

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- Coloured covers /  
Couverture de couleur
- Covers damaged /  
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /  
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /  
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /  
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /  
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /  
Planches et/ou illustrations en couleur
- 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.

# SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>Exposé succinct des résultats obtenus et de l'expérience acquise dans deux cent quarante-huit opérations abdominales</i> , par le Dr A. LAPHORN SMITH, B. A. M. D., M. R. C. S. England, etc.....	129
BIBLIOGRAPHIES .....	136 185
COURRIER DE LA MATERNITÉ.— <i>De l'Eclampsie</i> , par Elphège A. René de COTRET, M. D., médecin de la Maternité, professeur adjoint d'obstétrique.....	137
<i>De l'Opération de Mules</i> , par Jehin PRUME, M. D., médecin de l'hôpital Notre-Dame.....	154
SOCIÉTÉ DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAML.— Séance d'ouverture. <i>Discours du président sortant de charge</i> , le Dr. A. JOYAL.....	155
REVUE DES JOURNAUX.	
MÉDECINE.	
<i>La saignée, les vomitifs et le vésicatoire</i> , par M. Albert ROBIN, de l'Académie de Médecine de Paris.....	157

( Voir la suite, page 3. )

" Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETS.

## LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique—dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses, La Listerine occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'éruclations acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que La Listerine est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par cuillerée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produit un soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

## LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS —Calcul urinaire, Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.

Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

**Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.**

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par W. LLOYD WOOD, Agent.

En écrivant mentionnez ce journal.

# Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET  
EN DÉTAIL.**

**2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,  
MONTREAL**

La maison J. LEDUC & CIE., qui a son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier, est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

## AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “ .....	1.25
“ “ “ “ .....	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Fahrenheit.

Seringues Hypodermiques .....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diptéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur .....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.



Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,  
médicaments nouveaux de tous les pays.

## BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de  
campagne.

**Fleurs sèches.-Parfums.**

**Articles de toilette, etc.**

 Prescriptions remplies avec soin. 

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

# DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

**Carré Chaboillez, . . . . . Montreal.**

SOMMAIRE (Suite)

PAGES

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

*Du massage dans les vomissements incoercibles des femmes enceintes*  
 (GEOFFROY) ..... 164

*Troubles de la menstruation dans les maladies du cœur* (GUILMARD)... 164

*Curage digital post abortif* (FIEUX)..... 166

*Le Congrès International d'Hygiène*..... 174

ART DENTAIRE.

*L'antiseptie chez le dentiste*, par le Dr Eudore DUBEAU..... 184

COURRIER DES HOPITAUX.

*Hôpital Notre-Dame* (LAMARCHE) ..... 186

*Hospice St-Joseph* (PRUME) ..... 187

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

*La prochaine élection du Bureau Provincial et la circulaire Beausoleil*... 188

# J. H. CHAPMAN,

**2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294**

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - **MONTREAL.**

**BELL TELEPHONE 4396.**

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés - - - - - **Discounte de 5% au comptant.**

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries GaiFFE (de Paris)  
 Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)  
 Dubois, etc.

**La plus soigneuse et prompte attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.**

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

**H. J. CHAPMAN.**

# BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE

de Chaux et de Fer effervescent.

La Biosine représente le plus complet des reconstituants et des toniques de l'organisme. Son action puissante s'opère à la fois sur les systèmes nerveux, osseux et sanguin, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.

Elle se recommande par son emploi et son goût agréables. N'étant pas à base de sucre, elle convient à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation et peut être mise en usage par les diabétiques.

*Prise au repas, elle active la digestion par l'acide carbonique qu'elle dégage, et qui facilite son assimilation.*

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

# GLYCÉROPHOSPHATES EFFERVESCENTS

LE PERDRIEL

de Soude, de Chaux ou de Fer.

Régénérateurs et stimulants du système nerveux, dont ils constituent l'élément vital. L'action bienfaisante de la chaux et du fer sur la substance osseuse et le sang complète la médication par les glycérophosphates.

Se recommandent par leur emploi et leur goût agréables. N'étant pas à base de sucre, ils conviennent à tous les tempéraments, n'amènent pas la constipation et peuvent être mis en usage par les sujets diabétiques.

*Pris aux repas, ils activent la digestion par l'acide carbonique qu'ils dégagent et qui facilite leur assimilation.*

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

## ERGOTINE YVON

Solution Titree d'Ergot

PARIS, 7, rue de la Feuillade, 7, PARIS

Cette solution, rigoureusement dosée (un centimètre cube représente un gramme d'ergot) est inaltérable.

Elle renferme tous les principes actifs de l'ergot de seigle, à l'exclusion des matières inertes et même dangereuses. On l'administre par la voie stomacale (de 20 à 60 gouttes par jour), ou mieux en injections hypodermiques, à la dose d'un demi à un centimètre cube, dans le voisinage du lieu de l'hémorrhagie.

### INDICATIONS PRINCIPALES :

Hémoptyses, Epistaxis, Prolapsus du rectum, Hémorrhoides, Hémorrhagies utérines consécutives à l'accouchement ou provoquées par l'existence de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, Atonie de l'estomac et de l'intestin, Sueurs nocturnes des phthisiques, etc.

## ÉLIXIR YVON

Polybromuré

PARIS, 7, rue de la Feuillade, 7, PARIS

L'emploi de cet élixir permet de continuer pendant des mois et même des années le traitement bromuré, sans avoir à redouter les accidents cérébraux ou cutanés qui accompagnent toujours l'administration du bromure de potassium employé seul, quelle que soit d'ailleurs sa pureté chimique et la forme pharmaceutique sous laquelle on le présente. C'est ce qui explique les succès à peu près constants obtenus avec cette préparation. Elle renferme par cuillerée à bouche 3 grammes de bromures, soit 1 gr. par cuillerée à café.

Dose : 3 à 12 grammes par 24 heures.

### INDICATIONS

Epilepsie, Hystérie, Danse de St-Guy, Asthme, Insomnies, Névralgies, Migraine, Spermatorrhée, Glycosurie, Gastralgies, Neurasthénie, etc.

### AVIS IMPORTANT

Pour s'assurer de l'efficacité de ces produits, MM. les Médecins devront toujours ordonner

## L'ÉLIXIR et L'ERGOTINE YVON

avec l'adresse : 7, rue de la Feuillade

YVON et BERLIOZ, Paris

Dépôts à MONTRÉAL : ARTHUR DÉCARY et dans toutes Pharmacies & Drogues

SE MÉFIER  
DES  
CONTREFAÇONS

EXIGER NOTRE  
CACHET  
DE GARANTIE

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## EXPOSÉ SUCCINCT DES RÉSULTATS OBTENUS ET DE L'EXPÉRIENCE ACQUISE DANS DEUX CENT QUARANTE-HUIT OPÉRATIONS ABDOMINALES.

---

Par le Dr A. Laphorn SMITH, B. A. M. D., M. R. C. S., England, professeur de clinique de gynécologie à l'Université Bishop, chirurgien à l'hôpital Western et Samaritain.

La question qui de nos jours intéresse au plus haut point tout gynécologiste est celle-ci : Quels moyens prendre pour réduire au minimum le taux de la mortalité dans les opérations abdominales ? Le praticien consciencieux, de son côté, s'enquiert soigneusement des bons et mauvais résultats obtenus en pareilles circonstances et ce n'est qu'après avoir pesé le pour et le contre qu'il recommande à sa patiente de subir telle ou telle opération abdominale.

La malade d'ordinaire, de beaucoup la plus intéressée dans l'heureuse issue de l'opération, se laisse guider par son médecin.

Pour moi, personnellement, je cherche avant tout à réduire le pour cent de la mortalité dans mes opérations, sans pour cela négliger les questions d'importance majeure, tels que les résultats ultimes de la section abdominale, car, il faut bien l'avouer, plusieurs personnes, après avoir au risque de leur vie subi de sérieuses opérations, n'en ont bénéficié d'aucune manière.

Cependant, il est très consolant de voir, d'année en année, diminuer le pour cent de la mortalité et augmenter celui des résultats satisfaisants. Aussi, est-il facile de comprendre cette rivalité active et amicale qui augmente de jour en jour entre les principaux opérateurs du monde entier, rivalité ayant pour but non seulement de réduire le plus possible le taux de la mortalité, mais aussi de retirer, des grands moyens à notre disposition, tout le bien-être que l'on puisse en attendre dans l'intérêt de nos malades. Les statistiques pour présenter quelque intérêt doivent être très exactes. Je vais offrir à mes lecteurs la mienne, telle que faite depuis le 20 novembre 1895, date à laquelle j'écrivais mon dernier rapport constatant 11 décès sur 143 laparatomies. Depuis, j'ai fait 105 opérations abdominales, au cours desquelles 6 de mes malades ont succombé. Ainsi donc j'ai fait en tout 248 sections abdominales, et j'ai perdu 17 malades, ou un pourcentage de  $6\frac{1}{2}$ , et cela dans l'espace de 8 ans.

Voici comment furent réparties mes 105 dernières opérations :

Hôpital privé	26 opérations	1 décès	4 $\frac{1}{100}$
“ Western	24 “	2 “	8 $\frac{1}{100}$
“ Samaritain	55 “	3 “	5 $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{100}$
“ Notre-Dame	1 “	0 “	0
<hr/>			
Total — .....	106 “	6 “	5 $\frac{3}{4}$ $\frac{1}{100}$
En 1896	60 “	2 “	3 $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{100}$
En 1897	46 “	4 “	8 $\frac{5}{7}$ $\frac{1}{100}$

Si maintenant, nous considérons l'ouvrage fait depuis huit ans, en voici la liste :

Hôpital privé	93 opérations	6 décès	ou 6 $\frac{1}{2}$ pour cent.
“ Samaritain	79 “	4 “	5 “ “
“ Notre-Dame	1 “	0 “	0 “ “
“ Western	66 “	6 “	9 “ “
Opérations à domicile	7	1 “	12 “ “
Hôpital Strong	2	0 “	0 “ “

Voici maintenant en quelle année j'ai fait successivement ces 243 opérations :

1890 — 4	opérations	0 décès	0 pour cent.
1891 — 8	“	1 “	12 “ “
1892 — 12	“	2 “	17 “ “
1893 — 23	“	3 “	13 “ “
1894 — 39	“	3 “	8 “ “
1895 — 57	“	2 “	3 $\frac{1}{2}$ “ “
1896 — 60	“	2 “	3 $\frac{1}{3}$ “ “
1897 — 45	“	4 “	9 “ “

Voici pour quels cas j'ai opéré et quel fut le pour cent de la mortalité dans ces divers cas respectivement.

Ablations de grosses tumeurs du rein	2	décès	0
Grossesses extra utérines	7	“	0
Grosses tumeurs ovariennes	11	“	2
Hystérectomies abdominales	14	“	4
Hernies ombilicales	9	“	0
Obstructions intestinales	3	“	2
Péritonite généralisée après une fausse couche	1	“	0
Péritonite tuberculeuse généralisée	2	“	0
Cancer des deux ovaires	1	“	0
Septicémie puerpérale	1	“	0
Accumulation de pus dans les trompes après rupture	1	“	0
Opérations de Trenholm ou ablations des annexes utérins pour des cas de tumeurs fibreuses.	7	“	0
Accumulation de pus dans les trompes	62	“	5
Kystes des ovaires avec inflammation chronique des trompes	36	“	1
Hydrosalpinx	8	“	0
Hystéropexie, comprenant, dans nombre de cas, un curettage, une suture du col utérin et du périnée, et l'ablation des ovaires	99	“	1

Cette dernière liste forme un total de 264 opérations abdominales et de 17 cas de mortalité. Sur les 99 femmes chez lesquelles j'ai pratiqué l'hystéropexie, plusieurs ont dû subir une ovariotomie et par conséquent apparaissent deux fois sur la liste, ce qui explique la différence entre 248 et 264. Sur 245 opérées, deux seulement ont subi des opérations subséquentes, l'une pour un cas d'obstruction intestinale et l'autre, d'abord pour un abcès secondaire de l'ovaire, puis ensuite pour une hernie.

Ce nombre peut paraître restreint, mais il faut se rappeler que plusieurs personnes affectées de péritonite pelvienne, et d'abcès ovariens ont refusé de se faire opérer; elles souffrent beaucoup, de temps à autre même elles doivent rester au lit; tôt ou tard elles prendront le parti de courir le risque qui est, en pareil cas, de 93 chances sur 100 de se délivrer de leurs souffrances et d'être enfin guéries. Je leur expose les faits tels qu'ils sont, mais je ne les force pas. J'ai aussi plusieurs patientes actuellement sous mes soins qui me demandent souvent d'enlever leurs ovaires; leurs souffrances, disent-elles, sont atroces, j'ai refusé jusqu'à aujourd'hui d'intervenir, espérant toujours arriver par des moyens ordinaires à les soulager. Je les traite d'ordinaire pendant une année jusqu'à ce que j'aie épuisé tous les moyens possibles; si malgré tout les douleurs persistent c'est alors que j'ai recours à l'opération.

Près de cinq mille femmes affectées de maladies des organes génitaux urinaires m'ont consulté, soit au Dispensaire de Montréal, soit à mon bureau, soit à l'hôpital Samaritain. Ainsi donc, si sur ce nombre je n'ai ouvert l'abdomen que 248 fois, personnes n'a le droit de me qualifier de laparatomiste radical. Si je note ceci en passant, c'est que j'ai déjà entendu quelqu'un faire cette remarque au sujet de certains gynécologistes; c'était peut être juste alors mais aujourd'hui s'il y a quelque chose à redresser sous ce rapport c'est peut-être le fait que l'on est devenu trop conservateur.

Si vous comparez un instant le pour cent de la mortalité dans les diverses années, vous remarquerez qu'en 1892 il a été de 17, en 1895 de 3½ seulement, puis il monta de nouveau jusqu'à 9 en 1897.

Voici comment je puis expliquer cette augmentation: en 1897 je ne fis que 45 opérations et c'étaient pour la plupart de très mauvais cas; ainsi l'un d'eux était une femme que plusieurs chirurgiens, plus sages que moi, avaient refusé, elle portait une énorme tumeur fibreuse, elle mourut sur la table d'opération; je pense que l'introduction de l'air dans les veines utérines étaient, pour quelques-unes, aussi grosses que le pouce, il est vrai que concurremment à ce fait une hémorrhagie considérable se produisit dans le replis du ligament large sans que je ne m'en aperçusse tout d'abord; mais ce qui me fait dire que la mort eut pour cause l'introduction de l'air dans le courant sanguin c'est qu'elle fut subite: un instant avant le pouls était encore relativement bon.

J'opérai quelque temps après, pour un gros kyste uniloculaire, une femme âgée de plus de 60 ans; l'opération se fit en 12 minutes. J'augurai un heureux résultat; mais les jours les plus chauds que nous ayons eus l'été dernier se succédèrent; ma malade mourut après deux semaines. L'ensemble des symptômes indiquèrent que la patiente succomba plutôt à cette température écrasante que



des suites de l'opération. La troisième de mes opérées, que je perdis l'an dernier, était une malade épuisée par les hémorrhagies abondantes, occasionnées par un cancer de la matrice ; je pratiquai l'hystérectomie abdominale, opération qui dura à peine une demi-heure ; cependant ma patiente mourut au bout de quelques jours.

Dans un autre cas, on peut attribuer la mort à quelques omissions qui peuvent s'être glissées dans les précautions antiseptiques, car après une ovariotomie comparativement facile et sans danger la malade mourut de septicémie.—

Je perdis encore, en 1897, une patiente que j'avais opérée pour une accumulation de pus dans les trompes et les ovaires ; l'extirpation en était presque impossible et en la pratiquant je déchirai l'intestin, je lui fis immédiatement une double suture mais j'étais loin d'en être satisfait, et mes appréhensions n'étaient que trop bien fondées : l'intestin devenu friable par l'infiltration céda bientôt sous l'effort des gaz accumulés et la malade mourut de péritonite

J'aurais pu enlever quelques pouces d'intestin, mais la partie infiltrée se trouvant au tiers supérieure du rectum je n'osai pas entreprendre la tâche.

Ces quelques cas non seulement augmentèrent le pour cent de la mortalité pour 1897 mais portèrent à trois le nombre des décès arrivés à l'hôpital Samaritain dans les derniers 13 mois, pendant que pour les 23 premiers mois nous n'avions eu qu'un cas à enregistrer.

Il est vrai que deux autres personnes moururent à l'hôpital affectées de septicémie puerpérale ; mais elles arrivèrent dans un état tel que l'on jugea à propos de ne pas intervenir, ainsi donc depuis son ouverture il n'y eut que quatre décès après opération à l'hôpital Samaritain.

#### LAPARATOMIE SECONDAIRE PRATIQUEE AVEC SUCCÈS DANS UN CAS D'OBSTRUCTION INTESTINALE.

Je traitais déjà depuis plusieurs mois, au dispensaire de Montréal, une patiente qui souffrait de maladie des annexes utérins avec rétroversion, la matrice était solidement fixée en arrière. Cette femme était malade depuis dix ans, époque d'où datait son mariage et où, probablement elle avait contracté la gonorrhée. Elle eut plusieurs attaques consécutives de péritonite pelvienne et après avoir épuisé tous les moyens de traitement ordinaires en pareil cas, je décidai de pratiquer l'ovariotomie et l'hystéropexie, opération qui se fit non sans difficulté. Les adhérences étaient fermes et nombreuses, l'omentum était collé à la paroi de l'abdomen et du pelvis ; il me fallut le déchirer en plusieurs endroits pour le rendre libre, ce qui m'obligea de faire quelques ligatures et d'en enlever certaines parties. La malade semblait devoir se rétablir promptement, les intestins étaient libres et tout alla bien jusqu'à la neuvième journée ; l'abdomen alors devint anormalement distendu, puis les vomissements se succédèrent, de la bile d'abord, puis ensuite des matières excrémenticielles ; je résolus d'ouvrir de nouveau. Je suivis l'intestin gonflé par les gaz jusqu'aux endroits obstrués, à la paroi du pelvis d'abord où il était accolé à la surface dénudée laissée par la rupture des adhérences de l'omentum, puis, à l'incision abdominale ; aussitôt délivré de ces liens l'intestin put être redressé et le contenu

s'en écoula facilement. J'eus en même temps l'occasion de constater que l'utérus était déjà fermement adhérent à la paroi abdominale. Cette patiente guérit bien ; cependant la seconde incision eut pour effet d'amener un union par granulations. J'eus de plus à enlever, au bout de quelques mois, un crin de Florence qui donnait de la suppuration, après quoi la malade se trouva très bien.

Ce résultat me laisse croire que des 17 cas de mortalité que j'eus sur mes 248 opérations, j'en aurais sauvé probablement deux si j'eusse osé réouvrir l'abdomen dès que les vomissements de matières fécales apparurent.

### DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES TROMPES ET DES OVAIRES.

A proprement parler ceci signifierait une opération ayant pour but de guérir les annexes utérins sans les enlever ou sans en modifier les fonctions. Ainsi, nous pouvons enlever un ovaire malade et conserver celui qui est encore sain ; nous pouvons n'enlever qu'une partie de l'un ou de l'autre, les débarrasser d'un kyste par le thermocautère ou le couteau ; nous pouvons vider un hydro-salpinx, enlever à la trompe son pavillon et lui en créer un autre en suturant la membrane muqueuse au péritoine. Il n'est pas juste d'appeler chirurgie conservatrice le fait de ne pas enlever des annexes utérins lorsqu'ils sont dans un état tel que l'on devrait en faire l'ablation. Avant de relater quelques-uns de mes cas où j'ai cru de mon devoir d'employer ces divers moyens de conservation, j'attirerai l'attention du lecteur sur la grande importance qu'il y a de ne pas ôter les ovaires entièrement lorsque la chose est possible, afin de ne pas en détruire les fonctions. Chez les jeunes femmes spécialement, l'ovariotomie amène souvent un cortège de symptômes des plus ennuyeux : ce sont tantôt des chaleurs, tantôt des frissons, tantôt des malaises qu'elles ne peuvent s'expliquer, enfin plusieurs d'entre elles, bien que guéries de leurs souffrances, regrettent d'avoir consenti à se faire opérer.

Il y a bien aussi la question de la grossesse à considérer ; cependant, dans la plupart des cas les organes malades ont déjà depuis longtemps rendu la femme stérile, de sorte que cette question très importante devient secondaire. Il y a bien aussi les idées erronées qu'entretiennent les gens à ce sujet ; plusieurs vous diront que l'ovariotomie quelquefois amène la désunion dans le ménage et même conduit jusqu'au divorce, ces diverses remarques ont souvent pour effet de faire réfléchir le médecin consciencieux en présence d'un cas qui exige l'opération, et elles pourront le diriger vers une conservation exagérée qui aurait de mauvais résultats. J'ai appris à mes dépens quelle conduite tenir en pareils cas. Lorsque, par une extirpation complète des organes malades, j'aurais certainement obtenu une guérison, guidé par les avis et je dirai par les exigences de personnes intéressées et de la malade elle-même, j'ai laissé une ou quelques parties d'ovaire malade, j'éprouvai dans chacun de ces cas un échec complet sous le rapport de la guérison. Le lecteur pourra en juger par ce qui suit :

Une malade m'arriva d'Iberville, endurant des douleurs atroces dans le bas ventre. A l'examen je constatai une rétroversion avec adhérences, les ovaires

étaient enfouis dans les formations de tissus néoplastiques. Elle me supplia de lui conserver un ovaire, ce que je fis. Après avoir fait l'hystéropexie j'enlevai celui qui me parut le plus malade, et je débarrassai l'autre des petits kystes qui le recouvraient, puis je le laissai dans l'abdomen non sans appréhender ce qui arriva. De fait cette femme accuse depuis ce temps une douleur aiguë dans la région de l'ovaire laissé en place ; l'utérus est maintenant dans la position normale, la femme a donné le jour à un enfant, mais elle n'a pas cessé de souffrir un seul jour depuis son opération.

Une dame m'est envoyée de Compton pour subir une opération. La laparatomie faite, nous constatons une rétroversion de la matrice et deux petits ovaires ; je fixe immédiatement l'utérus à la paroi abdominale ; j'allais enlever les ovaires, mais un confrère me fait remarquer que les ovaires, quoique étant très petits, ne lui paraissent pas malades, qu'il serait peut-être à propos de ne pas les enlever ; je l'écoutai. Résultat : la malade continua de souffrir comme par le passé.

J'aime à faire remarquer en passant que bon nombre de praticiens et de médecins faisant de la chirurgie générale ne se rendent pas compte des souffrances atroces que peuvent occasionner de petits ovaires scléreux ; ces ovaires sont plus petits qu'à l'état normal et ceci est dû à la diminution des tissus parenchymateux et folliculaire et à l'augmentation du tissu connectif ; ils sont d'une couleur plus pâle que l'ovaire normal. Les follicules ovariens sont en petit nombre et l'ovaire semble être composé d'une masse de tissus lamineux, il est dur et rugueux. Presque chaque fois que j'enlève des ovaires en pareil cas quelques confrères se demandent si je suis bien justifiable d'enlever des organes aussi sains, et ces femmes mêmes m'ont assuré que, depuis des années, elles ont souffert le martyre, et que du jour qui suivit l'opération elles ont été délivrées de leurs douleurs.

Deux jeunes personnes séjournaient, il y a quelques mois, à l'Hôpital Samaritain ; l'une d'elles était une orpheline, elle me supplia de vouloir bien l'opérer le plus tôt possible afin que, délivrée de ses souffrances, elle put reprendre son travail quotidien et gagner sa vie ; elle enseignait la musique. Elle me dit que, si elle ne pouvait pas reprendre ses leçons pour le mois de septembre, elle perdrait ses élèves. Après examen, je constatai que les ovaires étaient très petits et très sensibles, elle souffrait tellement qu'elle pouvait à peine marcher. Je l'opérai sans retard, et quelques semaines s'étaient à peine écoulées que déjà elle avait repris son travail, se déclarant très bien. La seconde, qui était un cas identique à la première, mais qui, mieux favorisée sous le rapport de la fortune, pouvait disposer de plus de temps que sa compagne, demanda à être traitée par tous les moyens possibles avant de subir une opération. Je la condamnai au lit pendant un mois ; je fis une dilatation et un curettage ; je lui fis donner des douches ; je lui administrai des laxatifs, le tout sans aucun résultat. Elle prend actuellement des toniques et aussitôt que je pourrai disposer d'un lit à l'hôpital, je me propose de l'opérer et de la délivrer ainsi de ses douleurs.

M. II., malade depuis des années, avait été obligée d'abandonner sa maison

pour se mettre en pension ; elle accusait des douleurs très aiguës dans le dos et dans les cuisses, le coït lui était chose impossible. A l'examen je constatai les deux ovaires emprisonnés derrière un utérus renversé et adhérent. La malade ayant insisté pour conserver ses ovaires, je débarrassai les organes de leurs liens, je fis l'hystéropexie et je fermai l'abdomen ; le résultat fut des plus heureux, la malade se trouva entièrement guérie.

Madame E. se présenta à moi accusant des douleurs dans le bas-ventre ; à l'examen, je constatai l'existence de pus dans les trompes du côté gauche ; j'enlevai donc et la trompe et l'ovaire du côté malade. Plusieurs médecins présents à l'opération opinèrent qu'il valait mieux ne pas enlever l'ovaire droit qui leur paraissait sain ; au bout de deux mois il avait atteint la grosseur d'une orange, il était gonflé de pus, la femme avait souffert depuis l'opération. N'aurai-je pas mieux fait de tout enlever dès la première fois ? Tout fut à recommencer ; la patiente maintenant se porte bien.

Madame D., venue de Pembroke, portait d'un côté un hydrosalpinx et de l'autre un ovaire présentant plusieurs kystes. On enleva l'hydrosalpinx, mais comme la femme n'était âgée que de 26 ans, on se contenta de vider les kystes du côté opposé et de lui conserver un ovaire. Cette personne m'a écrit plusieurs fois depuis disant qu'elle souffre tout autant qu'avant son opération.

Madame S. entra à l'hôpital Samaritain après avoir subi un long traitement dans le but de faire cesser des souffrances atroces qu'elle endurait depuis longtemps ; un ovaire était tombé dans le cul de sac de Douglas, il était de la grosseur d'un œuf de poule et très sensible au toucher. Je l'enlevai en même temps qu'une tumeur fibreuse sous-péritonéale ; cette femme se porte bien.

Le 16 septembre, à l'hôpital Western, j'opérai une femme de 39 ans, elle me recommanda de ne pas enlever ses ovaires, ce que je fis après avoir vidé plusieurs petits kystes qui y étaient accolés.

Le 22 sept., j'opérai une jeune fille de 22 ans ; comme elle était fiancée, elle me recommanda de ne pas ôter ses ovaires, je les nettoyai soigneusement, j'enlevai les trompes et après avoir crevé quelques petits kystes, je fermai l'abdomen.

Le 25 septembre, j'opérai une malade envoyée par le Dr Mason, de Montréal Ouest ; je fis l'ablation des deux trompes et d'un ovaire ; elle souffrait d'une appendicite aiguë et d'une péritonite, comme la chose fut facile à constater de visu par l'abondance de l'exsudat et la formation de néoplasmes. J'enlevai aussi l'appendice. La température qui était élevée tomba bientôt et la malade fit une heureuse guérison.

Il est trop tôt pour parler des résultats de ces derniers cas, mais à tout événement voici ce que je présume. Qu'advient-il de cette jeune fille privée de ses trompes ; verra-t-elle ses règles ? je le crois, mais elle souffrira probablement. Deviendra-t-elle enceinte ? je ne crois pas, cependant les ligatures peuvent disparaître avec le temps et des canaux se former dans les angles tubaires de la matrice.

Ces deux femmes de 38 et 39 ans souffriront-elles beaucoup à l'époque de la ménopause ? Quoi qu'il en soit j'en tirerai une leçon pratique qui servira à guider

mon expérience, et je rappellerai ces cas plus tard lorsque le temps nous en aura dicté les résultats.

Je songe souvent aux suites funestes survenues dans plusieurs cas où on avait mis en pratique une trop grande conservation, et en même temps au petit nombre de ceux qui ont bénéficié de cette manière d'agir, et je me demande pendant combien de temps encore je risquerai ainsi et le bien-être des malades qui se confient à mes soins, et la réputation des gynécologistes en général et la mienne en particulier.

---

## BIBLIOGRAPHIE

A. VERHAEGEN.—*Physiologie et pathologie de la sécrétion gastrique, suivies de la technique complète du cathétérisme de l'estomac et de l'examen méthodique du liquide gastrique*, par A. VERHAEGEN, assistant à la Clinique médicale de Louvain. No 6 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Crizman, Directeur). 1 brochure in-8o (Masson et Cie, éditeurs)..... 1 f. 25

L'introduction de la sonde dans l'étude du suc gastrique a rendu plus exacte la connaissance des états morbides de l'estomac et plus rationnelle l'intervention thérapeutique. La présente monographie met précisément au point tous les progrès réalisés dans le domaine particulier de la pathologie du tube digestif ; elle constitue le complément indispensable au chapitre " Maladies de l'estomac " de nos grands traités de médecine.

M. Verhaegen a réuni dans un exposé clair et concis toutes les découvertes pathologique et thérapeutiques concernant l'estomac. Il fait justement précéder l'étude des maladies gastriques par une ample description de la physiologie normale des sécrétions stomacales. Il y retrace les notions les plus récentes sur les glandes de l'estomac, sur les éléments constitutifs du suc gastrique, la pepsine, le ferment ou caséine et le mucus. Il passe ensuite à l'examen de la nature de la sécrétion gastrique et du processus digestif. Il explique ce qu'on doit entendre sous le nom d'acidité totale et d'acidité absolue du suc gastrique et en étudie les variations suivant les différentes phases de la digestion. La durée de la digestion gastrique en ce qui concerne certains aliments fait l'objet d'un chapitre spécial.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur reprend la question des sucs gastriques bouleversée par les travaux de Hayem et décrit chaque cas en particulier avec la clinique et le traitement qu'il comporte. Enfin, la dernière partie est entièrement consacrée à la technique de l'examen de l'estomac. Le lecteur y trouvera réunies toutes les méthodes actuellement en usage en France et à l'étranger pour l'examen de la *sécrétion gastrique* et de la *motilité* de l'estomac. Le praticien pourra réaliser très facilement l'examen préconisé du liquide de l'estomac en se conformant aux règles très simples et très pratiques exposées minutieusement par M. Verhaegen. Le cathétérisme de l'estomac est étudié dans tous ses détails.

**La saignée.**—M. A. ROBIN a traité cette question dans une leçon reproduite par la *Semaine Médicale*. En voici la conclusion :

Il y a indication formelle à faire une saignée lorsqu'il s'agit de relever la tension sanguine dans les stases vasculaires des cardiaques mitraux et aystoliques, dans l'œdème aigu du poumon. Mais de plus, on peut dire que la saignée, sans affirmer qu'elle convienne nécessairement à telle ou telle entité morbide, constitue un précieux adjuvant dans nombre d'états pathologiques fort dissimilaires, à la condition qu'on y rencontre cette indication dominante de la déchéance de la nutrition, ou mieux encore de l'insuffisance des oxydations organiques.

## COURRIER DE LA MATERNITÉ.

## DE L'ÉCLAMPSIE.

Par Elphège A. René de COTRET, M. D., médecin de la Maternité,  
professeur-adjoint d'Obstétrique.

Quand j'ai publié ma thèse de concours sur le *Traitement de l'Eclampsie puerpérale*, plusieurs médecins qui s'occupent d'études, qui suivent les journaux de médecine et les travaux récents, ont jeté les hauts cris. Ils ont trouvé vraiment extraordinaire que, dans une série de trente-neuf observations, je n'aie pas eu la complaisance de leur présenter au moins sept ou huit cas de mortalité due à l'éclampsie. Mais que voulez-vous ? était-ce de ma faute si je mangeais mon pain blanc le premier ? Il fallait attendre une seconde série ; et, vous allez voir, elle n'est pas aussi encourageante, tout en étant plus instructive, plus remplie de détails cliniques et d'enseignement pratique et théorique. En effet, ayant eu le malheur de perdre certaines patientes, j'ai eu, au moins une fois, la triste consolation d'ouvrir le livre de la mort et d'y lire un feuillet sur les lésions qu'on trouve dans l'éclampsie puerpérale. Vous le comprenez, ce fut un régal.

Laissez-moi vous rapporter l'histoire des éclamptiques de ma seconde série, qui sont en moins grand nombre parce que j'ai la bonne fortune, depuis un certain temps, de pouvoir examiner les clientes de la Maternité longtemps avant l'accouchement ; il est même entré dans nos mœurs hospitalières de dresser les cartes d'observation de chaque malade à son arrivée à la Maternité. C'est heureux pour le médecin qui sait à quoi s'en tenir au sujet de ses patientes ; et pour les gestantes, je dirai que c'est un véritable bienfait que leur ont accordé les dames religieuses au courant des progrès de la science.

Les malades sont revues tous les huit ou dix jours, ou plus ou moins souvent suivant les cas. Le palper a été fait, la présentation et la position diagnostiquées et surtout les urines examinées et réexaminées. S'il y a symptômes prémonitoires même très éloignés d'éclampsie, ou d'albuminurie, le traitement prophylactique est institué promptement et la malade suivie de près. Les patientes évitent ainsi, sans le savoir, un très grand péril.

Vous me permettrez, sans doute, d'intercaler dans mon travail l'observation de quelques éclamptiques de ma clientèle privée.

## OBS. I.—MENACE D'ÉCLAMPSIE—SYNCOPE.

Urbana, primipare, âgée de 30 ans, vient de la campagne. Sa mère est morte d'une pleurésie après huit jours de maladie. Une de ses sœurs est morte aussitôt après son neuvième accouchement.

Urbana ne sait pas à quel âge elle a marché ; mais elle a toujours bien marché. Elle a été réglée à 14 ans. Elle a toujours joui d'une bonne santé.

Elle est blonde, bien constituée, et le squelette est normal. Elle ne souffre pas de varices, mais ses jambes, ses cuisses et la partie inférieure de l'abdomen sont considérablement œdématisées. Elle a été réglée pour la dernière fois du 6 au 14 juillet 1896, et a perçu les premiers mouvements actifs du fœtus au commencement de décembre.

Je la vois la première fois, le 9 avril 1897. L'examen des urines donne 6 grammes d'albumine au litre. Le travail a débuté le 7 avril vers 7 heures p. m. — Le 9 avril à 9 heures a. m. le col n'est pas effacé et l'anneau externe est ouvert et l'anneau interne permet au doigt d'arriver jusqu'à la présentation.

Je prescricrème de tartre 1 once à prendre de suite, pour agir sur les intestins ; régime lacté, chloral grs. XV et bromure de potassium  $\frac{1}{2}$  drachme.

Midi—nouvelle dose de chloral grs XV et bromure de potassium  $\frac{1}{2}$  drachme.— de midi à 3 heures la parturiente a trois selles copieuses et liquides—5 heures p. m. chloral et brom. pot. J'avertis la garde-malade de m'appeler aussitôt que le col sera complètement dilaté.

Les membranes se rompent dans la soirée du 9 avril. Il y a une quantité considérable de liquide amniotique. Les douleurs ne sont pas très fortes.

La dilatation est complète le 10 avril à 10 heures a. m. Monsieur le Dr Lamarche, en présence des étudiants, met la parturiente sous l'influence du chloroforme et j'applique le forceps sur la tête du fœtus en position gauche antérieure ; je termine la rotation et fais l'extraction. Il est 11.15 heures a. m. Il s'est fait une déchirure du périnée au deuxième degré que je suture immédiatement, avant même la délivrance, pour profiter de la chloroformisation. La patiente n'a pas perdu de sang avant l'expulsion et très peu avant la délivrance qui se fait seul une dizaine de minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta se présente par la face fœtale.

L'enfant est une fille pesant 7 livres. Le placenta pèse 1 livre et une once. Il présente *sept* ou *huit infarctus blancs* sur la face utérine, caractères distinctifs du placenta albuminurique.

Aussitôt après la délivrance, j'administre comme préventif de l'éclampsie 30 grains de chloral et 60 grains de bromure de potassium en un lavement qui est à moitié rejeté. Dix minutes après la délivrance, comme l'utérus restait mou et n'avait pas de tendance à se contracter, j'administre par la bouche de l'extrait fluide d'ergot 1 drachme. J'ai l'habitude de donner l'ergot après chaque accouchement fait sous l'influence du chloroforme (j'entends s'il y a anesthésie à la période chirurgicale). J'ai presque toujours eu des hémorrhagies assez abondantes quand je ne suivais pas cette méthode.

J'étais donc auprès de notre malade Urbana, la surveillant, lui tâtant le poulx ou plutôt lui cherchant le poulx pendant que monsieur le professeur Lamarche était à examiner une autre malade à bassin rétréci.

Le poulx n'étant pas appréciable à l'avant-bras de la malade, et sa figure devenant pâle, les lèvres complètement exsangues, j'appelle le docteur Lamarche qui introduit ses doigts dans l'utérus, qui a cependant commencé à se contracter fortement. Il n'y a pas d'hémorrhagie ni externe, ni interne. Cependant, notre malade s'en va tout comme une personne qui meurt d'hémorrhagie foudroyante.

Nous nous hâtons de pratiquer des injections hypodermiques de Brandy et d'éther et de réchauffer avec des sacs d'eau chaude les extrémités déjà refroidies. De 11.40 heures a. m. à midi, nous pratiquons cinq injections hypodermiques. Midi un quart on sent, plutôt on devine les pulsations à la radiale ; 12.20 h. p. m. injection hypodermique d'éther. L'utérus se contracte bien, pas d'hémorrhagie—à remarquer cette contraction de l'utérus qui est dur pendant que tous les autres muscles sont complètement relâchés.

12.30 h. p. m. poulx à 60 pulsations mais excessivement faibles. La malade paraît revenir à elle et elle peut avaler  $\frac{1}{2}$  once de brandy—12.35 h. poulx 66—12.40 h. injection d'éther—12.50 h. poulx 60, toujours très faible—brandy  $\frac{1}{2}$  once par la.

bouche—1 heure p. m. utérus très contracté à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic—1.08 h. inject. d'éther, la malade est un peu mieux—1.10 h. caféine grs II par la bouche—1.20 h. brandy  $\frac{1}{2}$  once par la bouche—1.30 h. température 97° F., pouls 62, excessivement faible, à peine perceptible—caféine II grs par la bouche—2 h. p. m. pouls 72—brandy par la bouche—3 h. p. m. pouls 66, très faible, caféine II grs—brandy  $\frac{1}{2}$  once—3.25 h. pouls 68—3.50 h. brandy  $\frac{1}{2}$  once—pouls 80, un peu plus fort—4.15 h. p. m. pouls 56, très faible—la malade repose un peu—5 h. p. m. pouls 62, température 99° F.—5.25 h. pouls 84, caféine grs  $1\frac{1}{2}$ —6 h. p. m. mixture contenant du quinquina, cannelle, vin, brandy—7 h. p. m. même mixture que la malade vomit—7 h. p. m. caféine I gr.—7.35 h. pouls 70, très faible—8 h. brandy  $\frac{1}{2}$  once—9 h. brandy  $\frac{1}{2}$  once qui est vomé—10 h. brandy  $\frac{1}{2}$  once, encore rejeté—9.45 h. p. m. pouls 68, très faible—10 h. pouls 60—minuit, la malade vomit.

11 avril ; à partir de minuit jusqu'à 8 heures a. m., on administre  $\frac{1}{2}$  once de brandy toutes les heures un peu de lait, et de la caféine i gr toutes les 2 heures. A huit heures a. m. je prescrivis le thé de bœuf, le brandy et la caféine. 3 h. p. m. la malade se plaint de douleur au creux épigastrique. On applique un sinapisme et on diminue les doses de thé de bœuf et de brandy. 5.40 h. p. m. Le pouls filiforme a 116 pulsations ; la température est de 100° F.—La malade se plaint de douleurs aux reins.

12 Avril. Thé de bœuf, lait, brandy, caféine et 1 lavement de glycérine qui produit une bonne selle.

13 Avril. même traitement—La malade présente une teinte ictérique.

14 " " " Comme la température s'élève à 102° F., je pratique une injection intra-utérine au bichlorure de mercure 1/2000 (2 pintes) que je fais suivre immédiatement d'une injection intra-utérine d'une solution d'acide borique.

Les injections hypodermiques d'éther et de brandy ont produit des escarres sur une cuisse seulement : escarres que nous avons traitées antiseptiquement et qui ont guéri assez vite.

La déchirure du périnée a guéri par première intention.

A partir du 16 avril, j'ai remplacé la caféine par : quinine II grs, teinture de fer muriaté gtt 5—3 f. p. j.—

Les urines au moment de l'accouchement contenaient 6 grammes d'albumine ; le 16 avril, 3 grammes—le 19 un demi gramme—le 21 avril même quantité, puis l'albumine disparaît complètement

La malade, dès lors, entre complètement en convalescence, et sa guérison marche assez vite.

NOTE.—Ce qu'il y a de remarquable, dans ce cas, c'est la syncope qui survient après l'accouchement, et ce pouls, qu'on devine plutôt qu'on ne sent réellement pendant trois ou quatre heures, et qui se maintient encore pendant les jours suivants à une faiblesse remarquable.

Nous avons eu ce que Bouffe de Saint-Blaise appelle de l'éclampsie sans convulsion. Notre malade était réellement une éclamptique : l'analyse des urines le démontre (6 grammes d'albumine) ; le placenta avec ses infarctus blancs nous rappelle les hémorrhagies placentaires des albuminuriques au cours de la grossesse et enfin la teinte ictérique de la peau pendant les suites de couches nous indiquent que nous aurions eu, avec les convulsions éclamptiques, une éclampsie mixte, c'est-à-dire association d'éclampsie rénale et d'éclampsie hépatique.

Comment les convulsions ont-elles été prévenues ? Certainement pas par le régime lacté prescrit à la onzième heure et demie. Par la crème de tartre, purgatif qui a procuré trois selles copieuses et liquides ? On a pu avec ce médica-



ment laver l'intestin et lui enlever nombre de microbes et de matière toxique. Mais le chloral donné durant le cours de l'accouchement à la dose de quarante-cinq grains (en 3 paquets) par la bouche et de 30 grains en lavement aussitôt après la délivrance nous a certainement fourni l'arme la plus puissante pour enrayer la convulsion. Le chloroforme administré à la période d'expulsion a aussi fait sa part de bien.

Maintenant, à quoi est due la syncope qui suit immédiatement la délivrance? Est-ce au chloroforme, ou au chloral? Il n'y a pas à accuser l'hémorrhagie post partum. Faut-il incriminer l'embolie sanguine ou aérienne, ou le choc? L'empoisonnement du sang est-il en faute? J'aurai l'occasion de toucher le sujet dans un autre travail spécialement consacré à ce sujet.

#### OBS. II.—ÉCLAMPSIE.—GUÉRISON.

Sophie, primipare, 17 ans.—Il y a de la consommation du côté du père.—2 frères de la parturiente morts de phthisie, et 2 autres sont malades de la même maladie.—Elle est blonde et pâle.

Elle a marché à 3 ans, fut réglée à 14 ans. Dernières règles vers le milieu de mai 96. Mouvements actifs du fœtus vers le 5e mois. Les urines n'ont pu être examinées pendant la grossesse. Je vois la malade pour la première fois pendant le travail qui débute le 9 février à 11 h. p. m. L'enfant est en O. I. G. A., la dilatation se termine le 10 février à 10 h. a. m. Les eaux se rompent après dilatation complète. A 11½ heures a. m. premier accès d'éclampsie: Grs. XV chloral et 30 grs. de bromure de potassium par la bouche. J'arrive à midi 20 minutes, la malade a déjà eu quatre accès d'éclampsie. Je mets la parturiente sous l'influence du chloroforme et j'applique le forceps, déchirure 2e degré—je ne fais pas la suture de crainte d'irriter la malade et de provoquer de nouveaux accès. Il y a cependant, 10 minutes après la délivrance, un autre accès, chloral 30 grs. et brom. pot 60 grs. en lavement; cessation des accès, nous continuons le chloral grs. XV et le brom. pot. 30 grs. par la bouche 3 heures et 8 heures après. L'enfant (fille) pèse 6 lbs, le placenta 1 lb., placenta avec nombreux infarctus blancs sur les bords et dans la masse.

Régime lacté absolu.

11 février je prescris l'infusion de digitale 1 c. à s. 3 f. p. j.

13 février, je cesse la digitale et je donne la caféine 1 gr. toutes les 3 heures. Mixture: Quinquina, vin, brandy et teinture de cannelle toutes les 2 heures.

Ce qu'il y a surtout à remarquer dans ce cas c'est la vitesse du pouls qui a été presque pendant tout l'accouchement à 160, et très souvent dans les suites de couches à différentes heures de la journée il se maintenait à 160 pulsations. La malade a été d'une grande faiblesse dans les premiers jours de couches, et ce n'est que vers le dixième jour qu'elle paraît prendre un mieux sensible et dès lors la convalescence est très rapide. Au moment des accès d'éclampsie l'urine contient six grammes d'albumine au litre. Le lendemain 6 grammes, le 3e jour ¼ gramme, puis l'albumine disparaît.

#### OBS. III.—GROSSESSE GÉMELLAIRE RECONNUE PAR LE PALPER.—MENACE D'ÉCLAMPSIE.

Viola, 33 ans, multipare.—A marché à 1 an; a toujours bien marché, réglée à 16 ans. A eu une pleurésie à sa première grossesse. Jouit d'une bonne santé—squelette normal, peau brune, cœur bon ainsi que poumons; œdème aux jambes, varices à la partie inférieure de l'abdomen, ventre très volumineux, ainsi qu'utérus.—8 grossesses antérieures, forceps pour le premier accouchement, autres accouchements courts et faciles.—Dernières règles du 15 juin au 22. 1896; premiers mouvements du fœtus 3½ mois.—Vers 3½ mois se plaint de douleurs

dans les aines et le bas ventre.—Vers le 20 janvier 1897, l'œdème apparaît aux jambes.—L'analyse des urines ne révèle pas d'albumine. (A une sœur qui a eu des jumeaux.)

Le 27 février 1897.—Entre en travail—Examen.—Palper.—Grossesse gémellaire.—Le ventre n'a pas la forme large, ordinaire de la grossesse gémellaire,—il n'y a pas de ligne de séparation, le palper fait sentir une tête dans la fosse iliaque droite, avec occiput à droite et front à gauche, extrémité inférieure au fond de l'utérus à droite, cœur bat à droite près de l'épine iliaque. On sent une autre tête en dessous de l'ombilic plus du côté gauche de l'abdomen, mais cependant elle dépasse un peu la ligne brune du côté droit, occiput à gauche, front à droite, extrémité inférieure au fond de l'utérus à gauche, cœur à gauche beaucoup plus haut que l'ombilic. Le toucher fait sentir une tête à droite et très mobile. Par le toucher on sent un sommet. Si on repousse celui-ci on a du ballonnement et on sent l'impulsion se communiquer jusqu'au pôle fœtal situé au fond et à droite, tandis que le fœtus placé au devant à gauche ne remue pas. Au contraire, si, par l'abdomen, on repousse la tête la plus haute, l'impulsion ne se communique pas au doigt qui pratique le toucher.

Début du travail : le 27 février 1897, à 4 h. p. m. ; dilatation terminée le 2 mars à 3½ h. a. m.

L'accouchement traîne beaucoup en longueur : la parturiente n'a pas beaucoup de douleurs : elle repose par intervalles assez longs. L'examen des urines pendant l'accouchement nous donne 4½ grammes d'albumine au litre. La malade à les jambes œdématisées, un peu de céphalalgie.—Je prescris le régime lacté (abondant) et le chloral grs XV à la dose. (Elle en prend 4 doses).

A 5 heures a. m., le 2 mars, comme je crains l'éclampsie, comme la poche amniotique du fœtus qui se présente le premier, est rompue depuis longtemps, j'applique (sous chloroforme) le forceps au détroit supérieur. Après l'expulsion du fœtus, j'introduis ma main dans l'utérus, je vais à la recherche des pieds du second fœtus ; j'ai beaucoup de difficulté à rompre la seconde poche amniotique. Je fais la version et j'extraits le second fœtus.

Il y a deux placentas, et de deux œufs bien séparés.

Le premier enfant est une fille de 6½ lbs ; placenta 1 lb.

“ 2e “ “ un garçon de 7½ lbs “ 1½ “

L'albumine disparaît assez vite après l'accouchement. Suites de couches normales.

#### OBS.—IV—ÉCLAMPSIE.—GUÉRISON.—

Odile est primipare, a 20 ans, est servante ; squelette normal, peau brune ; poumons sains ; cœur bon. Elle est migraineuse ; elle a été réglée à 12 ans : à vu ses dernières règles le 30 juin 1896. Les deux jambes sont très œdématisées, sa mère est morte de septémie puerpérale à sa huitième couche ; une de ses sœurs est morte d'éclampsie une heure après son premier accouchement.

Le travail se déclare le 6 avril vers 5 h. a. m. La malade ne descend dans la salle d'accouchements que le 7 avril vers 7 h. p. m. Le col est effacé, et la dilatation grande comme une pièce de dix cents. Présentation du sommet, position gauche antérieure. La dilatation est complète à 10 h. a. m. le 8 avril.

A 1½ h. p. m., le 8 avril, on me mande pour Odile qui est frappée d'une attaque d'éclampsie. Je suis forcé de céder la place à un autre médecin vu qu'on m'appelait en même temps pour l'épouse d'un confrère également atteinte de la même maladie. Mon remplaçant applique le forceps et termine l'accouchement à 2.15 h. p. m. L'enfant est une fille de 7 livres et 5 onces ; le placenta pèse 1 lb. 6 onces. Malheureusement le placenta n'a pas été examiné au point de vue des infarctus blancs. Il s'est produit une déchirure du périnée au second degré, déchirure qui n'a pas été suturée. Avant l'expulsion de l'enfant la malade a perdu une assez grande quantité de sang, et très peu avant la délivrance. On administre à la malade chloral grs XV et bromure de potassium

$\frac{1}{2}$  drachme L'urine contient 8 grammes d'albumine au litre. A 3 h. p. m., nouvel accès, nouvelle dose de médicaments. A 3.15 h. p. m., autre accès. A  $\frac{1}{2}$  h je vois avec mon confrère remplaçant la malade qui est dans le coma. On lui fait une saignée (XIV onces) au bras gauche. On place des bouteilles d'eau chaude autour de la patiente.

$5\frac{1}{2}$  h. p. m. pouls 136 ; 5.40 h. pouls 160—chloral grs XV brom. pot.  $\frac{1}{2}$  drachme—5.55 h. p. m. température normale ; la malade se plaint de douleur à la tête, aux reins et au bas-ventre—6.20 h. pouls 144,—8 h. chloral et brom. pot. ; température normale, pouls 138—à 10 h. p. m. l'urine contient six grammes d'albumine.—

9 avril,  $1\frac{1}{2}$  h. a. m., pouls 136—chloral et brom. pot. ; la malade repose bien.—6 h. a. m., chloral et brom. pot.—pouls 112—8 h. a. m., pouls 106, température  $97^{\circ}$ —10 h. a. m. la patiente se croit forte ; elle n'a pas de douleur.—11 h. a. m. une bonne dose de sel et sené qui n'a pas d'effet purgatif. 7 h. p. m. un lavement donne une bonne évacuation alvine.

10 avril. La malade a eu une bonne nuit, un bon sommeil ; le matin elle a plusieurs selles liquides.

11 avril—Tout va bien

12 avril—après-midi, céphalalgie et douleurs aux reins. Un sac d'eau chaude appliqué sur les reins en calme les douleurs.—Le ventre est ballonné, cataplasmes antiseptiques—nausées, température normale, mais pouls 120.

13 avril. 9 h. a. m. ventre ballonné, douleurs dans les mollets—je prescriis lavement de glycérine, et par la bouche des cachets : salol, benzo-naphtol. salicylate de bismuth, ââ grs V, toutes les 3 heures.—11 h. a. m. un autre lavement d'eau savonneuse procure une selle—midi, la patiente se sent mieux, ne se plaint que du mal de tête.—

14 avril—7 h. a. m., l'urine contient 4 grammes d'albumine. Je prescriis l'antipyrine contre la céphalalgie (15 grains matin et soir).

15 avril, l'urine ne contient plus qu'un gramme d'albumine.

16 avril, la malade souffre beaucoup des hémorrhoides qui sont volumineuses ; elle ne repose pas le soir.

17 avril,  $9\frac{1}{2}$  h. a. m., un sac d'eau chaude appliqué sur les hémorrhoides, donne beaucoup de soulagement. Six grains d'aloës sont administrés.

Du 16 au 19 avril l'urine présente 1 gramme d'albumine qui disparaît ensuite ; et la malade entre en convalescence

Il ne faut pas oublier que le régime lacté absolu a été institué aussitôt après l'accès d'éclampsie, je dis après parce que je n'avais pas vu la gestante avant son accouchement.

La température des suites de couches a été à peu près normale ; le pouls a varié entre 106 et 120.

Obs. V.—ECLAMPSIE.—INFECTION PUERPÉRALE.—MORT.

Dans ma thèse de concours, je répétais le conseil de Jaccoud de "prescrire expressément l'usage méthodique du lait, chez toutes les femmes enceintes indistinctement, dans le but de prévenir l'albuminurie. Un litre, dit-il, puis un litre et demi de lait en vingt-quatre heures, jusqu'à la fin du sixième mois, deux litres jusqu'au terme, avec décroissance graduelle pendant les six semaines qui suivent l'accouchement."

J'ajoutais : "ce conseil de Jaccoud a été salutaire dans la seconde observation citée dans ma thèse. Le Dr H., dès le début de la grossesse de son épouse, lui avait fait boire une pinte ou deux de lait par jour. Il ne voyait pourtant rien d'anormal chez sa femme qui avait heureusement déjà conduit trois grossesses. L'urine était physiologique ; nul symptôme douteux. Il avait lu la remarque de Jaccoud et voilà ! il la trouvait bonne ; et puis le lait, ce n'est pas mauvais ! Tout allait bien jusque vers le huitième mois. Madame H. parlait alors de la demeure de son mari, distante d'une soixantaine de lieues de Montréal, pour venir passer sa maladie dans notre ville."

Je cite toujours ma thèse : " Pendant le voyage de madame H., ses reins avaient-ils été touchés par le froid ou la fatigue ? Qu'était-il survenu ? Quelques jours après son arrivée, les urines moins abondantes contenaient deux grammes d'albumine au litre. Il se fit en peu de jours une infiltration générale. La figure bouffie et comme marbrée de taches livides nous laisse à peine voir deux petits yeux d'ordinaire très grands. La langue épaisse est embarrassée et peut difficilement articuler. La nuit, il y a des engourdissements aux bras et aux mains qui prennent la forme de griffes. Il y a alors impossibilité pour la malade de remuer les mains. La miction est fréquente, mais l'urine rare contient à peu près deux grammes d'albumine au litre.

" Je soumetts de suite la malade au régime lacté absolu et à la limonade de crème de tartre. Sous ce régime, les symptômes s'amendent rapidement et madame H. accouche à terme sans accident.

" Supposons que le régime lacté mixte n'eut pas été institué dès le début de la grossesse que serait-il arrivé ? Il est probable que, grâce au lait, les reins quelque peu frappés depuis le quatrième ou cinquième mois, et *peut-être depuis longtemps*, ont pu fonctionner assez librement et éliminer les poisons qui, sans ce diurétique puissant, se seraient accumulés dans le sang et auraient pu dès le cinquième ou sixième mois causer des accidents graves."

Voilà ce que je disais touchant la quatrième grossesse de madame H.

Et voici pour son cinquième accouchement qui a été fatal.

Avant de rapporter jour par jour et pour ainsi dire heure par heure les symptômes et le traitement institués, je me permettrai une remarque qui a bien sa place. Chez toute femme enceinte qui présente un œdème général, soit-il considérable ou peu marqué, et quand même on ne découvre pas de traces d'albumine, le régime lacté absolu devrait être institué ; on ne devrait permettre rien autre chose que du lait et, comme je l'entendais dire par le professeur Lamarche, pas même un bonbon. On devrait faire comprendre à la patiente que chaque faute commise contre le régime lacté absolu est une faute mortelle qui peut entraîner la *peine de mort*.

Madame H., âgée de 35 ans, est enceinte pour la cinquième fois. Je la vois à peu près au huitième mois et demi. Je remarque la même infiltration générale qu'à la grossesse précédente : figure bouffie, mains œdématisées, jambes et pieds enflés. Le palper me fait diagnostiquer une présentation du sommet en position gauche. L'auscultation reste négative car je n'entends pas les battements du cœur du fœtus ; cependant je suis certain que l'enfant vit, car je perçois ses mouvements actifs.

Les urines ne contiennent pas d'albumine. Tout de même vu l'infiltration générale des tissus je prescrivis le régime lacté absolu. Et malheureusement il arriva ce qui arrive trop souvent. Le médecin n'a pas sitôt le dos tourné qu'on oublie ses conseils, qu'on fait à sa guise. Est-ce à dire ici qu'un régime lacté absolu bien suivi, comme il avait été prescrit, aurait sauvé notre malade, aurait éloigné la mort ? Je ne le crois pas, car la patiente avait une néphrite qui datait depuis peut-être de longues années ; et chaque grossesse agissait comme un véritable coup de fouet sur les reins.

Madame H. accouche le 4 avril. Tous les soins antiseptiques sont observés. La propreté la plus minutieuse règne dans la maison et principalement dans la chambre de l'accouchée. La garde-malade est excessivement attentive ainsi que toutes les personnes qui approchent la malade. Le lendemain de l'accouchement je remarque un pouls de 96 et une température à peu près normale. J'en fais la remarque au mari, lui disant que le pouls me paraît un peu rapide, attendu que l'accouchement a été assez court et facile.

Le 6 au matin, la température est de 105° F. et le pouls 120. Le vagin est bien intact ; pas la moindre déchirure ni sur le col de l'utérus, ni au périnée. L'utérus est très gros et mou. Dans la journée je fais deux injections intra-utérines au bichlorure de mercure.

Le 7 au matin la température est de 103° et le pouls toujours le même. Nouvelle injection intra-utérine et le liquide revient comme la veille assez clair et net. Je n'observe aucune douleur du côté de l'abdomen. La cuisse gauche est douloureuse vers l'aîne. La patiente ressent de la douleur à ce point depuis un mois et demi, époque où elle a fait une chute, après laquelle la marche a été

Le 8 avril, à ma visite du matin, j'observe encore une température de 105° F. Je prescriis la quinine IV grs toutes les 4 heures. (La patiente prenait depuis l'accouchement des pilules : quinine II grs. extrait d'ergot I gr, strychnine 1/60 gr. 3 fois par jour.)

A midi et demi on me fait appeler en toute hâte. Madame H. se plaint de bourdonnement d'oreilles, de surdité complète, bouffées de chaleur à la figure, de vertiges, de troubles de la vue,—elle croit que le jour baisse, qu'il fait noir,—d'engourdissement aux membres. Elle a les joues rouges, enflammées. Elle se fait mettre sur la tête et la figure des compresses froides souvent renouvelées, elle craint la congestion au cerveau. Il est à remarquer que les bourdonnements d'oreilles et la surdité ne dépendent nullement de la quinine, parce que Madame H. a commencé à ressentir ces symptômes dès le début du travail. Pendant qu'elle était sur son lit de misère, elle répondait ainsi à mes questions : Parle plus haut, je n'entends pas. Cette surdité a persisté jusqu'à sa mort.

Monsieur le docteur Rottot, appelé en consultation, confirme mon diagnostic d'attaque imminente de convulsions éclamptiques. Nous jugeons nécessaire de saigner la malade. Je lui enlève XX onces de sang, et je lui administre, par la bouche, chloral grs XV, brom. pot. 1/2 drachme, lait X onces.

Le pouls, avant la saignée, était de 130 pulsations et la température 104° F.—A la fin de la saignée le pouls 126, et 40 minutes plus tard 120—température 103°, la température remontait à 104 une heure après, c'est-à-dire à 3 1/2 heures p. m. La saignée a fait disparaître rapidement tous les symptômes prodromiques de l'éclampsie ; mais la surdité a persisté complète pendant quelques heures. La malade, qui était insouciante auparavant, a recouvré après la saignée toute son intelligence. Elle se plaignait ensuite de douleur aux reins.

Pour aider et continuer l'effet de la saignée j'appliquai sept ou huit bouteilles d'eau chaude autour des membres. Il se produisit une abondante transpiration qui abaissa la température vers 5 heures p. m. à 102 1/2°, le pouls se maintenait toujours à 120. Je donnai à intervalles de deux heures 3 ou quatre doses de chloral et de bromure de potassium.

La nuit du 8 avril fut assez bonne.

9 avril—7 hrs. a. m., pouls 130, température 103 1/2.

Suivons la maladie pour ainsi dire heure par heure et nous verrons que le traitement n'a pas eu beaucoup d'effet sur sa marche. Si la température oscille un peu, le pouls varie encore plus dans sa forme et son volume, tantôt plein et fort, tantôt mou ou compressible, tantôt filiforme, tantôt irrégulier, cependant il est toujours rapide et il descend rarement au dessous de 120 ou 118 et ne monte pas en dessus de 126.

Outre ce caractère du pouls, le regard de la malade a quelque chose de pénible, de plus ou moins fixe, d'hébéte, d'insouciant qui rappelle assez la fièvre typhoïde. Cependant la langue n'est jamais sèche ni trop chargée. Mais on remarque toujours cette difficulté à articuler les mots,—difficulté qu'on a observée dans les deux dernières grossesses.—On dirait que la bouche est pleine, ou la langue trop épaisse. La malade est soumise au régime lacté avec eau de Vichy et brandy.

9 avril—11 hrs. a. m., pouls 120, température 104° F.

1	"	"	"	"	103 1/2°.
4.10	"	"	124	"	104 1/2°.
5.20	antipyrine 15 grains.				
6.50	"	p. m.,	pouls 116,	température	102°.

9 avril, 7.30 hrs, p. m., antipyrine grs XV—Injection vaginale—les lochies sont bonnes, et n'ont aucune odeur.  
 9.10 " " pouls 110, température 101°.  
 11.00 " " " " " 100½° -- antipyrine grs XV.

Voilà le moment où la température s'est le plus abaissée et nous eûmes quelque espoir de l'y maintenir ; malheureusement notre espoir fut de courte durée, car le 10 avril nous observions à 3 20 hrs. a. m., pouls 110, température 102½. (1) Nous donnons strychnine 1/60 gr— Il se produit une selle.

7.40 h. a. m pouls 120, température 103½.  
 7.45 " " antipyrine grs XV.  
 8.00 " " selles liquides.  
 9.05 " " pouls 110, température 103½°.  
 11.30 " " antipyrine grs XV.  
 11.45 " " pouls 110 température 104½°.  
 1 " p. m. strychnine 1/60 gr., pouls 120, température 104½°.  
 2.30 " " antipyrine grs XV.  
 4.15 " " pouls 106, température 104°.  
 5.00 " " strychnine 1/60 gr.  
 5.50 " " pouls 120, température 104½°.  
 6.00 " " antipyrine grs XV.  
 9 hrs p. m. Strychnine 1/60 gr.  
 10 " " pouls 120, température, 103½°, antipyrine grs XV.

11 avril, 12.30 " a. m. Selles diarrhéiques, température 102°, pouls 110, strychnine 1/60 gr.  
 2.30 " " Antipyrine grs XV. Selles diarrhéiques.  
 5.00 " " Strychnine 1/60. Pouls 101, température 101½°.  
 6.30 " " Antipyrine grs XV.  
 8.00 " " Pouls 120, température 101½.  
 8.50 " " Teinture de digitale, 10 gouttes.  
 10.30 " " Antipyrine grs XV.  
 12.10 " p. m. Selles liquides.  
 12.30 " " Température 101½, pouls 112.  
 12.50 " " Teinture de digitale, 10 gouttes.  
 1.40 " " Selles liquides.  
 2.30 " " Antipyrine grs XV. 3 selles liquides.  
 4.45 " " Pouls 120, température 102½°.  
 4.50 " " Teinture de digitale, 10 gouttes.  
 6.30 " " Antipyrine grs XV. Selles liquides.  
 6.40 " " Pouls 118, température 102½°.  
 7.50 " " Cachets de salol et salicylate de bismuth 1/2 grs V.  
 8.50 " " Teinture de digitale, 10 gouttes.  
 9.00 " " Température 102½, pouls 120, plusieurs selles liquides.  
 10.30 " " Antipyrine grs XV.  
 11.10 " " Pouls 120, température 102½°.  
 11.30 " " Cachets de salol, salicylate de bismuth et benzo-naphtol grs V 1/2 que nous continuons à donner toutes les 4 heures jusqu'au dernier jour.

(1) L'utérus est toujours resté gros et en subinvolution. Il est un peu sensible à gauche vers une des cornes et même on sent comme un petit kyste de la grosseur d'une noix ; le lendemain cette tumeur paraît plus aplatie et semble gagner la partie gauche et postérieure de l'utérus ; on voit qu'il s'est fait une infiltration dans le tissu cellulaire. On y sent de l'empatement qui va en augmentant jusqu'au 16 avril, lequel empatement on sent parfaitement par le toucher vaginal, empatement très douloureux.

12 avril, 12.50 hrs a. m.	Teinture de digitale, 10 gouttes que nous répétons toutes les 4 heures jusqu'au lendemain à 9 hrs. a. m.,
2.30 " "	Antipyrine grs XV, température 101½°, pouls 114. Selles liquides.
6.30 " "	Antipyrine grs XV.
8.30 " "	Température 102°, pouls 116. Selles liquides.
9.10 " "	" 101¾°, " 112. "
11.40 " "	" 102½°, " 110. "
1.00 hr p. m.	Selles liquides.
5.00 hrs "	Température 102½°, pouls 116.
9.00 " "	" 104°, " 120.

Les selles diarrhéiques continuent presque aussi fréquentes jusqu'à l'heure de la mort, excepté pendant le 13e jour d'avril. Nous avons administré l'opium et le camphre que nous cessons presque aussitôt parce qu'il a un mauvais effet sur la sécrétion urinaire qu'il diminue notablement. L'opium discontinué, la diarrhée revient aussi rebelle, mais l'urine devient aussi plus abondante. L'analyse des urines ne révèle pas d'albumine.

Le 13 avril, à 11 heures a. m., je remplace la digitale et l'antipyrine par la quinine à dose de grs IV toutes les 4 heures. La quinine n'a pas plus d'effet sur la température qui oscille aux différentes heures entre 102° et 104°, montant ou descendant dans l'espace de deux ou trois heures, et sur le pouls qui se maintient avec persistance entre 116 et 120 pulsations, et cela pendant le 14e, le 15e, le 16e jour d'avril.

Le 17 avril la température du matin atteint 103° le pouls 120 ; à 1 heure p. m., température 104½°, pouls 120. Le lendemain, 18 avril, température 104½°, 105°, 105½°.

1<sup>er</sup> avril, nous donnons force champagne à la malade. - 16 avril vers 11 hrs a. m., commencement de délire qui se manifeste par intervalles jusqu'au 19 au matin. Nous soutenons la malade par tous les moyens : strychnine, caféine, champagne, brandy, injection de sérum artificiel.

Ce que nous avons surtout remarqué dans ce cas fatal, c'est d'abord cette surdité qui apparaît très faiblement près d'un mois avant l'accouchement et qui se prononce surtout et devient presque complète au moment du travail pour s'accroître encore à l'instant de la menace d'éclampsie ; surdité qui s'atténue par moment sans jamais disparaître complètement. Les urines n'ont jamais présenté d'albumine à l'action de la chaleur ou de l'acide nitrique, ni avant, ni après l'accouchement. La malade n'a ressenti de la douleur à la région lombaire qu'après la saignée que je pratiquai au bras et cette douleur n'a duré que quelques heures. Il y a eu cependant après l'accouchement de la difficulté dans l'émission des urines. La malade éprouvait le besoin d'uriner, et ce n'est qu'après 4 ou 5 minutes d'efforts qu'elle parvenait à passer une urine assez claire. Les symptômes locaux de l'abdomen n'ont pas été très bruyants : très peu de météorisme, si ce n'est pendant un jour. L'involution utérine ne se faisait pas, surtout pendant les premiers jours. J'avais fait la même observation à l'accouchement précédent. La patiente n'a éprouvé de la douleur, malgré la pelvi-cellulite du côté gauche de l'utérus, que lorsque nous comprimions la paroi abdominale et surtout quand nous pratiquions le toucher vaginal, alors que nous sentions parfaitement l'empatement produit par cette pelvi-cellulite.

Les lochies ont toujours été physiologiques, n'ont jamais présenté d'odeur anormale ; et les injections intra-utérines n'ont jamais démontré la moindre trace d'infection locale. Le doigt, introduit dans la cavité utérine vers le huitième ou neuvième jour, n'a découvert aucun corps étranger à la surface de la muqueuse ; le doigt est sorti parfaitement inodore.

Le point le plus digne de remarque, c'est peut-être le manque absolu de frisson. La patiente n'a pas éprouvé de grand frisson, ni la plus légère sensation de froid.

Il n'y a pas eu de vomissements, ni de nausées, si ce n'est vers le 8e et le 12e jour, alors que la malade avait bu un verre de lait répété toutes les heures.

Voici une analyse des urines faite par monsieur le docteur Brennan, appelé en consultation :

Urine de Madame H.

Service du docteur de Cotret.

Date 18 avril 1897.

Examen 24 hrs. après miction. (*Réactif-acosmique.*)

1o. Quantité des 24 heures ?

2o. Gravité spécifique 1022.

3o. Couleur jaune ambre 4o Réaction franchement acide.

5o. Odeur normale. 6o. Dépôt, uniformément trouble. (1)

#### A. Analyse chimique.

1o. Sérum albumine provenant de la pyurie.

2o. Glycose à soupçonner. (2)

3o. Pas de bile.

4o. L'urée des 24 heures n'est pas dosée.

5o. Acide urique—pas dosé.

6o. Chlorures “ “

7o. L'urine étant acide, il n'y a pas de phosphaturie.

8o. Pas de sang.

9o. Il y a du pus—Voir analyse microscopique.

#### B. Analyse microscopique.

Date 18 avril 1897. 24 hrs. après miction urine en réaction avec acide osmique.

1o. Réaction acide.

2o. Pas de sédiment—uniformément trouble.

3o. Cylindres pas nettement démontrés ; quelques restes informes pourraient faire soupçonner leur présence.

4o. Pus en quantité sans déformation globulaire.

5o. Pas de sang.

6o. Épithélium rares ; rien d'important.

7o. Cristaux : quelques phosphates acides de chaux.

8o. Peu de dépôts amorphes.

9o. Pas de spermatozoaires.

10o. Bactéries. Urine pauvre en bactéries—Pas de strepto, ni staphylocoques—ni gonocoques (démontrés) ni Koch—Quelques diplocoques et surtout de coli-bacilles, mais peu abondants.

Remarques :

Résumé. On peut soupçonner la présence d'une pyélo-néphrite (vu les antécédents etc.) d'origine probablement coli-bacillaire

M. THOS. BRENNAN, M. D.

#### OBS. VI.—ECLAMPISIE.—MORT.—AUTOPSIE.—

Madame X., multipare, est transportée à la Maternité dans l'ambulance. Je vois madame X. à 9½ hrs a. m. Elle est dans un état comateux profond, accompagné d'accès éclamptiques fréquents et d'une intensité toute particulière.

(1)—Le trouble ne disparaît ni avec HO 5—ni chaleur—ni dépôt—ni centrifuge ; conclusion—urines *purulentes rénales*. (pyélo-néphrite).

(2)—Glycose “ a ” Fehling est réduite avec réaction vert émeraude sans grumeaux—Peut-être glycose *entracs*. “ b ” Réactif hylander—réaction avec coloration jaune noirâtre—traces de glycose.



Madame X. a été trouvée étendue sur le plancher de sa chambre. C'est son fils, un enfant de cinq ou six ans, qui en avait averti les voisins. Madame X. demeurait seule depuis quelque temps avec cet enfant, le père étant parti à la suite de revers de fortune et de troubles de famille.

Quand l'enfant a vu sa mère ainsi aux prises avec les convulsions éclamptiques, peut-être y avait-il déjà plusieurs heures que la malade avait été frappée. Car, il faut remarquer qu'elle nous a été apportée à la Maternité en toilette de nuit, et il était neuf heures et demie du matin : elle a donc eu ses premiers accès durant la nuit ou au moins de bonne heure le matin.

Vu l'état profondément comateux, les accès fréquents et violents et pour ainsi dire subintrants, la congestion marquée à la face qui est bleuâtre, noirâtre, je pratique de suite une saignée de XX onces et je mets sur la langue deux gouttes d'huile de croton. Le cathéter introduit dans la vessie n'en tire que très peu d'urine légèrement albumineuse.

Une heure plus tard, la malade a une bonne selle. Les accès subintrants continuent ; les poumons sont fortement congestionnés. Je répète la saignée, mais sans résultat favorable. La malade meurt une demi-heure plus tard.

En pratiquant l'opération césarienne post-mortem, mon bistouri se trouve à inciser la paroi utérine correspondant à l'insertion placentaire. Il s'en échappe un immense caillot de sang noir. La partie centrale du placenta s'était décollée pendant les convulsions et il en était résulté une hémorragie qui, à elle seule, aurait pu tuer le fœtus même en dehors de toutes autres causes.

L'incision avait été faite sur le fond de l'utérus en gagnant la face postérieure. Le placenta se trouvait donc inséré sur le fond et un peu en arrière.

L'autopsie a été faite le lendemain matin par monsieur le docteur Georges Villeneuve. Nous avons remarqué à peu près toutes les lésions anatomiques que le Dr Bouffe de Saint-Blaise décrit dans sa thèse.

Le foie avait une couleur jaune feuille morte. Le tissu était dégénéré. On remarquait sur une certaine étendue de la surface convexe un pointillé hémorragique. Nous n'avons pas trouvé de tache provenant d'hémorragie en nappe.

La rate examinée avec soin ne présentait rien d'anormal, mais avouons que l'autopsie a été faite plus de vingt-quatre heures après la mort.

Les reins nous ont présenté des lésions variées. Ils étaient tous deux un peu plus petits qu'à l'état normal. Le rein gauche était congestionné, granuleux. Ils offraient les caractères qu'on rencontre dans la néphrite interstitielle chronique. La capsule était très adhérente. La substance corticale du rein droit était hypertrophiée.

On voyait un piqueté hémorragique sur la muqueuse de l'estomac. Par place, il y avait des plaques congestives, et des ecchymoses sous-muqueuses.

Le cœur était hypertrophié. On remarquait un caillot fibrineux dans le cœur droit.

Les poumons étaient fortement congestionnés. Le lobe inférieur du poumon gauche était rempli d'un sang noir.

Les bronches et le larynx étaient remplis de spume.

Les plèvres viscérales offraient une piqueté hémorragique, et les plèvres pariétales étaient normales.

Absolument rien d'anormal du côté du cerveau.

Je n'ai pu me procurer aucuns renseignements sur les antécédents de cette éclamptique. J'ai remarqué chez elle un teint ictérique très prononcé. J'ai fait la même remarque chez la patiente de l'observation suivante qui est morte en éclampsie.

#### OBS. VII.--ÉCLAMPTIE--MORT--

Le 4 octobre 1897, vers 5 heures de l'après-midi, je suis appelé auprès d'une patiente, madame O. B., que j'ai accouchée dans le même mois en 1895.

La malade se plaint d'une céphalalgie frontale très violente qui existe depuis quelques jours, de vomissements répétés et d'une gastralgie vraiment caractéristique. Elle a des contractions utérines et des douleurs lombaires et abdominales fréquentes et fortes.

L'examen vaginal me permet de toucher un col de multipare à environ 7½ mois de grossesse. En effet Madame B. est enceinte pour la quatrième fois, et au huitième mois. Le palper me fait diagnostiquer une présentation du sommet, et l'auscultation m'indique une position gauche et un enfant vivant.

Il n'y a pas de commencement d'effacement : le col a toute sa longueur ; cependant vu les symptômes prémonitoires de l'éclampsie, j'avertis Madame B. qu'elle accouchera probablement avant longtemps.

Madame B. a un œdème généralisé assez prononcé depuis un mois. Les deux jambes sont énormes, la figure est bouffie, et les mains très œdématiées. Elle souffre beaucoup de mauvaise digestion depuis cinq ou six semaines. La miction fréquente est moins qu'abondante ; et depuis deux ou trois jours l'urine est très rare et très foncée, même d'une couleur noirâtre ; la constipation opiniâtre. Le foie est malade et la patiente se plaint beaucoup de douleur à région hépatique. Le teint est jaune, ictérique.

J'administre à Madame B. 15 grains de chloral et je prescris 1 once de crème de tartre à prendre dans la soirée, et 15 grains de chloral à prendre toutes les 3 heures. Le régime lacté absolu est institué. J'avertis le mari de bien remplir toutes les prescriptions.

A 8 heures, le soir, je retourne auprès de Madame B. ; son mari n'a pas encore, malgré mes recommandations pressantes, donné un seul médicament, ni purgatif, ni chloral. Je donne moi-même une nouvelle dose de chloral, j'ordonne de nouveau la crème de tartre et fais envelopper la malade dans des draps chauds avec plusieurs bouteilles d'eau chaude. J'avertis le mari de ne pas laisser la malade seule même une seconde, de lui administrer du chloral à certaines heures, et de me mander à la première menace de convulsion.

Voici un cas que je me reproche de ne pas avoir traité par la saignée. Aurais-je réussi à sauver cette malade par la phlébotomie ? Je crois maintenant que j'aurais prévenu les convulsions et que j'aurais donné plus de temps au régime évacuant purgatif et diurétique, (crème de tartre et lait) de diminuer l'auto-intoxication.

J'étais cependant en droit d'agir comme je l'ai fait, car je suivais les préceptes donnés par la plupart des auteurs modernes. J'aurais peut-être pu donner le chloral à plus fortes doses, trente grains au lieu de quinze.

Depuis ce jour, je me suis promis d'être, malgré mon jeune âge, un vieux praticien de l'ancien régime et de saigner dans pareille occasion. Mon expérience personnelle me le commandait, mais j'ai voulu m'appuyer sur l'autorité de certains grands noms.

Ainsi donc, désormais, quand les symptômes m'annonceront l'attaque imminente de la convulsion, j'aurai recours sans hésiter à mon bon vieux traitement, et la saignée sera mon arme défensive.

A minuit, la malade avait une première convulsion. Dix minutes plus tard, j'étais auprès d'elle, lui administrant du chloral et la surveillant avec une fiole de chloroforme à la main.

Le toucher me montra un col à demi effacé et se dilatant. La présentation engagée était accessible au doigt.

Voici quel fut dès lors mon plan de traitement : mettre la malade sous l'influence du chloroforme, dilater le col avec les doigts (le travail étant déjà commencé) et terminer l'accouchement.

J'envoyai chercher un autre médecin. M. B. frappa sans succès à la porte de deux médecins. Il avait été plus d'une heure dans sa recherche infructueuse. Pendant ce temps la malade avait eu deux nouveaux accès d'éclampsie et le coma se prolongeait. Je fis appeler l'ambulance qui, à son tour, prit une heure

à répondre à l'appel. Pendant tout ce temps, je me trouvai seul avec la malade, à part une vieille femme, membre vraiment nuisible, et trois petits enfants. La maison était malpropre ; loin d'être propice à aucune opération obstétricale. Impossible de rien avoir. Pour comble de malheur nous fûmes obligés d'attendre avec la malade, dans l'ambulance, une bonne demi-heure à la porte de la Maternité avant de pouvoir nous faire ouvrir. Le coma n'avait pas laissé la patiente dès le troisième accès. Dans l'ambulance, à la porte de la Maternité, il se manifesta un quatrième accès beaucoup plus fort et plus prolongé que les autres, de même le coma devint plus prononcé.

Arrivés dans la salle d'accouchement nous nous mîmes en frais, l'interne de l'Hôpital Notre-Dame et moi, de chloroformiser la malade et de terminer l'accouchement. La dilatation manuelle fut facile, et j'extrayai l'enfant en présentation du siège.

Le placenta présentait quelques infarctus blancs, signe caractéristique de l'albuminurie. De même les urines noirâtres et rares contenaient beaucoup d'albumine.

Après la délivrance, 3 heures a. m., j'administrai en injection rectale trente grains de chloral.

Le coma persista, mais la malade n'eut pas d'autre accès de convulsion jusqu'à sa mort qui arriva à 10 heures a. m.

Nous n'avons pu faire l'autopsie qui nous aurait certainement montré les lésions propres aux deux éclampsies hépatique et rénale.

#### OBS. VIII—GROSSESSE GÉMELLAIRE RECONNUE PAR LE PALPER—ALBUMINURIE.

Douvine est âgée de 21 ans ; elle vient de la campagne. Elle est blonde, a marché à 4 ans, a toujours bien marché depuis ; son squelette est normal. Ses menstrues irrégulières sont venues à l'âge de 17 ans. A 4 ans, elle a eu la rougeole ; à 8 ans, la varicelle. Elle a toujours souffert de dyspepsie et d'anémie. Sa vessie est malade ; elle se plaint de dysurie. Ses jambes sont très œdématisées.

Douvine tousse beaucoup ; au cœur, on entend un bruit de souffle au 2d temps à la base.

La mère de Douvine est morte à 38 ans de phthisie ; son père, âgé de 52 ans, est hémiplégique ; une de ses sœurs est morte phthisique.

La grossesse est à terme, la malade ayant eu ses dernières règles du 1er au 8 novembre 1896.

Le 7 août 1897, à 10 hrs. p. m., le travail de l'accouchement se déclare. A 3 heures a. m., le 8, la dilatation est presque complète et la poche des eaux se rupture.

Comme l'œdème aux jambes est considérable et que les urines contiennent beaucoup d'albumine (5½ grammes), la garde-malade m'appelle à 6½ h. a. m. et elle administre à la parturiente 15 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium.

Je vois la malade pour la première fois à 9 h. a. m.

Examen.—Palper :

L'utérus distendu se laisse difficilement palper ; de plus l'œdème sus-pubien gêne l'exploration du détroit supérieur ; cependant on peut, avec beaucoup de patience, palper deux têtes, dont l'une, déjà engagée, est en position gauche antérieure, et l'autre, au-dessus du détroit supérieur, est en position droite. Au fond de l'utérus on palpe parfaitement les pôles fœtaux opposés ; on sent très bien les membres inférieurs de chaque enfant.

Auscultation : le summum des bruits du cœur du fœtus déjà engagé s'entend près de l'éminence iléo-pectinée gauche, tandis que l'autre summum s'entend à droite en-dessus de la ligne horizontale fictive qui sépare l'utérus en deux parties égales.

Toucher : poche des eaux rompue, col dilaté, et présentation du sommet en gauche antérieure. Je ne touche pas de second poche des eaux.

Le travail n'a pas progressé depuis 6 h. a. m. La malade est fatiguée. J'ai plusieurs raisons pour appliquer le forceps : col dilaté depuis plusieurs heures avec une poche des eaux rompue ; vider l'utérus le plus vite possible pour prévenir l'éclampsie.

Je mets la malade sous l'influence du chloroforme et j'applique le forceps sur le sommet engagé. Le premier enfant extrait, je touche une autre poche des eaux. Introduire ma main dans l'utérus, aller à la recherche des pieds du fœtus, rompre les membranes, faire la version interne et extraire l'enfant fut l'affaire d'un instant.

La délivrance fut spontanée. Il ne s'écoula point de sang avant l'expulsion des enfants ou du placenta.

Il n'y avait qu'un placenta très volumineux (2 lbs et 4 onces). On y remarquait plusieurs infarctus blancs et une grande quantité de concretion calcaire qui en recouvrait littéralement la face utérine. En résumé, un placenta et deux poches amniotiques.

Les deux enfants, deux garçons, pesaient respectivement 7 lbs 1 once et 5 lbs 9 onces.

Aussitôt après la délivrance, 30 grains de chloral et 60 grains de bromure de potassium furent administrés.

Les relevailles furent normales, mais avec un pouls faible et un peu rapide, variant de 90 à 120 pulsations à la minute.

OBS IX.—MENACE D'ÉCLAMPSIE.—FORCEPS.—HÉMORRHAGIE POST-PARTUM, ET SÉRUM ARTIFICIEL.

Le 28 novembre 1897, j'examine Léopoldine, servante âgée de 17 ans, ses antécédents héréditaires sont bons ; elle-même a toujours joui d'une excellente santé, cependant son cœur n'est pas normal. Elle a marché à 13 mois, et a été réglée à 13 ans. Menstrues régulières, dont les dernières à la fin d'avril.

Léopoldine a perçu les premiers mouvements actifs du fœtus le 1er septembre. Le fond de l'utérus est à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le palper nous donne un diagnostic de présentation du sommet en droite postérieure. On entend le summum des bruits du cœur fœtal à droite près de l'épine iliaque supérieure.

Pas d'œdème ; pas de varices ; pas d'albumine dans les urines.

Le 21 janvier 1898, 6 heures p. m., je revois Léopoldine qui a un œdème presque généralisé : à la face, à la partie inférieure de l'abdomen et surtout aux cuisses et aux jambes. Céphalalgie frontale, nausées, surdité depuis 3 jours, vertiges depuis 5 à 6 jours, mouches volantes, urines fréquentes, peu abondantes, noirâtres et fortement albumineuses (12 grammes d'albumine au litre), tels sont les symptômes peu rassurants que je découvre chez Léopoldine.

J'administre de suite 1 once de crème de tartre dans un verre d'eau chaude, et je prescris : régime lacté absolu, chloral grs XV 3 fois par jour et limonade de crème de tartre, 1 pinte par jour.

22 janvier, 9 hrs a. m. La malade a eu, durant la nuit, 6 selles liquides et copieuses. Son urine est plus abondante et plus pâle. L'œdème a presque disparu à une jambe, tandis qu'il a diminué à l'autre ; les symptômes de la vue se sont améliorés.

A remarquer que la malade n'a pas encore pris une seule dose de chloral prescrit, et n'a pas encore rien pris comme boisson ou aliment depuis 6 hrs p. m. la veille.

10 hrs. a. m. Elle prend 15 grains de chloral dans 6 onces de lait. Léopoldine commence à ressentir des douleurs à l'utérus.

A 2 hrs p. m., on lui administre la même dose de chloral et de lait qu'elle vomit ; puis chaque fois que Léopoldine prend du lait elle le renvoie ; son

estomac ne retient que la limonade. 5 selles dans le courant de l'après midi.

5 hrs p. m. Le col s'efface et la dilatation est grande comme une pièce de 10 cents. Il y a beaucoup de douleurs

8 hrs p. m., chloral 30 grains dans de l'eau, par la bouche. Pouls 72 ; albumine, 16 grammes au litre.

23 janvier, 7½ hrs a. m., rupture spontanée de la poche des eaux qui sont très jaunes.

Léopoldine a reposé un peu pendant la nuit, et les douleurs ont été très bonnes par intervalles. Elle a eu plusieurs selles liquides, a uriné fréquemment et peu à la fois.

8 hrs a. m., dilatation terminée.

9 hrs a. m., tête dans l'excavation en droite transversale. Le forceps est employé (sans chloroforme) pour terminer plus vite l'accouchement et enlever sans retard toute cause d'irritation qui pourrait provoquer un accès d'éclampsie. Nous faisons une prise directe sur la tête de l'enfant.

L'accouchement est terminé à 10 hrs a. m. Il n'y a qu'une légère déchirure de la partie postérieure du vagin et déchirure de la fourchette.

Pas de sang avant l'expulsion du fœtus, mais beaucoup avant la délivrance.

L'enfant est une fille de 6½ lbs. Le placenta pèse 1 lb 6 onces ; on y remarque deux gros infarctus blancs.

Après la délivrance l'utérus se contracte mal, et nous avons à combattre une hémorrhagie externe des plus graves contre laquelle on administre l'ergot, on pratique la compression de l'utérus, on emploie les injections intra-utérines d'eau chaude (1½ heure), l'introduction de la main dans l'utérus. Malgré tout, l'utérus est mou, l'hémorrhagie continue. La malade devient exsangue, elle perd connaissance ; le pouls n'est pas perçu.

C'est alors que l'injection de sérum artificiel (1 cuillerée à thé de chlorure de sodium par chopine d'eau) nous fut d'un secours inappréciable, et nous lui devons certainement la vie de la malade. On injecta dans le flanc gauche 30 onces de sérum. Il était vraiment merveilleux de voir le pouls revenir, se relever et ramener l'espoir avec la vie.

L'utérus, enfin stimulé par l'ergot et l'injection d'eau très chaude continuée pendant plus d'une heure, s'était durci, contracté et l'hémorrhagie avait cessé.

Midi, la malade s'endort et nous la laissons reposer pendant plusieurs heures, (bien entendu que le pouls et l'utérus sont interrogés presque continuellement pendant ce sommeil).

Le régime lacté absolu est continué pendant les couches. Les injections vaginales à l'acide borique saturé sont données 3 fois par jour.

24 janvier ; tout va bien, excepté un peu de sensibilité à l'endroit des piqûres de l'injection de sérum, sensibilité qui ne tarde pas à disparaître. Il n'y a plus qu'un demi gramme d'albumine dans les urines.

Le 25 janvier, le 3e jour des couches la température s'élève à 102½° F, le matin, pouls 104. Le même soir elle est à 101°, et s'y maintient toute la journée du lendemain.

27 janvier, comme la température est encore à 101°, pouls 92, que les lochies sont noirâtres et de mauvaise odeur, je fais une injection intra-utérine abondante avec une solution saturée d'acide borique. Il est 10 hrs a. m.

A midi, la malade a un gros frisson, la température s'élève à 105°, et le pouls à 130. J'ai souvent remarqué ces symptômes après les injections intra-utérines, et je m'efforce de les prévenir ou de les combattre en enveloppant la malade dans des couvertes bien chaudes, et l'entourant de 7 ou 8 bouteilles d'eau chaude, et en lui donnant à boire un bon verre de brandy ou de whiskey.

4 hrs p. m., température 101°.

8 hrs p. m., température 100°, pouls 102.

Le lendemain température 99°, pouls 78 ; puis la température et le pouls tombent à la normale et s'y maintiennent.

Au neuvième jour des couches Léopoldine se sent bien, demande à manger, désir qu'on exauce vû que les urines sont bonnes. Elle entre en pleine convalescence.

Cette observation est instructive d'abord au point de vue du traitement prophylactique de l'éclampsie, en second lieu elle nous montre l'hémorrhagie qui suit presque inévitablement l'albuminurie de la grossesse, en troisième lieu le rôle important joué par l'injection du sérum artificiel.

#### OBS. X.—ECLAMPSIE.—DILATATION DU COL.—VERSION MIXTE.

Le 30 octobre 1897, monsieur le professeur Lamarche et moi nous sommes appelés à la Maternité vers 5 heures du matin pour Evangéline qui a des accès d'éclampsie.

Evangéline, servante, est âgée de 18 ans. C'est une grande et grosse fille brune, au tempérament lymphatique, au teint pâle, mais qui a toujours joui d'une excellente santé.

Sa mère, ses tantes et ses oncles paternels et maternels sont tous morts de phthisie.

Evangéline a été réglée pour la première fois à 17 ans, et la dernière fois du 1er au 5 janvier 1897.

Pendant les deux premiers mois de sa grossesse elle a souffert beaucoup de vomissements. Vers le quatrième mois elle remarque de l'œdème à la figure, aux jambes et aux mains, œdème qui augmente progressivement. Elle a eu de la céphalalgie continue pendant toute sa grossesse. Pendant le dernier mois elle a eu des douleurs épigastriques très fortes. Sa miction était fréquente et abondante, mais les urines n'ont jamais été analysées, car, pour le malheur d'Evangéline, nous n'avons pas eu l'occasion de la voir avant l'attaque d'éclampsie.

A notre arrivée auprès d'Evangéline, nous lui donnons 60 grs de chloral et 30 grs de bromure de potassium en un lavement qui est immédiatement rejeté. Nous avons alors recours au chloroforme pendant que les gardes-malades préparent tout ce qui est nécessaire à une application de forceps. Nous avons assisté ici aux effets assez remarquables du chloroforme. La malade qui n'était pas complètement anesthésiée a eu trois accès éclamptiques pendant la dilatation manuelle du col. D'après les auteurs, l'accès d'éclampsie se divise en quatre périodes : 1<sup>o</sup> invasion, 2<sup>o</sup> convulsions toniques, 3<sup>o</sup> convulsions cloniques, 4<sup>o</sup> coma. Voici ce qui se passait pendant les accès qu'a eus notre malade : aussitôt que la période d'invasion se faisait sentir nous donnions de fortes doses de chloroforme. L'effet en était immédiat : la malade passait de la période d'invasion à la période de coma, et n'était pas secourue par les deux terribles périodes de convulsions toniques et cloniques.

Aussitôt la dilatation terminée, la version podalique par méthode de Braxton-Hicks fut faite, et l'accouchement se termina à 6½ hrs a. m.

Après la délivrance, on pratiqua une phlébotomie au bras droit et on enleva 10 onces de sang ; puis on administra par la bouche 30 grs de chloral et autant de brom. pot. Le pouls est à 120 ; les urines contiennent 6½ grammes d'albumine.

7½ h. a. m. nouvelle dose de chloral (30 grs). Le pouls est à 120.

8½ h. a. m. pouls 80, température 98° F.

10 h a. m. on donne du sel et du sénéc.

La malade passe une très bonne journée et le soir elle se sent très bien. Les urines du soir ne contiennent plus qu'un gramme d'albumine. La malade fait de bonnes relevailles.

J'oubliais de dire qu'il existait dans la masse placentaire deux infarctus blancs et deux autres foyers hémorrhagiques récents.

## DE L'OPÉRATION DE MULES.

---

Jehin PRUME, M. D., medecin de l'Hôpital Notre-Dame.

L'opération connue sous le nom de l'*Opération de Mules*, consiste, au lieu d'enlever la totalité du globe oculaire, ou encore de sectionner la partie antérieure de l'œil, méthode de Critchett, à éviscérer tout le contenu de la sclérotique et y mettre une boule en verre ou en argent.

Cette méthode, qui déjà a été l'objet de nombreuses discussions, vient d'avoir, avec la dernière assemblée de l'Association Médicale Britannique, à Montréal, un nouvel intérêt.

M. le professeur F. Buller, de l'Université McGill, à Montréal, dans une très intéressante communication faite devant la Section d'Ophthalmologie de la B. M. A. et devant l'*Ophthalmological Society of Great Britain*, a préconisé un nouveau manuel opératoire, devant assurer le succès de l'opération de Mules.

Le Dr Buller a fortement insisté sur la parfaite stérilisation de la boule et sur la modification opératoire suivante :

Au lieu de faire l'incision circulaire péri-cornéenne comme décrite par les auteurs, le Dr Buller pratique une incision en forme d'amande allongée, embrasant la cornée en son centre. Puis, toute la portion ciliaire enlevée, éviscération de la sclérotique, lavage à l'acide borique. Il place alors la boule de verre ou d'argent, préalablement stérilisée avec soin et suture la sclérotique avec du fil de soie, sutures à demeure. Au-dessus de la sclérotique ainsi fermée, il suture la conjonctive.

Cette modification de la méthode de Mules présente certainement des avantages sur l'ancienne méthode. Il est incontestable qu'avec les moyens antiseptiques que nous possédons aujourd'hui, nous donnons à nos opérations une grande chance de réussite. Cependant la méthode de Mules, par elle-même, présente-t-elle des avantages réels sur l'énucléation simple, et sur la méthode de Critchett ?

Le Dr Cross, de Bristol, a, devant l'*Ophthalmological Society of Great Britain*, fortement protesté contre l'Opération de Mules, prétendant que par ce moyen on pouvait causer des ophthalmies sympathiques.

Nous partageons beaucoup les vues du Dr Cross, et tous les cas de *Mules* que nous avons été à même de voir ne nous ont pas encouragé à persévérer dans la pratique de cette opération.

Nous croyons de beaucoup préférable de pratiquer l'énucléation totale toutes les fois que l'affection pathologique intéresse les organes profonds de l'œil. Si la maladie est superficielle, nous avons recours au Critchett qui nous a toujours donné d'excellents résultats.

450 rue Guy, Montréal.

---

## SOCIÉTÉ DES INTERNES DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME.

## SÉANCE D'OUVERTURE.

## DISCOURS DU PRÉSIDENT SORTANT DE CHARGE.

*Messieurs,*

Il y a un an, vous m'élisiez à la présidence de la Société des Anciens Internes de l'Hôpital Notre-Dame. Avant de revoir brièvement les travaux de l'année, permettez-moi de vous remercier non seulement de l'honneur que vous m'avez conféré à cette époque, mais aussi de la courtoisie avec laquelle vous m'avez traité durant toute la durée de ma présidence, dont l'exercice m'a été facile parce que l'harmonie la plus complète a toujours régné entre les membres durant les séances.

Notre société compte dix ans d'existence ; c'est un âge qu'aucune société médicale n'a jamais atteint à Montréal, si ce n'est notre brillante sœur aînée " The Medico-Chirurgical Society " dont la renommée s'étend déjà au loin. Chaque année de notre Association a été marquée par un progrès sur la précédente. Aussi celle qui vient de s'écouler a-t-elle été la plus animée depuis la fondation de la Société en 1888. En effet, je ne vois pas dans les annales de notre Société une session qui ait compté un aussi grand nombre de séances avec une assistance moyenne aussi nombreuse et autant de communications faites par un aussi grand nombre de membres. Nous avons eu dix-huit séances avec une assistance moyenne de douze membres ; l'assemblée la plus nombreuse a compté vingt membres, la moins nombreuse en a compté six. Deux de nos séances ont été présidées par des membres résidant en dehors de Montréal : MM les docteurs Normand, de Trois-Rivières, et Ostiguy, de St-Hyacinthe. Quinze membres ont présenté trente-six communications dont voici l'énumération par ordre chronologique :

- 1° Alimentation chez les enfants par le lait stérilisé.
- 2° Moyens de contrôle des hémorrhagies des voies respiratoires.
- 3° Premières observations de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde faites en Canada, à l'Hôpital Notre-Dame.
- 4° Nouvelle méthode d'hystéropexie abdominale.
- 5° Myxome énorme de l'utérus avec kystes des ligaments, production de pièces pathologiques.
- 6° Dosage des matières grasses contenues dans le lait avec démonstration pratique.
- 7° Rapport du délégué de l'Association au *Pan American Congress* à Mexico.
- 8° Trois observations de maux perforants plantaires chez des diabétiques.
- 9° Une observation de mal perforant plantaire chez un diabétique.
- 10° Un cas de blennorrhagie où les symptômes d'infection générale ont précédé l'écoulement urétral.
- 11° Un cas de fracture du crâne par balle ; présentation du malade.
- 12° Deux cas intéressants de maladies de cœur à la suite de rhumatisme articulaire aigu ; présentation des malades.



- 13° De la métrite blennorrhagique comme cause de stérilité chez la femme  
 14° Un cas intéressant de phthisie pulmonaire, présentation du malade.  
 15° Un cas de sclérose, présentation du malade.  
 16° Un cas de myélite diffuse, présentation du malade.  
 17° Un cas d'ataxie locomotrice, présentation du malade.  
 18° Un cas de maladie de l'embryon, production des pièces pathologiques.  
 19° Un cas de grossesse extra-utérine opérée avec succès après diagnostic.  
 20° Elimination du tiers inférieur du péroné après fracture exposée de la jambe et reproduction par le périoste de la section éliminée.  
 21° Remarques sur le premier cas de goître exophthalmique opéré en Canada.  
 22° Transformation osseuse du cartilage chez l'embryon, avec démonstrations microscopiques.  
 23° Rapport de dix-sept autopsies chez des enfants, production de pièces pathologiques.  
 24° Un cas de fièvre typhoïde confirmée par le séro-diagnostic où aucun symptôme véritable de la fièvre typhoïde n'était présent.  
 25° Deux cas d'asphyxie par suite de lésions bulbaires.  
 26° De l'emploi du sérum artificiel dans le traitement de la pneumonie chez les vieillards.  
 27° Un cas d'infection oculaire à la suite d'une ténotomie pour strabisme.  
 28° Un cas de diarrhée verte chez un adulte, production des pièces pathologiques.  
 29° Un cas de cancer de l'œsophage, production des pièces pathologiques.  
 30° Un cas de sarcôme du pharynx.  
 31° Un nouvel appareil pour pratiquer des vaporisations dans la diphtérie.  
 32° Effets thérapeutiques du mercure dans certaines manifestations arthritiques.

33° Un cas d'épithéliome scléro-cornéen.

34° Du traitement de l'épithéliome par l'acide arsénieux.

35° Deux cas d'hémorragie tardive après extraction de dents.

36° Discussion sur l'avantage de l'intubation sur la trachéotomie.

En résumé, il a été fait treize lectures, sept présentations de cas vivants, vingt-cinq productions de pièces pathologiques, dix-sept rapports d'autopsies, une présentation d'un nouvel appareil, une discussion.

Si l'on considère que sur quarante membres notre Société n'en compte que vingt-deux résidant à Montréal, l'on admettra que le travail de cette année a été satisfaisant.

Je termine, Messieurs, en offrant des remerciements au rédacteur de *L'Union Médicale* pour la publication qu'il a bien voulu faire des comptes-rendus de nos séances dans ce journal, au secrétaire de la Société pour l'attention qu'il apporte à la rédaction des procès-verbaux, enfin au Bureau d'Administration de l'Hôpital Notre-Dame pour la généreuse hospitalité qu'il nous accorde chaque année dans ses salles.

## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE.

## LA SAIGNÉE, LES VOMITIFS ET LE VÉSICATOIRE

Par M. Albert ROBIN, de l'Académie de médecine.

## I

En ce temps de progrès où les découvertes nouvelles changent si rapidement l'orientation des choses de la médecine, les vieilles médications qui furent le plus en honneur sont à peu près abandonnées, et l'expérience des siècles passés ne compte, pour ainsi dire, presque plus pour rien devant les horizons, si étendus, ouverts à la thérapeutique.

Au nom de la clinique et au nom de la physiologie, on a fait l'oubli sur des modes d'intervention dont nos pères avaient peut-être abusé, et qui ne méritaient ni l'extrême faveur où ils les tenaient, ni l'ostracisme dont on les frappe aujourd'hui. Entre l'enthousiasme du passé et le silence d'aujourd'hui, je pense qu'il y a place encore pour une opinion moyenne, à la condition que celle-ci soit étayée par la rigoureuse expérimentation que permettent les modernes procédés d'investigation.

C'est pourquoi je voudrais tenter de réhabiliter les émissions sanguines, la saignée, en particulier, les vomitifs et le vésicatoire, en précisant leur mode d'action physiologique, afin d'en tirer des indications thérapeutiques qui ne laissent rien au hasard.

## II

## ÉMISSIONS SANGUINES

A. — Les émissions sanguines sont à peu près abandonnées. Elles ne sont plus la médication de tradition ; la physiologie les repousse, puisqu'elle semble démontrer que leurs effets immédiats—les seuls favorables—sont fugaces et que leurs effets secondaires sont désastreux. La physiologie pathologique ne reconnaît aucun processus morbide où elles soient utilisables, sauf dans les cas où il s'agit de modifier temporairement la pression sanguine ou d'évacuer un poison retenu dans le sang, comme dans l'urémie. Actuellement, dans les cas rares où l'on saigne, on ne demande à la saignée qu'un effet mécanique ou évacuateur, et comme cet effet est toujours transitoire et qu'on ne peut pas épuiser l'organisme pour le renouveler, on ne saigne plus, ou l'on saigne à la dernière extrémité, quand la déplétion devient urgente : aussi, cette urgence de la déplétion demeure-t-elle, à notre époque, l'unique et exceptionnelle indication de la saignée.

Les choses changent singulièrement d'aspect, quand, au lieu de s'en tenir aux documents statistiques fournis par la clinique et aux enseignements d'une physiologie un peu arriérée, on considère l'action des émissions sanguines sur la nutrition élémentaire. C'est là que nous allons trouver la source d'indications nouvelles dont la précision et la certitude ont presque un caractère mathématique.

B.—Cette action des émissions sanguines sur la nutrition a été fixée par l'étude des *échanges généraux* et par celle des *échanges respiratoires*. Les échanges respiratoires ont été déterminés avec la collaboration de Maurice Binet.

Dans une maladie aiguë, comme la pneumonie, prise pour type, une saignée de 100 grammes augmente légèrement la quantité d'urine (8%<sub>100</sub>), les matériaux solides, les matériaux organiques, l'urée, l'azote total, le coefficient d'oxydation azoté, l'acide phosphorique, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total. Ceci équivaut à dire que la saignée augmente les échanges azotés, améliore l'évolution des produits azotés de la désintégration en accroissant leur oxydation et relève les actes chimiques qui s'accomplissent dans le système nerveux.

Dans les états urémiques, l'action d'une saignée de 250 gr. produit exactement les mêmes résultats.

Il en est de même chez le cardiaque avec une saignée de 150 gr.

Les hémorragies naturelles, comme les règles, agissent à peu près de la même manière que les hémorragies provoquées dans un but thérapeutique. Les oxydations azotées sont augmentées, mais la désintégration azotée, c'est-à-dire la destruction des matières albuminoïdes, est diminuée.

Les hémorragies pathologiques, ou tout au moins certaines d'entre elles, comme les hématoméses de l'ulcère rond de l'estomac ou du duodénum, ont la même influence.

C.—Passons aux *échanges respiratoires*.

Leurs variations sont résumées dans le tableau ci-dessous :

#### Action des hémorragies sur le chimisme respiratoire

Par Kilogramme-minute..	RÈGLES	VENTOUSES	SCARIFIÉES	SAIGNÉE DU BRAS
Ventilation pulmonaire...	12,73% <sub>100</sub>	21,62% <sub>100</sub>		48,23% <sub>100</sub>
CO <sub>2</sub> produit.....	19,73 —	23,27 —		59,80 —
O <sub>2</sub> consommé.....	12,73 —	22,85 —		64,60 —
O <sub>2</sub> absorbé par les tissus..	7,57 —	21,62 —		111,01 —

Ces chiffres peuvent se passer de tout commentaire. Ils démontrent que les hémorragies naturelles accroissent les échanges respiratoires dans presque tous leurs détails et que les émissions sanguines portent cet accroissement à des chiffres considérables qui sont, jusqu'à un certain degré, en rapport avec la quantité de sang évacué.

D.—L'ancienne médecine nous avait appris déjà que la petite saignée active la rénovation du sang et diminue temporairement sa tension. Nos recherches démontrent que les émissions sanguines provoquent, en outre, une suractivité dans les phénomènes de la nutrition élémentaire.

On voit augmenter aussi, sous son influence, la quantité d'O<sub>2</sub> absorbé par les tissus, ainsi que l'urée et le coefficient d'oxydation azotée. Il en résulte que *la soustraction d'une quantité modérée de sang est un moyen d'oxydation générale*.

De ces faits découlent des indications précises pour l'emploi des émissions sanguines:

1° Leur action sur la tension sanguine, si courte qu'elle soit, légitime leur utilité dans les stases sanguines des cardiaques asystoliques, dans l'œdème aigu du poumon, ce qui, d'ailleurs, est à peu près admis par tout le monde, au moins théoriquement.

2° Elles trouveront leur emploi dans les affections où la nutrition est en déchéance, quand cette déchéance ne sera pas la conséquence d'une dénutrition exagérée, mais bien d'une insuffisance des actes nutritifs, démontrée, entre autres preuves, par l'abaissement des échanges respiratoires, du taux de l'urée, des divers coefficients d'oxydation.

Ceci revient à dire que les émissions sanguines ne conviendront pas à telle ou telle entité morbide, mais qu'elles pourront intervenir dans des états pathologiques fort dissemblables, à la condition qu'on y rencontre cette indication domi-

nante de la déchéance, ou, mieux encore, de l'insuffisance des oxydations organiques.

3° On conçoit, à l'aide de cette donnée, comment la saignée peut donner des résultats décisifs dans quelques maladies infectieuses, comme la pneumonie, alors que les accidents dominants qui imposent à la maladie sa haute gravité, sont causés par des poisons d'origine microbienne, et par ceux que fabrique l'organisme dans sa lutte contre l'agent infectieux. J'ai longuement insisté sur ce fait, qu'il y a deux espèces de fièvres, l'une réactionnelle, favorable, constituant un véritable acte de défense ; l'autre toxique, due à l'action des poisons microbiens et organiques. La première espèce de fièvre, il faut la respecter ; la seconde, il faut la combattre. Or, cette dernière n'est pas justiciable de l'antipyrèse ; elle n'est attaquable que par les moyens visant directement les toxines. De celles-ci, l'organisme ne peut se débarrasser que de deux façons, soit en les éliminant, soit en les oxydant, ce qui les transforme en produits solubles, facilement éliminables, dépourvus de toxicité. Or, les émissions sanguines qui accélèrent si puissamment les oxydations, sont destinées à devenir un agent thérapeutique de premier ordre dans certaines infections et dans quelques auto-intoxications, à la condition qu'on les manie avec prudence et habileté. La preuve en est faite pour la pneumonie, et nous ne doutons pas que l'heure vienne bientôt où l'on discutera, tout au moins, la possibilité de son emploi dans d'autres infections.

4° Dans les auto-intoxications, dont l'urémie est le type, les émissions sanguines n'agissent pas tant en soustrayant une minime partie du poison qu'en activant les actes d'oxydation qui transforment ce poison en un principe soluble et non toxique.

Quelques-unes de nos recherches, pratiquées chez des urémiques, démontrent nettement, en effet, un énorme accroissement des oxydations.

*E.*—A ce propos, ces recherches tendent encore à prouver combien est inexacte la théorie qui fait jouer à l'intoxication par les sels de potasse un rôle prépondérant dans l'urémie. Si cette théorie était exacte il faudrait, pour que la saignée eut une action efficace, retirer une grande masse de sang afin d'extraire une plus grande quantité de poison, et personne ne met en doute l'action souvent définitive d'une saignée de 200 à 250 gr., soit d'une bien faible partie de la masse totale du sang.

Mais je puis fournir une preuve bien plus forte encore.

D'après les auteurs, la quantité de potasse contenue dans le sang normal serait de 1 gr. 570 à 1 gr. 739  $\%_{100}$ . Mes recherches personnelles m'ont donné le chiffre de 1 gr. 640  $\%_{100}$ . Or, voici les chiffres trouvés dans le sang des urémiques :

#### La potasse dans le sang des urémiques.

1. Salle Valleix, n° 12.	Potasse	1 gr. 272	p. 1000	
2. id " 24.	id.	1 gr. 379	"	
3. Salle Serres, " 8.	id.	1 gr. 518	"	
4. id. " 13.	id.	1 gr. 568	"	1° Saignée.
" id. id.	id.	1 gr. 635	"	2° id.
" id. id.	id.	1 gr. 382	"	3° id.

Voilà six analyses dans lesquelles la potasse a été cinq fois au-dessous du chiffre physiologique ; une seule fois, elle s'est rapprochée de la normale. Comment admettre l'intoxication par la potasse quand le sang de ces urémiques n'en a jamais renfermé une quantité extra-physiologique. ? Comment admettre un empoisonnement quand il n'y a pas de poison ? D'autant que l'erreur des partisans de la toxicité des sels de potasse tient, en partie, aux procédés incorrects employés pour son dosage, ainsi que je l'ai démontré en 1889 à la Société de biologie.

J'espère que ces faits feront justice d'une opinion encore trop répandue et qui a servi de base à une thérapeutique illusoire.

## III

## LES VOMITIFS

Les vomitifs, qui jouaient un rôle thérapeutique si important dans une médecine qui n'est pas encore loin de nous, sont bien déchus de leur ancienne splendeur. Qui penserait, en effet, à les employer contre les diarrhées ou la dysentérie, comme Hufeland ; contre les dyspepsies, comme Franck ; contre l'hématémèse, comme Panaroli et Sheridan ; contre la lithiase hépatique, comme Cullen et Saunders ; contre la fièvre intermittente, comme Bretonneau ; contre le typhus, comme Graves ; contre les accidents puerpéraux, comme Trousseau, etc. ?

Aujourd'hui, dans la médecine de l'adulte, les vomitifs sont presque délaissés ; ils ne sont plus guère en usage que dans la médecine des enfants où on les emploie au début des affections de l'appareil respiratoire. Et encore, depuis que la notion de l'infection bronchique a pris rang en pathologie, la médication antiseptique tend à détrôner peu à peu la médication vomitive.

Je n'ai point à faire ici le procès de la médication antiseptique appliquée aux infections bronchiques. Ce que je veux démontrer, c'est que les vomitifs, outre qu'ils réalisent le curage des bronches — ce qui vaut toutes les antiseptiques — sont de puissants agents d'oxydation, ce qui est encore l'un des moyens les plus actifs que nous possédions pour nous débarrasser des toxines microbiennes.

Voici, en effet, comment s'est comporté le chimisme respiratoire, d'après les recherches faites, en collaboration avec Maurice Binet, sur un cas d'infection bronchique-type et sur un cas d'asthme :

## Action des vomitifs sur le chimisme respiratoire

## I. — Infection bronchique.

	Avant le vomitif	Après	Augment. p. 100	Le lendemain	Augmentat. p. 100
Nombre de respirations par minute	28	26	"	32	"
CO <sub>2</sub> o <sub>70</sub> .....	3,2	3,8	"	3,4	"
O <sub>2</sub> o <sub>70</sub> .....	4,2	4,6	"	4,6	"
Ventilation par kilog-minute.....	84 cc 86	143 cc 13	68,8	154 cc 327	81,8
CO <sub>2</sub> produit " .....	2 cc 716	5 cc 439	100,3	5 cc 247	93,1
O <sub>2</sub> total " .....	3 cc 564	6 cc 584	84,7	7 cc 099	99,1
O <sub>2</sub> absorbé par tissus " .....	0 cc 848	1 cc 145	35	1 cc 852	118,3
Quotient respiratoire.....	0,761	0,825	"	0,739	"

## II. — Bronchite chez un asthmatique.

	Avant le vomitif	Après	Augment. p. 100
Respirations par minute.....	32	35	
Capacité respiratoire.....	1478 cc	1930 cc	30,5
CO <sub>2</sub> o <sub>70</sub> .....	3	3,4	"
O <sub>2</sub> o <sub>70</sub> .....	3,8	4,4	"
Ventilation par kilogramme minute.	71 cc 24	150 cc 018	110,5
CO <sub>2</sub> produit " .....	2 cc 137	5 cc 100	138,6
O <sub>2</sub> total " .....	2 cc 707	6 cc 600	147,7
O <sub>2</sub> absorbé par tissus " .....	0 cc 569	1 cc 500	163,6
Quotient respiratoire.....	0,789	0,772	"

Ces deux exemples, que je pourrais multiplier, suffisent pour démontrer l'action puissante des vomitifs sur la capacité et la ventilation pulmonaire, sur la formation de l'acide carbonique, la consommation de l'oxygène, tous éléments qui s'accroissent dans des proportions considérables, ainsi qu'on peut en juger par un rapide examen des expériences ci-dessus.

Cet accroissement des échanges gazeux dans tous leurs éléments, sous l'influence des vomitifs, reconnaît deux conditions mécaniques, soit l'augmentation

de la capacité respiratoire et de la ventilation, et une *condition chimique* ou mieux vitale, à savoir la plus grande absorption d'oxygène et la plus grande formation d'acide carbonique pour le même volume d'air expiré. Avec cette double action, mécanique et chimique, il y a de quoi justifier la vogue ancienne des vomitifs, du moins dans leur application au traitement de l'infection bronchique.

Je n'hésite pas à affirmer qu'ils ont, dans ces cas, une bien autre valeur que les antiseptiques à la mode, d'autant que, jusqu'à présent, je ne leur ai pas trouvé de grandes contre-indications. Les vieillards, en particulier, chez lesquels les infections bronchiques sont si fréquentes et si graves, supportent parfaitement les vomitifs. A l'Hospice des Ménages, je les ai administrés largement, pendant six années, et je n'ai jamais eu qu'à m'en louer.

Récemment encore, j'avais, à la Pitié, un individu de cinquante-six ans, ancien rhumatisant, emphysémateux bronchique, artério-scléreux, urobilinurique par insuffisance hépatique, et légèrement albuminurique par sclérose rénale, atteint depuis deux semaines environ d'infection bronchique avec expectoration muco-purulente considérable et température oscillant autour de 39°. L'accentuation des symptômes d'auscultation aux sommets fit penser un instant à la tuberculose. Le malade avait perdu l'appétit, le sommeil, et il s'acheminait rapidement vers la cachexie. Après un premier vomitif (1gr. 50 d'ipéca avec 0 gr. 65 de tartre stibié), la température tomba de 39,4 à 37,3. Après un deuxième vomitif, elle s'abaisa de 38,6 à 37,9, puis 37,5. À partir de ce moment, la température ne s'est plus élevée, et le malade quittait l'hôpital *sans autres signes stéthoscopiques* que ceux de l'emphysème pulmonaire, vingt-trois jours après son entrée. Il avait gagné deux kilogs et demi et ne présentait plus que des traces indosables d'albumine.

La chimie pathologique et la clinique s'accordent pour déclarer que les vomitifs valent contre l'infection bronchique ce que le purgatif vaut contre l'infection intestinale. Aucun antiseptique ne saurait jusqu'à présent les détrôner.

#### IV

##### LE VÉSICATOIRE

On mène, en ce moment, contre le vésicatoire, la plus ardente et la plus injuste des campagnes. Des enquêtes contradictoires ouvertes dans plusieurs journaux de médecine ont abouti à un ostracisme presque complet de ce puissant agent ; il a été condamné officiellement du haut d'une des chaires de la Faculté, et ses derniers défenseurs ne hasardent plus que de timides protestations.

Pour ma part, j'y suis resté fidèle et je ne crains pas de l'affirmer hautement à la tribune si retentissante de l'Académie de médecine. Je crois à l'efficacité de la révulsion, aux effets résolutifs, vaso-moteurs et même dérivatifs du vésicatoire ; j'admets, avec M. Ferrand, qu'il exalte la phagocytose, qu'il agit sur le dynamisme nerveux, et, sans reprendre les arguments développés dans la brillante discussion qui s'est déroulée en 1895 à la Société de thérapeutique, je pense qu'il serait fâcheux de voir priver la thérapeutique d'un tel moyen d'action. Dans cette discussion restée fameuse, les adversaires et les partisans du vésicatoire sont restés sur leurs positions, sans se convaincre, ce qui est le propre de la plupart des discussions. Et si je rouvre le débat, c'est que j'ai un nouvel argument à apporter. Cet argument, c'est l'effet produit par le vésicatoire sur le chimisme respiratoire.

Si l'on considère le tableau ci-dessous où sont résumés les examens du chimisme respiratoire chez 5 malades aigus ou chroniques, on voit de suite que les échanges respiratoires subissent une augmentation presque constante. Dans un seul de ces cinq cas (n°3, pneumonie), la ventilation pulmonaire, l'oxygène total consommé, et l'oxygène absorbé par les tissus, sont en diminution, pendant que

## ACTION DU VÉSICATOIRE SUR LE CHIMISME RESPIRATOIRE.

	Respirations par minute.		Capacité pulmonaire.		CO <sub>2</sub> %		O <sub>2</sub> %		Ventilation kilogr.-minute		CO <sub>2</sub> kilogr.-min.		O <sub>2</sub> Total consommé kilogr.-min.		O <sub>2</sub> Absorbé par tissus kilogr.-min.		Quotient.	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
10 Tuberculose pulmonaire.....	37	27	1,002	1,188	3,1	2,6	3,9	3,6	200,355	226,422	6,211	5,887	7,813	8,151	1,602	2,264	0,794	0,722
20 Pneumonie.....	32	34	1,450	1,371	3,	2,8	4,5	3,6	58,758	119,137	1,762	3,335	2,702	4,288	0,940	0,953	0,632	0,777
30 Pneumonie.....	24	21	3,672	2,070	2,8	3,4	5,4	5,2	100,355	86,559	2,809	2,943	5,419	4,350	2,609	1,558	0,518	0,652
40 Pleurésie chronique.....	24	20	1,395	1,590	3,8	3,2	4,5	4,2	112,942	241,980	4,291	7,743	5,195	10,163	0,903	2,419	0,826	0,761
50 Emphysème pulmonaire.....	24	20	1,392	1,642	3,3	3,2	4,4	4,4	173,062	188,812	5,711	6,041	7,787	8,307	2,076	2,265	0,733	0,727

AUGMENTATION POUR CENT		
	Oxygène total	Oxygène consommé par les tissus.
Ventilation (l)	13%	41,3%
1. Tuberculose pulmonaire.....	4,3%	4,3%
2. Pneumonie.....	58,7—	1,3—
3. Pleurésie chronique.....	95,6—	167,1—
4. Emphysème pulmonaire.....	6,6—	9,1—

(1) On sait que l'on entend par ventilation pulmonaire la quantité d'air qui passe dans le poumon par kilogramme de poids et par minute.

croît légèrement l'acide carbonique formé.\* Or, ce pneumonique est précisément le seul de ces cinq malades chez lequel l'application du vésicatoire n'ait produit aucune amélioration, au moins temporaire. Aussi la température s'est élevée de 38.5 à 39°, et le malade a été, pendant quelques jours, dans un état assez inquiétant. Quant aux quatre autres malades, ils ont présenté, en particulier, une consommation d'oxygène et une ventilation parfois extrêmement augmentées, comme on peut en juger par les chiffres suivants :

Dans ces analyses, ce qui frappe avant tout, c'est que l'accroissement des échanges respiratoires tient essentiellement à une augmentation de la ventilation. Si l'oxygène consommé s'élève, ce n'est pas parce que l'air inspiré en perd une plus grande quantité pendant son court séjour dans les alvéoles pulmonaires mais uniquement parce que, dans l'unité de temps, il passe une plus grande quantité d'air dans les poumons. Les vomitifs, et surtout les émissions sanguines, accroissent les échanges par le fait d'une double action mécanique et chimique ; les vésicatoires ont surtout un *effet mécanique*. Et cet effet mécanique s'est principalement manifesté dans notre cas de pleurésie chronique où la ventilation s'est accrue de 114%.<sup>o</sup>

Je ne veux pas discuter la question de savoir si cette élévation de la ventilation est due à un réflexe dont l'irritation cutanée serait l'origine, si l'absorption de la cantharidine joue un rôle quelconque, ni telle hypothèse sur le mode d'action du vésicatoire.

Restons dans les limites du fait. Connaît-on beaucoup de moyens capables de réaliser un effet si marqué, et cela d'une façon aussi fréquente ? Et doit-on considérer comme sage de se priver d'un agent aussi actif ? Est-il indifférent d'avoir en sa possession, de pouvoir gouverner une médication capable de doubler, dans certains cas, l'absorption et la consommation de l'oxygène ?

La réponse à ces questions ne saurait faire de doute, et la connaissance de cette propriété du vésicatoire fera peut-être réfléchir ceux qui le condamnent sans merci. En tout cas, elle soutiendra la confiance de ses derniers partisans, en leur donnant l'une des raisons scientifiques de son action et en leur fournissant une nouvelle indication pour son emploi.

Au moment où s'écroule la vieille thérapeutique, il n'était peut-être pas sans utilité de montrer que trois de ses médications les plus réputées méritaient de survivre, sinon de revivre, et que la science moderne justifie, dans une assez large mesure, la pratique que nos devanciers fondaient uniquement sur leurs patientes observations cliniques.—(*Le Bulletin Médical.*)

---

## NAISSANCE

A Saint-Justin, Co. Maskinongé, la femme du Dr A. A. Duhamel a donné naissance à une fille, le 20 Janvier 1898.

**Définition des microbes.**—Que sont les microbes et dans quelle catégorie d'êtres doit-on les ranger ? M. Duclaux nous donne, à leur sujet, une définition qu'il est utile de reproduire à cause de sa compréhensivité. " Les microbes, dit-il, sont des êtres monocellulaires, dénués de chlorophylle et de tout autre pigment protoplasmique, incapables par là d'utiliser le rayonnement solaire pour créer de la matière organique au moyen de l'acide carbonique et de l'eau, ayant par conséquent besoin pour vivre et se développer d'éléments tout faits dont ils ramènent une partie à l'état d'eau et d'acide carbonique, pour pouvoir trouver, dans la chaleur qui résulte de cette destruction, l'équivalent de ce que les végétaux colorés trouvent dans la chaleur solaire. " Comme on le voit, il est difficile de définir plus nettement le rôle bio-chimique de ces micro-organismes que l'on a comparés à des algues sans chlorophylle et qui revêtent les formes les plus diverses.



## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DU MASSAGE DANS LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES  
DES FEMMES ENCEINTES.

Par Jules GEOFFROY. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 décembre.—1897.)

La liste est longue des médicaments et des moyens thérapeutiques divers qui ont été successivement tentés contre les vomissements de la femme enceinte. Leur nombre même et leur variété sont bien la meilleure preuve de leur peu d'efficacité.

Le Dr Geoffroy, chez les femmes gravides atteintes de vomissements rebelles, a découvert dans la profondeur de la fosse iliaque gauche, à la partie tout à fait postérieure de cette fosse, au niveau du détroit supérieur, en un point toujours le même chez toutes ces malades, point qui n'est autre que l'angle ilio-pelvien du côlon, formé par l'union de la partie iliaque fixe du côlon avec la partie pelvienne mobile (anse oméga), un état permanent de contracture qui est constant, d'après lui, chez toutes les femmes enceintes.

Les malades n'accusent généralement aucune douleur spontanée en cette région, et par suite, l'attention du médecin n'est pas attirée de ce côté. D'ailleurs la situation si profonde de l'angle ilio-pelvien dans la fosse iliaque gauche fait qu'on ne peut le découvrir que si on le cherche et si on le cherche bien exactement là où il est ; mais il est extrêmement sensible et douloureux à la palpation.

Sous l'action de la palpation, dès que la contraction diminue, les malades accusent une sensation de bien-être, une sorte de détente.

La même localisation existe chez d'autres malades atteints d'affections diverses : appendicite, dysménorrhée, vomissements de certaines hystériques, etc.

En somme, d'après le Dr Geoffroy, la contracture douloureuse de l'angle ilio-pelvien du côlon est le signe pathognomonique d'une hyperesthésie réflexe du canal intestinal dont le symptôme varie du mal de cœur, de la simple nausée, aux vomissements incoercibles.

En agissant par pressions douces, lentes, progressives, on arrive à percevoir, au point indiqué, une série de bosselures, qui, d'abord dures, résistantes et sensibles, finissent par s'amollir et dont la sensibilité s'évanouit. Il suffit de deux ou trois séances de massage pour faire cesser les vomissements.

G. LYON.

*Rev. de Thér. Méd.-Chir.*

TROUBLES DE LA MENSTRUATION DANS LES MALADIES  
DU CŒUR

Bien que l'influence des maladies du cœur sur la menstruation ait été l'objet de nombreux travaux, cette question est encore très diversement résolue suivant les auteurs qui s'en sont occupés. M. le Dr Guilmard vient de publier, sur ce sujet, un travail d'ensemble basé en partie sur des observations nouvelles, dues à M. le Dr Dalché et qui montre bien quel est l'état de la question.

Tout d'abord cette influence paraît très certaine, bien qu'elle ait été niée par certains auteurs.

De toutes les affections du cœur, celle qui a le plus d'influence sur l'utérus est sans contredit le rétrécissement mitral. Qu'il date de l'enfance ou survienne plus tard, à la suite de rhumatisme, il est la maladie par excellence des congestions passives, celle dans laquelle la gêne circulatoire se fait le plus rapi-

dement sentir dans les organes éloignés du cœur. Aussi la très grande majorité des désordres de la menstruation (dysménorrhée douloureuse, ménorrhagies, métrorrhagies) s'observe-t-elle chez les sujets porteurs de cette lésion cardiaque.

Viennent ensuite l'insuffisance mitrale, puis les maladies de l'aorte. Quant à cette fréquence même, elle est grande, car les statistiques de Duroziez et de divers auteurs montrent que les troubles menstruels d'origine cardiaque se rencontrent dans plus de la moitié des cas de cardiopathies.

(C'est à la puberté qu'on voit se produire la première manifestation de cette influence

Hâtive ou tardive, cette apparition des premières règles est souvent entrecoupée d'accidents de divers ordres. Si la jeune fille est atteinte de rétrécissement mitral pur, la cardiopathie la plus fréquente à cet âge, la lésion cardiaque est, dans des cas assez nombreux, restée jusqu'alors inaperçue. Aussi est-on surpris de voir que l'établissement des règles est difficile. "Souvent, dit Mathieu, il y a des pertes de sang excessives, de véritables métrorrhagies, de la dysménorrhée... Les époques sont douloureuses, irrégulières, souvent d'une abondance excessive. On voit apparaître là cette tendance aux hémorrhagies si remarquable dans bien des cas de rétrécissement mitral."

Ces symptômes ne sont pas faits pour mettre sur la voie du diagnostic d'une lésion cardiaque, car l'attention est surtout attirée du côté de l'appareil utéro-ovarien, à moins encore qu'elle ne dévie sur la chlorose. On retrouve en effet là tous les traits généraux de cette affection : "la pâleur, l'essoufflement, la dysménorrhée, l'aménorrhée, l'irritabilité nerveuse, la dyspepsie, la constipation et même les souffles vasculaires à la base du cœur ou dans les vaisseaux du cou." (Mathieu.) Or il ne s'agit pas là de la chlorose vraie, mais de la chlorose cardiaque sur laquelle a tant insisté Germain Sée.

Il ne faut donc pas se hâter de faire un diagnostic avant d'avoir pratiqué avec le plus grand soin l'auscultation du cœur chez les jeunes filles.

Après quelques menstruations régulières ou même aussitôt après la première, survient une période d'aménorrhée de plusieurs mois, puis se montrent des écoulements sanguins, tantôt très abondants, tantôt à peine appréciables, et d'une telle irrégularité que la jeune fille ne sait plus s'ils correspondent ou non à une époque menstruelle.

Pendant tout le cours de sa vie génitale, la cardiaque est exposée à ces divers accidents.

La dysménorrhée congestive ouvre le plus souvent la scène et s'accompagne alors d'une névralgie lombo-abdominale assez intense qui s'accroît encore au moment du flux cataménial. Les règles deviennent irrégulières, ont de la tendance à avancer et à durer plus longtemps que d'ordinaire. Des ménorrhagies apparaissent et enfin surviennent des métrorrhagies. Les accidents ne se montrent pas toujours dans l'ordre qui vient d'être indiqué et ne passent pas fatalement par toutes ces phases. Toutefois, on ne voit jamais les métrorrhagies apparaître d'emblée, si l'utérus est sain, sans avoir été précédées de ménorrhagies.

Il n'est guère possible de prévoir d'une façon certaine, après avoir fait le diagnostic d'une maladie de cœur, quels seront les accidents utérins qu'on verra surgir ultérieurement ; tout ce que l'on sait, c'est que les lésions mitrales prédisposent plus aux hémorrhagies que les lésions aortiques, et cela se comprend, puisque les lésions mitrales favorisent les congestions passives, tandis que les lésions aortiques "s'accompagnent d'anémie". (Constantin Paul.)

Deux conditions sont essentielles à la production des hémorrhagies ; c'est d'abord un état général relativement bon, ensuite et surtout un cœur encore assez vigoureux pour lutter victorieusement contre la lésion. Le jour où le cœur faiblit, où les œdèmes et la dyspnée apparaissent, où, en un mot, le malade entre en asystolie, non seulement les hémorrhagies mais les règles elles-mêmes se suppriment et font place à l'aménorrhée, quitta à reparaitre plus tard, lorsque la crise d'asystolie sera passée, lorsque le cœur aura repris le dessus.

Il est difficile d'affirmer si l'âge de la ménopause est modifié par l'existence d'une maladie de cœur, car cet âge est loin d'être fixe. Cependant, d'après les statistiques de Duroziez, on pourrait dire que la ménopause est hâtive partout où la mitrale est engagée, et qu'elle est normale ou retardée partout où elle ne l'est pas.

Dans les lésions de l'orifice aortique, le retard de la ménopause serait remarquable.

D'ailleurs les cardiaques ne voient pas seulement leur ménopause avancée ou retardée de par le fait de leur lésion, elles sont aussi exposées, à ce moment peut-être plus qu'à tout autre, à des pertes sanguines considérables et répétées, à de véritables métrorrhagies. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, puisque, chez elles, l'hypertension artérielle, conséquence de la ménopause, vient se joindre à la congestion passive, puisque encore l'artério-sclérose se rencontre pour ainsi dire d'une façon constante chez les femmes ayant atteint l'âge critique.

Enfin, longtemps après la ménopause, on peut voir des métrorrhagies qui paraissent être exclusivement sous l'influence d'une affection cardiaque.

Telle est la physionomie clinique habituelle du retentissement du cœur sur l'utérus. Mais il faut ajouter, ce qui est fort important au point de vue thérapeutique, que la métrite est parfois l'intermédiaire entre l'influence cardiaque et l'hémorrhagie, cette métrite pouvant avoir une origine quelconque, mais pouvant aussi relever directement de la lésion cardiaque, car, ainsi que l'a dit Gallard, "les maladies du cœur, qui entretiennent du côté de l'utérus une gêne de la circulation et un certain degré de congestion, peuvent aussi, après un certain temps, provoquer l'inflammation de l'organe utérin". Cette inflammation se traduit d'abord par de la dysménorrhée, par de la névralgie lombéo-abdominale qui s'exagère au moment du flux cataménial, puis par une leucorrhée abondante dont l'écoulement occupe toute la période intermenstruelle.

La conclusion générale de cette étude est que chaque fois qu'on se trouve en présence d'un trouble de la menstruation (hémorrhagie ou aménorrhée) dont la cause reste ignorée, il faut songer au cœur et en pratiquer l'auscultation avec le plus grand soin, si l'on veut se mettre à l'abri d'une erreur de diagnostic.

Dans les cas de ce genre, c'est donc surtout le cœur qu'il faudra soigner, sans oublier cependant qu'il peut exister aussi des lésions utérines qui doivent être traitées également.—(J. de Méd. et de Chir. Prat.)

## CURAGE DIGITAL PCST-ABORTIF

Par M. le Dr G. FIEUX.

Presque tous les accoucheurs tendent aujourd'hui à se mettre d'accord sur le mode d'intervention de choix applicable à l'avortement incomplet. Le traitement *prophylactique* et *curatif* des complications doit consister dans le curage digital.

MM. Pinard et Wallich, en particulier, considèrent le doigt, à tous points de vue, comme bien supérieur à la curette quand, après un avortement, des débris ovulaires restent emprisonnés dans la cavité utérine ou adhérents à la paroi. On doit exclusivement employer, *comme première intervention*, le curage digital, moyen sûr et à l'abri de tout reproche, ne nécessitant aucune instrumentation spéciale, mais demandant dans quelques circonstances, c'est vrai, une très grande patience.

Certains auteurs, tout en admettant le curage digital en principe, le considèrent, en réalité, comme un moyen d'exception, soit à cause du faible degré de perméabilité du col, soit en raison de l'adhérence des fragments retenus.

Or, il est bien certain que lorsque l'indication d'une méthode de choix est établie, on doit tout faire pour la mettre en pratique, et parce que le curage est quelquefois laborieux, la chose est hors de doute, on ne doit pas si vite le délaissier.

Dans le courant de l'année, nous avons eu l'occasion d'intervenir treize fois pour des avortements incomplets, presque immédiatement compliqués soit d'hémorragie, soit d'infection. Toujours le doigt seul a fait les frais du traitement et l'a fait avec succès. A nos treize observations nous en joignons une quatorzième qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur agrégé Chambrelent.

Obs. I.—Marie S.... dix-neuf ans, couturière, bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, a eu ses règles pour la dernière fois le 10 février 1897. Le 20 avril, elle aurait commencé à souffrir du ventre, sans cause appréciable, nous dit-elle; mais nous avons des raisons de penser que des manœuvres abortives ont été pratiquées. Quoi qu'il en soit, le 22 elle perd un peu de sang, le 23 aussi et elle continue à souffrir du bas-ventre. Le 24, à 8 heures du matin, elle expulse un embryon de 6 centimètres accompagné de caillots volumineux. Le soir, vers 7 heures, avec une petite hémorragie, la malade recueille l'œuf qu'elle met de côté avec l'embryon.

Le lendemain matin la malade se sent subitement mouillée, voit son drap largement taché de sang et alors seulement fait appeler un médecin.

Lorsque nous arrivons auprès d'elle, pendant que l'on administre une longue injection chaude, notre premier soin est d'examiner l'œuf qui a été rendu et conservé dans une serviette. Une grosse brèche se montre à peu près au centre du bouquet vilieux placentaire. Thermomètre à 38°6

Chloroforme. Le doigt trouve le col peu ramolli et relativement fermé. Il semble, au premier abord, qu'il sera impossible d'attaquer au doigt le fragment vilieux. Néanmoins l'index, peu à peu, lentement, se fraye un passage dans le conduit cervical. Au-dessus de l'orifice interne, rien. L'index doit alors lutter contre l'anneau de contraction et ce n'est qu'au bout de huit à dix minutes qu'il parvient, avec une persévérante douceur, à voir clair dans la cavité utérine proprement dite. En arrière et à droite un petit paquet dur, friable, granuleux, gros comme une demi-noix, est solidement attaché à la paroi utérine. Le doigt l'attaque par un bord, l'effrite, le retire par petits fragments, ce qui demande 7 minutes.

Une injection utérine et l'introduction d'une mèche de gaze iodoformée terminent l'intervention.

L'hémorragie est définitivement arrêtée. Suites apyrétiques. La malade se lève le neuvième jour.

Obs. II.—Marie D..., tailleuse, a accouché normalement et à terme en décembre 1895. Devient enceinte pour la deuxième fois au mois de juillet; les dernières règles ont apparu du 8 au 11. Le 26 novembre, au début du cinquième mois à peu près, à la suite d'un voyage, la malade ressent quelques légères douleurs de ventre et, trois jours après, expulse chez elle un fœtus non macéré, paraît-il. Livrée à elle-même, elle coupe le cordon et tire pour ramener l'arrière-faix. A ce moment elle perd un peu de sang et le cordon se rompt.

L'hémorragie persiste, pas très forte, et la malade se fait porter à la Clinique. Le placenta est engagé dans l'orifice utérin et extrait facilement. Il est déchiqueté, pèse 110 gr. Injection intra-utérine. Température 36°8.

Le soir du troisième jour, à quatre heures, violent frisson suivi d'une élévation de température, 39°9. Les pertes sentent un peu mauvais.

Chloroforme et curage digital. Le doigt désinsère et ramène gros comme deux noix de fragments placentaires adhérents à la face postérieure. Injection utérine.

Le lendemain matin, le thermomètre est à 37°2. Pas d'ascension nouvelle. La femme quitte le service en très bon état, le sixième jour, malgré nos observations.

Obs. III.—Louise L..., trente-huit ans, a déjà eu dix grossesses, toutes bien terminées par des accouchements spontanés à terme. Date des dernières règles: 31 août au 5 septembre 1896.

Le 28 novembre, la grossesse est alors de deux mois et demi environ, la malade portant un seau d'eau tombe dans les escaliers. Deux heures après survennent des coliques accompagnées d'un léger suintement sanguin et suivies de l'expulsion de l'embryon. Presque aussitôt se déclare une hémorragie grave. Tamponnement vaginal. Ergotine en potion administrée en ville.

Le lendemain matin, l'hémorragie apparaît à nouveau, aussi violente que la veille. La malade est apportée à la Clinique. Le col est difficilement perméable. L'index est enserré par l'orifice interne, et il nous semble tout d'abord que le curage va être impossible.

Néanmoins, le doigt est laissé en place. Au bout de cinq minutes, il commence à manœuvrer plus à l'aise et bientôt atteint des fragments villoses et des débris de caluque qu'il décolle et extrait par petits morceaux. Le déblayage complet demande une douzaine de minutes. Injection intra-utérine.

L'hémorragie est arrêtée. Suites excellentes. La femme part au huitième jour.

OBS. IV.—Jeanne L..., vingt-six ans, toujours bien portantes, a déjà eu trois grossesses. Toutes se sont terminées sans incident par un accouchement à terme. Les règles, qui étaient revenues régulières, disparaissent le 22 février. Rien de particulier jusqu'au 17 mai. A cette époque la malade qui avait beaucoup fatigué les jours précédents, ressent quelques douleurs dans les reins et le bas-ventre. La femme n'y prête pas attention et, le 20, elle commence à perdre du sang. Elle tache ainsi un peu constamment, mais le 23, elle aurait perdu brusquement, paraît-il, une petite quantité de liquide clair, et le 24, la perte de sang reprend plus abondante que jamais, ce qui la décide à venir à l'hôpital.

A son entrée dans le service, à huit heures du matin, je trouve l'utérus développé, dur, en antéflexion. L'antéflexion réduite, le globe utérin remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le corps utérin est régulier dans sa forme, mais n'a pas l'élasticité d'un utérus gravide de cet âge renfermant un œuf entier. L'orifice interne est complètement fermé.

Thermomètre à 36°8, pouls 100.

Dans le doute, lavement laudanisé à huit heures et à midi. Malgré cela, les douleurs persistent et à trois heures expulsion d'un fœtus de 8 centim. très aplati. Le reste de l'œuf n'est pas expulsé.

Injection utérine et introduction d'une lamère de gaze iodoformée dans la cavité utérine.

Le 25, au matin, écoulement sanguin insignifiant. Le soir, thermomètre à 37°; mais, à cinq heures, survient une hémorragie assez notable.

Chloroforme. Le doigt n'arrive que péniblement à forcer l'anneau de contraction et à pénétrer au delà. Ce n'est qu'après une dizaine de minutes que le doigt parvient à se faire suffisamment de place pour manœuvrer dans la cavité. L'extraction de la masse placentaire principale est facile; mais de nombreuses petites masses villoses sont encore très adhérentes.

Le doigt les décolle une à une et les amène au dehors. Ce dernier temps de l'opération dure bien quinze minutes.

Injection utérine pour tout terminer.

Cessation immédiate de l'hémorragie. La malade quitte le service le septième jour. Le thermomètre n'est pas monté au delà de 37°2.

OBS. V —Marie L..., trente et un ans, a accouché trois fois à terme dans de bonnes conditions. À signaler seulement une violente hémorragie de la délivrance lors de son dernier accouchement.

Bien réglée habituellement, Marie L... a vu ses règles pour la dernière fois du 27 au 30 octobre 1896.

Le 12 janvier 1897, c'est-à-dire vers le milieu du troisième mois, elle perd un peu de sang, sans la moindre douleur.

Le 20, la malade, sans aucune fatigue, ressent de vives douleurs dans le bas-ventre, douleurs suivies d'une hémorragie inquiétante. Un médecin appelé pratique un tamponnement. Le 22, nouvelle hémorragie accompagnée de l'expulsion de gros caillots et de débris de chair, pour nous servir de l'expression de la femme.

Le même jour, à cinq heures, elle est transportée à la clinique d'accouchements. Injection de sérum artificiel (300 cc). Le col est largement ouvert. Le doigt introduit jusqu'à l'orifice interne ne trouve que quelques caillots. Injection intra-utérine chaude. L'hémorragie est arrêtée. Mèche de gaze iodoformée dans l'utérus.

Le lendemain matin 37°6. Pas de perte de sang. Le soir à quatre heures, 39°. Curage digital facile. Le doigt ramène des fragments de caduque en très grande quantité, sentant un peu mauvais. Peu ou pas de villosités. Le curage est suivi d'une longue injection utérine.

Le lendemain matin 38°2. Le soir 37°4. La malade quitte le service le neuvième jour, sans avoir éprouvé de nouvelle élévation de température.

Obs VI.—Julia G..., vingt et un ans, primipare, habituellement bien portante et bien réglée. Date des dernières règles du 6 au 10 avril. Marchande ambulante, elle est quelquefois obligée de courir, portant un gros panier de fruits appuyé sur le ventre.

Le 15 juin, à 8 heures du matin, après une fuite rapide devant un agent qui la pourchassait, Julia G... est prise de douleurs dans le bas-ventre et d'une violente hémorragie. Portée chez elle perdant du sang et des caillots, elle perd connaissance. Une injection chaude arrête la perte de sang.

Le lendemain matin, 16 juin, l'hémorragie reprend, elle expulse l'embryon et se fait transporter à la clinique d'accouchements.

A son arrivée nous constatons que l'état général n'est pas mauvais, le pouls est à 96, la température à 37°6. Mais le suintement sanguin persiste. Le col est très difficilement perméable.

Chloroforme. L'index force assez aisément l'orifice interne, mais se trouve arrêté un peu au-dessus, à l'anneau de contraction. Dans le petit espace qu'il peut explorer, la surface utérine est complètement lisse. Les débris ovulaires doivent être plus haut.

Le doigt, poussé avec patience et douceur, arrive à franchir l'anneau résistant, mais seulement au bout de dix-huit minutes. Il est encore un peu à l'étroit dans la cavité utérine proprement dite; encore quelques minutes d'attente et il finit par manœuvrer à l'aise. Tout à fait en haut et à droite sont adhérents de petits débris rugueux. L'index les détache, les arrache un à un avec patience et finit par en retirer 35 grammes.

Tout la surface utérine est maintenant bien lisse. Injection intra-utérine. Tampon de gaze iodoformée pendant vingt-quatre heures.

Suites absolument physiologiques; départ au huitième jour.

Obs. VII.—Julie T..., trente sept ans, bien réglée depuis l'âge de treize ans, a eu quatre grossesses dont la dernière remonte à cinq ans. Toutes se sont terminées naturellement et à terme. Les quatre enfants sont aujourd'hui vivants et en bonne santé.

Les règles, régulières depuis la dernière grossesse, apparaissent pour la dernière fois du 12 au 22 mai. Presque aussitôt surviennent des troubles gastriques semblables à ceux qui ont accompagné le début de ses autres grossesses.

Le 1er août, la grossesse est alors dans le commencement du troisième mois, la malade perd du sang en petite quantité sans avoir fatigué auparavant et sans éprouver de douleur. Cette perte s'arrête d'elle-même, mais pendant huit jours persiste un léger suintement. Le 8, à 7 heures du matin, toujours sans douleurs, se déclare une grave hémorragie. Une sage-femme appelée fait

donner des injections vaginales chaudes et une potion à l'ergotine. A partir de ce moment des contractions douloureuses surviennent, sans pour cela tarir l'écoulement sanguin. Un médecin pratique un tamponnement à la gaze iodoformée et lui conseille de se rendre à l'hôpital où elle arrive le 9, à 2 heures du matin.

A 10 heures nous voyons la malade et enlevons le tampon qui est peu imbibé. Presque aussitôt le sang coule de nouveau en assez grande quantité. Malgré ces pertes répétées l'état général est assez bon. Pouls à 110. Température 37°4. Le fond de l'utérus est à trois centimètres au-dessus du pubis. Le col est à peine perméable. Au-dessus de l'orifice interne le doigt arrive juste à effleurer un fragment villex.

Chloroforme. Au bout de douze minutes le doigt s'est frayé un passage dans le conduit cervical, et a forcé l'anneau de contraction. Il manœuvre maintenant avec facilité dans la cavité utérine et ramène un à un, après les avoir assez péniblement détachés, six petits fragments villex du volume de la moitié d'une noisette. Après 7 ou 8 minutes l'index, promené partout, sent la cavité lisse et bien propre.

L'hémorragie est aussitôt arrêtée. Suites simples et apyrétiques. Départ le 15, c'est-à-dire le sixième jour.

Obs. VIII.—Marguerite J..., vingt-huit ans, journalière, jouissant d'une excellente santé, a déjà eu huit grossesses, toutes normalement terminées par des accouchements à terme. Les dernières règles se sont montrées du 17 au 25 mai, puis rien de particulier jusqu'au 8 août. A ce moment la grossesse est dans la dernière moitié du troisième mois, Marguerite J..., après avoir fatigué plus que de coutume, commence à souffrir du bas-ventre et perd un peu de sang. Jusqu'au 13 les douleurs, bien qu'atténuées, persistent, accompagnées toujours d'un faible saignement. Dans la nuit du 13 au 14, violente hémorragie qui s'arrête sous l'influence d'injections chaudes, puis reprend dans la nuit du 14 au 15.

La malade est apportée à la clinique d'accouchements le 15, à 10 heures du matin. Elle est pâle, assez affaiblie et expulse devant nous un gros caillot.

Asepsie minutieuse des organes génitaux. Le col est légèrement entr'ouvert et laisse facilement pénétrer l'index. L'anneau de contraction n'oppose qu'une faible résistance.

Décollement facile d'un premier fragment placentaire du volume d'une noix. Puis extraction pénible et successive d'une foule d'autres petits fragments solidement attachés à la paroi. Cette dernière partie de l'intervention réclame quatorze minutes. Après cela la cavité utérine est parfaitement nette. Injection utérine et écouvillonnage à la ovate phéniquée à 5 pour 100 pour enlever les petits débris détachés.

L'hémorragie est arrêtée.

Suites complètement physiologiques. Départ au septième jour.

Obs. IX.—Louise L..., trente ans, bien réglée et bien portante, a déjà eu deux enfants à vingt-quatre et à vingt-six ans. Depuis, les menstruations sont revenues régulières et apparaissent pour la dernière fois du 10 au 15 juin. Jusqu'au 22 août rien de particulier. Ce jour-là, à 5 heures du soir, Louise L... est brutalement bousculée par son mari. A 7 heures se montrent quelques coliques qui s'exagèrent pendant la nuit et qui bientôt sont accompagnées d'un léger écoulement de sang.

Le 24, à 6 heures du matin, violente hémorragie, sang liquide et débâcle de gros caillots. A 8 heures, nouvelle perte de sang aussi considérable que la précédente.

A 9 heures, la malade se fait porter à la clinique d'accouchements. Nous trouvons le col perméable avec un gros paquet de membranes et de villosités pointant à l'orifice externe. Le doigt l'entraîne avec facilité, mais ensuite

l'index, introduit jusqu'au fond de l'utérus, y rencontre trois petites masses vilieuses très adhérentes. Cet examen est très douloureux. La femme continue à perdre.

Chloroforme. L'index pénètre facilement et détache peu à peu les petites masses vilieuses. Huit minutes sont nécessaires pour les enlever et pour faire une toilette complète de la cavité utérine.

Injection intra-utérine. L'hémorragie est complètement arrêtée. Départ de la malade le sixième jour. Température maxima pendant son séjour, 37°2.

Obs. X.—Clémence An..., a déjà eu une première grossesse qui s'est normalement terminée au mois de Janvier dernier par un accouchement spontané à terme. Trois mois après, seconde grossesse dont le début est accompagné d'accidents syphilitiques. Au cinquième mois de la gestation, elle met au monde un fœtus mort et macéré. Une sage-femme appelée pratique la délivrance et fait apporter la malade à la clinique obstétricale. D'après elle, le délivre a été complètement amené.

Toilette génitale minutieuse suivie d'une injection utérine. Vingt-quatre heures après son entrée dans le service, la malade éprouve un léger frisson, le thermomètre monte à 38°2. Injection utérine au formol. Le lendemain soir 38°4, écoulement noirâtre et fétide. Curage digital sans chloroforme. Les deux mains, introduites tour à tour, ramènent une grande quantité de débris placentaires. Il y en a gros comme un œuf de poule. A la suite, injection utérine au formol à 5 p. 1000. Le lendemain matin le thermomètre est à 37°2. La malade quitte le service le septième jour en très bon état.

Obs. XI.—Jeanne M..., enceinte pour la seconde fois, est amenée à la clinique venant d'expulser un petit fœtus de 70 grammes. La veille, après une longue course, elle a perdu une assez grande quantité de sang, puis a souffert un peu pendant la nuit. Le 9 octobre, au matin, elle expulse, avec quelques caillots, le produit de conception dont le cordon est rompu par des tractions pratiquées par une sage-femme.

Envoyée immédiatement à l'hôpital, cette malade nous prétend que pendant le parcours elle vient de perdre quelque chose, mais sans coliques et sans hémorragie. Il est donc probable que le placenta est encore totalement adhérent. Le doigt ne peut aller au delà de l'orifice interne. Expectation pendant six jours. Pas d'élévation de température, pas de contractions, pas de perte de sang.

Le soir du sixième jour, la malade perd du sang à plusieurs reprises. Immédiatement chloroforme. Introduction progressive de deux doigts dans l'utérus. Extraction facile de la plus grosse partie du placenta à demi décollé. Ablation minutieuse de plusieurs petits fragments particulièrement adhérents à la face antérieure.

Arrêt immédiat de l'hémorragie. Départ de la femme au douzième jour.

Obs. XII.—Jeanne L..., secondipare, a accouché, il y a deux ans, dans de bonnes conditions. Le 22 septembre, à la suite d'une chute, elle fait, chez elle, un avortement de deux mois et demi. Le 24 elle éprouve un frisson, constate que ses pertes sentent très mauvais, et se fait transporter à l'hôpital. A son arrivée, le 24, à 4 heures du soir, le thermomètre est à 39°2, le col est difficilement pénétrable. Longue injection utérine. Le 25, le thermomètre est à 38°4 matin et soir. A 5 heures, curage digital qui ramène, gros comme une noix, de petits débris fétides facilement détachables. Injection utérine.

Le lendemain, la température ne monte pas au delà de 37°4 et 37°6. La chute est définitive. Départ de la malade le douzième jour.

Obs. XIII.—Angèle B..., vingt-deux ans, primipare, entre à la clinique d'accouchements, le 9 octobre. Enceinte de deux mois et demi environ (dernières règles du 20 au 28 juillet); à la suite d'une marche prolongée, cette jeun



femme est prise de coliques et perd un peu de sang. Elle expulse trois gros caillots et se fait porter à l'hôpital. Le col n'est pas perméable. Tenue en observation pendant cinq jours, elle ne présente rien de particulier. Le sixième jour au matin, les pertes deviennent excessivement fétides. A quatre heures du soir 38° 2, injection intra-utérine ; à quatre heures du soir 39°. Aussitôt curage digital. L'intervention est assez pénible. Le doigt, après avoir forcé l'orifice interne, doit lutter dix minutes contre l'anneau de contraction avant de pénétrer dans la cavité utérine qui renferme de nombreux débris dont l'odeur est infecte. Ceux-ci sont fragmentés, écrasés et retirés sans difficulté. Injection utérine au formol à 5 pour 1000. Le lendemain matin à huit heures 36° 8, à quatre heures du soir 37° ; la chute de température est définitive. Départ six jours après.

OBS. XIV.—Marguerite R..., domestique, primipare, entre à la clinique le 15 octobre. Dernières règles le 7-8 juillet. Après avoir brossé des planchers toute la journée du 14, elle est prise de coliques et, dans la nuit, expulse un volumineux caillot. Elle continue à perdre un peu de sang et arrive à la clinique le 15 au matin.

Le col est fermé. Injection et repos absolu.

Le surlendemain, à huit heures du matin, 37° 8 ; à quatre heures du soir 39° 4. Chloroforme. Curage digital facile bien que le doigt ait dû forcer successivement mais rapidement l'orifice interne et l'anneau de contraction. Extraction de petits débris très adhérents, sentant un peu mauvais. Injection utérine.

Le lendemain de l'intervention, à huit heures du matin, 37° 2, le soir 37° 1. Chute définitive de la température. Départ quatre jours après.

Nous n'insistons pas sur le résultat. Il est tel qu'on pouvait s'y attendre. Ces quatorze femmes ont été mises immédiatement à l'abri soit de l'hémorragie, soit du début de l'infection par le seul curage, sans que nul instrument ait eu besoin de parfaire l'œuvre effectuée par le doigt.

En plusieurs circonstances l'intervention a été rendue un peu pénible par la régression assez avancée des tissus du col. Au premier abord celui-ci paraissait si peu perméable que l'introduction du doigt semblait impossible surtout à la suite d'avortements de deux ou trois mois.

Je sais bien qu'en de telles occasions les bougies de Hégar ou un petit ballon de Champetier peuvent rendre de réels services ; mais encore faut-il les avoir sous la main. Dans notre observation I, nous nous trouvions auprès d'une femme habitant la campagne et sans instrumentation spéciale. Le col était fermé. La femme avait de l'élévation de température et perdait du sang. Il fallait agir le soir même. Il nous fut possible, malgré tout, de vider l'utérus séance tenante et d'en faire la toilette, après avoir effectué la dilatation digitale progressive.

Depuis, la même difficulté s'est présentée à nous à plusieurs reprises et nous avons tenu de parti pris à la combattre de la même manière. Aussi désirons-nous décrire en quelques lignes les diverses phases de la lutte qui va s'engager entre le doigt et l'utérus partiellement fermé.

Dans certaines circonstances le curage digital est un jeu. C'est lorsque la grossesse a été interrompue du quatrième au cinquième mois, et que l'expulsion du produit est encore toute récente ; alors l'utérus se laisse facilement pénétrer et deux doigts y évoluent sans peine. Mais lorsque l'on a à faire à un avortement de la fin du deuxième ou du début du troisième mois, surtout si quelques doutes sur l'intégrité de l'œuf ont forcé l'accoucheur à temporiser pendant quelques jours, l'intervention pourra être plus pénible. Elle sera plus pénible, mais sera *toujours praticable*, nous insistons sur ce fait.

Pour faire alors de la bonne et complète besogne il est indispensable d'insister sur quelques détails anatomiques que l'on oublie trop souvent et que notre schéma résume. Au-dessus de l'orifice interne plus ou moins facilement franchi, le doigt perçoit une petite cavité à parois souples qui n'est autre qu'un

segment inférieur en miniature. C'est l'ensemble de cette petite cavité et de celle du col, dont l'orifice interne est forcé et dilaté, qui constitue la *cavité cervico-utérine*. Si l'on n'y prenait pas garde on pourrait se retirer persuadé que la toilette de l'organe est complète. Mais que l'on ne s'y trompe pas ; dans l'utérus abortif comme dans l'utérus *post partum*, le véritable obstacle est l'anneau de contraction. On a généralement trop de tendance à croire qu'une fois l'orifice interne franchi, on est maître de la situation. Loin de là ; par le palper bi-manuel, on s'apercevra que le bout du doigt actif est encore loin du fond de l'utérus, et en cherchant bien on trouvera un point faible sur l'épaisse voûte qui limite en haut cette première cavité. C'est là le défaut de la cuirasse, c'est là la porte d'entrée de la vraie cavité utérine qu'il faut maintenant forcer, porte qui emprisonne au-dessus d'elle des débris plus ou moins adhérents.

Donc, lorsque le doigt de l'accoucheur veut avoir raison d'un utérus abortif dont le col est déjà partiellement refermé, il va avoir à lutter contre deux résistances bien différentes dans leur réaction. *Ce qu'il va attaquer d'abord, c'est la partie conjonctive de l'organe, le canal cervical et la région supra-cervicale, futur segment inférieur.* Cette zone va résister passivement au doigt qui agit tantôt en tournant par petits mouvements de vrille, tantôt en s'insinuant de plus en plus vers l'orifice interne qu'il finit assez vite par atteindre et dépasser. Pendant ce temps, il doit aller avec une persévérante douceur et avec la voionté de terminer sa besogne, attaquant pour ainsi dire un ennemi qui défend son terrain pied à pied, mais qui, à mesure qu'il est repoussé, ne s'efforce pas de le reprendre. *De la part du col, c'est une lente retraite sans offensive.*

Au bout d'un moment, le doigt s'installe et explore à l'aise une cavité à parois peu résistantes : la cavité cervico-utérine inférieure. Quelquefois, c'est là qu'il trouve la masse vilieuse, détachée et emprisonnée, ou adhérente si le placenta était greffé sur le segment inférieur. Mais dans d'autres circonstances, il n'atteint rien encore, ou bien trouve un fragment engagé et pointant à peine au niveau d'un nouvel orifice qui, au doigt, donne la sensation d'un sphincter (Pinard et Wallich). C'est l'anneau de contraction, la porte d'entrée qui défend la cavité utérine proprement dite.

*Le doigt va alors devoir lutter contre une nouvelle résistance, mais cette fois-ci résistance active, car il aborde la partie réellement musculaire de l'organe.* Ici il attaque un ennemi qui peut lâcher pied rapidement, mais revient à la charge à plusieurs reprises jusqu'à ce que, fatigué, il abandonne la lutte et laisse le doigt libre d'opérer à sa guise jusque dans la profondeur de son territoire.

Après avoir franchi ces deux étapes, le doigt attend un moment, se repose, se retourne, en un mot il s'installe et regarde pour ainsi dire avant de commencer le déblayage. Chez quelques-unes de nos femmes (observations I, II, IV, VI, VII et XIII) ce premier temps de l'opération nous a demandé 10, 5, 10, 12, 12 et 10 minutes. Puis il cherche les débris, enlève ceux qui sont détachés, rien qu'en les attirant pressés entre la paroi utérine et sa pulpe légèrement recourbée en crochet. S'il en est de trop gros il peut les fragmenter ou même les écraser. S'il en est d'adhérents il les détache, les décolle, les amène au dehors à mesure, revenant à la charge autant de fois qu'il est nécessaire et ne s'arrête dans sa besogne, souvent laborieuse, que lorsque la place est bien nette.

Il n'est pas besoin de prôner bien longtemps pour montrer combien cette pratique est supérieure à toute méthode instrumentale.

Mais la curette, si elle est introduite dans un utérus abortif où le curage est soi-disant impossible, c'est-à-dire où le doigt ne peut être introduit, va opérer tout à fait à l'aveugle ! Agir ainsi c'est attaquer, en pays inconnu, un ennemi dont on ne connaît ni la force ni la position, c'est pousser une reconnaissance en pleine nuit pour se retirer souvent en laissant l'ennemi maître en partie ou en totalité de son terrain, si même l'on n'a pas été au devant d'un désastre.

Introduite en se faufilant à travers un petit tunnel que le doigt n'a pu franchir, la curette grattera péniblement les parois de la cavité cervico utérine inférieure et pourra laisser, sans l'avoir seulement soupçonné, un fragment détaché et emprisonné.

Et puis, dans de telles conditions, la curette pourra-t-elle déterminer si l'anneau de contraction est resserré ou non ? Et en admettant même qu'elle le trouve, oserait-elle forcer cette porte d'entrée souvent fermée et bien fermée, de la cavité utérine proprement dite ? Non, bien certainement, et quelle témérité du reste de vouloir cathétériser, avec un instrument rigide et non sensible, ce *défilé utérin qui se défend*. *Où le doigt ne peut entrer la curette ne doit pas pénétrer.* Si bien guidée qu'elle soit, son travail aurait chance d'être inutile ou incomplet ; ses erreurs pourraient être funestes. Au lieu d'enfoncer la porte, elle risquerait de tailler une brèche.

Si nous avons réuni ces quelques observations, ce n'est donc pas seulement pour montrer les excellents résultats de l'intervention digitale seule, qui nous a donné 14 succès immédiats dans 14 avortements incomplets, compliqués 5 fois d'infection et 9 fois d'hémorragie. Des maîtres ont déjà prouvé cela mieux que nous ne saurions le faire.

Nous ne faisons qu'élever la voix avec eux contre le curettage instrumental institué d'emblée, insuffisant et dangereux surtout dans ces cas où le curage digital, au premier abord, ne semble pas praticable. On saurait trop le répéter : *si la muqueuse réclame la curette, le placenta, lui, ne veut que le doigt.*

Nous voulions encore insister sur ce point, qui du reste ressort de plusieurs de nos observations, c'est que, même sans instruments dilateurs, et rien qu'avec le doigt, ce mode d'intervention est toujours possible, même à la suite d'un avortement précoce, quand on a véritablement le sage désir de le mettre en pratique.

(*Le Bulletin Médical.*)

### Le Congrès International d'Hygiène.

Le IXe Congrès International d'Hygiène et de Démographie aura lieu à Madrid (Espagne), du 10 au 17 avril 1898, sous le patronage d'Alphonse XIII et de la Reine Régente. Une exposition internationale d'hygiène sera inaugurée en même temps que le Congrès, qui sera présidé par le Ministre de l'Intérieur et le Dr Julian Calleja.

Le Congrès est divisé en dix sections pour l'hygiène, et trois sections pour la démographie. Les sections de l'hygiène sont : I Microbiologie appliquée à l'hygiène ; II Prophylaxie des maladies transmissibles ; III Climatologie et topographie médicales ; IV Hygiène urbaine ; V Hygiène de l'alimentation ; VI Hygiène scolaire et de l'enfance ; VII Hygiène de l'exercice et du travail ; VIII Hygiène militaire et navale ; IX Hygiène vétérinaire, civile et militaire ; et X Architecture et génie sanitaire. Les sections de la démographie sont : I Technique de la statistique démographique ; II Résultats statistiques ; et III Démographie dynamique.

Les communications peuvent être écrites en latin, en espagnol, en portugais en italien, en français, en anglais et en allemand. On devra les adresser avant le 15 mars au secrétaire général, le Dr Amalio Gimeno, au *Ministère de l'Intérieur*, Madrid. Le droit d'inscription est de 25 *pesetas* (5 piastres).

L'exposition internationale durera trois mois, jusqu'au 10 juillet. Cette exposition est divisée, comme le Congrès, et de la même manière, en dix sections. Les objets envoyés seront admis en franchise et paieront sur les lignes de chemin de fer 50 pour 100 du tarif. Les congressistes et leurs familles auront droit à la même réduction.

Il y aura diverses excursions de plaisir à Tolède, à l'Escorial, à Aranjuez, à Grenade. La Reine Régente donnera une réception au Palais Royal.

## REVUE D'HYGIÈNE

RAPPORT SUR LE CONGRÈS DE L' "AMERICAN PUBLIC  
HEALTH ASSOCIATION "

tenu à Philadelphie, les 26, 27, 28 et 29 octobre 1897.

*Messieurs les Membres du Conseil d'Hygiène  
de la Province de Québec,*

Conformément à la décision de l'assemblée du 21 octobre dernier, nous sommes allés représenter le Conseil au Congrès de " l'American Public Health Association tenu à Philadelphie les 26, 27, 28 et 29 octobre.

Dans son *discours d'ouverture*, le Président de l'Association, le Dr Horlbeck, de Charleston, exprime le plaisir qu'il a de présider à la 25<sup>e</sup> réunion annuelle de l'Association et parle de l'importance qu'elle a prise depuis sa création ; l'Association compte en effet aujourd'hui 1844 membres. Durant ces vingt-cinq années, plusieurs des découvertes les plus importantes en médecine et en chirurgie ont été faites. C'est aussi durant ces vingt-cinq années que la bactériologie a été créée et a pris le grand développement qu'on lui connaît. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, d'après la méthode de Widal, signalé à la réunion de Buffalo par le Dr Johnston, a depuis cette date été employé avec beaucoup de succès dans un très grand nombre de villes, grâce à la méthode facile de transmission des échantillons préconisée par ce dernier. Parlant de l'eau de boisson, le Dr Horlbeck attire l'attention sur la pratique différente suivie en Angleterre et en Amérique. Pendant qu'en Angleterre le déversement des eaux vannes aux rivières est interdit, il est permis aux États-Unis ; d'où nécessité qui s'impose de ce côté-ci de l'Atlantique de purifier l'eau puisée aux rivières avant de la distribuer comme eau potable. Comme résultats obtenus par la filtration, ceux de Lawrence, Mass., où l'on enlève à l'eau 98% des germes qu'elle contient, méritent d'être cités. Quant à la quantité d'eau généralement distribuée, l'avantage est aux États-Unis. Tandis qu'à Londres, on se contente de 35 gallons par tête, Philadelphie, pour ne citer qu'une de nos villes d'Amérique, distribue quotidiennement 200 gallons d'eau par tête.

Après avoir parlé du remodelage fait aux quarantaines depuis quelques années, dont la Nouvelle-Orléans a donné l'exemple, le Président parle au long des ravages de la fièvre jaune dans le Sud des États-Unis. Il est calculé que sur 100 cas de fièvre jaune qui arrivent aux États-Unis, 95 viennent de la Havane. Depuis 200 ans, les villes du Sud sont toujours sur le qui-vive pendant six mois de l'année, et il n'est pas juste que cela se continue. Il en sera cependant ainsi tant que la science restera dans l'ombre sur l'origine de la fièvre jaune, sur ses moyens de propagation, etc. Il est plus que jamais temps pour le gouvernement des États-Unis d'envoyer, à la Havane et à Rio de Janeiro, une commission d'experts pour étudier cette maladie. Cette commission devrait être maintenue tant que les découvertes ne seront pas complètes. Comme précédent, nous avons l'exemple de ce qui a été fait en Europe pour résoudre les problèmes relatifs au choléra, à la lèpre ou à la peste ; pourquoi les États-Unis ne feraient-ils pas un effort pour résoudre celui de la fièvre jaune ? Le Président termine son discours en parlant de la lutte qui se fait actuellement contre la tuberculose et cite les résultats encourageants que le bureau d'hygiène de la ville de New-York a obtenus.

*Les boutiques de barbiers comme sources de danger pour la santé publique, par le Dr Suiter, de Herkimer, N. Y.* L'auteur fait remarquer, avec beaucoup d'à propos, qu'il est temps de remédier à la malpropreté presque générale de ces établissements, malpropreté qui peut avoir les conséquences les plus graves. On passe d'un client à l'autre sans nettoyage préalable des ciseaux, de la tondeuse, de la brosse, du peigne, du blaireau; on ne fait qu'essuyer (et quelquefois très mal) le rasoir entre chaque usage; on promène de menton l'éponge, le morceau d'alun destiné à étancher le sang et la brique de magnésie pour assécher la figure. Le barbier ne se lave pas les mains, et, dans certaines boutiques, le client n'a pas même l'avantage d'une serviette fraîche. Celui qui s'objecte à ces malpropretés est montré du doigt comme étant "le fou des fous de la ville" (champion crank of the town).

L'auteur cite le règlement qui vient d'être passé à Paris. Les peignes de métal, qui sont faciles à stériliser, sont de rigueur, et autant que possible les instruments doivent tous être de métal. Brosses, peignes, tondeuses, rasoirs, etc., doivent être exposés à une température de 100° centigrades avant et après chaque usage, les blaireaux doivent être lavés dans de l'eau bouillante, la houpe à poudrer sera remplacée par un pélévisateur, etc. L'opérateur doit se laver les mains en changeant de client.

Le Dr Suiter termine en faisant des vœux pour que de ce côté-ci de l'Atlantique, on ne retarde plus à réglementer ces établissements. Les barbiers qui se respectent adopteront volontiers cette réglementation et la police se chargera des autres.

*Le Comité sur le traitement des matières de vidange et déchets, M. Hering, de New-York, rapporteur, présente un rapport définitif sur la question confiée à son étude.* Il signale la composition différente des déchets et détritiques en Amérique de celle des déchets et détritiques de l'Europe. On constate en Amérique une beaucoup plus grande proportion de déchets de cuisine; la proportion des graisses est de 2 à 4 pour cent en Amérique, et de 1 à 3 pour cent en Europe. Les déchets d'Amérique contiennent aussi beaucoup d'eau, et cela est dû probablement à la grande quantité de fruits et de végétaux que l'on y consomme. Si l'on fait un mélange de détritiques secs avec les déchets de cuisine, les résidus obtenus, après incinération, sont de  $\frac{1}{4}$  de la masse originale en Amérique, de  $\frac{1}{3}$  en Angleterre, et de  $\frac{1}{2}$  en Allemagne, ce qui revient à dire que les  $\frac{3}{4}$  des détritiques et matières de vidanges peuvent être brûlés en Amérique, les  $\frac{2}{3}$  en Angleterre et la moitié seulement en Allemagne.

Dans les endroits où l'enlèvement des vidanges est laissé aux particuliers, on doit tenir les déchets de cuisine séparés des autres détritiques. Les déchets de cuisine, s'ils sont frais, peuvent être donnés en nourriture aux animaux. Si on n'en dispose pas ainsi, il faut ou les brûler ou les enfouir sous terre. Pour éviter les odeurs que produisent les déchets jetés sur les charbons ardents, le Comité recommande leur carbonisation préalable dans le tuyau de fumée du poêle.

Le Comité ne saurait dire s'il vaut mieux, lorsque la municipalité pourvoit à l'enlèvement des vidanges, séparer les détritiques secs et les cendres d'avec les déchets de cuisine. Il y a des circonstances où il est mieux de les séparer, et de même dans d'autres circonstances, leur mélange fait que l'enlèvement offre moins de difficultés et est plus économique.

La principale raison pour laquelle on opère leur séparation, c'est pour extraire des déchets de cuisine les graisses qu'ils contiennent, les résidus étant convertis en engrais. Cette méthode n'est applicable que dans les grandes villes, car pour être profitable, il faut que les opérations portent sur des grandes quantités de déchets. Un grand nombre d'établissements de ce genre ont été créés aux États-Unis, mais l'expérience a démontré que, pour plusieurs, les profits ont été nuls ou bien minimes. De plus, on a bien vite reconnu qu'il était impossible de les entretenir de manière à ce qu'ils ne soient pas une nuisance pour

les alentours; d'où nécessité de les placer dans des endroits isolés, ce qui n'est pas toujours facile. Un grand nombre de ces établissements ont dû, après quelques années, cesser leurs opérations. Il est bon de noter que, dans plusieurs cas, il a été impossible de réduire la totalité des déchets de cuisine en graisse ou en engrais, et qu'ainsi, en définitive, il faut pour les résidus non ainsi utilisables avoir recours à l'incinération. Le plus récemment construit de ces établissements est situé sur l'île Barren, à New-York; on y traite les déchets de New-York et de Brooklyn. Le prix de la graisse et des engrais que l'on y produit va sans cesse diminuant.

Plusieurs villes séparent les déchets de cuisine des autres résidus dans le but de ne brûler que les premiers. Les déchets de cuisine contiennent de 50 à 80 pour cent d'eau, ce qui rend difficile leur incinération. Aussi, dans ce cas, est-on forcé d'employer du charbon pour les incinérer. Les incinérateurs américains sont tous construits de manière à ce que les matières à incinérer arrivent directement sur le gril, tandis que dans les incinérateurs anglais, elles arrivent d'abord dans une espèce d'antichambre, où elles se dessèchent. Le Comité ne connaît pas d'incinérateur, système anglais, qui opère uniquement sur les déchets de cuisine (c'est-à-dire séparés des autres matières de vidanges, débris, cendres, etc), et, par conséquent, il lui est impossible de dire positivement ce qui arriverait si on y brûlait seulement des déchets de cuisine. Il est d'opinion, dans tous les cas, qu'au point de vue économique, il ne peut y avoir qu'avantage de pourvoir à l'assèchement des déchets avant leur arrivée sur le gril. Quant aux débris et aux cendres, le Comité croit qu'il n'y a aucun avantage, économique ou autre, à les séparer des déchets de cuisine, à moins qu'on se soit assuré d'un marché pour l'écoulement des graisses et engrais que l'on prépare avec ces derniers. Ce marché, les grandes villes de l'Europe ne l'ont pas trouvé; aussi n'y fait-on pas la séparation en question.

Malgré que les déchets de cuisine de l'Amérique contiennent plus d'eau que ceux de l'Europe, en ne les séparant pas des autres détritus, on s'assure d'éléments combustibles qui compensent pour cette grande humidité.

Le rapport conclut à la supériorité des incinérateurs à antichambre, système anglais, sur l'incinérateur horizontal, modèle américain.

Une communication des Drs. Licéaga et Ramirez sur *La fièvre jaune au Mexique*, fut une occasion pour l'Association de discuter les diverses phases de l'épidémie de fièvre jaune (de 1897) à la Nouvelle-Orléans. La station de quarantaine maritime de la Nouvelle-Orléans ne peut nullement être mise en cause, la maladie ayant été apportée à la Nouvelle-Orléans via Ocean Springs, dans l'État du Mississippi. Les cas de Ocean Springs furent d'abord diagnostiqués comme étant des fièvres paludéennes et, en conséquence, aucunes mesures d'isolement et de désinfection furent prises. La nécessité de nouvelles recherches sur le principe infectieux de la maladie est évidente; outre le diagnostic que cette découverte faciliterait, elle amènerait une amélioration dans les méthodes de traitement, médical et hygiénique, actuellement suivies.

Le rapport du Comité sur l'*Hygiène des wagons de chemins de fer* constate que les recommandations de l'Association commencent à être suivies aux États-Unis. Le chemin de fer connu sous le nom de *The Big Four*, dont le réseau se trouve dans l'Indiana et dans l'Ohio est celui de tous qui paraît avoir la meilleure organisation sanitaire. Chacun des chars de cette compagnie est nettoyé, et désinfecté complètement après 100 milles de parcours, les coussins et les tentures sont sortis du char et les poussières en sont délogées par un vigoureux jet d'air (*air-blast*). Les bois sont lavés avec une solution de formoline (1 pour cent) et essuyés avec des linges stérilisés; enfin, chaque mois, les chars sont fumigés avec des vapeurs de formol. Le Pennsylvania Railroad serait sur le point de suivre l'exemple du *Big Four*.

Le Comité sur le transport des produits morbides par la poste, par son rapporteur, le Dr Lachapelle, communique à l'assemblée la décision favorable donnée

récemment par le Ministère des Postes du Canada, et aussi la grande probabilité que l'Administration des postes du Mexique fera les mêmes concessions dans un avenir prochain. Le Dr Lachapelle a lieu de croire que le mode de paquetage des échantillons au Canada, quoiqu'il ne soit pas encore définitivement arrêté, sera beaucoup plus simple que celui autorisé jusqu'ici aux États-Unis, et que les autorités sanitaires essaient actuellement de faire modifier.

Le Dr Barnes, de Boston, dans un travail intitulé *Le manque d'humidité dans l'air des habitations*, appelle l'attention sur les inconvénients que présente en hiver l'air excessivement sec de nos appartements, surtout ceux chauffés à l'air chaud. Beaucoup de catarrhes et autres affections des voies respiratoires n'ont pas d'autre cause. Des expériences faites dans le *City Hospital* de Boston ont démontré que, quand le degré d'humidité est de 73 en dehors, il n'est que de 29 à l'intérieur de l'hôpital. Dans la Chambre du Sénat à Washington, quand le degré d'humidité se chiffrait à 20, on avait 25 en dehors du Capitole. Outre son influence sur la santé, le Conférencier rappelle qu'il y a économie à éviter cette sécheresse de l'air, vu qu'il faut maintenir alors cet air sec à une température d'environ 5 degrés plus élevés que si cet air était plus humide; et comme preuve à l'appui, il cite le fait que, durant l'été, quoique légèrement vêtus, nous nous sentons confortables dehors à un degré de chaleur beaucoup plus bas que celui que nous pouvons supporter à l'intérieur de nos maisons en hiver, malgré que nous sommes alors plus chaudement vêtus. L'auteur termine en exposant un appareil destiné à corriger la sécheresse de l'air, appareil qui lui a donné d'excellents résultats.

Le Dr Stewart communique à l'Association les résultats obtenus au laboratoire du bureau d'hygiène de Philadelphie avec le *séro-diagnostic de la fièvre typhoïde*. Nous avons noté les conclusions suivantes :

La réaction caractéristique persiste après un an dans	50 0/0	des cas
—	—	— après deux ans—
—	—	— après trois ans—
—	—	— après douze ans—

Le Dr Westbrooke, de Minneapolis, témoigne aussi de la valeur du *séro-diagnostic de la fièvre typhoïde* après l'avoir employé sur une assez grande échelle (1400 fois)

Le Dr Bryce, de Toronto, présente un travail intitulé *De la part que l'État doit prendre dans la lutte contre la tuberculose*. La tuberculose cause de 11 à 12 pour cent des décès dans Ontario et aux États-Unis. Elle cause 23.4 pour cent des décès dans les asiles d'Ontario. En évaluant à \$1000.00 la valeur d'un individu, la tuberculose a fait perdre à Ontario en 1895 \$2,472,000.00. En présence de ces chiffres, les gouvernements doivent-ils laisser à la charité publique le soin des tuberculeux? L'auteur se prononce dans la négative. "C'est, dit-il, le devoir de l'État de faire ce qui ne peut être fait aussi bien par un individu." C'est un principe qui a déjà été reconnu d'ailleurs dans Ontario quand, en 1874, une loi intitulée *Charity aids Act*, fut passée accordant 30 centins aux hôpitaux par jour de malades, 7 centins aux refuges, et 2 centins aux orphelinats. Il y a lieu cependant d'élargir le cadre de la loi de 1874 pour mettre au nombre des charités secourues par le gouvernement le sanatorium pour tuberculeux, dont l'idée n'était pas conçue en 1874. La statistique des hôpitaux de Toronto établit que 25 0/0 des tuberculeux qui y sont admis meurent, d'où le Dr Bryce conclut que le tuberculeux se rend à l'hôpital plutôt pour y mourir confortablement que pour se guérir. Par conséquent, la proportion d'argent que le gouvernement dépense pour eux dans les hôpitaux est loin d'être aussi profitable que si cet argent était employé à soutenir des sanatoria dans lesquels — cela est reconnu aujourd'hui — 50 à 75 sur cent tuberculeux au début de leur maladie recouvrent un état de santé relativement bon et 35 0/0 sont complètement guéris. Les dépenses pour chaque malade sont moindres dans un sanatorium que dans un hôpital. Au sanatorium modèle du Lac Saranac, dans les Adirondacks, un tuber-

culeux coûte \$6.00 par semaine, tandis que chaque tuberculeux coûte \$9.50 par semaine dans les hôpitaux de Toronto. L'auteur termine en suggérant que les gouvernements prêtent de l'argent à un taux d'intérêt très bas aux villes et aux comtés pour la construction de sanatoria, qu'il contribue en outre à une partie de leur maintien, comme il le fait pour les hôpitaux, et que les municipalités et la charité privée fassent le reste. Il rend hommage au gouvernement de Sir Oliver Mowat, le premier gouvernement sur le continent qui ait reconnu que les sanatoria, aussi bien que les hôpitaux, avaient droit aux secours de l'état et qui, en conséquence, a accordé l'allocation de 30 centins par jour de malades au sanatorium de Muskoka, dans la Province d'Ontario.

Le rapport du Comité sur la salubrité, (M. Hughes de Montréal, rapporteur) s'oppose à la fermeture hydraulique que l'on place à l'entrée du branchement particulier dans la maison, parce que (a) cela est à l'encontre du principe que les eaux d'égout doivent être éloignées et transportées à destination aussi rapidement que possible ; (b) cette fermeture est toujours encrassée ; elle émanerait une odeur beaucoup plus repoussante lorsqu'on l'ouvre, que celle que donne l'égout public ; (c) cette fermeture empêche la ventilation de l'égout de la rue de se faire par la canalisation des maisons, et en conséquence, ou l'égout public est ventilé au niveau de la rue, avec chances que le mauvais air s'introduise par les portes ou fenêtres des maisons, ou l'égout public n'est pas ventilé du tout (comme cela arrive en hiver dans les climats froids.) Le Comité admet cependant qu'il peut y avoir des circonstances où cette fermeture hydraulique doit être recommandée.

Le Comité condamne aussi le tuyau de prise d'air de la canalisation privée, tuyau que l'on place presque à l'affleurement du sol et tout près de la maison.

À la suite d'une Conférence par le Dr Leal, de Paterson, N. J., sur *La nécessité d'un bon drainage et d'une bonne ventilation pour les habitations*, le Dr A. C. Abbott, bactériologiste du Bureau d'hygiène de Philadelphie prétend que les bénéfices que l'on retire d'une bonne ventilation sont en grande partie esthétiques ; ce serait, d'après lui, plutôt du confort que du nécessaire. On craint beaucoup trop, toujours d'après lui, les dangers d'un air confiné. Les recherches faites par les bactériologistes n'ont pas révélé dans l'air confiné l'existence d'un germe nuisible, et c'est ce qui lui fait conclure à l'exagération des craintes, qui sont universelles. Inutile de dire que cette sortie du Dr Abbott fut une surprise pour l'assemblée qui n'en resta pas moins convaincue que l'expérience acquise jusqu'à ce jour (*Black Hole of Calcutta &c*) ne saurait être mise de côté parce que les recherches bactériologiques n'ont pas révélé la présence de germes nuisibles dans l'air confiné. La présence seule de l'acide carbonique en excès dans l'air confiné, serait une justification suffisante des prescriptions de l'hygiène sur la nécessité du renouvellement de l'air par la ventilation. La position fut d'ailleurs très bien rétablie par le Dr Bryce de Toronto.

Dans un travail intitulé de *L'urgence de la création de sanatoria pour les tuberculeux pauvres des grandes villes*, le Dr Knopf, de New-York, répond incidemment à l'objection que l'on fait souvent à ces établissements sous prétexte qu'ils sont des centres d'infection. Les deux principaux sanatoria d'Allemagne, dit-il, sont ceux de Gärderborg et de Falkenstein. Depuis leur établissement, on a remarqué que la mortalité due à la tuberculose a diminué dans ces deux villages et qu'elle est maintenant d'un tiers moins élevée qu'avant leur création. Ce résultat est évidemment dû à l'exemple que les villageois ont sous les yeux et qui a fait leur éducation.

Monsieur Nowell, de Washington, présente un travail intitulé : *Etudes sur les eaux d'alimentation par le service géologique des Etats-Unis*. Il fait voir l'importance, même au point de vue hygiénique, des travaux que fait le service géologique. Chargé d'étudier la structure géologique, les ressources



minérales et les produits du domaine national, il s'occupe presque nécessairement et des cours d'eau à la surface du sol et des eaux souterraines, révélant pour les cours d'eau leur origine, leur topographie, leur périmètre d'alimentation (catchment of drainage basin) et pour les eaux souterraines, la structure géologique, le caractère et la composition minérale des rocs, le périmètre des filtrations, leur vitesse, etc.

Comme exemple, frappant de l'utilité pratique des recherches que l'on fait, le conférencier dit que l'eau d'alimentation de Washington ne peut être considérée comme bonne. La rivière Potomac, d'où provient cette eau, est surtout polluée à Cumberland, et malgré qu'il y ait une distance de 190 milles entre les deux villes, et que l'eau prend près de quatre jours à se rendre de Cumberland à l'aqueduc de Washington, six parties sur cent de l'eau qui s'introduit dans l'aqueduc sont de l'eau qui a été polluée à Cumberland. Le conférencier termine en exprimant le vœu que la pollution des cours d'eau soit contrôlée, et croit que les recherches que le service géologique est appelé à faire devra amener les autorités à créer ce contrôle avant longtemps.

Le Dr Montizambert, de la Grosse Isle, près Québec, présente le rapport du *Comité sur l'hygiène des bateaux à vapeur*. L'hygiène de ces bateaux diffère peu de celle des vaisseaux d'outre-mer, sujet qui a été traité dans les rapports antérieurs du Comité, et c'est ainsi que les prescriptions données pour ces derniers, relativement au logement des passagers, aux dimensions des cabines, à la ventilation des locaux, au nettoyage, à l'approvisionnement de l'eau, à l'installation des latrines, à l'aération de toutes les parties du vaisseau, sont également applicables pour les bateaux à vapeur. On devra aérer largement et exposer au soleil, si possible, après chaque voyage, les articles de literie que l'on n'envoie pas régulièrement à la buanderie, tels que couvertures de laine, oreillers, matelas. La salle à manger ne devrait pas être placée au-dessous de la ligne de flottaison, comme on le voit le plus souvent, car la ventilation et l'entretien sont alors plus difficiles. La cale des bateaux à vapeur est plus exposée à contenir des marchandises ou des aliments en décomposition que les vaisseaux d'outre-mer, d'où nécessité de la vider, de la nettoyer fréquemment et de la blanchir à la chaux. Le rapport signale enfin le grand danger auquel les passagers sont exposés, là comme ailleurs, par les expectorations des tuberculeux. On devrait installer des crachoirs remplis d'un liquide désinfectant non-seulement à l'intérieur du bateau, mais aussi sur le pont.

Dans un travail intitulé : *Des modes d'inspection de la viande*, M. le vétérinaire Pearson, de Philadelphie, insiste sur l'importance qu'il y a d'avoir des abattoirs publics et de supprimer ainsi les tueries particulières. Il est impossible, dit-il, de surveiller ces tueries particulières. Les animaux y sont abattus à toute heure et il y est facile, par conséquent, de soustraire les pièces suspectes avant l'arrivée des inspecteurs. D'ailleurs, il a été reconnu pratiquement impossible d'obtenir dans ces établissements, quelquefois très pauvres, les conditions de salubrité que l'on obtient dans les abattoirs publics. L'inspection des animaux devrait se faire par un vétérinaire et devrait être double, une faite avant l'abattage, et l'autre après. Il est impossible de reconnaître par cette seconde inspection seule certaines conditions qui affectent la qualité de la viande, comme la fatigue, l'épuisement, la privation d'aliments, l'excitation et la fièvre. L'auteur attire l'attention sur le fait qu'une grande partie de ce que l'on appelait autrefois des déchets de boucherie (les viscères) sont aujourd'hui consommés et que c'est précisément ces parties de l'animal qui sont contaminées, tandis que le reste de la carcasse est souvent sain.

La Nouvelle-Orléans est probablement l'endroit, en Amérique, où l'inspection de la viande se fait le mieux. La viande préparée en dehors comme celle préparée à l'intérieur de la ville, est inspectée et estampillée, et il est interdit aux bouchers d'en vendre d'autre.

*Le Comité sur la nomenclature des causes de décès*, par son rapporteur, le

Dr Wilbur, de Lansing, recommande fortement l'adoption par les différents Etats de l'Union américaine de la nomenclature, dite internationale, proposée par Bertillon. Le Mexique, de même que la Province de Québec, ont déjà adopté cette nomenclature, et l'Etat de Michigan doit le faire incessamment.

Madame Scribner, de Philadelphie, dans une Conférence sur *Les relations des associations sanitaires pour Dames avec l'hygiène publique*, fait voir les excellents résultats qu'ont ces associations pour vulgariser les notions d'hygiène parmi le public, et le bien que l'association de ce genre à Philadelphie, dont elle est la présidente, a déjà à son crédit. Ces associations acquièrent vite une sphère d'influence encore beaucoup plus grande qu'on le prévoit généralement lors de leur création. Elles exercent même une action très efficace sur les pouvoirs publics, et d'après ce que nous avons pu voir le Conseil de ville de Philadelphie en sait aujourd'hui quelque chose. Le travail de Madame Scribner fut très applaudi.

*La désinfection par la formaldéhyde* fut traitée par M. Robinson, rapporteur du comité sur la désinfection, et aussi par MM. de Schweinitz, de Washington, Burrage, de Lafayette, Ind., et enfin conjointement par MM. Macshane et Stokes de Baltimore.

Tout en constatant l'efficacité des vapeurs d'aldéhyde formique pour les désinfections, ces messieurs admettent que l'on a encore beaucoup à apprendre sur leur mode d'application ; à l'heure qu'il est, il faut une certaine dextérité pour que son emploi soit efficace. L'appareil qui nous a paru le plus en faveur pour cette désinfection est l'autoclave formogène de Trillat.

Le Dr Pittfield de Philadelphie, dans une communication intitulée : *Du contrôle officiel des Instituts vaccino-gènes*, dénonce l'état déplorable dans lequel sont maintenus certains instituts vaccino-gènes de l'Amérique ; dans quelques cas, le prétendu vaccin n'est que du pus, et rien d'étonnant alors d'avoir comme résultat de son emploi des bras malades. Ce vaccin dangereux, et les accidents qu'il cause, fournissent aux opposants de la vaccination le plus sérieux de leurs arguments. Ces établissements mal tenus devraient être supprimés. La discussion qui suivit ce travail fit voir que le vaccin sous forme de pulpe glycéricinée est celui qui est reconnu comme le plus sûr ; ce mélange avec de la glycérine ne faisant que le purifier, sans en altérer le principe actif. Le vaccin glycériciné ne doit être employé que 10 jours après qu'il a été préparé, sa purification n'étant complète qu'alors.

Le Dr Jackson, de Philadelphie, présente un travail intitulé : *De la fatigue de l'œil causée par les vitres de mauvaise qualité*. L'astigmatisme, dit-il, est cause de mal de tête et d'autres troubles nerveux, mais ces mêmes symptômes peuvent aussi être causés chez l'individu dont la vue est normale par le seul fait de vitres de qualité inférieure. Les inégalités d'épaisseur dans une vitre font qu'elle agit à la manière d'une lentille, forçant l'œil sain à des efforts de réfraction ; seules, les vitres de première qualité (plate glass) sont exemptes de ces défauts, au moins lorsqu'elles ne sont pas trop épaisses. L'auteur est d'opinion que le malaise qu'on éprouve d'un long voyage en wagon de chemin de fer n'a très souvent pas d'autre cause, et conclut en disant qu'au moins, pour ces voitures publiques, on ne devrait pas avoir autre chose que des vitres de première qualité (plate glass).

Le Dr Ravel, de Philadelphie, présente un travail intitulé : *La tuberculose et le lait*. L'auteur soutient qu'un grand nombre de cas de tuberculose sont dus à l'injection d'aliments contaminés et, en particulier, au lait. Sur 154 cobayes auxquels il a donné du lait provenant de vaches tuberculeuses, 15 sont devenus tuberculeux, et ce, après une seule dose de lait. L'auteur est d'opinion qu'il n'est pas nécessaire que la mamelle soit elle-même contaminée pour que le lait contienne le bacille de la tuberculose. En terminant, l'auteur dit que le bacille a été retrouvé non seulement dans le lait, mais encore dans le beurre et dans le fromage.

Au cours de la discussion qui suivit cette conférence, le Dr Lydia Rabinowitsch, du Collège Médical des dames de Philadelphie, dit que sur 18 échantillons provenant de fournisseurs différents, pas un seul contenait le bacille de la tuberculose. Il est bien vrai qu'on y trouve un microbe qui ressemble au bacille en question, ce qui a pu causer une erreur, mais enfin ce n'est pas lui. Mme. Rabinowitsch dit que cette opinion est partagée par Koch lui-même, qui l'a dirigée dans ses recherches.

Le Dr S. W. Abbott, de Boston, dans un travail intitulé : *La consommation-maladie de l'air confiné*,—présente à l'appui de sa thèse les chiffres éloquentes qui suivent, qu'il a extraits des statistiques de Massachusetts :

Air pur.....	{	Pêcheurs.....	55	décès par phthisie
		Cultivateurs.....	52	“ “
		Jardiniers.....	61	“ “
		Garçons de Ferme.....	62	“ “
Air confiné....	{	Epiciers.....	84	“ “
		Marchands de nouveautés... ..	152	“ “
Air très vicié..	{	Tailleurs.....	144	“ “
		Imprimeurs.....	233	“ “

Les chiffres de comparaison suivants ne sont pas moins probants, quand on se rappelle que le garçon est moins retenu à la maison que la jeune fille, et que, plus tard dans la vie, plus d'hommes que de femmes travaillent dans les métiers à air confiné :

Périodes d'âge	Pour 100 décès par phthisie chez l'homme il y a eu chez la femme :
0-2 ans .....	93 décès
2-3 “ .....	100 “
3-5 “ .....	130 “
5-10 “ .....	136 “
10-15 “ .....	301 “
15-20 “ .....	154 “
20-30 “ .....	112 “
30-40 “ .....	99 “
40-50 “ .....	88 “
50-60 “ .....	67 “
60-70 “ .....	76 “
Plus de 70 ans.....	86 “
	Moyenne..... 105 “

M. Waring, I C., de New-York, dans un travail ayant pour titre : *Comment on peut augmenter l'efficacité des procédés naturels de purification des eaux d'égout* prend occasion de décrire une installation qu'il a faite à Willow Grove, parc situé à 15 milles de Philadelphie. L'eau d'égout passe successivement dans deux bassins remplis de pierre concassée, puis dans un troisième compartiment rempli de coke. La combustion des matières organiques de l'eau, pendant son passage dans ces divers bassins, est activée par une aération forcée, qui est pourvue par un appareil mécanique. Cette aération forcée permet de réduire considérablement l'étendue des filtres ; un acre en superficie suffirait pour l'épuration des eaux vannes d'une ville de 50.000 âmes.

M. Clark communique au Congrès les résultats obtenus par le filtre à sable de Lawrence, Mass. Les chiffres ci-dessous sont très concluants : Durant les quatre années qui ont immédiatement précédé la construction du filtre, la mortalité par la fièvre typhoïde a été :

En 1889, de 13.75	par 10,000 de population
En 1890 de 13.33	“ “
En 1891 de 12.20	“ “
En 1892 de 11.11	“ “

En 1893, le filtre a été construit et a été en usage pendant une partie de l'année. Depuis 1893, les résultats ont été les suivants :

En 1894	5	par 10,000	de population
En 1895	3.07	"	"
En 1896	1.86	"	"

Les chiffres pour 1897 promettent actuellement d'être aussi bas que ceux de 1896.

Les élections eurent le résultat suivant :

Président	Dr Lindsley, de New-Haven.
Vice-Présidents,	Drs Lee, de Philadelphie, et Shrader, de Iowa City.
Secrétaire	Dr Probst, de Columbus.
Trésorier	Dr Holton, de Brattleboro.

La prochaine réunion de l'Association aura lieu à Ottawa.

Après le Congrès, nous avons pris part à l'exercice aux postes de quarantaine situés sur la Rivière Delaware. Le gouvernement fédéral maintient à Reedy Island un poste d'inspection et de désinfection, et en plus, à Marcus Hook, avant de franchir les limites de l'Etat de Pennsylvanie, les vaisseaux subissent une seconde inspection, faite cette fois par les officiers du gouvernement local de la Pennsylvanie. Ce second poste, situé à 23 milles de l'autre, semble plutôt établi pour consacrer le principe, sur lequel on est très chatouilleux aux États-Unis, que l'autorité locale peut refuser de reconnaître l'intervention fédérale. Malgré tout, ces deux stations de quarantaine sont en bons rapports, et il est entendu de part et d'autre qu'elles s'entraideront au besoin. C'est ainsi que si un vaisseau était reconnu infecté par les officiers du second poste (poste local) il serait renvoyé au poste fédéral pour y subir les désinfections nécessaires, etc.

Comme vous le voyez, Messieurs, les travaux du Congrès ont été nombreux, variés et importants. Aussi le Congrès de Philadelphie couronne-t-il très bien les vingt-cinq premières années de l'existence de l'Association.

Inutile de vous dire que le côté social n'a pas été négligé non plus. Outre le grand banquet donné par la municipalité de Philadelphie, le Maire, les citoyens, l'Université de Pennsylvanie, le Collège Médico-Chirurgical, l'Association sanitaires des dames de Philadelphie, le Manufacturers' Club ont convié les membres de l'Association à autant de réceptions ou de déjeuners, où l'hospitalité la plus exquise nous a été prodiguée.

E. P. LACHAPELLE

ELZÉAR PELLETIER

*Délégués du Conseil d'hygiène,*

Montréal Décembre 1897.

**Le diabète rénal.**—MM. Achard et Weil ont observé un malade dont le diabète a été découvert à l'occasion de l'épreuve de la glycosurie alimentaire. L'épreuve du bleu de méthylène montra que la perméabilité des reins était normale au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Puis, au bout de six semaines, survint une attaque d'hémorragie cérébrale. L'albumine apparut alors dans l'urine et le bleu fit constater un retard notable de l'élimination. A ce moment même, le sucre urinaire avait diminué, alors que le sang en contenait une quantité considérable, et l'on peut admettre que c'est précisément l'imperméabilité rénale qui a été la cause de l'accumulation du sucre dans le sang et de la diminution de la glycosurie. Et l'on sait d'ailleurs que la glycosurie alimentaire, provoquée chez les sujets non diabétiques, peut être entravée par l'imperméabilité rénale.

# ART DENTAIRE

---

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien-dentiste, ex-professeur au collège dentaire de la Province de Québec.

---

## L'ANTISEPTIE CHEZ LE DENTISTE

Par le Dr EUDORE DUBEAU, Chirurgien-Dentiste. Montréal

L'antiseptie des instruments employés en chirurgie dentaire est d'une importance majeure si l'on considère les accidents qui peuvent résulter des instruments infectés, amenés en contact avec les lèvres, la langue ou la muqueuse buccale. L'infection est plutôt à craindre par les instruments d'extraction que par les instruments employés pour obturer les dents, exception faite des personnes ayant des maladies graves, telles que la syphilis, car ceux qui ont soin de préserver leurs dents par l'obturation, pratiquent généralement l'hygiène dentaire, tandis que ceux qui font extraire leurs dents lorsqu'elles les font souffrir, ont généralement la bouche dans un état propre à la culture des microbes. La grande question c'est d'avoir un procédé pratique et prompt, car les différents procédés de désinfection en usage, tels que liquides caustiques, l'eau chaude, l'air chaud, ne conviennent pas à un dentiste ayant une clientèle nombreuse, car les instruments employés sont trop nombreux et le temps employé à introduire les instruments, attendre l'effet, puis les assécher est trop considérable. Pour arriver à ce but, c'est-à-dire, stérilisation sans perte de temps, j'ai recours à deux procédés différents, l'un pour les instruments servant à l'obturation, et l'autre pour ceux servant aux extractions, incisions, etc., en un mot ceux qui viennent généralement en contact avec le sang. Pour les premiers, c'est-à-dire les instruments employés sur le tour dentaire, les excavateurs, les fouloirs, les miroirs, les pincettes, les explorateurs, les ciseaux pour couper l'émail et enlever le tartre, j'emploie un vase contenant du sable qui a été chauffé pendant une heure ou deux dans un stérilisateur et auquel on ajoute alors une solution d'acide phénique ou de sublimé corrosif jusqu'à ce qu'il soit complètement imbibé. Les instruments ci-haut nommés sont plongés dans ce vase, et laissés là deux ou trois minutes si l'opération le permet, sinon ils y sont agités pendant quelques secondes puis retirés et essuyés; ce procédé est, à mon point de vue, suffisant, et donne aux instruments un beau poli. Pour la seconde catégorie d'instruments, tels que pinces à extractions, scalpels, élévateurs, ciseaux, ouvre-bouches, j'emploie un stérilisateur, composé d'un cône de tôle, à l'intérieur duquel il y a deux bols emboîtant l'un dans l'autre, et qui sont chauffés par un petit brûleur Bunsen ou une lampe à alcool; le premier bol contient de l'eau ayant en dissolution un peu de borax ou de bi-carbonate de soude pour empêcher les instruments de rouiller, et le second, qui est perforé à la base pour laisser pénétrer le liquide, contient les ins-

truments ; ce second bol est aussi muni d'une anse et d'un couvercle.—Le stérilisateur peut être employé pour ces derniers instruments, car il s'écoule toujours au moins quelques minutes avant qu'on s'en serve de nouveau.—Un bon moyen d'empêcher les instruments obturateurs de venir en contact avec les muqueuses c'est d'employer la digue en caoutchouc aussi souvent que possible, ce qui consiste à faire passer la dent sous traitement, par un trou percé dans un morceau de caoutchouc appelé *rubber dam*. Outre l'antiséptie de ses instruments, le dentiste doit aussi la pratiquer sur lui, par exemple, ne pas porter des vêtements tachés de sang, et après chaque opération, le dentiste devrait se laver les mains avec un savon au bi-chlorure de mercure, tel que le " Germicidal Soap " de Parke, Davis & Co. L'emploi de ces procédés de désinfection devrait être en usage chez tous les dentistes, car c'est une sauvegarde pour les patients et pour le dentiste lui-même. Une chose dont la pratique devrait aussi se généraliser, c'est de faire rincer la bouche de son patient avec une solution antiséptique, telle que la listerine, par exemple, avant de faire l'opération requise.

319 rue St-Denis.

---

PAUL LEFERT.—**Lexique-Formulaire des Nouveautés Médicales**, par le professeur Paul LEFERT. 1 vol. in 18 de 336 pages, cartonné..... 3 fr.

Chaque jour apporte des découvertes nouvelles en pathologie, comme en thérapeutique. La terminologie médicale s'augmente constamment de termes nouveaux. Il est difficile de se tenir au courant de ces progrès incessants, plus difficile encore de noter et de retenir la foule des notions nouvelles.

Ce petit volume renferme des documents disséminés dans un nombre considérable de Traités et de Journaux de médecine, que les Dictionnaires les plus complets, les plus récents, ne renferment pas. Épargner au travailleur des recherches parfois longues et pénibles, secourir la mémoire du praticien, tel est le but du *Lexique-formulaire des Nouveautés Médicales*.

Le lecteur y trouvera l'analyse des travaux, l'exposé des découvertes et des théories les plus récentes en *pathologie générale*, en *anatomie* et en *physiologie pathologiques*, en *cliniques* et en *thérapeutiques médicales et chirurgicales* ; l'indication des *nouvelles méthodes thérapeutiques*, des *nouveaux médicaments* et des *nouvelles opérations*.

L'habitude que l'on a prise de donner aux maladies les noms des auteurs qui les ont décrites, les dénominations multiples données à une même affection par des auteurs différents rendent la nomenclature médicale confuse, et la lecture des ouvrages de médecine souvent difficile. L'auteur a donné l'indication de toutes ces dénominations et synonymies.

Aux *noms propres d'auteurs*, on trouvera les maladies ou les symptômes qu'ils ont décrits, les opérations ou les instruments qu'ils ont inventés. Aux *noms de maladies*, on trouvera l'énumération rapide de leurs principaux symptômes et l'indication des nouveaux agents thérapeutiques employés contre elles. Aux *noms de médicaments*, on trouvera leurs propriétés, leurs usages, leur posologie pour les différents âges, et leur meilleur mode d'emploi avec quelques formules.

De public médical fera à ce *Lexique-formulaire* le même accueil qu'aux autres ouvrages du professeur Paul Lefert, et ce petit volume trouvera sa place sur la table du praticien, comme dans la bibliothèque de l'étudiant.

Librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain, ) à Paris.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, MARS 1898

## COURRIER DES HOPITAUX

### HÔPITAL NOTRE-DAME

Notes de M. L. A. LAMARCHE, M. D., interne-en-chef.

Dans les derniers numéros du journal, l'espace a été presque entièrement réservé à la publication des travaux lus aux réunions de l'Association Médicale Britannique. Maintenant que la quantité des matières est devenue moins considérable, nous pourrons publier notre courrier plus régulièrement.

Voici le rapport des six mois qui viennent de s'écouler : Durant cet espace de temps, 865 patients ont été admis dans les différents services et 902 ont été congédiés ; 19 sont morts en moins de 3 jours après leur admission et 48 sous traitement.

Les ambulances ont répondu à 376 appels.

Le nombre des opérations chirurgicales a été de 681, et 11,170 consultations ont été données gratuitement dans les différents dispensaires.

Le service des hospitalières de l'hôpital vient d'être réorganisé. La Révérende Sœur Mailloux, ci-devant de l'Hôpital de Toledo, vient d'être nommée hospitalière en chef, la Révérende Sœur Dubord demeurant supérieure. La Révérende Sœur Mailloux a suivi pendant plusieurs années des cours de *nursing*, et est parfaitement qualifiée pour remplir la position importante qu'elle a bien voulu accepter. Avec une telle religieuse, nous sommes persuadés que nos bonnes sœurs deviendront de des garde-malades modèles et ne le céderont en rien aux *trained nurses* des autres hôpitaux. Une foule de réformes ont déjà été faites et l'on a déjà commencé une série de conférences qui seront données deux fois la semaine.

Dans le cours de novembre, le Dr C. Ethier, jr., a donné sa démission comme interne pour aller s'établir à Ely. Le Dr Ethier avait été nommé interne en mai dernier. Succès au nouveau praticien.

Les opérations ont été relativement peu nombreuses en décembre. Parmi les opérations les plus importantes, je mentionnerai un cancer du col utérin chez

une jeune femme de 27 ans, enceinte de 2 mois ; l'extirpation du ganglion cervical comme cure radicale du glaucôme ; une hernie inguinale traitée d'après le procédé de Lannelongue ; une taille périnéale. Dans ce cas, le chirurgien n'a pas été peu surpris de trouver, comme corps du délit, un tube en caoutchouc enroulé et entouré d'une couche calcaire. Un épithélioma de la lèvre inférieure ; deux oophorectomies ; un cancer du sein, etc.

En médecine : cinq cas de fièvre typhoïde ont été congédiés guéris. Le séro-diagnostic a été fait pour la plupart des cas, donnant chaque fois la réaction agglutinative. Le rhumatisme articulaire aigu a aussi fourni sa quote part à la clinique médicale. Sept cas, dont trois avec lésions cardiaques, ont été congédiés et il en restait encore cinq le 1er janvier.

Nous avons aussi eu à traiter quelques cas de pleuro-pneumonie. Nous avons eu à enregistrer un seul décès.

Dans un prochain courrier, je rapporterai quelques observations.

---

### HOSPICE ST-JOSEPH.

(Polyclinique de l'Hôpital Général des Sœurs Grises).

Année 1897-1898.

Services de médecine générale : (3 médecins).....	4023	malades.
Maladies des enfants et maladies de la peau ( 2 médecins ).....	615	“
Gynécologie. (1 médecin).....	360	“
Yeux, nez, gorge et oreilles. (1 médecin).....	2196	“
Médecins de services pour l'année 1897-98 :		
Drs Hackett, Bernier, Trudeau, Dubé, Char-		
bonneau, Bédard, Asselin, Semple, Jéhin Prume,		
Dr Mauffette, dentiste.		
Service des maladies dentaires,.....	376	“
Malades du dehors ayant des prescriptions,.....	9534	“
Total général.....		17104.

JÉHIN PRUME, M. D.,

Sécrétaire.

---

**Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher.**—Nous trouvons dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* sous la signature du Dr COLLINET des conseils très pratiques au sujet des abcès du cou dont la cause n'est pas très évidente. Dans ces cas, dit-il, on devra songer à la possibilité d'une cause otique et examiner soigneusement l'oreille moyenne et la région mastoïdienne.

On pourra trouver fréquemment à ce niveau la cause des accidents observés du côté du cou.

Le traitement consistera à donner une issue large et facile au pus et à attaquer la maladie de l'oreille suivant sa nature et les lésions qui peuvent l'accompagner au niveau de la mastoïde, du rocher ou dans l'intérieur du crâne.



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA PROCHAINE ÉLECTION DU BUREAU PROVINCIAL ET LA CIRCULAIRE BEAUSOLEIL.

Jamais, jusqu'ici, les élections triennales n'ont eu l'importance qu'elles vont avoir cette année. Jamais principe plus important n'a été mis en jeu. La profession veut-elle devenir libre, ou bien veut-elle encore rester à la merci des faiseurs qui l'exploitent ? Voilà le problème qui se pose dans le moment, et qu'il est de la plus grande importance de résoudre en faveur de la profession.

Nous croyons que le Comité électoral, dans sa circulaire du 1er février dernier, ne fait qu'exprimer le vœu général de la profession quand il place en tête de son programme *la représentation par districts dans le Bureau provincial de Médecine*. La question n'est pas nouvelle.

Il y a neuf ans, aux élections de 1889, le Bureau des Gouverneurs s'est fait élire sur promesse formelle de donner la représentation par districts ; aux élections de 1892, le Bureau la promettait encore à la profession, et, aux dernières élections, en 1895, le Bureau actuel mettait de nouveau cette réforme sur son programme. Mais une fois les élections passées, on n'a plus tenu compte des promesses faites. Bien plus, le Bureau a toujours repoussé toutes les motions demandant l'exécution de ces promesses. On a même vu, au mois de décembre dernier, un petit groupe des membres de ce Bureau ne reculer devant aucun moyen pour empêcher la Législature de Québec d'amender la loi dans le sens désiré par la profession.

Et pourtant la profession médicale toute entière est en faveur de cette représentation par districts. Nous en avons pour preuve non seulement les adhésions qui nous arrivent de toutes les parties de la Province, mais encore le fait que le Bureau actuel sent le besoin, par tactique et par nécessité, de promettre et d'inscrire encore une fois sur son programme la représentation par districts. Ce sera la quatrième fois depuis neuf ans.

Les sociétés médicales de nos grands centres, les associations médicales des districts, les médecins de certains districts, réunis en assemblée, se sont prononcés en faveur de cette réforme, et ils ont nommé des comités chargés de travailler de concert avec le nôtre à obtenir l'indépendance professionnelle en matière d'élections.

Il était naturel de rencontrer sur notre route—nous nous y attendions du reste—la même clique que nous avons toujours à combattre lorsqu'il s'agit des intérêts généraux de la profession, clique avec laquelle nous sommes loins de vouloir identifier la grande majorité des membres du Bureau. Ces adversaires, qui ne forment qu'un tout petit groupe, ayant foi dans leur inamovibilité, faussent à dessein, dans ce document, qui ne porte aucun nom responsable et que l'on essaie de faire passer comme émanant du Bureau même des Gouverneurs, le but que le comité électoral poursuit, et dénaturent les motifs qui l'animent. En face d'une mauvaise foi aussi évidente, il devient urgent de signaler à la profession les mensonges que renferme ce document, où l'on reconnaît, bien qu'il ne soit pas signé, la même tactique et la même absence de scrupules qui a présidé l'hiver dernier à la lutte déloyale que le Dr Beausoleil a faite à l'Hôpital Notre-Dame.

Examinons un peu ce que contient la première partie de ce manifeste,

consacré à exalter les œuvres du Bureau actuel, dont le Dr Beausoleil forme la plus grosse partie (*quorum magna pars fuit*).

*Pratique illégale de la médecine.*—A quoi sert de nous faciliter l'accès aux tribunaux, si la loi contre les charlatans ne nous fournit pas d'armes sérieuses pour les combattre ? Nous ne sommes pas plus avancés aujourd'hui que nous étions auparavant. Pourquoi, par exemple, le Bureau laisse-t-il des compagnies américaines donner, dans la province, au vu et au su de tout le monde, des consultations gratuites, destinées à faciliter la vente de leurs prétendus spécifiques. On nous répond que la loi est insuffisante ; belle réponse en vérité, mais alors pourquoi n'avez-vous pas fait amender la loi, de manière à protéger la profession ? Mystère..... ?

*Conseil de discipline.*—Enfin le Bureau s'est décidé à créer, cette année, le Conseil de discipline que la profession demandait dès 1889. Est-ce en vue des élections prochaines ? Il est vrai que mieux vaut tard que jamais ; mais seulement, ce qui nous amuse, c'est de voir certains membres perpétuels du Bureau présenter comme due à leur initiative la création de ce Conseil contre laquelle ils se sont toujours opposés avec énergie. En soi, le Conseil de discipline est une excellente chose, mais à la condition qu'il ne soit pas aux mains d'un groupe ni d'une clique, car alors il deviendrait la pire des institutions. Le seul moyen d'assurer l'indépendance de ce Conseil et de le soustraire à l'influence des faiseurs, c'est d'élire un Bureau dont les membres soient indépendants de toute coterie, c'est d'avoir la représentation par districts.

*Laboratoires.*—Il y a déjà, dans les universités et les hôpitaux, des laboratoires auxquels sont attachés, ce qui est assez important, des spécialistes compétents. Ces laboratoires, qui ne sont nullement à la charge de la profession, sont toujours à la disposition des médecins. On promet un laboratoire *gratuit*, mais qui garantit que le Bureau ne sera pas obligé de le soutenir de ses deniers ?... Et alors, sera-t-il raisonnable de prendre les fonds du Collège pour aider un laboratoire qui ne profitera guère qu'à ceux des médecins qui demeurent à proximité de Montréal.

*Bibliothèque.*—Avant de créer une bibliothèque, ce qui est certainement plus dans le rôle du Collège, ne vaudrait-il pas mieux mettre à effet la motion adoptée par le Bureau l'année dernière, mais dont on n'a pas tenu compte, et s'assurer d'abord s'il y a un moyen pratique de rendre cette bibliothèque utile à tous et à chacun des membres de la profession ? En effet, qui bénéficiera d'une bibliothèque médicale provinciale ? Sont-ce les médecins des villes ? Sont-ce les médecins des districts éloignés ?

La création d'une bibliothèque circulante serait bien dispendieuse. Ne vaudrait-il pas mieux, alors, employer les fonds destinés à cette bibliothèque à encourager la création de sociétés médicales dans les districts et à leur faciliter l'acquisition de revues médicales ?

*Administration.*—Il y aurait beaucoup à dire s'il fallait discuter dans le détail tout ce qu'il y a eu et tout ce qu'il y a encore de défectueux dans l'administration financière sous la responsabilité du Bureau actuel. Qu'il nous suffise de rappeler certaines irrégularités commises, au sujet desquelles, personne, parmi les intéressés, n'a donné encore d'explications claires, ni dégagé sa responsabilité.

Il est vrai que le Bureau publie un *Registre médical*, mais ce registre a le grave défaut de fourmiller d'erreurs grossières et de n'être jamais au point. C'est une œuvre dispendieuse, mal faite et qui n'a aucune valeur pratique. Chacun peut s'en rendre compte en le consultant.

Ce n'est pas la peine non plus de se vanter d'avoir fait faire la *collection des arrérages* lorsque l'on constate, par le bulletin des délibérations du Bureau,

qu'il reste encore une somme considérable de deniers à percevoir pour la contribution annuelle, et quand tous les médecins savent par eux-mêmes combien cette collection est faite irrégulièrement et d'une manière partielle.

Pour ce qui est du *certificat d'équivalence*, le Bureau n'a nullement le mérite de l'avoir obtenu. Il y a déjà longtemps qu'il est accordé aux étudiants et aux médecins canadiens qui sont admis en France à suivre les cours et à prendre leurs degrés tout comme les étudiants et les médecins français. Témoins: le Dr A. Brodeur, en 1874, le Dr Lespérance, en 1889, le Dr de Martigny, en 1891, et plusieurs autres encore, qui ont obtenu cette faveur bien avant que le Dr Beausoleil ait fait à Paris le voyage que l'on sait... Le Dr Azarie Brodeur, parti de Montréal élève de 3e année, fut admis à Paris, par faveur très grande, à passer de suite ses examens de seconde... et son diplôme lui donne le droit de pratiquer en France ou dans les colonies françaises.

*Licence interprovinciale.*—Cette question d'intérêt général, qui regarde chaque province, sera réglée en son temps par le Bureau, et ce n'est pas parce que le Dr Beausoleil et son petit groupe perdront leur élection que cette question sera jetée au panier.

La seconde partie du manifeste Beausoleil est employée à faire des promesses à la profession :

On promet l'abolition du vote par procuration.

On promet encore, pour la quatrième fois depuis 9 ans, la représentation par districts.

On promet d'établir une agence dans chaque district pour faire la guerre aux charlatans-

On promet de prendre un assesseur dans chaque district.

Toutes ces promesses sont faites avant les élections, et après les élections qu'en adviendra-t-il ?

L'expérience des neuf dernières années est là pour démontrer ce que nous devons attendre de l'avenir avec ces gens qui, au moment des élections, font miroiter toutes les espérances aux yeux de la profession, pour capter sa confiance et, les élections terminées, se moquent de leurs belles promesses et des médecins qui ont été assez naïfs pour y croire.

La troisième partie du manifeste Beausoleil est consacrée exclusivement à satisfaire ses rancunes contre des médecins honorables et surtout contre l'Université Laval de Montréal. C'est un tissu de faussetés et de mensonges.

Il n'y a pas de doute que pour diminuer l'importance du mouvement qui se fait actuellement dans la profession, il peut être considéré comme habile, en certains quartiers, d'essayer de le représenter comme le fait de l'ambition personnelle ou comme l'œuvre d'une Université seulement, mais pour qui connaît l'auteur peu scrupuleux de la circulaire anonyme, il n'y a pas lieu de s'étonner de le voir employer son procédé habituel et connu.

Examinons maintenant ce qu'il y a de fondé dans les affirmations du Dr Beausoleil.

Le Comité électoral des médecins n'est qu'une organisation faite dans le but d'affranchir le Bureau et la profession de la clique qui l'asservit. Nous voulons que la profession reprenne sa liberté et son indépendance qu'elle n'a plus. Et pour cela le Comité s'est déjà engagé et s'engage encore envers tous ceux qui lui donnent leur appui à faire élire les candidats qui seront choisis par les districts et par les villes, à la condition bien entendu que ces candidats soient entièrement en faveur de son programme. Aucun professeur de l'Université n'est candidat et ne pourra l'être sans le vœu de la profession.

On dit, parce que la circulaire est signée par un certain nombre de médecins professeurs, que l'Université Laval veut s'emparer du Bureau des Gouverneurs. C'est le Seigneur et Maître du Bureau qui affirme audacieusement la

chose et quel autre, du reste, peut avoir le toupet d'affirmer cela ? D'abord l'Université Laval de Montréal, que le Dr Beausoleil met intentionnellement en vedette dans sa circulaire, n'est pas la seule dont les professeurs soient dans le mouvement. Il y a aussi l'Université Laval de Québec, et celle de McGill, et celle de Bishop. Pourquoi tomber plutôt sur Laval de Montréal que sur les autres ? N'y aurait-il pas au fond de la manœuvre Beausoleil quelque motif de rancune, quelque vieux levain de dépit ? Mais passons.....

Comment l'Université Laval, ou toute autre Université, pourrait-elle vraiment s'emparer du contrôle de la profession avec le système que le Comité s'efforce d'établir. Les Universités ont droit à deux représentants, elles n'en demandent pas davantage. A part ces huit gouverneurs, les 34 autres seront pris en dehors du professorat et ils seront élus à la majorité des voix par les médecins pratiquants, qui ont tout intérêt à ce que leurs candidats soient choisis parmi eux, soit dans les villes, soit dans les districts. Si nous réussissons,—et nous réussirons,—le Bureau des Gouverneurs ne pourra donc pas plus être contrôlé par les Universités que par le Dr Beausoleil lui-même.

Le Dr Beausoleil, qui craint tant l'Université Laval de Montréal, a élu gouverneurs, par ses procurations et par son influence, deux membres de cette même université (les Drs Brosseau et Dagenais) et, en a fait l'un le secrétaire et l'autre le trésorier de son Bureau. Il ne craignait donc pas alors de voir l'Université Laval trop représentée dans le Bureau ? Voilà un point réellement embarrassant à expliquer et qui suffit à illustrer la sincérité d'un homme.

Quant aux insinuations que le Dr Beausoleil fait dans sa circulaire au sujet de l'Université Laval, voici, après nous être renseignés, ce que nous avons à y répondre.

L'Université Laval de Montréal, tout comme les autres Universités, du reste, s'est toujours conformée au programme tracé par la loi. Elle a même toujours fait plus que le programme demandait. C'est elle et non pas le Collège qui a créé ses laboratoires et en a supporté les frais d'installation. C'est elle et non pas le Collège qui a perfectionné ses cours et ses cliniques. Les cours de neuf mois ne datent pas d'hier, et elle a été une des premières à introduire cette réforme dans l'enseignement médical de notre Province. Victoria, du temps que le Dr Beausoleil était professeur, ne donnait que six mois de cours. Il y a déjà longtemps que les assesseurs sont choisis parmi les médecins de la province et l'Université n'en a jamais eu peur. Bien au contraire, c'est à sa suggestion, en 1877, que ce mode de contrôle a été établi : bien avant le régime Beausoleil, par conséquent.

Mais vraiment, si le Bureau des Gouverneurs est si fier de son programme d'études, il a eu vraiment tort de détruire d'un seul coup l'utilité de ce programme en accordant sa licence comme cela est arrivé trop souvent à des gens qui n'avaient pas de brevet et même à d'autres qui n'avaient pas même de diplôme. M. Beausoleil désire-t-il que nous précisions ?

Voyez à ce sujet la loi passée à la dernière Législature de Québec (No 188), à la demande du Dr Beausoleil. Le registraire se plaint que des étudiants n'ont pas de brevets, il en met la faute sur l'Université, et c'est lui-même qui se charge de faire passer des lois pour admettre ces jeunes gens à la pratique.

Tout ceci ne prouve-t-il pas d'une manière évidente que ce n'est pas par principe qu'on agit, mais suivant les besoins du moment, en se servant de tous les expédients que l'on croit bons pour se maintenir en position. La profession, que l'on a pu duper pendant un certain temps, a fini par ouvrir les yeux. et semble décidée à mettre fin à un pareil système.

Le Comité électoral remercie la profession pour l'empressement avec lequel de tous côtés on a répondu à son appel, pour les nombreuses lettres d'adhésion et d'encouragement qu'il a reçues de toutes les directions et surtout

pour le grand nombre de procurations qu'on lui a déjà fait parvenir. Jamais encore la profession n'a pris autant d'intérêt dans les affaires qui la concernent. Comment osez-vous qu'elle s'intéressât à quelque chose, puisque jusqu'ici on la tenait toujours sous le boisseau ? Mais cette année, complètement renseignée sur les choses, elle comprend qu'il y va de son intérêt de prendre part au mouvement. Elle a les mêmes idées que nous sur les questions qui nous occupent et le Comité n'a fait réellement qu'exprimer publiquement ce que chacun pensait en lui-même. C'est là pour nous la meilleure preuve que notre cause est bonne.

E. P. BENOIT, M. D.,

*Secrétaire du Comité Electoral.*

### LES ATTAQUES CONTRE L'UNIVERSITÉ LAVAL.

Extrait du procès-verbal d'une assemblée régulière de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté Laval à Montréal, tenue le 7 mars 1898.

La Faculté ayant pris connaissance d'accusations publiées dans les journaux politiques de cette semaine où, à l'occasion des prochaines élections du Collège des Médecins et Chirurgiens, elle est attaquée d'une manière fautive et déloyale, proteste énergiquement contre les allégations contenues dans ces articles et déclare officiellement que, comme Faculté, elle ne s'est occupé nullement des affaires du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Pour copie conforme,

L. D. MIGNAULT.

*Secrétaire.*

Montréal, 7 mars 1898.

### LA BIBLIOTHÈQUE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

La bibliothèque de Médecine de l'Université Laval est ouverte à tous les médecins le mardi et jeudi soir de 7½ à 10 hrs.

En dehors de ces heures, tout médecin qui désirerait avoir accès à cette bibliothèque n'aura qu'à en avvertir le bibliothécaire par carte postale à l'adresse de : E. Virolle, 13 rue Bleury.

Tous les médecins sont cordialement invités.

**La décomposition du chloroforme dans l'organisme.**—Pendant longtemps on a cru que le chloroforme ne subissait aucune transformation dans l'organisme. Mais MM. Desgrez et Nielaux ayant établi que le chloroforme se décomposait *in vitro*, dès la température ordinaire, en donnant lieu à de l'oxyde de carbone, ils ont eu l'idée de rechercher si, après la chloroformation, il y avait ou non de l'oxyde de carbone fixé sur l'hémoglobine. Au moyen du grisoumètre de M. Grehant, ils ont constaté la réalité de la chose sur le chien. En se basant sur ces faits positifs ils en ont déduit qu'une anesthésie chloroformique, entretenue pendant 2 heures, peut donner naissance à 25 cc. d'oxyde de carbone chez un homme pesant 65 kilogrammes.

Cette faible quantité de gaz peut être une cause de troubles pour l'organisme et être un facteur des accidents consécutifs à l'anesthésie.

*(L'Abeille Médicale.)*