'est un mauvais médicament, parce qu'il se dissocie dès qu'il arrive dans l'estomac ; il n'est pas stable. Dès qu'on l'a ingéré, des renvois, à saveur d'acide benzoïque, viennent donner la preuve de sa décomposition. J'en ai fait l'expérience sur moi-même. L'antisepsie se fait trop tôt, c'est-à-dire dans l'estomac, alors que c'est l'intestin qui en a besoin. Le benzonaphtol est plus stable. Mais le salol est de beaucoup préférable, parce qu'il n'opère sa dissociation que dans l'intestin, c'est-à-dire au bon endroit. Il en est de même du salicylate de bismuth ; avec cette restriction qu'il ne faut pas oublier que le cholérique est un être à circulation insignifiante et à élimination nulle, qui s'empoisonne avec une extrême facilité au moment de la réaction, quand toutes les doses accumulées s'absorbent à la fois.

M. BUCQUOY.—M. Dujardin-Beaumetz nous a parlé du menthol pour arrêter les vomissements des cholériques. Pourrait-il nous donner quelques renseignements sur cette substance ?

M. DUJARDIN-BEAUMETZ.—Le menthol est, en effet, un anti-émétique précieux, qui arrête énergiquement les vomissements même provoqués. Adjoint à l'ipéca, comme l'a dit M. Blondel, il enraye complètement l'action émétique de cette substance. J'ai employé aussi, dans la dysenterie, une formule de préparation à l'ipéca avec adjonction de menthol, que m'avait donné M. Blondel, et j'ai obtenu, dans deux cas, deux guérisons rapides, en évitant les vomissements que donne la méthode brésilienne presque inévitablement. Malheureusement, le menthol est peu maniable ; car il n'est pas soluble dans l'eau.

M. BLONDEL.—Voici la formule de la potion à l'ipéca non vomitive que j'ai conseillée contre la dysenterie et que M. Beaumetz a bien voulu employer :

Teinture d'ipéca.....	12 grammes.
Alcool à 90 degrés.....	40 —
Menthol.....	25 centigrammes.
Potion gommeuse.....	120 grammes.

Une cuillerée à café toutes les deux heures, de préférence après l'ingestion d'un peu de liquide ou d'aliments.

Cette formule n'est qu'une variante de celle que j'emploie pour donner de l'ipéca à hautes doses dans le traitement de la pneumonie. Je présenterai à la Société prochainement un travail sur cette méthode.

M. Constantin PAUL.—Je rappellerai, à propos du sous-nitrate de bismuth, qu'il n'exerce aucune action antiseptique sur l'intestin grêle. C'est dans le gros intestin seulement que cette action apparaît, à la suite de la transformation du sous-nitrate en sulfure de bismuth.—

Les Nouv. Remèdes.

CHIRURGIE

Tuberculose des os et des articulations

M. KONIG.—La tuberculose purement locale est rare. D'après mes recherches, elle n'existe guère que dans un cinquième des cas. Lorsque les chirurgiens parlent de la guérison radicale de la tuberculose, il ne s'agit donc que d'une guérison des foyers accessibles à nos moyens d'action et non d'une guérison de la dyscrasie tuberculeuse, contre laquelle nous n'avons pas de remède efficace, la lymphe de Koch ayant dû être abandonnée après une courte période d'enthousiasme. En chirurgie, il ne peut être question que d'une guérison radicale des parties malades, guérison que l'on cherche à obtenir avant tout par des moyens opératoires. Si nous faisons abstraction de l'amputation qui, naturellement, constitue le moyen de traitement le plus sûr pour la tuberculose des extrémités, nous avons à notre disposition en seconde ligne la résection ou mieux l'extirpation complète de l'articulation malade. Puis vient l'ablation du foyer osseux ouvert dans l'articulation. Malheureusement, il est rare que l'on arrive à temps, c'est-à-dire peu après le moment où s'est faite la perforation. Aussi observera-t-on presque toujours une récurrence à la suite de cette opération. Enfin nous devons mentionner le curettage.

Maïs, outre le traitement opératoire, nous avons à notre disposition des moyens mécaniques et physico-chimiques, et en particulier l'injec-

tion de certaines substances, telles que l'iodoforme, dans le foyer articulaire.

Depuis l'avènement de la méthode antiseptique, les chirurgiens se sont laissés entraîner trop loin dans la voie opératoire. C'est ainsi que l'on a pratiqué les résections précoces. Les résultats étaient bons, sans doute, au point de vue de la guérison de la tuberculose, mais que devient au point de vue fonctionnel une articulation résequée? Il est inutile d'insister sur ce point. D'ailleurs, avec les résections précoces, on sacrifiait un grand nombre d'articulations que l'on aurait pu guérir par les moyens non opératoires. Enfin, même avec ces opérations hâtives, on avait souvent des récidives.

Pour mieux exposer ma manière de voir au sujet du traitement de l'arthrite tuberculeuse, supposons que nous ayons affaire à une coxalgie tuberculeuse chez un enfant, sans abcès ni fistule. Nous ferons l'extension continue ou nous appliquerons un appareil plâtré suivant que le membre sera ou non raccourci ou sera placé dans une mauvaise attitude. À l'aide de ce traitement et d'une hygiène convenable, on obtient souvent la guérison dans l'espace de six mois à deux ans. À la clinique de Goettingue, dans l'espace de seize ans, j'ai eu en traitement environ 450 cas de tuberculose de la hanche. Or, sur ce nombre, 50% des malades ont guéri par le seul traitement mécanique ou physique. Quelques uns seulement ont succombé ultérieurement. D'autre part, j'ai pratiqué 250 opérations qui m'ont donné une mortalité opératoire et consécutive très élevée.

Quant au traitement par les injections iodoformées, il m'a donné de bons résultats dans les formes diffuses (abcès, hydarthrose tuberculeuse), dans lesquelles j'ai obtenu 30% de guérisons par ce moyen. Lorsque, après 4 ou 5 injections, je n'obtiens pas d'amélioration, je renonce à ce moyen de traitement. Par contre, dans les formes sèches de coxalgie tuberculeuse, les injections iodoformées sont illusoire, l'iodoforme restant dans les points où il a été injecté, sans tendance à se répandre par diffusion dans les parties malades.

Reste le traitement opératoire qui n'est guère indiqué que dans 20% des cas, puisque les autres moyens de traitement ont à leur actif 80% de guérisons. L'indication opératoire ne se pose en somme que dans certaines coxalgies graves, fistuleuses, caséuses ou avec foyers osseux étendus.

M. BARDENHEUER.—Les résultats des résections de la hanche sont souvent très mauvais, et particulièrement dans les cas où les os formant la cavité cotyloïde sont envahis par le processus tuberculeux. Aussi ne peut-on se contenter toujours de la résection de l'extrémité fémorale et du curettage de la cavité cotyloïde. Lorsqu'une tuméfac-

tion développée dans la région iliaque vient démontrer l'extension de l'affection aux os du bassin, la résection des parois de la cavité cotyloïde est indiquée. Mais, en général, ce n'est que dans le cours de l'opération que l'on peut reconnaître l'étendue des lésions et agir en conséquence.

M. VON BERGMANN.—La résection de la hanche doit être réservée pour les formes graves de coxalgie, compliquées, de suppuration, de fistules, de symptômes fébriles. Le traitement par les injections de glycérine iodoformée donne de bons résultats. Sur 36 cas, j'ai obtenu ainsi 16 guérisons définitives. Aussi suis-je d'avis que ce mode de traitement est appelé à restreindre considérablement les indications de la résection. Pour les indications opératoires, il importe, en outre, de prendre en considération l'âge des malades. Dans l'enfance, on a beaucoup de chance d'obtenir la guérison par les moyens non opératoires. Par contre, à partir de la puberté, on sera plus souvent obligé de pratiquer soit la résection, soit la désarticulation.

M. HANS SCHMID (de Stettin) est d'avis que la résection de la cavité cotyloïde peut seule assurer une guérison définitive dans les cas où le processus tuberculeux a envahi les parois de cette cavité.

M. HEUSNER (de Barmen).—La résection de la hanche donne de très mauvais résultats. Depuis plusieurs années, je ne fais plus cette opération, sauf dans certains cas exceptionnels. Dans quatre cas de coxalgie grave, j'ai obtenu de bons résultats par l'application d'appareils permettant au malade de se promener.

M. KUSTER.—Depuis l'introduction des injections iodoformées, j'ai eu rarement l'occasion de pratiquer la résection de la hanche. Ces injections facilitent, en outre, le traitement mécanique. Ainsi, j'ai observé plus d'une fois que des articulations qui étaient le siège d'une vive sensibilité n'étaient presque plus douloureuses après une première injection iodoformée, ce qui permettait d'entreprendre le traitement orthopédique, jusqu'alors impossible. Pour ce qui concerne l'âge, la résection doit être l'exception jusqu'à quinze ans. La période de quinze à quarante est la plus favorable à la résection. Au delà de quarante ans, si les injections iodoformées ne donnent aucun résultat, il ne peut guère être question que de la désarticulation.

M. SCHULLER (de Berlin) est du même avis que M. König pour ce qui concerne les résections précoces. Le traitement mécanique n'est pas suffisant. Il faut le combiner avec l'emploi des injections iodoformées qui lui ont donné également de bons résultats.

M. W. KOCH (de Dorpat).—Les arthrites tuberculeuses sont à Dorpat d'une fréquence toute particulière. Dans l'espace de dix mois, j'en ai eu 212 cas en traitement dont 100 concernant la hanche.

Je n'ai obtenu que 2% de guérisons spontanées. La résection n'est pratiquée que dans les cas graves et elle a donné 12% de mortalité. Quant aux injections iodoformées, je les pratique non seulement dans les parties molles, mais aussi dans les os à l'aide d'une canule dont le stylet en forme de vrille permet de perforer le tissu osseux. Je ne puis me prononcer sur les résultats définitifs, mais en tout cas, la résection est devenue plus rare à Dorpat depuis l'emploi des injections iodoformées.

M. BRUNS.—Dans la question du traitement par des injections iodoformées, il importe de se rappeler que l'iodoforme n'a pas une action anti-bacillaire prompte, mais qu'il ne tue le bacille de la tuberculose que par une action prolongée. Ce fait a été démontré par l'expérimentation.

M. KONIG.—A mon avis, les cas habituels de tuberculose ayant envahi la cavité cotyloïde peuvent être traités avec succès par la résection simple avec extirpation de la synoviale. En ce qui concerne l'âge, je dois ajouter que j'ai obtenu de bons résultats de la résection, même à un âge avancé, et en particulier chez un homme de soixante ans qui, après l'opération, put reprendre son travail. Si je crois devoir restreindre considérablement les indications de la résection, c'est que cette dernière, dans beaucoup de cas, peut être remplacée avantageusement par d'autres moyens de traitement.

M. VON BARDELEBEN.—Dans ma carrière chirurgicale j'ai pratiqué un grand nombre de résections de la hanche, soit 200 approximativement. Or, je puis affirmer que cette opération m'a donné de bons résultats même dans les cas d'extension de la tuberculose à la cavité cotyloïde.—*Annales d'orthopédie.*

Traitement des fistules anales par la réunion immédiate

Ce traitement, préconisé par M. le docteur S. LLOBET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, présente, d'après son auteur, sur le simple débridement généralement employé pour la cure des fistules anales, les avantages suivants : il supprime une surface suppurente assez étendue qui, dans les incisions non suivies de suture immédiate, exerce une action nocive sur l'état général du malade ; il permet d'éviter l'incontinence des gaz et des matières fécales, si fréquentes après le simple débridement ; enfin, la moyenne de la durée du traitement n'est que de quinze jours, tandis qu'elle est de quarante-cinq jours avec le débridement.

Voici en quoi consiste le procédé de notre confrère :

Le malade est purgé la veille et on lui administre encore un lavement le jour de l'opération, qui a lieu pendant le sommeil chloroformique.

La région anale ayant été rasée et soigneusement aseptisée, on introduit dans le rectum deux valves de Sims, on recherche l'orifice interne de la fistule, on introduit par l'orifice externe une sonde cannelée (à l'aide de laquelle on sperce la muqueuse rectale s'il s'agit d'une fistule dite borgne), et on incise sur cette sonde la fistule ainsi que ses culs de sac. Ensuite au moyen d'une curette tranchante, on pratique un curage minutieux de tous les tissus fibreux ou fongueux de la fistule, on lave avec une solution d'acide borique à 4 0/0 et l'on applique immédiatement sur la plaie, suivant son étendue, de deux à huit points de suture fil d'argent, catgut ou crin de Florence au moyen de l'aiguille courbe de Hagedorn. On commence l'application des sutures à la partie supérieure de la plaie. On enfonce l'aiguille dans la muqueuse rectale d'un côté, on la fait glisser parallèlement à la surface avivée dans l'épaisseur des tissus et on la fait ressortir par la muqueuse rectale du côté opposé. Les fils sont tordus et noués, en commençant par le fil supérieur. Un point de suture spécial réunit les fibres du sphincter externe. Enfin, la plaie cutanée est fermée par quelques points de suture superficiels, au crin de Florence.

L'opération terminée, on lave le rectum et on le tamponne à la gaze iodoformée.

Pour maintenir le malade constipé, on lui administre de l'opium et on le soumet à un régime alimentaire approprié.

Le septième jour, on donne un purgatif salin et un lavement.

Au huitième jour, on enlève les fils des sutures et le malade commence à reprendre peu à peu son régime habituel.—*Annales d'Orth.*

Carcinome de l'estomac ; résection ; guérison

M. ROSENHEIM.—La malade que je vous présente est venue me trouver au mois de février dernier ; elle était atteinte d'un cancer de l'estomac, et comme la tumeur était très mobile, je conseillai à la malade de se faire opérer.

L'opération fut pratiquée avec succès par le Dr. Hahn. La malade a augmenté de 20 kilos. elle ne vomit plus et digère tous les aliments. Le contenu gastrique ne contient toujours pas d'acide chlorhydrique, ce qui se comprend facilement, la muqueuse ayant été le siège d'un processus inflammatoire chronique irréparable.

Bien que le pylore ait été réséqué complètement et remplacé par un anneau cicatriciel rigide, les fonctions mécaniques de l'estomac se sont complètement rétablies.

En outre, j'ai constaté une disparition complète de l'ectasie gastrique qui, avant l'opération, était considérable,

Il y a trois ans, M. Klemperer nous présenta un cas analogue. Un

rétrécissement du pylore consécutif à l'ingestion d'un acide caustique avait été suivi d'une ectasie énorme. On pratiqua la pyloroplastie et le malade guérit. Plus tard, celui-ci succomba à la phtisie, et à l'autopsie on trouva un estomac tout à fait normal ; il y avait donc eu une *restitutio ad integrum*.

Le même phénomène a eu lieu dans mon cas. M. Ewald croit qu'un estomac extrêmement dilaté ne peut jamais se rétrécir. Je ne suis pas de son avis. Une ectasie, même au bout de plusieurs mois, peut rétro-céder lorsqu'on supprime la cause de la dilatation.

Je considère ce fait comme un exemple rare de cure radicale du cancer : la malade, bien entendu, n'est pas à l'abri pour cela d'une récurrence, et ses fonctions digestives devront toujours être l'objet d'une surveillance attentive.—*Id., ibid.*

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Les tumeurs fantômes de l'abdomen.

Dans un recueil de leçons, qu'il vient de publier (1), M. Thiriar en consacre une à la discussion de cette erreur, souvent commise, même par des chirurgiens du plus grand mérite et qui consiste à trouver dans l'abdomen une tumeur qui n'existe pas. Il est des cas, en effet, où l'abdomen a absolument la forme qu'il présente lorsqu'il est occupé par un kyste ou une grossesse de six à neuf mois. On a la sensation d'une tumeur arrondie, rénitente, non bosselée, à convexité supérieure et empêchant de déprimer la paroi abdominale. La malade présente en outre quelques symptômes de nervosité sur lesquels l'attention est plus ou moins attirée. Or si on vient à la chloroformer jusqu'à complète résolution, on constate que tout disparaît, le kyste a cessé d'exister, le ventre s'est affaissé rapidement, la sonorité intestinale existe partout, toute sensation de tumeur s'est évanouie. Mais, au réveil, tout se reproduit exactement de la même manière.

Quelquefois même, d'autres conditions que le chloroforme peuvent faire disparaître ces tumeurs fantômes. M. Thiriar rapporte que, se disposant à explorer la sensibilité chez une femme ayant toutes les apparences d'un kyste ovarique au moyen d'un bistouri, la malade

(1) Entretiens chirurgicaux faits à l'hôpital Saint-Jean. Chez Manceaux, à Bruxelles.

croyant qu'on allait l'opérer sans autre forme de procès, bondit hors du lit terrifiée, et lorsqu'on put la ramener, la tumeur avait complètement disparu et ne s'est plus reproduite depuis.

Il est assez difficile d'expliquer la production de ces fausses tumeurs ; il est cependant deux causes qu'on peut invoquer : un tympanisme accentué au point de donner un certain volume à l'abdomen d'une part, une contracture localisée des muscles abdominaux d'autre part. C'est lorsque ces deux phénomènes viennent à s'associer que la ressemblance avec le kyste ovarique devient complète. Mais cette contracture peut être tantôt volontaire, tantôt involontaire, et dans ce dernier cas, elle est souvent de nature réflexe et secondaire.

M. Thiriart pense qu'avec un peu d'habitude une femme peut parfaitement faire croire à un kyste de l'ovaire en contractant, d'une façon spéciale, certains groupes de ces muscles abdominaux. Mais la contracture peut être aussi involontaire et provenir alors d'un état hypochondriaque chez la femme malade ; c'est ce qui arrive ainsi chez les femmes qui désirent ou craignent une grossesse.

Ici, c'est la crainte d'une tumeur abdominale qui vient troubler l'imagination. Peu à peu, la femme se figure que la tumeur existe réellement et peu à peu son ventre grossit et vient confirmer en apparence ses appréhensions. Il y a là une sorte d'auto-suggestion qui détermine les phénomènes de la grossesse ou de la tumeur. Mais ces phénomènes peuvent être aussi d'ordre réflexe et secondaires ; il faut en rechercher la cause, l'origine dans un état d'irritation des organes sexuels dans divers états pathologiques de l'utérus ou des annexes, dans une altération du péritoine ou dans une affection du tube intestinal, ayant pour résultat de produire un peu de tympanisme et de l'irritation de l'intestin. Ces phénomènes d'excitation se propagent à leur tour du côté de la paroi abdominale de façon à produire une contracture localisée et secondaire des muscles de l'abdomen. La plupart du temps, dans ces circonstances, on constatera que chez ces malades, le tympanisme et les troubles digestifs ont précédé la contracture. Cette contracture existe très souvent avec l'ascite ; elle provient alors de l'irritation du péritoine. Dans ces cas, il est excessivement difficile de faire le diagnostic entre l'ascite généralisée et le kyste de l'ovaire. M. Thiriart a rencontré en particulier deux cas de ce genre où le diagnostic ne put être fait que sous le chloroforme, cas d'autant plus intéressants que la laparotomie fut faite, et le péritoine, rempli de nodosités tuberculeuses, lavé à l'acide phénique. Après cette opération, les deux malades guérirent complètement.

La conclusion de ces faits est que, lors même qu'on aura constaté tous les signes d'un kyste de l'ovaire chez une femme, il y a toujours

lieu de se demander s'il existe réellement une tumeur abdomin Au moindre doute, il faut chloroformer la malade. Mais il faut savoir aussi que, dans certains cas, très exceptionnels, il est vrai, chez les malades très nerveuses, sujettes à des contractures très vives qui exagèrent les symptômes de la tumeur, le chloroforme peut faire disparaître les signes d'une tumeur existant réellement. M. Thiriar a vu un cas de ce genre dans lequel, après chloroformisation, on ne trouva plus que de l'empâtement, sans signes positifs du kyste. L'opération fut remise et faite deux mois plus tard après que le kyste eût beaucoup grossi.

Enfin, il ne faut pas oublier que, dans bien des cas, la distention de la vessie a simulé des kystes ovariens et que le cathétérisme de la vessie est une mesure préalable nécessaire dans le diagnostic.—*Journal de médecine de Paris.*

HYGIÈNE.

Sur le système sanitaire adopté par la conférence de Venise pour empêcher le choléra de pénétrer en Europe par l'Isthme de Suez.

Par M. le prof. P. BROUARDEL, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Jusqu'à ce jour, le système adopté pour préserver l'Europe contre l'invasion des maladies pestilentiennes, notamment contre le choléra, a été celui des quarantaines, inauguré à Venise au XV^e siècle. On isole les passagers provenant des régions contaminées dans des espaces clos appelés "lazarets" et l'on désinfecte les hardes et les objets suspects par l'aération prolongée ou par des vapeurs considérées comme douées de propriétés désinfectantes.

Ce système apporte de grandes entraves au commerce et soumet les voyageurs à une séquestration incommode et parfois prolongée. Dès que la navigation est devenue plus rapide, et surtout dès que le tonnage des navires a augmenté, les difficultés d'application se sont multipliées. On peut retenir dans un lazaret trente ou quarante passagers débarquant d'un bateau à voiles ; il est presque impossible d'être organisé pour isoler mille ou douze cents personnes, pour les surveiller, les nourrir dans des conditions acceptables.

Des récriminations de plus en plus violentes se sont élevées contre le système quarantenaire. Des conférences sanitaires successives se sont réunies pour l'améliorer, à Paris, en 1831 ; à Constantinople, en 1866 ; à Vienne, en 1874 ; à Rome, en 1885. Toutes ont échoué. Celle

de Venise, réunie en janvier 1892, a réussi. Depuis dix jours, la convention est revêtue de la signature de tous les ministres plénipotentiaires des puissances européennes. Il ne manque plus que la ratification définitive.

C'est le système proconisé par les délégués français MM. Barrère, ministre plénipotentiaire, Proust, Catelan et moi, qui a été adopté à Venise. Avec M. Rochard, nous en avons déjà défendu à Rome, en 1885, les parties principales.

Je désire résumer devant l'Académie les principales conditions de l'accord intervenu, car la convention a pour base les conquêtes de l'hygiène.

Il est établi que les germes du choléra sont contenus dans les déjections des malades, dans les linges souillés, que ces germes y conservent une vitalité très longue, qui par fois, a dépassé un an.

Au lieu d'attendre que le temps, l'air, le soleil les aient fait périr, nous voulons que ces germes soient rapidement et effectivement détruits, avant de pénétrer en Europe. Nous possédons, pour opérer cette destruction, des étuves à désinfection par la vapeur sous pression, dont l'efficacité a été expérimentalement démontré par le comité d'hygiène, et pratiquement, il y a deux ans, lors de l'épidémie de choléra en Espagne. Nous avons à cette époque, à la frontière des Pyrénées, désinfecté le linge des voyageurs, retenu dans des maisons d'isolement les cholériques et les suspects : le choléra n'a pas pénétré en France.

Depuis six ans, M. Proust et moi, assistés par M. Nicholas, directeur au Ministère du Commerce, puis par M. Monod, directeur au Ministère de l'Intérieur, avons demandé que les navires aient à bord un médecin et une étuve à désinfection, de façon que tous les objets susceptibles d'être souillés soient désinfectés pendant la traversée, avant l'arrivée au port.

C'est ce système qui a triomphé à Venise.

Lorsque les délégués français se sont rendus à la conférence, ils ne se dissimulaient pas les difficultés de la situation.

Le conseil sanitaire international d'Alexandrie, créé par Méhémet-Ali, comprenait neuf membres égyptiens, qui, alliés aux représentants de l'Angleterre, formaient la majorité et accordaient, depuis plusieurs années, aux navires de telle ou telle puissance, un laissez-passer à peu près absolu ; tandis qu'ils appliquaient aux autres les prescriptions édictées par les règlements sanitaires. Il en résultait pour la navigation des diverses nations une inégalité désastreuse au point de vue des intérêts commerciaux de quelques-unes d'entre elles et un véritable danger pour la santé publique.

Pour modifier les règlements et le conseil chargé de les appliquer,

il nous fallait obtenir, dans la conférence, l'assentiment unanime des puissances. En 1885, à Rome, la Grande-Bretagne était, sur ces questions, restée seule en présence des dix-huit autres puissances, mais comme son commerce représente les 80 p. 100 de la navigation totale du canal de Suez, comme sa position en Egypte lui assure une influence prépondérante, sa résistance avait suffi pour faire échouer les résolutions votées par toutes les autres puissances.

Enfin, la base des délibérations de la conférence de Venise était fixée dans un protocole, signé par la Grande-Bretagne et l'Autriche-Hongrie, dont la teneur était ainsi formulée :

Les bâtiments anglais, à destination d'un port du Royaume-Uni, infecté ou non, seront libres de passer le canal de Suez en quarantaine. Sous les trois conditions suivantes et sans aucune détermination quarantenaire :

1° Arraisonnement du navire ;

2° Présence de deux gardes sanitaires à bord pour empêcher tout contact entre le bâtiment et les personnes ou objets se trouvant sur le bord du canal ;

3° Avertissement télégraphique adressé aux puissances, les prévenant que tel navire transite le canal en quarantaine.

D'après le protocole austro-anglais, les navires ayant même des cholériques à bord auraient donc pu traverser le canal de Suez et entrer dans la Méditerranée.

Nous avons démontré que le passage en quarantaine du canal de Suez était impossible. Le canal est étroit. Un certain nombre de chauffeurs sont pris à Ismaïlia, à Port-Saïd, pour compléter l'équipage des navires se rendant dans l'extrême Orient. Au retour, ces chauffeurs débarquent dans ces ports. C'est ainsi, d'après les rapports des docteurs Koch et Mahé, qu'est née l'épidémie cholérique de 1883 en Egypte. Les navires sont obligés de faire leur charbon à Port-Saïd. Enfin, souvent il y a des échouements, des ensablages des navires dans le canal ; dans ces cas, le personnel du bord ne suffit pas, il faut faire appel à des aides étrangers. Les contacts sont donc impossibles à empêcher dans le canal. L'Egypte serait constamment menacée et quand le choléra sévit en Egypte, la Méditerranée est bientôt envahie.

Nous avons fait remarquer, de plus, que le passage en quarantaine ne pouvait être accordé aux navires d'une seule puissance, que nous ne pouvions accepter que le régime de l'égalité absolue pour tous les pavillons.

A cette convention, si pleine de périls pour la santé publique, la délégation française a réussi à faire substituer l'obligation de ne laisser passer par le canal de Suez que les navires indemnes ou ceux qui au-

raient été complètement désinfectés, soit pendant la traversée, soit avant leur entrée dans le canal.

Voici le résumé de cette convention : Les navires venant de l'extrême Orient qui, depuis le point de départ, n'auront eu aucun accident cholérique à bord, recevront libre pratique immédiate.

Les navires sur lesquels il y a eu des cas de choléra pendant la traversée, mais aucun cas nouveau depuis sept jours, s'ils ont un médecin et une étuve à bord, pourront passer le canal en quarantaine, parce que, si un nouvel accident survenait, le médecin pourrait ordonner les mesures de désinfection nécessaires. Les navires de cette catégorie qui n'ont ni médecin, ni appareil de désinfection, seront retenus avant l'entrée dans le canal, aux sources de Moïse, où seront appliquées les mesures de désinfection.

Les navires infectés ayant des cas de choléra à bord ou ayant eu des cas de choléra depuis sept jours, seront arrêtés aux sources de Moïse, les malades seront débarqués et isolés. On désinfectera le linge sale, les objets à usage, les vêtements, ainsi que le navire.

Si le navire a un médecin et une étuve, certaines facilités pourront être accordées, mais sous la condition qu'il abandonne à l'établissement sanitaire des sources de Moïse ses cholériques et ses suspects.

Pour assurer l'exécution de ces mesures, la conférence de Venise a reconstitué le conseil sanitaire d'Alexandrie. Le nombre des représentants de l'Égypte a été réduit de neuf à quatre, de façon qu'aucune puissance, en s'alliant aux délégués égyptiens, ne puisse imposer sa volonté prépondérante.

La station sanitaire des sources de Moïse comprendra quatre médecins européens, des étuves dont une placée sur ponton destinée, en accostant le navire infecté, à hâter les opérations de désinfection, un hôpital d'isolement de douze lits, disposé de façon que les malades, les suspects, les hommes et les femmes soient isolés les uns des autres.

Les conditions du transit à travers le canal ont été rigoureusement déterminées.

Des règlements annexés à la convention ont fixé les diverses mesures à prendre dans toutes les hypothèses imaginables.

Tel est l'ensemble du nouveau régime sanitaire que la délégation française a réussi à faire adopter par l'unanimité des puissances européennes. Cette convention est la première acceptation internationale de la réforme quarantenaire que le comité d'hygiène poursuit depuis sept ans, mais celle-ci ne sera complète que lorsque les nations européennes se seront organisées de façon à substituer à l'ancien procédé quarantenaire vexatoire et incertain, celui qui comporte un outillage plus scientifique et plus sûr dans ses résultats.

La délégation française, en faisant accepter ces propositions, est convaincue qu'elle a mis l'Europe à l'abri de la pénétration du choléra par la voie du Suez ; elle a émis le vœu que des conventions analogues soient appliquées au golfe persique et aux frontières de l'Inde et de la Russie.

Elle pense qu'en donnant ainsi satisfaction aux nécessités de l'hygiène, elle n'a porté que des entraves bien faibles à la liberté des communications et du commerce. Il résulte, en effet, des relevés dressés par le conseil d'Alexandrie que, en cinq ans, sur 16,000 navires qui ont traversé le canal de Suez, d'après le système adopté, 28 auraient subi un arrêt de quelques heures pour être soumis aux opérations de désinfection et 2 un arrêt de quelques jours.

La protection de la santé de l'Europe vaut bien ce léger sacrifice.

FORMULAIRE

Pilules contre l'hémoptysie.

CHAUVIN et JORISSENE.

Iodoforme..... 0 gr. 05 centigr.
Extrait de gentiane..... Q S. pour une pilule.

En faire 10 semblables.—On peut, si on le juge à propos, ajouter dix centigrammes de tannin à chaque pilule.— 3 à 5 pilules dans les viugt-quatre heures pour combattre l'hémoptysie.—Repos absolu, révulsifs aux membres supérieurs et inférieurs. Il paraît que l'iodoforme a réussi dans des cas où l'ergotine avait été administrée sans succès.

—*Union médicale.*

Limonade antidiarrhéique.—(Hayem)

Acide lactique..... 10 grammes.
Sirop simple..... 200 —
Eau distillée..... 800 —

Mélez.—A prendre par demi verres, en dehors des repas, dans la diarrhée chronique des adultes.—L'acide lactique agit comme tonique et germicide.—N. G.—(*Union Médicale.*)

Liniment antinévralgique

Chloroforme..... 20 grammes
Ether sulfurique..... 30 —
Alcool camphré..... 90 —
Teinture d'opium..... 6 —

Mélez.—Imbiber un morceau de flanelle de ce liniment, et l'appliquer sur la région douloureuse.—N. G.

BULLETIN

Le vote par district.

Nous recevons d'un de nos confrères les plus distingués, la correspondance suivante :

MONSIEUR LE REDACTEUR,

Recevez mes félicitations tardives mais sincères pour votre article du mois de juin, sur les devoirs du Bureau des Gouverneurs.

La meilleure preuve que vous avez frappé la note juste, c'est que plusieurs de vos suggestions ont été adoptées à la dernière réunion du Bureau.

Une proposition qui devra recevoir l'appui unanime du corps médical, c'est celle que M. le Dr Hart doit soumettre à la prochaine assemblée semestrielle : 1o Etablir le vote par district ; 2o Abolir le vote par procuration.

Ne vous semble-t-il pas, M. le rédacteur, que le *fons et origo mali* dont souffre la profession dans cette province, réside dans le mode actuel d'élection des gouverneurs ? Car, après tout, ces quarante immortels représentent ils l'opinion d'électeurs qu'ils ne connaissent pas, et avec lesquels ils n'entretiennent aucune relation ? Combien de médecins ont-ils pris part aux dernières élections ? Un peu plus de trois cents, me dit on ; c'est-à-dire le quart des électeurs du Collège. On m'a demandé une procuration pour voter en mon nom ; pour qui ai-je voté, en définitive ! je ne le sais pas plus que vous.

Il n'y a pas de doute que le vote par district remédierait à ces graves défauts. Il aurait en outre l'avantage de permettre aux médecins qui n'ont ni le temps, et, souvent, ni les moyens de sacrifier quatre ou cinq jours de pratique pour se rendre à Québec ou à Montréal, de se réunir au chef lieu du district pour nouer des relations plus étroites avec des confrères rarement rencontrés et discuter les questions qui intéressent et le corps médical en général et leur circonscription électorale en particulier. De ces réunions naîtraient cet esprit de corps, cette quasi-parenté qu'engendrent la similitude des besoins et la solidarité des intérêts.

Par là même chaque électeur se trouverait en état de voter d'une manière intelligente pour le candidat de son choix, — celui qu'il croit digne de sa confiance, et le mieux qualifié à le représenter dans le Bureau.

Et nos bons gouverneurs, connaissant bien les besoins de leur dis-

trict et les vues de leurs mandataires, seraient en mesure de remplir leur office d'une manière plus pratique et plus efficace. Bien plus encore, *la crainte des électeurs étant le commencement de la sagesse*, ils déploieraient un zèle inconnu jusqu'ici pour promouvoir les intérêts de la profession.

Ce sera là un moyen puissant d'intéresser tous les médecins à surveiller leurs affaires de plus près. Avec le système actuel, celui qui compte des amis à Montréal et à Québec peut se faire élire membre du Bureau à perpétuité, sans avoir de compte à rendre à personne ; et les gouvernés, sachant que leurs plaintes se perdent dans le désert, se désintéressent de l'administration de leurs affaires.

Pour le plus grand bien de la profession, espérons que la proposition du Docteur Hart recevra l'appui unanime du Bureau.

Autre question : On a parlé de fonder une bibliothèque, d'acquérir un immeuble, de construire un édifice, etc. Nous ne comprenons guère que les fonds du collège puissent être consacrés à un objet qui ne saurait profiter qu'au petit nombre et encore à ceux qui en ont le moins besoin.

D'ailleurs, n'y a-t-il pas une idée centralisatrice dans ces projets ?

Il y a plusieurs modes d'utiliser ces fonds d'une manière utile et profitable pour tous. Par exemple qu'on accorde une subvention annuelle à l'*Union*, à la *Gazette Médicale* et au *Medical Journal*, qui leur permettra d'élargir le champ de leur action, ou encore qu'on encourage les recherches, l'étude, l'observation par la création de bourses, de prix décernés à des travaux originaux, mémoires, etc. Le riche et le pauvre, le médecin de la ville et le médecin de la campagne retireraient ainsi le bénéfice d'épargnes qui sont la propriété de tous.

Agréez, M. le Rédacteur, l'expression des sentiments avec lesquels je demeure

Votre tout dévoué serviteur,

M. D.

22 Août 1892..

Nous publions avec d'autant plus de plaisir la correspondance de notre estimé confrère, que nous embrassons entièrement ses vues sur les questions qu'il traite. La motion de M. le Dr Hart a pour but de remédier aux grands défauts que présente notre manière d'élire nos gouverneurs.

Et d'abord—au sujet du vote par procuration—ce que nous avons vu aux dernières élections nous a grandement surpris.

Sur les 304 votes qui ont été enrégistrés, un seul homme a voté pour 132 membres ce qui revient à dire qu'il a fait les élections à lui seul.

Cette fois-ci, l'homme qui tenait cette puissance en main était un de nos médecins les plus distingués, l'un des gouverneurs qui a le plus à cœur les intérêts de la profession médicale dans cette province ; aussi les élections ont-elles eu un résultat qui, en général, a donné satisfaction aux intéressés.

Mais supposons pour un instant qu'un tel nombre de procurations fut tombé entre les mains d'un intrigant, d'un homme sans programme. Le résultat est assez facile à prévoir, cet homme aurait voté selon son bon plaisir et le Bureau des Gouverneurs serait encore une fois devenu, ce qu'il a été déjà si souvent : un corps sans âme, un certain nombre de médecins qui se réunissent deux fois par année sans but déterminé, sans programme arrêté.

Comme nos lecteurs le savent peut être, la province de Québec, pour les élections des Gouverneurs du Collège des Médecins, comprend six divisions électorales : les villes de Québec et de Montréal, les districts de Montréal, de Québec, de Trois-Rivières et de Saint-François.

Or un médecin d'une de ses divisions a droit de vote dans toutes les autres divisions.

On conçoit aisément qu'un médecin de Montréal ne soit pas au courant des intérêts des autres districts éloignés et par conséquent ne soit pas qualifié à voter intelligemment pour ces districts : les gouverneurs élus ne représentent donc pas toujours la volonté populaire des divisions pour lesquelles ils sont élus.

C'est là une anomalie sur laquelle nous attirons d'une manière toute particulière, l'attention de nos confrères qui pratiquent à la campagne.

Il est reconnu que le plus grand nombre de médecins qui votent, personnellement ou par procuration, sont les médecins qui résident dans les villes où se tiennent les assemblées. Or ces médecins contrôlent l'élection, et les quelques médecins de campagne qui assistent à ces réunions, ne peuvent que bien rarement faire valoir leurs idées au sujet des gouverneurs que réclament leurs divisions.

Les médecins de la campagne, avec le système actuel n'ont donc pas la part de représentation à laquelle ils ont droit.

L'on nous dira peut-être que les médecins de campagne qui ne votent pas personnellement, ont le droit d'envoyer leur procuration. C'est bien vrai ; et c'est ce qu'il font généralement. Mais les médecins qui reçoivent le plus grand nombre de procurations sont des médecins de la ville, qui votent selon leurs idées personnelles. Donc, ce que nous disions reste vrai : les médecins de la campagne n'ont pas la part de représentation à laquelle ils ont droit.

Résultat pratique : Les gouverneurs, connaissant le peu de respon-

sabilité qu'ils ont envers les membres de leurs districts, négligent leurs intérêts.

Il arrive même quelquefois que les médecins de ces districts ne savent même pas le nom des gouverneurs qui les représentent. La plupart, sachant bien que leurs voix ne seront pas entendues, négligent de s'occuper du Bureau des Gouverneurs. Ceux-ci, se sachant de leur côté, hors d'atteinte, laissent aller les affaires à la routine : c'est là, croyons-nous, le secret de l'incurie avec laquelle la profession médicale a toujours été traitée jusqu'à ce jour.

Il s'agit pour la profession médicale de protester hautement contre un tel état de choses : aux médecins de la campagne surtout il appartient de revendiquer leurs droits.

Que les sociétés médicales s'occupent de la chose ; qu'elles fassent appuyer par les signatures de leurs membres la proposition de M. le Dr Hart.

Encore une fois sortons de notre apathie. Enregistrons de vigoureuses protestations. Et demandons à la Législature de nous donner un système d'élections où les droits d'un chacun soient sauvegardés ; ou les gouverneurs soient responsables à leurs mandataires.

LES CANADIENS A L'ÉTRANGER.

HONNEURS À UN COMPATRIOTE.

Pour la première fois depuis la fondation de la "British Medical Association"—le discours d'ouverture pour la section de chirurgie, a été prononcé par un médecin des colonies britanniques et c'est à M. le Dr Hingston, de notre ville que revient cet honneur.

Notre distingué compatriote avait pris pour sujet la chirurgie au Canada. Il a démontré, preuves en mains, que notre pays avait autant fait pour l'avancement de la chirurgie que les pays Européens.

C'est ici, à Montréal, que fut pratiquée pour la première fois l'ablation simultanée de la langue et du maxillaire inférieur, la ligature de l'artère fessière et celle de l'artère innommée.

Plusieurs mois avant Simon de Heidelberg ; plusieurs années avant les chirurgiens français et anglais, un chirurgien canadien, avait pratiqué l'ablation du rein (1).

Les suites des opérations sont généralement meilleures au Canada que dans les pays Européens : cela dépend de climat d'abord, et en-

(1). C'était M. le Dr. Hingston.

suite du caractère simple et sthénique du processus inflammatoire.—
L'acclimatation, confère bien des immunités.

M. le Dr Hingston n'a pas voulu terminer son discours sans faire l'éloge de l'Hotel-Dieu et sans donner une esquisse de la vie de Made-moiselle Mance, la fondatrice de cet immense hopital.

NOUVELLES MEDICALES

LA QUARANTAINE.

RÉUNION DES MÉDECINS DE QUÉBEC AU SUJET DE LA QUARANTAINE DE LA GROSSE ÎLE.

Mr. le Dr. Belleau de Québec, nous communique le rapport suivant :

Sur une invitation adressée par le Dr Catellier, médecin hygiéniste de la cité, les médecins suivants se sont réunis au bureau d'hygiène de la rue Ste-Ursule, MM. les docteurs C. D. Lemieux, Blanchet, Catellier, Blais Samson, Ahern, Rinfret, F. R., Gingras, Turcot, Boulet, Vallée, Lavoie, Henchey, Watters, Verge, W. A., Hamel, Marois, Jolicoeur, Lemieux, jnr., Howe, Grondin, Elliott, Potvin, Paquin, Roy, Verge, C., jur., Faucher.

Le Dr Lemieux fut appelé à présider l'assemblée et le Dr Ahern prier d'agir comme secrétaire.

Le président expliqua le but de la réunion : " Transmettre à qui de droit l'opinion que s'est formée la profession médicale de cette ville sur l'état de la quarantaine de la Grosse Ile à la suite de l'inspection de la veille. Faire parvenir à qui de droit les suggestions qu'elle croit devoir faire. La Quarantaine actuelle est un trompe-l'œil, telle est la pensée que commente le Dr Lemieux avec l'approbation manifeste de tous les assistants. Il n'y a ni quai propice, ni eau en quantité suffisante, ni appareil de désinfection efficace, ni logements convenables pour les détenus en quarantaine.

Le Dr Vallée propose, secondé par le Dr Ahern, la série de résolutions suivantes qui sont unanimement adoptées ;

Les médecins de la cité de Québec, après avoir visité la quarantaine de la Grosse Ile, croient devoir résumer leurs observations dans les conclusions suivantes :

1. Malgré les avantages naturels de sa situation, notre quarantaine

est si mal organisée qu'elle n'offre qu'une protection illusoire contre l'épidémie cholérique qui nous menace.

2. Les Quarantaines de nos jours sont essentiellement des lieux de désinfection et d'isolement, or on ne saurait trouver sur la Grosse Ile un seul appareil qui permette de désinfecter rapidement et sûrement les navires, les marchandises ou les passagers qui peuvent nous arriver d'un moment à l'autre des pays infectés. Enfin les bâtisses qui doivent servir d'abris aux passagers suspects que l'on tient en quarantaine sur l'Ile sont dans un état pitoyable et l'approvisionnement d'eau est absolument insuffisant pour les services d'alimentation, de bains, de latrines, et de blanchissage.

3. Dans les conditions actuelles et jusqu'à ce que notre régime de quarantaine soit organisé comme il devrait l'être, nous croyons devoir suggérer au gouvernement fédéral l'exclusion rigoureuse de toute immigration et l'imposition d'une quarantaine de 30 jours pour tous navires venant de ports suspects ou infectés de choléra. C'est le seul moyen pratique qui nous reste de défendre le pays contre l'invasion cholérique.

4. Enfin, il est urgent que notre quarantaine soit approvisionnée d'eau pure en quantité suffisante pour les services généraux, que le quai soit allongé, afin que les vaisseaux puissent y accoster facilement et il est de toute nécessité que les officiers sanitaires soient pourvus des appareils indispensables les plus modernes pour faire au besoin une désinfection rapide et complète.

Ces résolutions donnent lieu à de longs commentaires de la part des Drs Ahern, Catellier, Lavoie, Howe, Grondin qui tous reconnaissent l'inefficacité absolue de notre station sanitaire.

Puis le Dr Lavoie propose, secondé par le Dr Samson et il est résolu que l'assemblée croit de son devoir de présenter ses plus sincères remerciements au bureau de commerce pour l'heureuse idée que le dit bureau a eu de faire connaître à la profession médicale, et par là au public l'état réel de la station sanitaire de la Grosse Ile et pour l'attention délicate dont les médecins ont été l'objet de la part de M. le Président Chateaubert et de M. T. Nesbitt dans leur tournée d'inspection.

Le Dr Verge attire l'attention sur la déclaration du ministre d'agriculture publiée dans les journaux du jour. Au cours de cette déclaration il est affirmé que la Grosse Ile aura à la fin de cette semaine les appareils à désinfecter des plus modernes. " Or, poursuit le docteur, j'ai eu l'occasion de consulter précisément à ce sujet, en compagnie de confrères ici présents le médecin en charge de la quarantaine et il m'a affirmé que les appareils attendus étaient une nouvelle machine à brûler du soufre et certains appareils à désinfecter par la vapeur que le

gouvernement emprunte de la ville de Toronto. Est-ce là ce qu'on entend par appareils les plus modernes? Une machine à brûler du soufre, quand on sait que l'efficacité de cette désinfection est mise en doute, condamnée même par des publications les plus récentes. Des machines empruntées! Croit-on que sous les circonstances la ville de Toronto se départisse d'appareils bien modernes?

" Il n'est pas nécessaire d'avoir une nouvelle inspection de quarantaine de la Puissance, dit la même déclaration ministérielle, après qu'un navire a subi l'inspection du Dr Montizambert. La responsabilité des autorités serait affaiblie après avoir été divisée..... Des médecins de port sous le contrôle du gouvernement provincial seraient des auxiliaires importants pour le service de la quarantaine."

A tout cela il y a une réponse facile. N'est-il pas avéré que des navires ont pu se soustraire à l'inspecteur de la quarantaine? A qui incombe la protection du commerce, est-ce aux autorités fédérales ou aux autorités locales? La responsabilité des autorités serait-elle moins divisée si la nomination de médecins du port incombait au parlement provincial?

Le Dr Vallée parle sur le sujet. " Il n'y a réellement pas de quarantaine à la Grosse Ile dans le sens actuel du mot. Ce qui presse le plus c'est le prolongement du quai. Pour la désinfection nous n'avons que des promesses, et sous les circonstances ce n'est pas assez pour calmer l'opinion publique!

Le Dr Samson commente le fait qu'un navire venant des Iles Philipines par la Méditerranée, le *Thorndale* a pu pénétrer jusqu'à Montréal sans être signalé à la quarantaine. Il se demande si d'autres navires n'échapperont pas aussi à l'inspection. Quel est le mode de surveillance sur les navires qui prennent leur chargement en bas de la Grosse Ile, à Rimouski, à Chicoutimi, à la rivière Blanche, à Bethsiamits, à la Baie St-Paul? Il croit que des Informations devraient être demandées et qu'une station de désinfection ou au moins une inspection plus rigoureuse devrait être instituée à la Pointe-au-Père, là où les steamers débarquent la malle, parfois même des passagers là où tous les navires prennent leur pilote. A cette station les navires non suspects qui ne doivent pas remonter le fleuve seraient tenus de prendre un permis pour charger ailleurs, un peu à l'instar de ce que vient de créer la conférence sanitaire internationale de Venise ou sujet de la station sanitaire des Sources de Moïse à l'entrée du canal de Suez. A cette station les navires indemmes seuls reçoivent la permission de communiquer avec le rivage dans leur passage à travers le canal, les autres doivent transiter en quarantaine sans communication avec la rive, sans garages. Le docteur demande quand et où sont désinfectées

les malles qui débarquent actuellement à la Pointe-au-Père et qui contiennent des lettres et des journaux qui viennent des pays contaminés. Il y a là autant de sujets à étudier et ce que les médecins viennent de voir à la Grosse Ile n'est pas de nature à laisser supposer que la protection au point de vue sanitaire soit bien efficace ailleurs.

Le Dr Gingras propose secondé par le Dr Henchey que copie des résolutions qui précèdent soit transmise aux autorités fédérales, et que copie des délibérations de cette assemblée soit adressée au bureau de commerce et à la presse.

Cette résolution est unanimement adoptée et l'assemblée s'ajourne après les remerciements usuels à son président et à son secrétaire.

Association Médico-Chirurgicale de St-Hyacinthe.

Jeudi, le 11 août, cette intéressante et utile association tenait sa réunion trimestrielle ordinaire.

Le mauvais état de la température a empêché plusieurs membres assidus de la campagne d'assister à cette assemblée.

Membres présents : M. le Dr M. J. Palardy, de St-Hugues, président ; MM. les Docteurs J. H. L. St-Germain, vice-président ; H. A. Mignault, Eugène Turcot, P. E. Desparts, Gaspard Turcot, Emile St-Jacques, L. A. Beaudry, J. E. Tétreault, de St-Hyacinthe.

Le Dr Gauthier, d'Upton, empêché par cause de maladie dans sa famille, d'assister à l'assemblée, fit présenter ses excuses.

Après les procédés ordinaires de routine, M. le Dr Gaspard Turcot, chargé de faire les frais de la présente séance, prit le fauteuil et s'acquitta de sa tâche avec autant de crédit pour lui-même que d'intérêt pour ses confrères auditeurs. Dans son travail : *Traitement de la diarrhée chez les enfants*—sujet plein d'actualité à cette époque de l'année—le Dr Turcot prouva non seulement qu'il est un observateur judicieux, mais de plus un travailleur.

Ce travail fut l'objet des remarques et de discussions de la part de MM. Mignault, Palardy, Turcot et St-Germain.

Cette intéressante discussion terminée, M. le Président fut prié de laisser son siège et fut remplacé par M. le Dr Mignault. MM. St-Germain et Turcot [Eugène] se firent les interprètes de leur confrères et collègues, en offrant à M. le Dr Palardy leurs sympathies et leurs condoléances à l'occasion de la mort de sa vénérable mère, décédée le 9 du courant, à l'âge de 92 ans.

Pris à l'improvise, M. le Dr Palardy répondit en termes émus et se montra sensible à ce témoignage de sympathie et de fraternité de la part de ses amis.

L'assemblée s'ajourna alors à trois mois, après la promesse et l'engagement pris par M. le Dr Desparts de donner une conférence à la prochaine réunion, en novembre.

Avant de se séparer, MM. Mignault, Palardy et St-Germain crurent devoir remarquer de l'apathie chez certains médecins du district, qui, pouvant le faire assez facilement et sans se déranger, négligent d'assister à ces utiles et agréables réunions. Ils espèrent que tous leurs confrères du district se feront un honneur et un devoir de se joindre aux membres de cette société.

Il est aisé de comprendre ce que la science et les rapports professionnels ont à gagner de pareilles discussions intéressantes mais désintéressées et fraternelles.

Les réunions ont lieu tous les trois mois, et sont intéressantes par la lecture d'une conférence par un des membres, suivie de discussions sur le sujet traité dans une conférence antérieure.

Ces quelques données démontrent que cette association est appelée à rendre de grands et signalés services à ses membres, si l'on veut y mettre un peu de bonne volonté. Ces associations composées, non pas de savants, mais d'ambitieux de rendre leur art utile à la société et satisfaisant pour eux-mêmes, sont de nature à inspirer confiance à la société. Ce n'est qu'à la condition d'étudier et de travailler toujours que le médecin peut espérer acquérir cette confiance si nécessaire, indispensable même à ses succès futurs.

Naissance.

A Ste-Anne de Bellevue, le 17 septembre 1892, l'épouse de M. le Dr L. N. F. Cypihot, une fille.

Parrain et Marraine, Dr Theod. Cypihot, de Ste-Cunégonde et son épouse.

Mariage.

Le 8 Août 1892, à la chapelle du Sacré-Cœur de l'église St-Jacques, M. le Dr J. B. Deslauriers, de Montréal, conduisait à l'autel mademoiselle Marie Elmiere Anne Rambert dit St-Martin.—Mr F. Genest a servi de père au marié et Mr Alexis Foucher, à la mariée.

Décès.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr J. A. LaRamée, professeur de clinique médicale à l'Université Laval.

BIBLIOGRAPHIE

AIDE MÉMOIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE, par le professeur Paul Lefert.
1 vol. in-16 de 308 pages, cartonné. 3 fr.

La publication du *Manuel du Doctorat en médecine* de Lefert se poursuit avec une régularité parfaite. Dix volumes sont déjà parus. Ce sont les Aide-mémoire d'anatomie, de physiologie, d'histologie, de pathologie interne, de pathologie générale, de thérapeutique, de clinique médicale et diagnostic, d'anatomie pathologique, d'hygiène et médecine légale.

L'*Aide-mémoire de pathologie externe*, qui vient de paraître, ne peut manquer d'avoir le même succès que ses aînés.

Ce *Manuel*, destiné spécialement aux étudiants, ne profitera pas à eux seuls. Comme il met en relief les points importants de la pathologie externe, science qui s'est tant modifiée depuis quelques années, sous l'influence des applications de l'antisepsie, comme il est mis au point des théories les plus nouvelles, comme il met en regard de chaque théorie ou fait nouveau les noms de leurs parrains, il aidera beaucoup aux recherches des praticiens, et leur permettra d'étudier rapidement une question quelconque.

Comme précédemment on retrouve consignées dans cet Aide-mémoire les idées professées par les maîtres de nos écoles, et l'on retrouve à chaque page les noms de Verneuil, Guyon, Duplay, Lannelongue, Tillaux, Le Dentu, Terrier, Reclus, Bouilly, etc.,—Ollier, Poncet (de Lyon),—Beuchard, Coyne (de Bordeaux),—Gross (de Nancy),—Jeannel (de Toulouse), etc.

Whooping-Cough ; its management ; its climatic treatment, by J. H. Musser, M. D., assistant professor of Clinical Medicine, University of Pennsylvania.

The Uses of Fever-Heat ; the occasional dangers of antipyretics in typhoid fever, by J. H. Musser, M. D.

The limitations and powers of therapeutics, by J. H. Musser, M. D.

PETITE CORRESPONDANCE.

M. LE DR. A. D.

Vous nous demandez la quantité de peptonate de fer contenue dans les préparations qui sont actuellement sur le marché.

Voici, tel que nous le reproduisons de "La Presse Médicale Belge" l'analyse du peptonate de fer Pizzala, faite par le chimiste de Bechi, Paris.

Le produit constitue un liquide limpide, brunâtre, doué d'une odeur alcoolique aromatique et d'une saveur légèrement astringente. Il a donné à l'analyse les résultats suivants :

"EISENPEPTONESSENZ" DE M. PIZZALA A ZWINGENBERG.

Albumoses.....	0.506
Matières extractives non azotées.....	0.424
" organiques non azotées.....	0.307
" minérales.....	0.582
(dont oxyde de fer, Fe ₂ O ₃ , 0.517)	
Alcool en poids.....	4.500
Eau par différence.....	93.681
	100.000
Azote total.....	0.155
dont azote albuminoïde.....	0.081

La Presse Méd. Belge.

Nous donnons maintenant l'analyse du peptonate de fer Denayer par le même chimiste.

ANALYSE DU PEPTONATE DE FER LIQUIDE DENAYER.

Cette préparation présente la composition chimique suivante :

Albumose peptone.....	5.1709
Matières extractives.....	2.7663
Peroxyde de fer.....	1.3440
Autres matières minérales.....	0.7455
Eau.....	89.9733
	100.000
Azote totale.....	1270%

Cette préparation est une solution de peptonate de fer à 10% environ.